

Des recommandations pour créer des environnements de sommeil sécuritaires pour les nourrissons et les enfants

D Leduc, A Côté, S Woods; Société canadienne de pédiatrie

Comité de la pédiatrie communautaire

Paediatr Child Health 2004;9(9):667-72

Affichage : le 1 novembre 2004 **Reconduit :** le 1 février 2014

Les facteurs qui influent sur l'organisation du sommeil des nourrissons et des enfants sont une association de valeurs parentales, de facteurs socioéconomiques et de diversité culturelle. Les médecins devraient offrir des conseils sur les risques relatifs de mort inattendue d'un nourrisson qui dort seul ou avec ses parents, compte tenu des attentes et des objectifs des parents et d'un environnement de sommeil physique et affectif sécuritaire pour l'enfant.

Le partage du lit n'est pas rare dans notre société et demeure le mode de sommeil habituel dans la plupart des cultures non industrialisées^{[1][2]}. Dans les sociétés traditionnelles, les bébés restent près de leur mère. Les mères de cultures non occidentales qui, traditionnellement, dorment avec leurs enfants, affirment qu'elles le font pour les surveiller, les garder en sécurité, faciliter l'allaitement et demeurer simplement près d'eux. En Amérique du Nord, on a toujours eu l'habitude de faire dormir les enfants dans leur propre lit, ce qui, pense-t-on, joue un rôle important dans la capacité de l'enfant à apprendre à se séparer du parent et à se percevoir comme un individu indépendant.

Ces dernières années, après des avertissements de sécurité de la *Consumer Product Safety Commission* (CPSC) des États-Unis^{[3][4][5]}, des mises en garde ont été émises contre le fait de placer un bébé dans le lit d'un adulte. Ces mises en garde découlent d'une analyse des certificats de décès par suffocation ou par asphyxie. Ces issues négatives combinées aux pratiques de partage du lit ont incité la CPSC, en 1999, à recommander que le seul lieu sécuritaire pour faire dormir les bébés soit une couchette qui respecte les normes de sécurité. En mai 2004, le ministère de la santé du Royaume-Uni a également déconseillé le partage du lit et a plutôt recommandé que les bébés dorment dans leur propre couchette, dans la chambre de leurs parents, pendant les six premiers mois de leur vie^[6].

Il est donc important que les médecins repèrent les familles qui continueront à partager leur lit malgré ces mises en garde

et qu'ils les informent des données probantes reliant le partage du lit à une augmentation du risque de mort inattendue du nourrisson. Ces renseignements doivent également être transmis aux organisations qui font la promotion du partage du lit (p. ex., pour l'allaitement), afin que tous les dispensateurs de soins respectent des directives similaires. Le présent énoncé vise à analyser la documentation scientifique disponible sur les divers environnements de sommeil pour les nourrissons et les enfants et à présenter des recommandations précises à cet effet.

Renseignements de base

Avant d'analyser l'information scientifique existante sur l'organisation du sommeil des nourrissons et des enfants, la terminologie portant sur le sujet mérite d'être clarifiée.

La mort subite du nourrisson

D'après un énoncé consensuel publié en 1989 par le *National Institute of Health*^[7], la définition scientifique de la mort subite du nourrisson (MSN) pour les besoins de la recherche est :

« La mort subite d'un nourrisson de moins d'un an qui demeure inexpliquée après une investigation approfondie du cas, y compris l'exécution d'une autopsie complète, l'examen de la scène du décès et une analyse des antécédents cliniques » (traduction de l'anglais)^[7].

Bien que cette définition ne l'indique pas de manière explicite, il est généralement entendu que la MSN se produit pendant le sommeil.

Le partage du lit et le cododo

Le partage du lit désigne une organisation du sommeil selon laquelle le bébé partage la même surface de sommeil qu'une

autre personne. Le cododo désigne une organisation du sommeil selon laquelle le nourrisson se trouve à peu de distance de sa mère mais non sur la même surface de sommeil. Le fait de dormir dans la même pièce (le partage de la chambre), mais non dans le même lit, définit le cododo.

