

Rapports sur la santé

Partage du lit avec un nourrisson au Canada

par Heather Gilmour, Pamela L. Ramage-Morin et Suzy L. Wong

Date de diffusion : le 17 juillet 2019



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Programme des services de dépôt

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur | 1-800-565-7757 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2019

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Partage du lit avec un nourrisson au Canada

par Heather Gilmour, Pamela L. Ramage-Morin et Suzy L. Wong

Résumé

Contexte : Un débat entoure la pratique du partage du lit avec un nourrisson, qui est définie comme le fait de partager une surface de sommeil avec un nourrisson. Au Canada, la plupart des lignes directrices en santé publique, y compris l'*Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire* de 2011, conseillent aux parents d'éviter cette pratique parce qu'elle est associée à des cas de blessure et de décès chez les nourrissons. Cependant, les partisans de la pratique font état d'avantages physiques et psychologiques éventuels, et des données probantes montrent que les risques associés au partage du lit avec un nourrisson sont faibles en l'absence d'autres facteurs de risque. Jusqu'à maintenant, on en sait peu sur la prévalence et les motifs de cette pratique au Canada.

Données et méthodes : Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 et de 2016 ont servi à évaluer la prévalence et les motifs du partage du lit avec un nourrisson en fonction de certaines caractéristiques des femmes âgées de 15 à 55 ans ayant accouché au cours des cinq années précédentes. Une analyse multivariée a permis d'examiner les facteurs associés indépendamment au partage fréquent du lit avec un nourrisson.

Résultats : Selon les estimations, 33 % des femmes ont déclaré qu'une autre personne avait fréquemment partagé (tous les jours ou presque tous les jours) une surface de sommeil avec leur nourrisson; 27 % ont indiqué qu'une personne avait occasionnellement partagé le lit avec leur nourrisson (une ou deux fois par semaine, quelques fois par mois ou moins d'une fois par mois); et 40 % ont déclaré que personne n'avait jamais partagé le lit avec leur nourrisson. L'allaitement était la raison la plus fréquemment mentionnée pour expliquer le partage du lit (39 %); venait ensuite la facilitation du sommeil de la mère ou du nourrisson (29 %). Lors de l'analyse multivariée, le groupe d'âge, l'état matrimonial, la province ou le territoire de résidence, la région de naissance de la mère et l'allaitement ont été associés de manière significative au partage fréquent du lit avec un nourrisson.

Interprétation : Les données indiquent que le partage du lit avec un nourrisson est une pratique relativement fréquente. Elles suggèrent que les parents y ont recours pour des raisons pratiques. Les résultats de la présente étude fourniront des données de base et serviront à orienter l'élaboration des politiques et des programmes ayant trait aux pratiques de sommeil sécuritaires.

Mots-clés : allaitement maternel, cododo, enquête sur la santé, étude transversale, statut socioéconomique

DOI : <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201900700002-fra>

Le débat sur le partage du lit avec un nourrisson, c'est-à-dire un adulte ou un autre enfant qui partage une surface de sommeil avec un nourrisson, se poursuit. Certaines études laissent entendre qu'il existe un risque accru de décès chez les nourrissons, tandis que d'autres indiquent qu'il n'existe pas de risque accru en l'absence de dangers comme les surfaces moelleuses, les accessoires de literie ou les oreillers supplémentaires, l'usage du tabac, les facultés affaiblies ou le fait de dormir avec une autre personne qu'un gardien¹⁻³. Les partisans du partage du lit font état d'avantages physiques et psychologiques éventuels, comme le fait de faciliter l'allaitement et de favoriser la formation de liens d'attachement^{3,4}. Certaines lignes directrices visent à éliminer les risques en recommandant d'éviter toute forme de partage du lit⁵. D'autres mettent l'accent sur la réduction des blessures en informant les parents pour leur permettre de prendre des décisions éclairées et, ainsi, minimiser les risques associés au partage du lit avec un nourrisson^{6,7}.

Au Canada, l'*Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire* de 2011 indiquait que le partage du lit est un facteur associé à un environnement de sommeil non sécuritaire, à un risque accru de syndrome de mort subite du nourrisson ainsi qu'à un risque accru que l'enfant reste coincé, qu'il soit recouvert ou qu'il suffoque. On recommandait donc aux parents de ne pas partager le lit avec leur nourrisson⁸.

Des études réalisées au Canada⁹⁻¹³, aux États-Unis^{14,15}, en Grande-Bretagne¹⁶, en Australie^{5,10,17}, en Nouvelle-Zélande¹⁰,

dans certaines régions de l'Europe^{10,18} et en Asie¹⁰ ont utilisé différentes définitions du partage du lit avec un nourrisson et elles ont fait état de taux de prévalence allant de 12 % à 88 %. Les études canadiennes étaient basées sur de petits échantillons ou mettaient l'accent sur des sous-populations particulières⁹⁻¹³. Il est donc impossible de généraliser les résultats à l'ensemble de la population.

