

# L'ÉNONCÉ CONJOINT SUR LE SOMMEIL SÉCURITAIRE :

## Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada

### INTRODUCTION

L'Agence de la santé publique du Canada considère le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) et certaines autres causes de décès subits survenant pendant le sommeil comme des préoccupations majeures en matière de santé publique. *L'Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire: Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada* entre dans le cadre de l'engagement continu du gouvernement du Canada visant à accroître la sensibilisation aux décès subits des nourrissons et aux environnements de sommeil sécuritaires. Le but de cet énoncé est de fournir aux professionnels de la santé des informations fondées sur des données probantes actuelles afin qu'ils puissent à leur tour offrir aux parents et gardiens des informations et du soutien pour prévenir les décès dus au SMSN et les pratiques de sommeil non sécuritaire, au Canada.

Le SMSN est défini comme le décès subit d'un nourrisson de moins d'un an qui demeure inexpliquée même après un examen approfondi du cas, y compris un examen de la scène du décès, une revue des antécédents cliniques et une autopsie complète.<sup>1</sup> Les données probantes médicales et scientifiques considèrent le SMSN comme un désordre multifactoriel, le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques, métaboliques et de l'environnement.<sup>2</sup> Des expressions telles que 'mort subite inexpliquée du nourrisson' et 'mort subite inattendue du nourrisson' sont utilisées pour tenter de grouper tous les décès qui peuvent être reliés à l'environnement de sommeil. Les définitions de ces expressions ne sont pas suffisamment uniformes pour être universellement acceptées.

La ou les causes exactes du SMSN sont inconnues. En 2004, 5 % de tous les décès des nourrissons (âgés de 0 à 1 an) et 17,2 % des décès postnéonataux (nourrissons âgés de 28 jours à 1 an) étaient attribuables au SMSN.<sup>3</sup> Le SMSN peut survenir n'importe quand au cours de la première année de vie, mais sa fréquence atteint un sommet chez les nourrissons âgés de 2 à 4 mois et diminue après l'âge de 6 mois.<sup>4,5</sup> Le taux du SMSN est plus élevé chez les nourrissons de sexe masculin,

ceux qui sont nés prématurés ou de faible poids à la naissance, ainsi que chez les nourrissons de familles défavorisées au plan socio-économique ou d'origine autochtone.<sup>4,5,6</sup> D'autres recherches devront être effectuées pour mieux comprendre les causes biologiques et les mécanismes qui prédisposent certains nourrissons aux décès subits, alors que d'autres, dans les conditions comparables, ne sont pas touchés.

Les études épidémiologiques à grande échelle menées au cours des deux dernières décennies ont accru notre compréhension du SMSN et ont permis d'identifier certains facteurs de risque qui peuvent être modifiés. Les facteurs de risque modifiables les plus importants sont la position ventrale du nourrisson pendant le sommeil et le tabagisme maternel pendant la grossesse.<sup>7,8,9,10,11,12,13,14,15,16</sup>

En 1993, le gouvernement du Canada, de concert avec d'autres organisations internationales, recommandait que les nourrissons soient placés sur le dos pour dormir et en 1999 il renforçait ce message en lançant la campagne *Dodo sur le dos*. Le taux du SMSN diminue depuis la fin des années 1980, mais l'on a constaté une diminution de 50 % de ce taux au Canada entre 1999 et 2004.<sup>3</sup> Cette diminution peut être attribuable, en partie, à des changements dans le comportement des parents tels que placer les nourrissons sur le dos pour dormir et réduire le tabagisme maternel pendant la grossesse.<sup>17</sup>

Il peut être difficile de distinguer le SMSN d'autres causes de décès des nourrissons survenant pendant le sommeil. Alors qu'ils étudiaient le SMSN, les chercheurs ont identifié des facteurs de risque additionnels dans l'environnement de sommeil du nourrisson qui peuvent contribuer non seulement au SMSN, mais aussi aux décès par suffocation non intentionnelle (enfant coincé ou recouvert).<sup>18,19</sup> Les facteurs associés à un environnement de sommeil non sécuritaire pour un nourrisson incluent le partage d'une surface de sommeil avec un adulte ou un autre enfant<sup>7,15,20</sup> et la présence d'accessoires de literie moelleux.<sup>15,21,22,23,24,25,26</sup>

