

SAINS ET SAUFS :

rapport spécial sur la mort inattendue de 145 nourrissons du Manitoba pendant leur sommeil

© Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 2020
Tous droits réservés.
Imprimé au Canada.
ISBN (format électronique) : 978-1-9995410-5-7
ISBN (version imprimée) : 978-1-9995410-6-4

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le présent rapport spécial, veuillez joindre le :
Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba
270, rue Osborne Nord
Winnipeg (Manitoba) R3C 1V7
Courriel :
info@manitobaadvocate.ca

L'utilisation de tout extrait du présent rapport est permise à condition que la source en soit mentionnée.

Citation suggérée
Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2020). *Sains et saufs : Rapport spécial sur la mort inattendue de 145 nourrissons du Manitoba pendant leur sommeil.* Repéré au : https://manitobaadvocate.ca/wp- content/uploads/SafeSleep-Report.pdf

À PROPOS DU BUREAU

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba (le « Bureau ») est un bureau indépendant et non partisan de l'Assemblée législative du Manitoba. Nous représentons les droits, les intérêts et les points de vue des enfants, des jeunes et des jeunes adultes dans l'ensemble du Manitoba qui reçoivent ou devraient recevoir des services publics provinciaux. Pour ce faire, nous offrons un soutien direct à la défense des droits des jeunes et de leurs familles, examinons la prestation des services publics en cas de décès d'un enfant et menons des recherches axées sur l'enfant au sujet de l'efficacité des services publics du Manitoba. Le protecteur des enfants et des jeunes est habilité par la loi à formuler des recommandations dans le but d'améliorer l'efficacité des services destinés aux enfants, aux jeunes et aux jeunes adultes, et des interventions qui en découlent. Notre mandat, qui relève de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* et s'appuie sur les principes de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, est de promouvoir l'intérêt supérieur des enfants et des jeunes.

Notre vision

Une société sûre et saine qui écoute, inclut, valorise et protège tous
les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.

Notre mission

Nous faisons entendre la voix et nous défendons les droits des enfants, des jeunes et des jeunes adultes.

Nos valeurs

Accent sur l'enfant

Équité

Respect

Responsabilité

Indépendance

DÉDICACE

Comme chaque enfant est unique et spécial, lorsque l'un d'entre eux décède, la perte est accablante – rien ne peut être plus dévastateur. Nous tenons à rappeler au lecteur que chaque chiffre, chaque statistique et chaque point sur un graphique dont fait état le présent rapport représente une vie qui n'a pas été vécue et une famille en deuil.

Nous dédions le présent rapport à tous les nourrissons qui nous ont quittés trop tôt et aux familles, aux amis et aux communautés qui ont souffert de cette immense perte.



image provenant d'une banque d'images

NOTRE ENGAGEMENT À L'ÉGARD DE LA RÉCONCILIATION

Le mandat de notre Bureau s'étend à l'ensemble de la province du Manitoba, et c'est pourquoi nous nous déplaçons et travaillons dans plusieurs régions visées par des traités. Nos bureaux du sud du Manitoba se situent sur le territoire du Traité n° 1 – le territoire traditionnel des peuples anichinabé, cri, oji-cri, dakota, ojibwé et déné – et dans la magnifique patrie des Métis. Notre bureau du nord du Manitoba se situe sur le territoire du Traité n° 5 et offre des services aux enfants, aux adolescents, aux jeunes adultes et à leurs familles dans de nombreux coins de la province, ce qui inclut les régions visées par les traités n°s 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 10.

Nous souscrivons aux principes de la décolonisation et de la réconciliation, et nous nous efforçons de contribuer de manière importante à l'amélioration de la vie de tous les enfants, adolescents et jeunes adultes, mais en particulier de celle des jeunes des Premières Nations, des jeunes Métis et des jeunes Inuits, qui continuent d'être touchés de façon disproportionnée par des inégalités systémiques et autres obstacles dans nos collectivités. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne la mortalité infantile, le point central de cette étude et du rapport que nous vous soumettons aujourd'hui.

Nous sommes engagés à l'égard de la justice sociale et, dans une approche fondée sur les droits des parties intéressées, nous intégrons dans notre fonctionnement la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones ainsi que les Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. Nous espérons que la portée de notre travail au nom des enfants, des jeunes, des jeunes adultes et de leur famille contribue à amplifier leurs voix et à améliorer concrètement leur vie et leurs expériences.