Pour la première fois, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2015 et de 2016 a recueilli des données nationales sur le partage du lit avec un nourrisson. La présente étude utilise ces données pour examiner la prévalence et la fréquence de cette pratique au Canada en fonction de certaines caractéristiques de la mère ainsi que des déclarations quant aux motifs de cette pratique.

Méthodes

Source des données

L'ESCC est une enquête transversale qui permet de recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé auprès des Canadiens âgés de 12 ans et plus. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes vivant dans les réserves et les peuplements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les jeunes de 12 à 17 ans vivant en famille d'accueil, la population vivant en établissement et les personnes vivant dans les régions sociosanitaires du Nunavik et

des Terres-Cries-de-la-Baie-James au Québec. Ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible. Les données de l'ESCC ont été recueillies de janvier 2015 à décembre 2016. Le taux de réponse global était de 59,5 %, ce qui a donné lieu à un échantillon final de 110 095 personnes. L'échantillon d'analyse comprend 5 329 femmes de 15 à 55 ans qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes et représente une population de 1,5 million de personnes.

Définitions

On a demandé aux femmes de 15 à 55 ans qui ont déclaré avoir accouché (sauf les mortinaissances) au cours des cinq années précédentes de fournir la date de naissance de leur dernier enfant ainsi que la fréquence à laquelle l'enfant dormait dans le même lit que la mère (la participante à l'enquête) ou qu'une autre personne lorsque cet enfant était un nourrisson (âgé de moins de 1 an). On a classé les réponses concernant le partage du lit dans les catégories « fréquemment » (tous les jours ou presque tous les jours), « occasionnellement » (une ou deux fois par semaine, quelques fois par mois ou moins d'une fois par mois) ou « jamais ».

Les mères dont le nourrisson avait partagé le lit avec quelqu'un en ont indiqué la principale raison, parmi les catégories de réponse suivantes : pour l'allaitement, pour que le bébé dorme / pour que je puisse dormir, parce que je croyais que dormir avec mon enfant était bénéfique pour lui, parce que l'enfant était malade, parce qu'il n'y avait pas de place pour un berceau, parce qu'on ne pouvait pas se permettre d'acheter un berceau ou pour une autre raison (non précisée).

Caractéristiques sociodémographiques

On a calculé l'âge de la mère à la naissance du dernier enfant en divisant le nombre de jours entre la date de naissance de la mère et la date de naissance de l'enfant par 365,25.

Le niveau de scolarité le plus élevé du ménage a été classé comme suit : diplôme

d'études postsecondaires ou aucun diplôme d'études postsecondaires.

Dans l'échantillon d'analyse, le revenu du ménage et la principale source de revenu ont été déterminés à partir des dossiers fiscaux (41 %), des données fournies par la participante (40 %) ou des données imputées (19 %). On a utilisé la principale source de revenu pour repérer les personnes ayant des moyens financiers limités. Parmi les sources utilisées, il y avait les salaires et traitements, le revenu d'un travail autonome, les dividendes et intérêts (p. ex. d'obligations et d'épargne), les prestations d'assurance-emploi, l'indemnité d'accident du travail, les prestations du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec, les pensions de retraite et rentes, les régimes enregistrés d'épargne-retraite et les fonds enregistrés de revenu de retraite, la Sécurité de la vieillesse (SV) et le Supplément de revenu garanti (SRG), la prestation fiscale canadienne pour enfants ou les allocations familiales, les allocations municipales ou provinciales d'aide sociale et de bien-être, la pension alimentaire pour enfants, la prestation alimentaire matrimoniale, les autres formes de revenu (p. ex. le revenu locatif ou les bourses d'études) ou aucun revenu. Les personnes interrogées qui ont mentionné la SV et le SRG ou les allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être ont été regroupées et comparées avec celles qui dépendaient d'autres sources de revenus.

Le logement a été classé comme appartenant à un membre du ménage (même s'il restait une hypothèque à payer) ou loué (même si aucun loyer n'était versé).

L'état matrimonial correspondait à l'une des trois catégories suivantes : mariée, en union libre, ou célibataire, séparée, veuve ou divorcée.

L'identité autochtone était déterminée par autodéclaration d'après les réponses à la question : « Êtes-vous un Autochtone, c'est-à-dire [membre d'une] Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit)? Première Nation comprend les Indiens avec statut et les Indiens sans statut. »

La catégorie d'immigrants comprenait les immigrantes ayant obtenu le droit d'établissement et les résidentes non permanentes par rapport aux personnes interrogées qui étaient nées au Canada. On a classé le pays de naissance de la mère en fonction des régions de la Classification type des pays et des zones d'intérêt de 2010.