*L'Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada* a été élaboré en collaboration avec des spécialistes nord-américains dans le domaine des décès subits de nourrissons, la Société canadienne de pédiatrie, la Fondation canadienne pour l'étude sur la mortalité infantile, l'Institut canadien de la santé infantile, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, avec la participation d'experts provinciaux/territoriaux et régionaux de par le pays entier dans le domaine de la santé publique.



# PRINCIPES DE SOMMEIL SÉCURITAIRE ET FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES

## Les nourrissons qui dorment toujours sur le dos ont un risque réduit du SMSN.

Les positions de sommeil ventrale et latérale sont associées à des taux accrus du SMSN, et ce, même chez les nourrissons qui régurgitent.<sup>7,9,15,20,27,28,29</sup> Les nourrissons qui dorment sur le ventre alors qu'ils sont habituellement placés sur le dos pour dormir courent un risque particulièrement élevé.<sup>27</sup> Ce risque confirme l'importance de toujours placer les nourrissons sur le dos pour dormir que ce soit à la maison, à la garderie ou en voyage. Les dispositifs de positionnement (couvertures roulées ou dispositifs vendus dans le commerce) ne doivent pas être utilisés parce qu'ils présentent un risque de suffocation.<sup>30</sup> Lorsque les nourrissons peuvent se tourner d'eux-mêmes sur le ventre ou sur le côté, il n'est pas nécessaire de les remettre sur le dos.

Il est bon de placer les nourrissons éveillés *sur le ventre*, sous supervision, plusieurs fois par jour, pour contrer tout effet que dormir sur le dos pourrait avoir sur le développement des muscles et pour également réduire le risque de plagiocéphalie, couramment appelée *tête plate*.<sup>31,32</sup>

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

Le tabagisme maternel pendant la grossesse est un facteur de risque important du SMSN.<sup>5,7,12,20,33</sup> Plus une femme fume pendant la grossesse, plus le risque du SMSN est élevé.<sup>7,34,35</sup> Les femmes qui réduisent le nombre de cigarettes qu'elles fument pendant la grossesse peuvent réduire le risque de mort subite de leur nourrisson et celles qui cessent complètement peuvent le réduire encore plus.<sup>7,8,14</sup> On estime que le tiers de tous ces décès pourraient être prévenus si on éliminait le tabagisme maternel.<sup>36,37</sup>

Les nourrissons qui sont exposés à la fumée secondaire après la naissance courent aussi un risque plus élevé d'être victimes du SMSN et le risque augmente avec le niveau d'exposition.<sup>8,12</sup>

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

Lorsque les nourrissons dorment sur des surfaces qui ne sont pas conçues pour eux, tels que des lits d'adulte, des canapés ou des fauteuils rembourrés, ils sont plus susceptibles d'être coincés et de suffoquer, en particulier lorsqu'ils partagent cette

surface avec un adulte ou un autre enfant.<sup>15,20,26,38,39</sup> Aucun article autre qu'un matelas ferme et un drap-housse n'est requis dans un lit d'enfant, un berceau ou un moïse. Les articles de literie mous et moelleux tels que les oreillers, les duvets, les douillettes, et les édredons ainsi que les bordures de protection accroissent le risque de suffocation.<sup>15,21,22,23,24,25,26</sup>

Le fait d'avoir trop chaud est un facteur de risque pour le SMSN.<sup>40</sup> Les nourrissons sont plus en sécurité lorsqu'ils portent des vêtements de nuit ajustés d'une seule pièce qui sont confortables à la température de la pièce et dans lesquels ils n'auront pas trop chaud. Les nourrissons n'ont pas besoin de couverture supplémentaire étant donné qu'ils peuvent, avec leur mouvements, se recouvrir totalement la tête ce qui peut provoquer un excès de chaleur.<sup>41</sup> Si une couverture est nécessaire, les nourrissons sont plus en sécurité avec une couverture mince, légère et perméable à l'air.