REMERCIEMENTS

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba souhaite remercier les organismes suivants pour leur collaboration au présent rapport :

- Le Bureau du médecin légiste en chef
- The Assembly of Manitoba Chiefs' First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba
- Le Service de police de Winnipeg
- La Gendarmerie royale du Canada
- The Manitoba First Nations Police Service
- Le Service de police de Brandon
- The Manitoba Centre for Health Policy
- L'Institut d'études urbaines de l'Université de Winnipeg
- Familles Manitoba
- Santé, Aînés et Vie active Manitoba

Le présent rapport a vu sa portée élargie par une lettre d'entente signée par le Bureau du médecin légiste en chef et le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. Cette lettre a permis d'inclure dans le rapport des nourrissons et des familles qui n'avaient eu aucun contact avec les services de protection de l'enfance dans l'année précédant le décès des nourrissons concernés et dont le décès n'aurait habituellement pas fait l'objet d'un examen et d'une enquête de la part du Bureau.

Nous adressons des remerciements spéciaux aux personnes suivantes : au Dr John Younes, médecin légiste en chef du Manitoba, pour avoir agi à titre de troisième vérificateur des décès infantiles et apporté sa précieuse expertise dans l'établissement des critères d'inclusion, et à Gordon Holens (Bureau du médecin légiste en chef) pour son aide durant la collecte de données; à la D^{re} Lynne Warda (Office régional de la santé de Winnipeg) pour sa consultation continue; à Rhonda Campbell (First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba) pour sa consultation et ses conseils concernant la création d'un outil de collecte des données; à Pascal Lambert pour ses analyses statistiques; au Dr Dan Chateau (Manitoba Centre for Health Policy) pour sa consultation statistique; à Ryan Shirtliffe (Institut d'études urbaines) pour la cartographie SIG; à la D^{re} Rachel Moon (American Academy of Pediatrics) pour l'apport d'une expertise additionnelle.

Nous tenons également à remercier tous les intervenants qui ont pris part aux consultations et aux présentations sur les premières constatations et nous ont fait part de leurs commentaires.

Le Bureau tient aussi à saluer les importants efforts déployés par les professionnels de la santé publique et de la protection de l'enfance de toute la province qui prennent part à la prestation de soins aux nourrissons, aux personnes qui prennent soin de ces bébés et à leurs familles.

Nous voulons surtout remercier les familles éprouvées par la perte inattendue d'un nourrisson. En leur qualité de protecteurs des enfants et des adolescents, les membres de notre équipe cherchent à recueillir des renseignements et à proposer des solutions afin d'accroître la sécurité et le bien-être de tous les enfants.

UN MOT SUR LE CONTENU

Le présent rapport présente un examen exhaustif des constatations tirées de la recherche sur les décès de nourrissons pendant leur sommeil. Vous trouverez un résumé concis des principaux renseignements à l'adresse manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/SafeSleep-Pamphlet.pdf (en anglais seulement).

À des fins d'éducation publique, nous avons créé une infographie fondée sur le présent rapport, que vous pouvez consulter à l'adresse manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/SafeSleep-Infographic.pdf (en anglais seulement).

Table des matières

À propos du Bureau 3
Dédicace 5
Notre engagement à l'égard de la réconciliation 6
Remerciements 7
Un mot sur le contenu 8
Table des matières 8
Résumé 11
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION 19
CHAPITRE 2 : CONTEXTE 22
CHAPITRE 3 : MÉTHODES 28
CHAPITRE 4 : FRÉQUENCES ET TENDANCES 30
CHAPITRE 5 : LES NOURRISSONS 36
CHAPITRE 6 : L'ENVIRONNEMENT DE SOMMEIL 48
CHAPITRE 7 : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ 61
CHAPITRE 8 : LES NOURRISSONS AUTOCHTONES 66
CHAPITRE 9 : INTERVENTION DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE 70
CHAPITRE 10 : ANALYSE PANCANADIENNE 78
CHAPITRE 11 : RECOMMANDATIONS 84
CHAPITRE 12 : CONCLUSION 93
Annexe A : Détails méthodologiques 94
Annexe B : Tableaux de données 97
Annexe C : Analyse pancanadienne 100
Glossaire 108
Références bibliographiques 110