Le fait d'avoir un fournisseur habituel de soins de santé était déterminé par autodéclaration d'après les réponses à la question : « Avez-vous un fournisseur habituel de soins de santé? Par ceci, nous entendons un professionnel de la santé que vous voyez ou auquel vous parlez régulièrement lorsque vous avez besoin de soins ou de conseils concernant votre santé. »

On a demandé aux participantes à l'enquête si elles avaient allaité ou donné du lait maternel à leur nourrisson et pendant combien de temps. On leur a aussi posé des questions sur le moment où elles ont commencé à lui donner d'autres liquides et des aliments solides. On a établi les catégories suivantes : exclusivement pendant six mois ou plus, exclusivement pendant moins de six mois (durée de moins de six mois ou introduction d'autres liquides ou d'aliments solides avant six mois) et pas d'allaitement ou de lait maternel. Les mères qui avaient un nourrisson de moins de 6 mois et qui poursuivaient l'allaitement exclusif (durée impossible à déterminer) ou celles qui n'ont pas répondu à la question ont été exclues des estimations de la prévalence. Cependant, on les a intégrées à l'analyse multivariée; les résultats pour cette catégorie n'ont pas été illustrés.

Techniques d'analyse

On a calculé les fréquences pondérées et on a produit les tableaux croisés pour étudier la prévalence du partage du lit avec un nourrisson selon certaines caractéristiques de la mère ainsi que les motifs expliquant cette pratique. Une régression logistique multivariée a servi à déterminer les facteurs associés indépendamment au partage du lit. Afin de tenir compte de la sous-estimation des erreurs-types attribuable au plan de

sondage complexe, on a appliqué des poids bootstrap à l'aide de la version 11.0 exécutable par SAS de SUDAAN¹⁹.

Résultats

Prévalence du partage du lit avec un nourrisson

Selon les estimations fondées sur l'ESCC de 2015 et de 2016, environ 497 000 femmes (33 %) de 15 à 55 ans ayant accouché au cours des cinq années précédentes (tableau 1) ont déclaré qu'une personne avait partagé le lit avec leur nourrisson; on estime que le partage du lit était occasionnel chez 27 % des femmes (intervalle de confiance [IC] à 95 %, de 26 à 29) et que 40 % des femmes (IC à 95 %, de 38 à 42) n'avaient jamais eu recours à cette pratique.

Les nourrissons des mères âgées de 15 à 24 ans au moment de l'accouchement étaient plus susceptibles que ceux des mères âgées de 25 à 29 ans (38 % contre 29 %) de partager fréquemment le lit avec une personne. En outre, les mères dont le revenu annuel du ménage était inférieur (moins de 80 000 \$) et les locataires étaient plus susceptibles de déclarer qu'une personne partageait fréquemment le lit avec leur nourrisson que les propriétaires et les mères dont le revenu du ménage était supérieur. La prévalence du partage du lit avec un nourrisson était plus élevée chez les mères mariées (35 %) ou les mères célibataires, veuves, séparées ou divorcées (36 %) par rapport à celles vivant en union libre (23 %), et la pratique était moins fréquente chez celles ayant un fournisseur habituel de soins de santé (32 %) par rapport à celles qui n'en avaient pas (41 %).

Le partage fréquent du lit avec un nourrisson était beaucoup plus fréquent au Manitoba (41 %), en Colombie-Britannique (45 %), au Yukon (67 %), dans les Territoires du Nord-Ouest (51 %) et au Nunavut (67 %) qu'ailleurs au pays. Les pourcentages étaient de loin inférieurs au Nouveau-Brunswick (11 %) et au Québec (23 %).

Les nourrissons des mères immigrantes étaient plus susceptibles de partager fréquemment le lit d'une personne que ceux des mères nées au Canada

(47 % contre 26 %). Plus particulièrement, la prévalence de la pratique était plus forte chez les mères nées en Asie comparativement aux mères nées en Amérique du Nord (57 % contre 26 %).

Les mères qui avaient allaité ou donné du lait maternel à leur nourrisson étaient de deux à trois fois plus susceptibles que celles qui ne l'avaient pas allaité ou ne lui avaient pas donné de lait maternel de déclarer qu'une personne partageait fréquemment le lit de leur nourrisson. En outre, l'allaitement exclusif pendant une période plus longue (six mois ou plus) était associé à une probabilité plus élevée de partage fréquent du lit avec un nourrisson.

Il n'y avait aucune différence notable en ce qui concerne la prévalence du partage fréquent du lit avec un nourrisson selon le niveau de scolarité du ménage, la principale source de revenu du ménage ou l'identité autochtone. Cependant, dans les territoires, la prévalence de la pratique était beaucoup plus élevée chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (67 % contre 49 %) (tableau 2).

Motifs expliquant le partage du lit avec un nourrisson

L'allaitement était la raison la plus fréquemment mentionnée pour expliquer le partage du lit avec le nourrisson (39 %); venait ensuite la facilitation du sommeil de la mère ou du nourrisson (29 %) (figure 1). Les personnes qui partageaient fréquemment le lit avec un nourrisson étaient plus susceptibles que les personnes qui partageaient occasionnellement le lit de le faire pour allaiter (46 % contre 31 %) ou parce qu'elles croyaient que dormir avec l'enfant était bénéfique pour lui (13 % contre 2 %). Les personnes qui partageaient occasionnellement le lit avec le nourrisson étaient plus susceptibles de le faire pour dormir (35 % contre 24 %) ou parce que l'enfant était malade (15 % contre 1 %). Peu de personnes ont déclaré partager le lit avec un nourrisson parce qu'elles n'avaient pas de berceau ou qu'elles n'avaient pas les moyens de s'en procurer un (1 %).