Les poussettes, balançoires d'enfant, sièges sauteurs et sièges d'auto ne sont pas conçus pour y laisser dormir un nourrisson. Lorsqu'il dort en position assise, la tête d'un nourrisson peut tomber vers l'avant et obstruer ses voies respiratoires.<sup>42</sup> Ce risque confirme l'importance de placer le nourrisson dans un lit d'enfant, un berceau ou un moïse pour dormir ou si en déplacement, aussitôt arrivé à destination.

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

Le *partage de la chambre* est une pratique de sommeil où le lit d'enfant, le berceau ou le moïse d'un nourrisson est placé dans la même chambre et près du lit du parent ou gardien. Les nourrissons qui partagent une chambre risquent moins d'être victimes du SMSN et bénéficieront du partage de la chambre pendant les 6 premiers mois, la période où le risque du SMSN est le plus élevé.<sup>12,38,43</sup> Le partage de la chambre facilite l'allaitement maternel et le contact fréquent du nourrisson pendant la nuit.

Le *partage du lit* est une pratique de sommeil où un nourrisson partage, avec un adulte ou un autre enfant, une surface de sommeil telle qu'un lit d'adulte, un canapé ou un fauteuil rembourré. Le fait de partager une surface de sommeil accroît le risque du SMSN particulièrement chez les nourrissons de moins de 4 mois.<sup>12,20,38,44,45</sup> Le fait de partager une surface de sommeil avec un nourrisson accroît également le risque qu'il devienne coincé, recouvert, qu'il ait trop chaud, ou qu'il

suffoque.<sup>44</sup> Le risque du SMSN ou d'autres causes de décès non intentionnel survenant pendant le sommeil est encore plus élevé si le nourrisson partage une surface de sommeil avec un parent ou un gardien qui fume, qui a consommé de l'alcool, qui a pris des drogues ou des médicaments sédatifs ou qui est très fatigué.<sup>12,20,43,46</sup>

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

### **L'allaitement maternel offre une protection contre le SMSN.**

Toute période d'allaitement maternel, peu importe sa durée, offre une protection contre le SMSN et l'allaitement maternel exclusif offre une meilleure protection.<sup>47,48</sup> On estime que

l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, au cours de la période où le risque est le plus élevé, peut réduire le risque du SMSN jusqu'à 50 %.<sup>47</sup> Il n'est pas nécessaire de partager une surface de sommeil avec le nourrisson pour réussir un allaitement maternel réussi.<sup>12,20</sup> Toutefois, le risque du SMSN n'augmente pas lorsque les femmes emmènent leur nourrisson dans le lit pour allaiter lorsque ce dernier retourne dans un lit d'enfant, un berceau ou un moisé pour y dormir après l'allaitement.<sup>20,46</sup>

Les sucettes semblent offrir une protection contre le SMSN.<sup>24,49,50,51,52</sup> Il n'y a pas de preuves solides que l'utilisation d'une sucette entrave l'allaitement maternel; toutefois il est préférable d'introduire la sucette après que l'allaitement soit bien établi.<sup>53</sup> Les nourrissons qui l'acceptent devraient toujours avoir une sucette pour dormir; toutefois il n'est pas nécessaire de replacer la sucette si elle est expulsée pendant le sommeil.

L'Agence de la santé publique du Canada a produit l'*Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada* pour les professionnels de la santé afin qu'ils puissent à leur tour offrir aux parents et gardiens des informations et du soutien pour prévenir les décès dus au SMSN et les pratiques de sommeil non sécuritaire. Les parents et les gardiens sont encouragés à mettre en pratique les principes de sommeil sécuritaire à la maison, en milieu de garde et lorsqu'ils voyagent.