Tableaux

Tableau 1. *Facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil*.....24
Tableau 2. *Taux de mortalité de nourrissons liée au sommeil, < 12 mois, Manitoba et Colombie-Britannique, 2013-2018*.....32
Tableau 3. *Ascendance autochtone dans les décès de nourrissons liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018* 38
Tableau 4. *Nombre de décès de nourrissons liés au sommeil par office régional de santé, Manitoba, 2009-2018*.....39
Tableau 5. *Lieu de la mort dans les décès de nourrissons liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018*.....42
Tableau 6. *Position du nourrisson au coucher et position du nourrisson décédé au moment de sa découverte, Manitoba, 2009-2018*.....49
Tableau 7. *Partage de lit dans les décès de nourrissons liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018* 52
Tableau 8. *Partage de lit et autres facteurs de risque dans les décès de nourrissons liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018* 53
Tableau 9. *Objets dans l'environnement de sommeil des nourrissons, Manitoba, 2009-2018* 53
Tableau 10. *Décès de nourrissons liés au sommeil et exposition à la fumée de tabac, Manitoba, 2009-2018* 56
Tableau 11. *Décès de nourrissons liés au sommeil selon le revenu moyen du ménage du quartier, Manitoba, 2009-2018*.....62
Tableau 12. *Nombre de décès de nourrissons liés au sommeil selon la disponibilité d'une surface de couchage sécuritaire, Manitoba, 2009-2018*.....63
Tableau 13. *Démographie infantile selon l'intervention de la protection de l'enfance, Manitoba, 2009-2018* 71
Tableau 14. *Facteurs de risque de l'environnement de sommeil selon l'intervention des services à l'enfant et à la famille, Manitoba, 2009-2018* 72
Tableau 15. *Caractéristiques des décès de nourrissons liés au sommeil là où les services à l'enfant et à la famille sont intervenus, Manitoba, 2009-2018* 73
Tableau 16. *Déterminants sociaux des décès de nourrissons liés au sommeil là où les services à l'enfant et à la famille sont intervenus, Manitoba, 2009-2018*.....74
Tableau 17. Facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil, selon le sexe, Manitoba, 2009-2018 97
Tableau 18. Facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil, selon l'âge au décès, Manitoba, 2009-2018.....97
Tableau 19. *Facteurs de risques de décès de nourrissons liés au sommeil, selon le statut d'Autochtone, Manitoba, 2009-2018*.....98
Tableau 20. *Décès de nourrissons liés au sommeil, selon les caractéristiques du nourrisson, Manitoba, 2009-2018*.....99
Tableau 21. *Exactitude des renseignements publics au Canada* 103
Tableau 22. *Exactitude des documents politiques, procéduraux ou réglementaires au Canada* 104
Tableau 23. *Adhésion aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics, selon la province d'origine du document*..... 105
Tableau 24. *Comparaison des ressources sur le sommeil sécuritaire au Manitoba* 106