Analyse multivariée

Lorsque des caractéristiques socioéconomiques, démographiques et liées à la santé étaient prises en compte ensemble dans le cadre d'une analyse multivariée (tableau 3), les nourrissons des mères âgées de 25 à 29 ans au moment de l'accouchement étaient beaucoup moins susceptibles de partager fréquemment le lit d'une personne, tout comme c'était le cas chez les résidentes du Nouveau-Brunswick. La cote exprimant le risque de partager fréquemment le lit avec un nourrisson était plus élevée chez les femmes célibataires, veuves, séparées ou divorcées, tout comme chez les résidentes de la Colombie-Britannique, du Yukon et du Nunavut, les femmes nées en Amérique du Sud ou en Amérique centrale, dans les Caraïbes ou en Asie ainsi que les femmes qui pratiquaient l'allaitement exclusif.

Discussion

Pour la première fois, des données nationales représentatives de la population sur le partage du lit avec un nourrisson au Canada sont disponibles. Selon l'ESCC de 2015 et de 2016, 33 % des mères ont déclaré qu'une personne avait fréquemment partagé le lit avec leur nourrisson, tandis que 27 % ont dit qu'une personne avait occasionnellement partagé le lit avec leur nourrisson. Les comparaisons avec des études canadiennes antérieures posent problème en raison des variations de la mesure du partage du lit (p. ex. l'âge de l'enfant, la fréquence) et parce que certaines études portaient sur des sous-populations particulières ou n'étaient pas autrement représentatives. Par exemple, dans une communauté crie au nord d'Edmonton, 80 % des mères pratiquaient le partage du lit⁹. Une enquête réalisée au Manitoba a révélé que le partage du lit au moins trois fois par semaine avait lieu chez 43 % des nourrissons âgés de 3 à 4 mois et que la pratique était occasionnelle chez 30 % d'entre eux¹¹. Selon une autre étude réalisée au Manitoba, le partage du lit se produisait avec 23 % des nourrissons âgés de 3 mois¹⁰. Un sondage réalisé sur

Tableau 1

Prévalence du partage fréquent du lit avec des nourrissons (âgés de moins de 1 an) selon certaines caractéristiques de la mère, femmes de 15 à 55 ans qui ont accouché au cours des cinq années précédentes, population à domicile, Canada, de 2015 à 2016

Caractéristiques de la mère	Nombre en milliers	%	Intervalle de confiance à 95 %	
			de	à
Total	497,0	32,7	30,6	34,8
Groupe d'âge au moment de l'accouchement				
15 à 24 ans [†]	69,4	38,4	32,0	45,2
25 à 29 ans	128,0	28,9*	25,6	32,4
30 à 34 ans	174,5	31,0	27,9	34,3
35 ans et plus	102,5	35,3	30,2	40,7
Niveau de scolarité (ménage)				
Diplôme d'études postsecondaires	408,3	32,5	30,2	34,9
Aucun diplôme d'études postsecondaires [†]	75,0	33,3	28,6	38,3
Revenu (ménage)				
Moins de 40 000 \$	121,1	38,5**	33,6	43,6
40 000 \$ à 79 999 \$	153,7	36,4**	32,3	40,8
80 000 \$ ou plus [†]	222,2	28,3	25,7	31,2
Logement				
Propriétaire-occupant [†]	291,9	29,1	26,7	31,7
Locataire	187,2	39,8**	35,6	44,1
Principale source de revenu du ménage				
Revenu d'assistance sociale / SRG / SV	21,1 ^E	38,7	29,0	49,3
Autre [†]	429,5	31,7	29,5	34,0
État matrimonial				
Mariée	345,6	35,4**	32,7	38,2
Union libre [†]	76,1	22,7	19,2	26,5
Célibataire, veuve, séparée ou divorcée	75,1	35,9**	30,2	42,0
Province ou territoire de résidence				
Terre-Neuve-et-Labrador	7,5 ^E	33,0 ^E	22,3	45,8
Île-du-Prince-Édouard	1,2 ^E	23,1 ^E	13,6	36,4
Nouvelle-Écosse	12,5 ^E	34,7	25,6	45,0
Nouveau-Brunswick	3,5 ^E	11,4** ^E	7,3	17,5
Québec	84,4	23,2**	19,5	27,5
Ontario	192,0	34,5	30,4	38,9
Manitoba	23,7	40,7*	33,5	48,4
Saskatchewan	19,7 ^E	31,5	23,4	41,0
Alberta	69,0	33,5	29,1	38,2
Colombie-Britannique	78,5	45,4**	39,2	51,8
Yukon	1,1 ^E	67,1**	50,0	80,7
Territoires du Nord-Ouest	1,5 ^E	51,1**	37,5	64,6
Nunavut	2,4	66,7**	56,3	75,7
Identité autochtone (Premières Nations, Inuit, Métis)				
Oui	30,5	37,0	30,4	44,2
Non [†]	446,0	32,2	30,0	34,5
Immigrante				
Oui	214,4	46,9**	42,0	51,8
Non [†]	264,8	26,0	24,0	28,1
Région de naissance				
Canada ou ailleurs en Amérique du Nord [†]	269,5	26,1	24,1	28,2
Amérique du Sud, Amérique centrale et Caraïbes	22,4 ^E	38,1 ^E	26,5	51,2
Europe	23,5 ^E	33,5 ^E	22,6	46,4
Afrique	29,6 ^E	38,4 ^E	26,5	51,9
Asie	134,1	56,8**	49,6	63,7
Océanie, Antarctique et îles adjacentes, non déclaré	17,8 ^E	37,6 ^E	25,5	51,5
Fournisseur habituel de soins de santé				
Oui	417,5	31,7*	29,5	33,9
Non [†]	76,8	40,5	33,5	48,0
Allaitement ou lait maternel				
Exclusivement pendant 6 mois ou plus	182,1	41,6**	37,6	45,9
Exclusivement pendant moins de 6 mois	235,9	29,8**	26,9	32,9
Pas d'allaitement ou de lait maternel [†]	21,9 ^E	14,5 ^E	10,4	19,7