La MSN par rapport à l'asphyxie

Avec la prise en compte des facteurs de risque de décès subits et inattendus reliés à l'environnement de sommeil, de nombreux coroners et médecins légistes ont eu tendance à poser un diagnostic de suffocation ou d'asphyxie par compression si le nourrisson partageait un lit avec quelqu'un d'autre (même sans donnée probante confirmant la compression) [8][9]. D'autres classent les décès attribuables au partage du lit parmi les décès « de cause inconnue », évitant ainsi de les attribuer à la MSN. Il convient de souligner que, dans la plupart des cas, les conclusions des autopsies ne permettent pas de distinguer les cas de MSN de ceux d'asphyxie démontrée [10]. Une grande partie de la controverse entourant l'innocuité du partage du lit et le risque de mort subite découle de ces faits. De plus, cette modification de l'étiquetage diagnostique complique la comparaison des données sur les décès de nourrissons des années 1980 et du début des années 1990 avec celles de ces dernières années.

Les enjeux pour choisir un environnement de sommeil

Les nourrissons

Le partage du lit diffère du sommeil en solitaire, surtout pour les jeunes nourrissons, en raison des stimulus auditifs, visuels, tactiles, thermiques et olfactifs complexes résultant de l'étroite proximité avec le parent. D'après la théorie du déficit d'éveil, le partage du lit de la mère et du nourrisson favorise l'éveil du nourrisson, ce qui protégerait les nourrissons vulnérables à la MSN [11][12]. Les nourrissons qui partagent leur lit dorment moins profondément que ceux qui sont seuls [13]. La réactivité de la mère aux éveils du nourrisson pendant le partage du lit pourrait également être protectrice [14][15]. Ces hypothèses doivent être étudiées de manière plus approfondie.

Les nourrissons allaités qui partagent un lit avec leur mère sont allaités plus souvent et plus longtemps que ceux qui dorment seuls [16]. La Ligue La Leche International encourage les mères à se détendre et à allaiter au lit, même si elles s'endorment avec leur bébé, ce qui peut facilement se produire [17]. Lorsque le partage du lit et l'allaitement sont simultanés, la mère et le nourrisson peuvent en tirer certains bénéfices : la mère profite d'une relation étroite avec son poupon pendant la nuit, ce qui pourrait l'inciter à poursuivre l'allaitement [18][19], et le sevrage d'un enfant qui partage le lit

de sa mère ne diffère pas tellement de celui d'un enfant qui dort seul [16].

Des études récentes ont cherché à évaluer la prévalence de nourrissons qui dorment dans le lit d'un adulte. Bien qu'aucune donnée canadienne ne soit disponible à ce sujet, les résultats d'une enquête menée par la *National Infant Sleep Position Study* (NISP) [20] ont démontré que le partage du lit augmente aux États-Unis et que la proportion de nourrissons qui partagent le lit d'un adulte a doublé entre 1993 et 2000 (5,5 % à 12,8 %). La prévalence de partage du lit chez les enfants afro-américains était cinq fois plus élevée que celle des enfants blancs. Cette relation a été soulignée dans d'autres enquêtes [21][24], qui confirment également la plus grande fréquence du partage du lit dans les familles asiatiques et hispaniques et dans les familles au faible statut socioéconomique. De plus, d'après une petite étude non contrôlée menée dans la région de St. Louis (au Missouri, aux États-Unis) [25], le choix des mères afro-américaines de partager leur lit avec leur nourrisson proviendrait peut-être de l'absence d'accès à une couchette sécuritaire.