Figures

Figure 1. *Définition des décès de nourrissons liés au sommeil* 23
Figure 2. *La théorie du triple risque. Adapté de Filiano et Kinney, 1994*....26
Figure 3. *Organigramme illustrant la méthode de sélection des cas de décès de nourrissons liés au sommeil pour la présente étude*....29
Figure 4. *Nombre de décès de nourrissons liés au sommeil par année, selon l'âge, Manitoba, 2009-2018* 31
Figure 5. *Taux de mortalité de nourrissons de moins de 12 mois liée au sommeil, par 10 000 naissances vivantes, 2009-2018* 31
Figure 6. *Taux de mortalité de nourrissons liée au sommeil, < 12 mois, Manitoba et Colombie-Britannique, 2013-2018*....33
Figure 7. *Pourcentage de décès de nourrissons liés au sommeil, selon le facteur de risque, Manitoba, 2009-2018*....34
Figure 8. *Fréquence des décès de nourrissons liés au sommeil selon l'âge (en mois), Manitoba, 2009-2018* 37
Figure 9. *Méthode d'alimentation des nourrissons dans les décès liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018* 39
Figure 10. *Lieu des décès de nourrissons liés au sommeil par office régional de santé, Manitoba, 2009-2018* 40
Figure 11. *Lieu des décès de nourrissons liés au sommeil, par secteur de recensement, Winnipeg, 2009-2018* 41
Figure 12. *Endroit où a eu lieu le décès d'un nourrisson lié au sommeil, Manitoba, 2009-2018*....42
Figure 13. *Décès de nourrissons liés au sommeil, par ordre de naissance, Manitoba, 2009-2018*....43
Figure 14. *Nature du décès dans les décès de nourrissons liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018*....44
Figure 15. *Position du nourrisson au coucher comparativement à celle dans laquelle il a été trouvé, Manitoba, 2009-2018* 49
Figure 16. *Pourcentage de décès de nourrissons liés au sommeil, selon la surface de couchage, Manitoba, 2009-2018*....50
Figure 17. *Pourcentage de décès dans un partage de lit, selon les raisons évoquées, Manitoba, 2009-2018* 52
Figure 18. *Pourcentage de décès de nourrissons liés au sommeil avec indicateurs de surchauffe, Manitoba, 2009-2018*....54
Figure 19. *Nombre de facteurs de risque par décès de nourrisson lié au sommeil, Manitoba, 2009-2018* 58
Figure 20. *Incidents de décès de nourrissons liés au sommeil selon le revenu du ménage, Winnipeg, 2009-2018* 62
Figure 21. *Nombre et pourcentage de décès de nourrissons liés au sommeil chez les Autochtones et les non-Autochtones, Manitoba, 2009-2018*....67
Figure 22. *Activités de protection de l'enfance et occasions d'intervenir* 76
Figure 23. *Adhésion aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics, selon la province d'origine du document*.... 105

RÉSUMÉ



La mort d'un nourrisson est peut-être l'une des expériences les plus déchirantes qu'une famille puisse vivre. C'est tout particulièrement le cas quand un nourrisson meurt de façon inattendue dans son sommeil. Les adultes qui sont responsables des soins et de la protection des bébés, presque sans exception, agissent du mieux qu'ils le peuvent, en se fondant sur leurs expériences personnelles, les normes culturelles et les conseils de leur communauté. Le présent rapport spécial montre que nos connaissances sur la manière de prodiguer les soins les plus sécuritaires aux bébés doivent évoluer puisque, de toute évidence, certains gestes que nous posons lorsque nous prenons soin d'un nourrisson peuvent accroître ses risques ou améliorer sa sécurité. En outre, bien que certaines pratiques soient bien connues et souvent renforcées par une myriade de sources, elles pourraient se révéler dangereuses pour nos bébés, qui ont besoin que nous prenions toutes les mesures nécessaires pour les garder en sécurité.

Le présent rapport spécial porte sur 145 nourrissons manitobains décédés entre 2009 et 2018 et dont les décès sont *survenus de façon inattendue, pendant leur sommeil, avant l'âge de deux ans.* Il s'agit également de la définition courante que nous utilisons pour parler des « décès de nourrissons liés au sommeil » tout au long de cette étude et dans le rapport que je publie aujourd'hui. Pour chacun des 145 décès que nous avons examinés de près dans cette étude, des environnements de sommeil non sécuritaires sont connus pour avoir contribué aux décès ou les avoir causés. Il est important de souligner que le présent rapport porte aussi sur les familles qui ont aimé ces bébés et des questions qui sont restées sans réponse au lendemain de leurs pertes. Grâce à un examen soigneux et délicat des données probantes, les membres de mon équipe et moi-même nous sommes efforcés d'offrir quelques réponses et de l'espoir.

Le Bureau assume la responsabilité d'examiner les décès d'enfants manitobains et d'enquêter sur ceux-ci depuis 2008, date à laquelle une modification de la loi a transféré cette responsabilité particulière du

Bureau du médecin légiste en chef au Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba (le « Bureau », alors appelé « Bureau du protecteur des enfants »). Après avoir remarqué un nombre inhabituellement élevé de décès infantiles associés à des environnements de sommeil non sécuritaires en 2018, auquel s'ajoutait un manque de renseignements récents sur la nature et l'étendue des décès liés au sommeil dans la province, j'ai entrepris une étude de recherche exhaustive et une campagne d'éducation publique en vertu des parties IV et V de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*. Le présent rapport spécial, qui se veut aussi l'examen rétrospectif de cas le plus détaillé de décès de nourrissons liés au sommeil non sécuritaire jamais réalisé au Manitoba, est un exemple de la façon dont mon bureau représente activement les droits des nourrissons, dont la voix ne peut pas encore être entendue.