SRG : Supplément de revenu garanti

SV : Sécurité de la vieillesse

^E à utiliser avec prudence[†] groupe de référence; pour la province ou le territoire de résidence, le groupe de référence est la combinaison des autres provinces et territoires

* valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence (p < 0,05)

** valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence (p < 0,01)

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 et de 2016.

Tableau 2

Prévalence du partage fréquent du lit avec des nourrissons (âgés de moins de 1 an) selon l'identité autochtone, par province ou territoire, femmes de 15 à 55 ans qui ont accouché au cours des cinq années précédentes, population à domicile, Canada, de 2015 à 2016

Identité autochtone de la mère	Canada				Territoires				Provinces			
	Nombre en milliers	%	Intervalle de confiance à 95 % de à		Nombre en milliers	%	Intervalle de confiance à 95 % de à		Nombre en milliers	%	Intervalle de confiance à 95 % de à	
Total	497,0	32,7	30,6	34,8	5,0	61,2	53,3	68,5	491,9	32,5	30,4	34,7
Identité autochtone (Premières Nations, Inuit, Métis)												
Oui	30,5	37,0	30,4	44,2	3,5	67,4*	57,9	75,6	27,0	35,0	27,9	42,8
Non†	446,0	32,2	30,0	34,5	1,4 ^E	49,4	36,1	62,8	444,6	32,1	29,9	34,4

^E à utiliser avec prudence

† groupe de référence

* valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence (p < 0,05)

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 et de 2016.

Internet a indiqué que 12 % des enfants canadiens âgés de 0 à 36 mois avaient partagé le lit d'une personne au cours des deux semaines précédentes¹².

Après la prise en compte des autres variables sociodémographiques, la cote exprimant le risque qu'une personne partage le lit avec un nourrisson était beaucoup plus élevée chez les mères célibataires, veuves, séparées ou divorcées

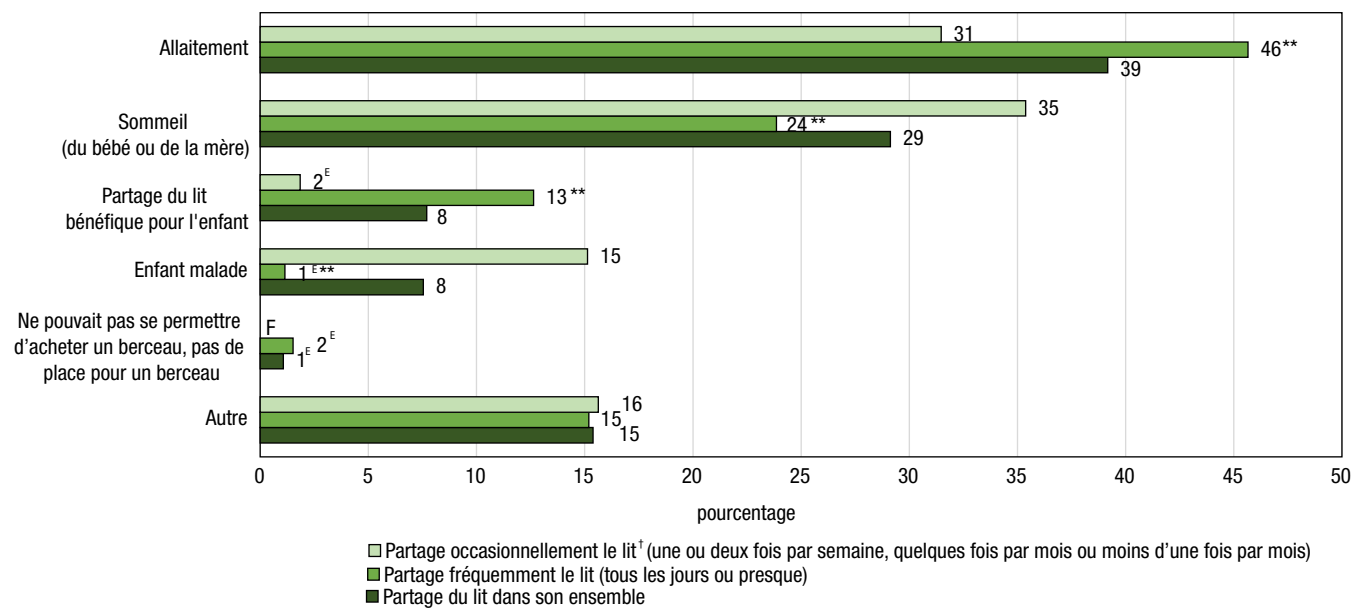
que chez les mères mariées. En outre, de nombreuses variations en ce qui concerne la prévalence du partage de lit par province ou territoire de résidence étaient toujours présentes lors de l'analyse multivariée : la cote exprimant le risque de partager le lit avec une personne était considérablement moins élevée chez les nourrissons du Nouveau-Brunswick, tandis qu'elle était plus élevée chez ceux