Les enfants plus âgés

Dans les cultures occidentales, chez les enfants qui ne sont plus des nourrissons, le partage du lit avec les parents est parfois perçu comme une conséquence des éveils nocturnes. D'après Ferber [26], les mouvements et les éveils d'une personne pendant la nuit stimule celles qui dorment avec elles à avoir plus de périodes d'éveil et de changements d'états de sommeil et, par conséquent, ni le parent, ni l'enfant ne dort aussi bien. Cependant, on ne sait pas si les parents prennent les enfants ayant des troubles de sommeil dans leur lit ou si le fait de prendre les enfants dans leur lit cause les troubles de sommeil. Dans les cultures qui acceptent le partage du lit (p. ex., les cultures afro-américaines), les parents sont moins susceptibles de décrire des troubles du sommeil que dans celles où le partage du lit est moins accepté [27].

On ne sait pas si le fait de dormir seul rapidement est une étape essentielle au processus de maturation global. D'après Sears [28], le partage du lit ne favorise pas la dépendance. Il affirme que les enfants atteignent la phase d'indépendance par rapport à leurs parents lorsqu'ils sont prêts. Le parent est responsable de fournir à l'enfant un environnement sécuritaire qui lui permet de développer naturellement son indépendance.

Une étude longitudinale [29] sur les familles qui optent pour le partage du lit a permis de suivre des enfants de la naissance à 18 ans. Des mesures d'issues à six ans n'ont démontré aucun trouble de sommeil, aucune pathologie sexuelle et aucune autre conséquence négative du partage du lit pendant la première enfance. Cette tendance se maintenait jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge de 18 ans. Malgré ces résultats, un commentaire sur cette étude précisait que la

pratique généralisée du partage du lit à travers les cultures et les siècles ne justifie pas sa sanction par le corps médical^[30].

Les données fondées sur des faits probants sur les risques du partage du lit

Aucun essai aléatoire et contrôlé n'évalue l'organisation du sommeil et le risque de mort subite et inattendue. Quelques études cas-témoins bien conçues et quelques séries de cas ont toutefois été menées. Les études cas-témoins sont capitales, car ces vastes études démographiques, même si elles ont lieu dans divers pays, parviennent à des conclusions très similaires quant aux environnements de sommeil sécuritaires.

Des études cas-témoins

La première étude cas-témoins fut la *New Zealand Cot Death Study*^{[31][34]}. Il s'agissait d'une vaste étude cas-témoins multicentrique menée sur une période de trois ans, entre 1987 et 1990. Elle portait sur 393 nourrissons victimes de MSN et sur 1 592 témoins appariés vivants. L'étude *Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI)*^[35], tenue au Royaume-Uni, était une grande étude démographique cas-témoins menée pendant plus de trois ans, entre 1993 et 1996. Elle traitait de 325 nourrissons victimes de MSN et de 1 300 témoins appariés vivants. Quant à la *Chicago Infant Mortality Study*^[24], elle a eu lieu entre novembre 1993 et avril 1996. Elle incluait les 260 nourrissons victimes de la MSN à Chicago pendant cette période et 260 témoins appariés vivants. L'étude la plus récente a été effectuée dans la République d'Irlande entre janvier 1994 et décembre 1998^[36]. Au total, 203 victimes de MSN et 622 nourrissons témoins ont été étudiés.

Dans une récente publication, la *European Concerted Action on SIDS* a rendu compte des résultats de données accumulées dans 20 régions d'Europe, pour un total de 745 cas de MSN et de 2 411 sujets témoins vivants recrutés entre 1992 et 1996^[37]. Cette étude est particulièrement pertinente puisqu'elle regroupe les données de nombreux centres d'Europe, y compris six centres d'Europe de l'Est, qui respectaient tous le même protocole.

Dans toutes ces études, les données reliées aux environnements de sommeil ont été obtenues par suite de visites à domicile, d'un questionnaire détaillé et d'un examen attentif des circonstances du décès. Ces études ont confirmé que le sommeil en pronation et l'exposition aux produits du tabac pendant et après la grossesse sont de très importants facteurs de risque de MSN. Elles mettent également en lumière plusieurs environnements de sommeil non sécuritaires : surfaces molles, usage d'un oreiller, partage du lit avec quelqu'un d'autre que le ou les parents, partage d'un

divan et partage du lit associé à la consommation récente d'alcool par un parent ou à l'extrême fatigue d'un parent. De plus, les résultats de ces études ont confirmé qu'une modification récente à l'organisation du sommeil du nourrisson, telle que le sommeil en pronation ou le partage du lit pour la première fois, s'associe au risque le plus élevé de mort subite.