*Pour en savoir plus sur le sommeil sécuritaire :*

Agence de la santé publique du Canada

Santé Canada

Société canadienne de pédiatrie

Foundation canadienne pour l'étude sur la mortalité infantile

Institut canadien de la santé infantile

[www.santepublique.gc.ca/sommeilsur](http://www.santepublique.gc.ca/sommeilsur)

[www.canadiensensante.gc.ca/enfants](http://www.canadiensensante.gc.ca/enfants)

[www.cps.ca](http://www.cps.ca)

[www.sidscanada.org](http://www.sidscanada.org)

[www.cich.ca](http://www.cich.ca)

## REFERENCES

- Willinger, M., James, L.S. & Catz, C. (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.
- Kinney, H.C., & Thach, B.T. (2009). The sudden infant death syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 361, 8, 795-805.
- Public Health Agency of Canada. (2008). *Canadian Perinatal Health Report. 2008 Edition*. Ottawa, Canada: Author.
- Blair, P., Sidebotham, P., Berry, P., Evans, M., & Fleming, P. (2006). Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: A 20 year population-based study in the UK. *Lancet*, 367, 314-319.
- Leach, C.E., Blair, P.S., Fleming, P.J., Smith, I.J., Platt, M.W., Berry, P.J., Golding, J., & the CESDI SUDI Research Group. (1999). Epidemiology of SIDS and explained sudden infant deaths. *Pediatrics*, 104, e43.
- Blair, P.S., & Fleming, P.J. (2002). Epidemiological investigation of sudden infant death syndrome in infants: Recommendations for future studies. *Child: Care, Health & Development*, 28, 49-54.
- Mitchell, E.A., Taylor, B.J., Ford, R.P.K., Stewart, A.W., Becroft, D.M.O., Thompson, J.M.D., Scragg, R., Hassall, I.B., Barry, D.M.J., Allen, E.M., Roberts, A.P. (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.
- Blair, P.S., Fleming, P.J., Bensley, D., Smith, I., Bacon, C., Taylor, E., Berry, J., Golding, J., & Tripp, J. (1996). Smoking and the sudden infant death syndrome: Results from 1993-1995 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *British Medical Journal*, 313, 195-198.
- Oyen N., Markestad, T., Skjaerven, R., Irgens, L., Helweg-Larsen, K., Alm, B., Norvenius, G., & Wennergren, G. (1997). Combined effects of sleeping position and prenatal risk factors in sudden infant death syndrome: The Nordic Epidemiological SIDS study. *Pediatrics*, 100, 613-621.
- Brooke, H., Gibson, A., Tappin, D., & Brown, H. (1997). Case-control study of sudden infant death syndrome in Scotland, 1992-5. *British Medical Journal*, 314, 1516-1520.
- Alm, B., Milerad, J., Wennergren, G., Skjaerven, R., Oyen, N., Norvenius, G., Daltveit, A.K., Helweg-Larsen, K., Markestad, T., Irgens, L.M. and the Nordic Epidemiological SIDS Study. (1998). A case-control study of smoking and sudden infant death syndrome in the Scandinavian countries, 1992-1995. *Archives of Diseases in Children*, 78, 329-334.
- Carpenter, R.G., Irgens, L.M., Blair, P.S., England, P.D., Fleming, P., Huber, J., Jorch, G., & Schreuder, P. (2004). Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: Case-control study. *Lancet*, 363, 185-91.
- Gessner, B.D., Ives, G.C., Perham-Hester, K.A. (2001). Association between sudden infant death syndrome and prone sleep position, bed sharing, and sleeping outside an infant crib in Alaska. *Pediatrics*, 108, 923-927.
- Vennemann, M., Findeisen, M., Butterfab-Bahloul, T., Jorch, G., Brinkman, B., Kopcke, W., Bajonowski, T., Mitchell, E., & the GeSID Group. (2005). Modifiable risk factors for SIDS in Germany: Results of GeSID. *Acta Paediatrica*, 94, 655-660.
- Hauck, F.R., Herman, S.M., Donovan, M., Iyasu, S., Moore, C.M., Donoghue, E., Kirshner, R.H., & Willinger, M. (2003). Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: The Chicago infant mortality study. *Pediatrics*, 111, 1207-1214.