de la Colombie-Britannique, du Yukon et du Nunavut.

Le statut socioéconomique (SSE), mesuré selon le niveau de scolarité et le revenu du ménage, n'était pas associé de façon significative au partage fréquent du lit avec un nourrisson. Ces résultats concordent avec ceux de certaines études antérieures^{11,15,20}. Cependant, ils contredisent les résultats d'autres études qui ont

Figure 1

Motif principal du partage du lit avec un nourrisson (âgé de moins de 1 an) selon la fréquence, femmes de 15 à 55 ans qui ont accouché au cours des cinq années précédentes et ont déclaré pratiquer le partage du lit avec un nourrisson, population à domicile, Canada, de 2015 à 2016



^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publiée

** valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence (p < 0,01)

† groupe de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 et de 2016.

indiqué qu'un SSE inférieur est associé au partage du lit^{14,21,22} ou ceux d'études qui ont révélé un lien avec un meilleur SSE^{5,16}.

C'est uniquement dans les territoires que la prévalence du partage fréquent du lit avec un nourrisson était beaucoup plus élevée dans la population autochtone que dans la population non autochtone. La cote exprimant le risque de partager le lit d'une personne était plus élevée chez les nourrissons dont la mère était née en Asie, en Amérique du Sud, en Amérique centrale ou dans les Caraïbes que chez ceux dont la mère était née en Amérique du Nord. Conformément à des études antérieures, ces résultats donnent à penser que le contexte culturel peut jouer un rôle dans la décision de partager le lit avec un nourrisson. On avait déjà observé que le partage du lit était une pratique courante chez certains groupes culturels, notamment les Afro-Américains, les Asiatiques, les Hispaniques et les Inuits^{10,13,14,23}.

Les messages de santé publique sur le sommeil des nourrissons visent à faire de la sensibilisation en matière de sécurité et à prévenir les décès chez les nourrissons, en plus de faire la promotion de l'allaitement²⁴. Ces messages peuvent sembler contradictoires parce que certains pensent que le partage du lit avec un nourrisson peut inciter la mère à allaiter plus longtemps, mais aussi augmenter le risque de blessure ou de décès chez le nourrisson^{2,3}. Même si certaines études ont montré une association positive entre l'allaitement et le partage du lit avec un nourrisson^{3-5,16,25-27}, d'autres études réalisées auprès de certaines populations vulnérables n'en ont pas trouvé^{28,29}. Dans la présente étude, les mères chez qui le partage du lit avec un nourrisson était fréquent étaient plus susceptibles que celles chez qui la pratique était occasionnelle de mentionner l'allaitement comme motif et d'avoir allaité exclusivement.

Forces et limites

L'une des forces de la présente analyse est le vaste échantillon représentatif de la population. On doit cependant reconnaître plusieurs limites. Les questions sur le partage du lit avec un nourrisson ont

Tableau 3

Rapports de cotes corrigés du partage fréquent du lit avec des nourrissons (âgés de moins de 1 an) selon certaines caractéristiques de la mère, femmes de 15 à 55 ans qui ont accouché au cours des cinq années précédentes, population à domicile, Canada, de 2015 à 2016