Des séries de cas

Les études de séries de cas sont moins solides parce que ces cas ne sont pas comparés à une population témoin. Nakamura et coll.^[5], en 1999, et Scheers et coll.^[38], en 2003, ont fait état de résultats similaires. Tous deux ont dérivé leurs données des bases de données de la CPSC. L'étude de Nakamura et coll. était constituée d'un examen rétrospectif et d'une analyse des données colligées au décès d'enfants de moins de deux ans dans un lit d'adulte standard, un lit de repos ou un lit d'eau. La plupart de ces décès (393 sur 515) étaient attribués à une suffocation ou à une strangulation causée par l'emprisonnement de la tête de l'enfant dans diverses structures du lit. L'étude de Scheers et coll.^[38] était également rétrospective. Les auteurs ont examiné tous les décès accidentels par suffocation chez les nourrissons de 11 mois ou moins déclarés à la CPSC entre 1980 et 1983 et entre 1995 et 1998.

Contrairement aux données précises obtenues dans les études cas-témoins (c'est-à-dire par des visites à domicile et un questionnaire détaillé), l'information reliée aux environnements de sommeil des deux séries de cas se limitait au court sommaire narratif figurant sur les certificats de décès. Dans les cas où on avait la perception d'une structure de lit défaillante (p. ex., couchette, garde-corps de lits d'adulte), l'information provenait d'un rapport soumis à la CPSC. Bien que le nombre de décès déclarés soit plus élevé dans les lits d'adulte que dans les couchettes, dans la plupart des cas, on ne sait pas si le nourrisson décédé dans un lit d'adulte partageait le lit avec quelqu'un d'autre. Scheers et coll.^[38] ont présenté un calcul du risque de partage du lit d'après le recours à des témoins historiques tirés d'une enquête annuelle de domiciles choisis au hasard où habitait un nourrisson (*National Infant Sleep Position Study* du *National Institute of Child Health Development*^{[39][40]}). Comme nous ne savons pas si tous les nourrissons trouvés morts dans un lit d'adulte partageaient vraiment le lit avec quelqu'un d'autre, et comme les sujets témoins font partie d'un groupe témoin historique, dans cette étude, le risque de mort subite et inattendue découlant du partage du lit ne peut être calculé avec précision.

Des données canadiennes

Il n'existe aucune étude cas-témoins ou série de cas pour décrire les données canadiennes disponibles. Toutefois, les résultats préliminaires d'une récente série de cas^[41], incluant toutes les morts subites et inattendues de nourrissons au

Québec entre 1991 et 2000, révèlent que 18 % des 443 cas de mort subite (81 nourrissons) se trouvaient dans un environnement de sommeil non sécuritaire confirmé. Les circonstances du décès et les détails de l'environnement de sommeil étaient disponibles pour tous les cas. L'organisation du sommeil non sécuritaire la plus courante était une position en pronation dont le nourrisson n'avait pas l'habitude. Ce phénomène était suivi, par ordre d'occurrence, de la présence d'oreillers sur le lit et du partage du divan avec le nourrisson. Dans 93 % des cas d'environnement de sommeil non sécuritaire, on avait installé le nourrisson dans une nouvelle organisation de sommeil la nuit du décès. Cinquante-sept nourrissons partageaient un lit avec un parent et, de ce nombre, 14 étaient des cas de partage du lit dans un environnement non sécuritaire confirmé. Il était impossible de calculer le risque pour la population québécoise puisque l'étude ne comportait aucun groupe témoin. Toutefois, cette étude canadienne soulignait que des organisations de sommeil non sécuritaires, tant dans une couchette que dans un lit d'adulte, s'observent au sein de cette population dans des proportions très similaires à celles observées dans les études cas-témoins indiquées plus haut.