- Fleming, P., & Blair, P. (2007). Sudden infant death syndrome and parental smoking. *Early Human Development*, 83, 11, 721-725.
- Rusen, I.D., Sauve, R., Joseph, K.S. & Kramer, M.S. (2004). Sudden infant death syndrome in Canada: Trends in rates and risk factors, 1985-1998. *Chronic Diseases in Canada*, 25, 1, 1-6.
- 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. Retrieved on February 2, 2009 from <http://www.cdc.gov/sids/SUID.htm>.
- Shapiro-Mendoza, C.K., Kimball, M., Tomachek, K.M., Anderson, R.N., & Blanding, S. (2009). US infant mortality trends attributable to accidental suffocation and strangulation in bed from 1984 through 2004: Are rates increasing? *Pediatrics*, 123, 533-539.
- McGarvey, C., McDonnell, M., Chong, A., O'Regan, M., & Matthews, T. (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.
- Mitchell, E.A., & Scragg, L., & Clements, M. (1996). Soft cot mattresses and the sudden infant death syndrome. *New Zealand Medical Journal*, 109, 206-207.
- Thach, B.T., Rutherford, G.W., & Harris, K. (2007). Deaths and injuries attributed to infant crib bumper pads. *Journal of Pediatrics*, 151, 271-274.
- L'Hoir, M.P., Engelberts, A.C., van Well, G.T.J., McClelland, S., Westers, P., Dandachli, T., Mellenbergh, G.J., Wolters, W.H.G., & Huber, J. (1998). Risk and preventive factors for cot death in The Netherlands, a low-incidence country. *European Journal of Pediatrics*, 157, 681-688.
- Fleming, P.J., Blair, P.S., Bacon, C., Bensley, D., Smith, I., Taylor, E., Berry, J., Golding, J., Tripp, J., & 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.
- Ponsonby, A.L., Dwyer, T., Couper, D., & Cochrane, J. (1998). Association between use of a quilt and sudden infant death syndrome: Case-control study. *British Medical Journal*, 316, 195-196.
- Osfield, B.M., Perl, H., Esposito, L., Hempstead, K., Hinnen, R., Sandler, A., Goldblatt Pearson, P., & Hegyi, T. (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.
- Mitchell, E., Thach, B., Thompson, J., & Williams, S. (1999). Changing infants' sleep position increases risk of sudden infant death syndrome. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 1136-1141.
- Li, D.K., Petitti, D.B., Willinger, M., McMahon, R., Odouli, R., Vu, H., & Hoffman, H.J. (2003). Infant sleep position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997-2000. *American Journal of Epidemiology*, 157, 5, 446-455.
- Vandenplas, Y., Rudolph, C.D., Lorenzo, C., Hassall, E., Liptak, G., Mazur, L., Sondheimer, J., Staiano, A., Thomson, M., Veereman-Wauters, G., & Wenzl, T.G. (2009). Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: Joint recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49, 498-547.
- U.S. Department of Health and Human Services. U.S. Food and Drug Administration. CPSC and FDA warn against sleep positioners because of suffocation risk: Initial communication. Retrieved on December 7, 2010 from <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm227301.htm>
- Hutchison, B.L., Thompson, J.M., Mitchell, E.A. (2003). Determinants of nonsynostotic plagiocephaly: A case-control study. *Pediatrics*, 12, e316.
- van Vlimmeren, L.A., van der Graaf, Y., Boere-Boonekamp, M.M., L'Hoir, M.P., Helders, P.J., & Engelbert, R.H. (2007). Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at 7 weeks of age: A prospective cohort study. *Pediatrics*, 119, e408-e418.
- Schoendorf, K.C., & Kiely, J.L. (1992). Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics*, 90, 905-908.
- Mitchell, E.A., Ford, R.P.K., Stewart, A.W., Taylor, B.J., Becroft, D.M.O., Thompson, J.M.D., Scragg, R., Hassall, I., Barry, D.M.J., Allen, E.M., & Roberts, A.P. (1993). Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics*, 91, 893-896.