Caractéristiques de la mère	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à
Groupe d'âge au moment de l'accouchement			
15 à 24 ans†	1,0	...	...
25 à 29 ans	0,7*	0,5	1,0
30 à 34 ans	0,7	0,5	1,0
35 ans et plus	0,7	0,5	1,1
Niveau de scolarité (ménage)			
Diplôme d'études postsecondaires	1,0	0,7	1,4
Aucun diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...	...
Revenu (ménage)			
Moins de 40 000 \$†	1,0	...	...
40 000 \$ à 79 999 \$	1,0	0,7	1,4
80 000 \$ ou plus	0,8	0,6	1,1
État matrimonial			
Mariée†	1,0	...	...
Union libre	1,0	0,7	1,4
Célibataire, veuve, séparée ou divorcée	1,5*	1,1	2,2
Province ou territoire de résidence			
Terre-Neuve-et-Labrador	1,3	0,6	2,5
Île-du-Prince-Édouard	0,9	0,5	1,9
Nouvelle-Écosse	1,4	0,8	2,6
Nouveau-Brunswick	0,4**	0,2	0,7
Québec	0,7	0,5	1,1
Ontario†	1,0	...	...
Manitoba	1,2	0,8	1,9
Saskatchewan	0,9	0,6	1,6
Alberta	1,1	0,8	1,5
Colombie-Britannique	1,6*	1,1	2,3
Yukon	3,6**	1,4	9,4
Territoires du Nord-Ouest	2,0	0,9	4,8
Nunavut	3,0**	1,5	5,9
Identité autochtone (Premières Nations, Inuit, Métis)			
Oui	1,3	0,9	1,9
Non†	1,0	...	...
Région de naissance			
Canada ou ailleurs en Amérique du Nord†	1,0	...	...
Amérique du Sud, Amérique centrale et Caraïbes	2,0*	1,0	3,8
Europe	1,6	0,8	2,9
Asie	3,2**	2,2	4,8
Afrique, Océanie, Antarctique et îles adjacentes, non déclaré	1,6	0,9	2,8
Fournisseur habituel de soins de santé			
Oui	0,7	0,5	1,0
Non†	1,0	...	...
Allaitement ou lait maternel			
Exclusivement pendant six mois ou plus	3,6**	2,2	6,0
Exclusivement pendant moins de six mois	2,4**	1,5	3,9
Pas d'allaitement ou de lait maternel†	1,0	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

† groupe de référence

* valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence ($p < 0,05$)

** valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence ($p < 0,01$)

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 et de 2016.

été posées seulement aux femmes qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes; les hommes et les parents adoptifs ou de famille d'accueil

ont été exclus. On ne sait pas qui partage le lit avec le nourrisson. Des données probantes montrent que le partage du lit avec une personne qui n'est pas le parent

du nourrisson, y compris les gardiens qui ne sont pas les parents ou d'autres enfants, augmente les risques associés à cette pratique²⁹. Le biais de rappel peut poser problème, car on demandait aux femmes qui ont eu un enfant au cours des cinq années précédentes de se souvenir de renseignements détaillés sur le partage du lit avec leur enfant alors qu'il avait moins de 1 an. On ignore la mesure dans laquelle la désirabilité sociale peut avoir une incidence sur les réponses aux questions sur l'allaitement et le partage du lit avec un nourrisson. On a demandé aux participantes chez qui le partage du lit avec un nourrisson se produisait de préciser la principale raison sans qu'elles puissent indiquer si la raison avait changé au cours de la première année de vie du nourrisson. L'allaitement faisait partie des choix de réponse, mais non donner le biberon. On n'a pas demandé aux mères chez qui le partage du lit avec un nourrisson n'avait jamais eu lieu pourquoi

elles en avaient décidé ainsi. Dans le cadre de cette étude, il a été impossible d'évaluer certains facteurs qui, jumelés au partage du lit avec un nourrisson, posent un risque accru de syndrome de mort subite du nourrisson, notamment le partage du lit avec un prématuré, un nourrisson ayant un poids insuffisant à la naissance ou un nourrisson de moins de 4 mois; l'usage du tabac; le fait d'avoir les facultés affaiblies; le partage du lit avec une autre personne que le parent du nourrisson; le partage d'une surface de sommeil moelleuse comme un lit d'eau, un sofa ou un fauteuil ou d'une surface avec des accessoires de literie moelleux comme des oreillers ou des couvertures²⁹. De nombreuses caractéristiques sociodémographiques de la mère, comme le revenu, le niveau de scolarité, la propriété du logement, la principale source de revenus, la province ou le territoire de résidence et l'état matrimonial, font état de la situation au moment de l'inter-

view, qui pouvait avoir lieu jusqu'à cinq ans après la naissance du dernier enfant et qui pouvait avoir changé au cours de cette période.

Conclusion

Les résultats de la présente étude fournissent des données de base sur le partage du lit avec un nourrisson et serviront à orienter l'élaboration des politiques et des programmes sur les pratiques de sommeil sécuritaires. Dans les études à venir, on pourrait observer les changements de la prévalence du partage du lit au fil du temps, examiner les types de surface de sommeil qui sont partagées, évaluer le surpeuplement comme raison possible du partage du lit et examiner de plus près les motifs du groupe de personnes qui n'ont jamais partagé le lit avec un nourrisson. ■