Le sommaire des données probantes

Selon les résultats des études cas-témoins disponibles, il est possible de tirer les conclusions suivantes, fondées sur des faits probants (constatation II-2, catégorie B [Tableau 1]).

- Dormir sur le dos s'associe au risque le plus faible de MSN [42][43].
- Le partage de la chambre réduit le risque de MSN [24][35][37].
- Le risque de MSN augmente lorsque le nourrisson partage le lit avec sa mère fumeuse [32][35][37].
- Le partage du lit avec un adulte extrêmement fatigué ou intoxiqué par l'alcool ou les médicaments (légaux ou illégaux) qui nuit à son éveil peut être dangereux pour le nourrisson [31][35][44][45].
- L'utilisation d'un matelas mou, d'oreillers et de couvertures qui peuvent couvrir la tête accroît le risque de décès dans tous les environnements de sommeil [24][36].
- Le fait de dormir avec un nourrisson sur un divan s'associe à un risque particulièrement élevé de mort subite et inattendue pendant la première enfance [24][35].
- Un nourrisson est plus vulnérable à une mort subite et inattendue s'il partage son lit avec d'autres personnes que ses parents ou que la personne qui s'occupe habituellement de lui [24].

Des recommandations pour créer un environnement de sommeil sécuritaire

La compréhension de la dynamique familiale et des raisons qui poussent la famille à choisir un environnement de sommeil donné, de même que la sensibilisation aux pratiques dangereuses de partage du lit, sont des éléments importants à souligner au moment d'orienter les parents dans l'organisation du sommeil. Aucun environnement de sommeil n'est tout à fait dénué de risque, mais il reste beaucoup à faire pour renseigner les parents afin qu'ils offrent des environnements de sommeil plus sécuritaires à leur nourrisson. Les conseils donnés doivent découler des données fondées sur des faits probants disponibles. D'après ces données, le nourrisson qui dort dans sa propre couchette est beaucoup plus en sécurité que lorsqu'il partage un lit.

D'après les données scientifiques disponibles, la Société canadienne de pédiatrie recommande que, pendant la première année de vie, le lieu de sommeil le plus sécuritaire pour le nourrisson soit sa propre couchette, installée dans la chambre de ses parents pendant les six premiers mois. Toutefois, la Société canadienne de pédiatrie convient que certains parents choisiront malgré tout de partager leur lit avec leur enfant. Compte tenu de ces mises en garde, les recommandations suivantes sont proposées, même si aucune étude aléatoire ne peut être exécutée pour en mesurer les répercussions potentielles sur la réduction de l'incidence de décès subits et inattendus de nourrissons.

- Les nourrissons devraient dormir sur le dos, dans une couchette respectant les normes de sécurité du gouvernement canadien [46]. C'est l'organisation du sommeil recommandée pendant la première année de vie, dans toutes les situations.
- L'environnement de sommeil du nourrisson ne devrait pas comprendre de courtepointe, de douillette, de contour coussiné, d'oreiller ou d'objet ressemblant à un oreiller. Il faudrait envisager de vêtir le nourrisson d'une combinaison de nuit pour éliminer le besoin de couvertures, à part un drap léger.
- Les parents devraient également être informés que le partage de la chambre protège de la MSN et que ce type d'organisation du sommeil est plus sécuritaire que le partage du lit. Ce peut être particulièrement attrayant pour les mères qui allaitent et qui veulent garder leur bébé près d'elles sans partager la même surface de lit.