- Brooke, H., Gibson, A., Tappin, D., & Brown, H. (1997). Case-control study of sudden infant death syndrome in Scotland, 1992-5. *British Medical Journal*, 314, 1516-1520.
- Mitchell E.A., & Milerad, J. (2006). Smoking and the sudden infant death syndrome. *Reviews of Environmental Health*, 21, 2, 81-103.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, S., & Taylor, B. (2006). The costs of substance abuse in Canada 2002. (Available from the Canadian Centre on Substance Abuse, 75 Albert St., Suite 300, Ottawa, Ontario K1P 5E7.)
- Tappin, D., Ecob, R., & Brooke, H. (2005). Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-control study. *Journal of Pediatrics*, 147, 1, 32-37.
- Scheers, N., Rutherford, W., & Kemp, J. (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.
- Ponsonby, A.L., Dwyer, T., Gibbons, I.E., Cochrane, J.A., Jones, M.E., & McCall, M.J. (1992). Thermal environment and sudden infant death syndrome: Case-control study. *British Medical Journal*, 204, 277-282.
- Mitchell, E.A., Thompson, J.M.D., Becroft, D.M.O., Bajonowski, T., Brinkmann, B., Happe, A., Jorch, G., Blair, P.S., Sauerland, C., & Vennemann, M.M. (2008). Head covering and the risk of SIDS: Findings from the New Zealand and German SIDS case-controlled studies. *Pediatrics*, 121, 6, e1478-e1483.
- Cote, A., Bairam, A., Deschesne M., & Hatzakis, G. (2008). Sudden infant deaths in sitting devices. *Archives of Disease in Childhood*, 93, 384-389.
- Scragg, R.K.R., Mitchell, E.A., Stewart, A.W., Ford, R.P., Taylor, B.J., Hassall, I.B., Williams, S.M., & Thompson, J.M. (1996). Infant room-sharing and prone sleep position in sudden infant death syndrome. *Lancet*, 347, 7-12.
- Carroll-Pankhurst, C., & Mortimer, E.A. (2001). Sudden infant death syndrome, bedsharing parental weight, and age of death. *Pediatrics*, 107, 3, 530-536.
- Ruys, J.H., Jonge, G.A., Brand, R., Engelberts, A., & Semmekrot, B.A. (2007). Bed-sharing in the first four months of life: A risk factor for sudden infant death. *Acta Paediatrica*, 96, 1399-1403.
- Blair, P.S., Fleming, P.J., Smith, I.J., Ward Platt, M., Young, J., Nadin, P., Berry, P.J., Golding, J., & the 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.
- Vennemann, M., Bajonowski, T., Brinkmann, B., Jorch, G., Yucusan, K., Sauerland, C., & Mitchell, E.A. and the GeSID Study Group. (2009). Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*, 123, e406-410.
- 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. Retrieved on February 10, 2009 from <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>
- Li, D.K., Willinger, M., Petitti, D.B., Odouli, R., Liu, L., & Hoffman, H.J. (2006). Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): Population based case-control study. *British Medical Journal*, 332, 18-22.
- Hauck, F.R., Omojokun, O.O., & Siadaty, M.S. (2005). Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*, 116, e716-e723.
- L'Hoir, M.P., Engelberts, A.C., van Well, G.T., Damste, P.H., Idema, N.K., Westers, P., Mellenbergh, G.J., Wolters, W.H., & Huber, J. (1999). Dummy use, thumb sucking, mouth breathing and cot death. *European Journal of Pediatrics*, 158, 11, 896-901.
- Mitchell, E.A., Taylor, B.J., Ford, R.P.K., Stewart, A.W., Becroft, D.M., Thompson, J.M., Scragg, R., Hassall, I.B., Barry, D.M., & Allen, E.M. (1993). Dummies and the sudden infant death syndrome. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 68, 501-504.
- O'Connor, N.R., Tanabe, K.O., Siadaty, M.S., Hauck, F.R. (2009). Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163, 378-382.