Références

1. P.S. Blair, P. Sidebotham, A. Pease et P.J. Fleming, « Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: Is there a risk of Sudden Infant Death Syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK », *PLOS One*, 9(9), 2014.
2. R.R. Das, M.J. Sankar, R. Agarwal et V.K. Paul, « Is "Bed sharing" beneficial and safe during infancy? A systematic review », *International Journal of Pediatrics*, 2014, 468538.
3. V.R. Mileva-Seitz, M.J. Bakermans-Kranenburg, C. Battaini et M.P.C.M. Luijk, « Parent-child bed-sharing: The good, the bad, and the burden of evidence », *Sleep Medicine Reviews*, 32, 2017, p. 4-27.
4. J.J. McKenna et T. McDade, « Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding », *Pediatric Respiratory Reviews*, 6, 2005, p. 134-152.
5. H.M. Cunningham, H. Vally et L. Bugeja, « Bed-sharing in the first 8 weeks of life: An Australian study », *Maternal and Child Health Journal*, 22, 2018, p. 556-564.
6. H. Ball, « The Atlantic divide: contrasting U.K. U.S. recommendations on cosleeping and bed-sharing », *Journal of Human Lactation*, 33(4), 2017, p. 765-769.
7. UNICEF, *Caring for your baby at night*, September 2017, disponible à l'adresse www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/Resources-for-parents/Caring-for-your-baby-at-night/, document consulté le 25 mai 2018.
8. Agence de la santé publique du Canada, *Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada*, 2011, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/etapes-enfance/petite-enfance-naiissance-deux-ans/sommeil-securitaire/enonce-conjoint-sommeil-securitaire.html>
9. C.E. Wilson, « Cree infant care practices and sudden infant death syndrome », *Canadian Journal of Public Health*, 91, 2000, p. 133-136.
10. E.A.S. Nelson et B.J. Taylor, « International Child Care Practices Study: infant sleeping environment », *Early Human Development*, 62, 2001, p. 43-55.
11. C.A. Ateah et K.J. Hamelin, « Maternal bedsharing practices, experiences and awareness of risks », *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, 2008, p. 274-281.
12. J.A. Mindell, A. Sadeh, B. Wiegand, T.H. How et D.Y.T. Goh, « Cross-cultural differences in infant and toddler sleep », *Sleep Medicine*, 11(3), 2010, p. 274-280.
13. S.A. Collins, P. Surmala, G. Osborne et al., « Causes and risk factors for infant mortality in Nunavut, Canada 1999-2011 », *BMC Pediatrics*, 12, 2012, p. 190.
14. E.R. Colson, M. Willinger, D. Rybin et al., « Trends and factors associated with bed-sharing: The National Infant Sleep Position Study (NISP) 1993-2010 », *JAMA Pediatrics*, 167(11), 2013, p. 1032-1037.
15. J.M. Bombard, K. Kortzmit, L. Warner et al., « Vital signs: Trends and disparities in infant safe sleep practices – United States, 2009-2015 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(1), 2018, p. 39-46.
16. P.S. Blair et H.L. Ball, « The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England », *Archives of Disease in Childhood*, 89, 2004, p. 1106-1110.
17. R.S. Rigda, I.C. McMillen et P. Buckley, « Bed sharing patterns in a cohort of Australian infants during the first six months after birth », *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36, 2000, p. 117-121.

18. F.S. Céline, G. Wennergren, P. Möllborg *et al.*, « Area-based study shows most parents follow advice to reduce risk of sudden infant death syndrome », *ACTA Paediatrica*, 106, 2017, p. 579-585
19. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
20. M. Heere, B. Moughan, J. Alfonsi *et al.*, « Factors associated with infant bed sharing », *Global Pediatric Health*, 4, 2017, p. 1-4.
21. M. Willinger, C.W. Ko, H.J. Hoffman *et al.*, « Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000 », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 2003, p.43-49.
22. M.P.C.M. Luijk, V.R. Mileva-Seitz, P.W. Jansen *et al.*, « Ethnic differences in prevalence and determinants of mother-child bed-sharing in early childhood », *Sleep Medicine*, 14(11), 2013, p. 1092-1099.
23. H.L. Ball, E. Moya, L. Fairley *et al.*, « Infant care practices related to sudden infant death syndrome in South Asian and White British families in the UK », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 26, 2012, p. 3-12.
24. H. Ball, « The latest on bed sharing and breastfeeding », *Community Practitioner*, 85(1), 2011, p. 29-31.
25. L.A. Smith, N.L. Geller, A.L. Kellams *et al.*, « Infant sleep location and breastfeeding practices in the United States, 2011-2014 », *Academic Pediatrics*, 16(6), 2016, p. 540-549.
26. T.C. Salm Ward, « Reasons for mother-infant bed-sharing: A systematic narrative synthesis of the literature and implications for future research », *Maternal and Child Health Journal*, 19, 2015, p. 675-690.
27. P.S. Blair, « Perspectives on bed-sharing », *Current Pediatric Reviews*, 6(1), 2010, p. 67-70.
28. S. Hussain, G.S. Lowell, D.R. Roehler *et al.*, « You can have your breastmilk and safe sleep too: a preliminary analysis of infant safe sleep data in a Midwestern home visiting program », *Injury Epidemiology*, 5(Suppl 1), 2018, p. 14.
29. R.Y. Moon & American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, « SIDS and other sleep related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment », 2016 *Pediatrics*, 138(5), e20162938.