- Des conseils efficaces pour prévenir le tabagisme de la mère devrait commencer au début de la grossesse et, idéalement, bien avant.
 - Les mères qui fument pendant leur grossesse devraient être informées que leur nourrisson sera plus vulnérable à la MSN. L'exposition passive à la fumée secondaire s'associe également à une augmentation du risque de MSN.
 - En cas d'exposition au tabagisme, avant ou après la naissance, le risque de MSN augmente avec le partage du lit.
- Dans les hôpitaux, les mères ne devraient pas être autorisées à dormir dans le même lit que leur nourrisson en raison des effets de la faiblesse ou de la fatigue postpartum, de l'analgésie ou de la postanesthésie. Cette politique permettra également d'éduquer les parents quant aux pratiques de sommeil sécuritaires. Cependant, en aucun cas ces directives ne devraient compromettre l'interaction entre la mère et son nourrisson, nécessaire pour l'amorçage d'un allaitement réussi.
- Les parents ne devraient pas installer leur nourrisson sur un lit d'eau, un matelas soufflé, un oreiller, des tissus mous ou de la literie défaite, même s'il s'agit d'un lit temporaire (pendant des déplacements, par exemple). Les sièges d'auto et les porte-bébés ne devraient pas remplacer la couchette, en raison du risque d'obstruction des voies respiratoires supérieures par les sangles du harnais.
- Dormir avec un nourrisson ou laisser le nourrisson dormir seul sur un divan, un fauteuil inclinable ou une chaise coussinée est une pratique dangereuse qui fait courir au nourrisson un risque important d'asphyxie ou de suffocation. Les lits improvisés sont également dangereux.

Conclusions

Les médecins devraient faire le meilleur usage possible des possibilités d'offrir des conseils constructifs mais équilibrés d'un point de vue médical et fondés sur des faits probants au sujet de l'organisation du sommeil dans le cadre de leurs conseils d'ordre préventif pendant les soins du bébé bien portant. Selon toute probabilité, la pratique recommandée de sommeil indépendant continuera de représenter l'organisation du sommeil favorisée pour les nourrissons du Canada, mais une proportion importante des familles continuera de préférer dormir ensemble. Le risque de suffocation et de coinçement dans des lits d'adulte ou des couchettes non sécuritaires devra être abordé pour réussir à réduire le taux de cet événement indésirable dévastateur.

TABLEAU 1

Nouvelles catégories de recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs pour des mesures préventives cliniques précises

Qualité des preuves	Description
I	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif bien conçu randomisé
II-1	Données obtenues dans le cadre d'essais comparatifs bien conçus, sans randomisation
II-2	Données obtenues dans le cadre d'études de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche
II-3	Données comparatives de différents lieux et époques avec ou sans intervention; résultats spectaculaires d'études non comparatives
III	Opinions exprimées par des sommets dans le domaine et reposant sur l'expérience clinique; études descriptives ou rapports de comités d'experts
Catégories de recommandations	Description
A	Il y a des preuves suffisantes pour recommander la mesure clinique préventive.
B	Il y a des preuves acceptables pour recommander la mesure clinique préventive.
C	Les preuves sont conflictuelles pour qu'on puisse recommander l'inclusion ou l'exclusion d'une mesure clinique préventive, mais d'autres facteurs peuvent influer sur la prise de décision.
D	Il y a des preuves acceptables pour recommander d'exclure une mesure clinique préventive.
E	Il y a des preuves suffisantes pour recommander d'exclure une mesure clinique préventive.
F	Les preuves sont insuffisantes pour faire une recommandation, mais d'autres facteurs peuvent influer sur la prise de décision.

Le groupe de travail admet que, dans de nombreux cas, des facteurs propres au patient doivent être envisagés et abordés, tels que la valeur qu'accorde le patient à la mesure préventive clinique, ses issues positives ou négatives éventuelles et le contexte ou la situation personnelle du patient (médical et autre). Dans certains cas où les données probantes sont complexes, contradictoires ou insuffisantes, une discussion plus approfondie peut s'imposer. Données tirées de la référence [47]

Remerciements

Le comité de la pédiatrie communautaire remercie ses collègues du comité de prévention des blessures pour leur aide et leurs suggestions pendant l'élaboration du présent énoncé.

Références

1. Cohen GJ. Guide to Your Child's Sleep: Birth Through Adolescence. New York: Villard Books, 1999:90.
2. Nelson EA, Taylor BJ, Jenik A et coll. International Child Care Practices Study: Infant sleeping environment. Early Hum Dev 2001;62:43-55.
3. US Consumer Product Safety Commission. Safety Alert. Soft bedding may be hazardous to babies. Release #99-09, 1999.
4. US Consumer Product Safety Commission. Safety Alert. CPSC warns against placing babies in adult beds; study finds 64 deaths each year from strangulation and suffocation. News from CPSC. Release #99-175, 1999.
5. Nakamura S, Wind M, Danello MA. Review of hazards associated with children placed in adult beds. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:1019-23.
6. UK Department of Health. www.dh.gov.uk/publications (version à jour le 7 octobre 2004).
7. Willinger M, James C, Catz C. Defining SIDS: Deliberation of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. Pediatr Pathol 1991;11:677-84.
8. Mitchell E, Krous HF, Donald T, Byard RW. Changing trends in the diagnosis of sudden infant death. Am J Forensic Med Pathol 2000;21:311-4.
9. Byard RW, Krous HF. Sudden infant death syndrome: Overview and update. Pediatr Dev Pathol 2003;6:112-27.
10. Byard R, Krous H. Suffocation, shaking or sudden infant death syndrome: Can we tell the difference? J Paediatr Child Health 1999;35:432-3.
11. Kinney HC, Filiano JJ. Brain research in SIDS. In: Byard RW, Krous HF, eds. Sudden Infant Death Syndrome: Problems, Progress and Possibilities. London: Arnold, 2001:118-37.
12. Sawaguchi T, Franco P, Kato I et coll. From physiology to pathology: Arousal deficiency theory in sudden infant death syndrome (SIDS) - with reference to apoptosis and neuronal plasticity. Forensic Sci Int 2002;130(Suppl):S37-43.
13. Mosko S, Richard C, McKenna J. Sleep and arousal in co-sleeping infants and mothers. Sleep Res 1995;24:76.
14. Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother-infant bed sharing: Implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. Pediatrics 1997;100:841-9.
15. McKenna J, Mosko S, Richard C et coll. Experimental studies of infant-parent co-sleeping: Mutual physiological and behavioral influences and their relevance to SIDS (sudden infant death syndrome). Early Hum Develop 1994;38:187-201.
16. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. Pediatrics 1997;100:214-9.
17. Ligue La Leche International. L'art de l'allaitement maternel. Franklin Park, Illinois: Ligue La Leche International, 1997.
18. Stein MT, Colaruso C, McKenna JJ, Powers NG. Cosleeping (Bedsharing) Among Infants and Toddlers. Pediatrics 2001;107:873-7.
19. Richard C, Mosko S, McKenna J, Drummond S. Sleeping position, orientation and proximity in bed-sharing infants and mothers. Sleep 1996;19:685-90.
20. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000. Arch Pediatr Adol Med 2003;157:43-9.
21. Klonoff-Cohen H, Edelstein SL. Bed sharing and the sudden infant death syndrome. BMJ 1995;311:1269-72.
22. Fleck L, White DK, Vemulapalli C, Stulac BB, Kemp JS. Sleep position and the use of soft bedding during bed sharing among African American infants at increased risk of sudden infant death syndrome. J Pediatrics 2001;138:338-43.
23. Brenner RA, Simons-Morton BG, Bhaskar B, Revienis M, Das A, Clemens JD. Infant-parent bed sharing in an inner-city population. Arch Pediatr Adol Med 2003;157:33-9.
24. Hauck FR, Herman SM, Donovan M et coll. Sleep environment and the risk of Sudden Infant Death Syndrome in an urban population: The Chicago Infant Mortality Study. Pediatrics 2003;111:1207-14.
25. Vemulapalli C, Grady K, Kemp J. Use of safe cribs and bedroom size among African American infants with a high rate of bed sharing. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:286-9.
26. Ferber R. Solve Your Child's Sleep Problems. New York: Simon and Schuster Inc, 1985:37-40.
27. Lozoff B, Wolf AW, Davis NS. Co-sleeping in urban families with young children in the United States. Pediatrics 1984;4:171-82.
28. Sears W. Nighttime Parenting: How to Get Your Baby and Child to Sleep. New York: Penguin Books (livres de la Ligue La Leche International), 1987:38.
29. Okami P, Weisner T, Olmstead R. Outcome correlated of parent-child bedsharing: An eighteen-year longitudinal study. J Dev Behav Pediatr 2002;23:244-53.
30. Owens JA. Cosleeping. J Dev Behav Pediatr 2002;23:254-5.
31. Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RPK et coll. Four modifiable and other major risk factors for cot death: The New Zealand study. NJ Paediatr Child Health 1992;28(Suppl 1):S3-8.
32. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ et coll. Bedsharing, smoking and alcohol in the sudden infant death syndrome. BMJ 1993;207:1312-8.
33. Mitchell EA, Thompson JMD. Co-sleeping increases the risk of SIDS, but sleeping in the parents' bedroom lowers it. In: Rognum TO, ed. Sudden Infant Death Syndrome. New Trends in the Nineties. Oslo: Scandinavian University Press, 1995:226-9.
34. Scragg RKR, Mitchell EA. Side sleeping position and bed sharing in the sudden infant death syndrome. Ann Med 1998;30:345-9.

35. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ et coll. Babies sleeping with parents: Case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *BMJ* 1999;319:1457-62.
36. 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* 2003;88:1058-106.
37. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS et coll. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: Case control study. *Lancet* 2004;363:185-91.
38. Scheers NJ, Rutherford GW, Kemp JS. Where should infants sleep? A comparison of risk for suffocation of infants sleeping in cribs, adult beds and other sleeping locations. *Pediatrics* 2003;112:883-9.
39. Willinger M, Hoffman H, Wu K-T et coll. Factors associated with the transition to nonprone sleep positions for infants in the United States: The National Infant Sleep Position Study. *JAMA* 1998;280:329-35.
40. Willinger M, Ko C-W, Hoffman H, Kessler R, Corwin M. Factors associated with caregivers' choice of infant sleep position, 1994-1998: The National Infant Sleep Position Study. *JAMA* 2000;283:2135-41.
41. Gerez T, Côté A. Developing a 'reduce-the-risk' campaign for the year 2002 in a low-incidence region. Présentée au congrès 2002 de SIDS International. Florence, Italie, du 31 août au 4 septembre 2002.
42. Henderson-Smart DJ, Ponsonby AL, Murphy E. Reducing the risk of sudden infant death syndrome. A review of the scientific literature. *J Paediatr Child Health* 1998;34:213-9.
43. Hauck FR. Changing epidemiology. In: *Sudden Infant Death Syndrome: Problems, Progress and Possibilities*. London: Arnold, 2001:31-57.
44. Mitchell EA, Stewart AW, Scragg R et coll. Ethnic differences in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand. *BMJ* 1993;306:13-6.
45. Hoffman HJ, Hunter JC, Ellish NJ, Janerich DT, Goldberg J. Adverse reproductive factors and the sudden infant death syndrome. In: Harper RM, Hoffman HJ, eds. *Sudden Infant Death Syndrome. Risk Factors and Basic Mechanisms*. New York: PMA Publishing, 1988:153-75.
46. Règlements sur les lits d'enfants et berceaux. Ottawa: Santé Canada, 2004.
47. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2003;169:207-8.

COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE

Membres : Cecilia Baxter MD (1998-2004); Fabian P Gorodzinsky MD (1996-2002); Moshe Ipp MD (2001-2003); William James MD (2002-2004); Denis Leduc MD (président, 1998-2004); Cheryl Mutch MD; Michelle Ponti MD (présidente); Linda Spigelblatt MD (représentante du conseil, 2001-2003); Sandra Woods MD (1998-2004); David Wong MD (représentant du conseil)

Représentant : Somesh Barghava MD, section de la pédiatrie générale, Société canadienne de pédiatrie (2001-2003)

Auteure principale : Denis Leduc MD; Aurore Côté MD; Sandra Woods MD