Afin de comprendre la portée de la question, j'ai demandé à mon équipe de passer en revue tous les décès infantiles des dix dernières années pour que nous puissions arriver à une compréhension approfondie. Dans le cadre d'un travail en étroite collaboration avec le Bureau du médecin légiste en chef, les chercheurs de mon bureau ont examiné plus de 1 000 décès de nourrissons survenus au cours des dix dernières années, ce qui leur a permis de recenser 145 nourrissons morts de façon inattendue dans leur sommeil avant l'âge de deux ans, alors que des environnements de sommeil non sécuritaires constituaient un facteur ayant contribué à leur décès.

Au Canada, les morts subites et inexpliquées demeurent la deuxième plus importante cause de décès chez les nourrissons. **Le rapport présent contient un véritable message d'espoir : il est possible de réduire le nombre de décès dus à un environnement de sommeil non sécuritaire dans la province en s'attaquant aux facteurs de risque connus.** Pour accroître la sécurité des nourrissons et éviter aux familles de vivre une telle perte, il est nécessaire d'améliorer l'éducation publique, d'offrir un même accès aux ressources sur le sommeil sécuritaire et de mieux former les professionnels.

En plus de constituer un grave problème de santé publique, les décès de nourrissons liés au sommeil constituent un enjeu lié aux droits de l'enfant.

Partout dans le monde, tous les enfants ont des droits inhérents que leur ont promis leurs gouvernements, y compris le droit de vivre et de s'épanouir. Le gouvernement du Canada a reconnu la place particulière qu'occupent les enfants dans la société et s'est engagé à respecter leurs droits en ratifiant la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (la « Convention »). Comme l'indique la Convention, les nourrissons du Manitoba ont le droit de disposer d'environnements de sommeil sécuritaires. De plus, les gouvernements ont la responsabilité 1) de prodiguer aux parents des soins de santé appropriés avant et après la naissance; 2) de leur fournir de l'information et une éducation sur les connaissances de base concernant la santé d'un enfant; 3) de leur apporter des soins de santé préventifs. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, qui proposent la plus grande partie des services publics, dont les services de santé, sont également investis de ces responsabilités et, par conséquent, le gouvernement du Manitoba est soumis à des obligations en vertu de la Convention. Dans

l'ensemble, les États parties, dont le Canada, se sont engagés à diminuer la mortalité des nourrissons et des enfants. Le présent rapport spécial compte mettre en évidence les obligations des gouvernements en vertu de la Convention.

Le présent rapport contribue grandement à la recherche en santé publique au Manitoba. Les constatations qu'il contient peuvent servir à éclairer, à évaluer et à améliorer les programmes et les systèmes de la province en vue de réduire la mortalité infantile. Mon équipe et moi-même prévoyons que ce rapport pourrait aussi remettre en question de vieilles croyances concernant la sécurité des nourrissons, surtout leur sécurité durant le sommeil. Les parents et les personnes qui prennent soin des nourrissons font bien sûr des choix chaque jour sur la manière de prendre soin de leurs nourrissons, de les élever et de les garder en sécurité. Comme nous l'avons mentionné, leurs choix témoignent de leurs meilleures connaissances de la manière de garder les bébés en sécurité. Notre recherche nous indique toutefois que, même s'il s'agit parfois d'un sujet délicat sur lequel un grand nombre de personnes ont des croyances solidement ancrées, il importe de reconnaître que les donnes probantes sont solides et convaincantes : il faut éviter certaines pratiques courantes et trouver des solutions de rechange lorsque les ressources disponibles ne correspondent pas au niveau de besoin. Mon intention n'est pas de mettre la faute sur quelqu'un ou de critiquer les choix des personnes qui, avec de bonnes intentions, prennent soin des nourrissons et font ce qu'elles croient être dans l'intérêt supérieur de leur bébé. Je tiens à présenter les renseignements que j'ai recueillis sur les risques liés au sommeil des nourrissons pour que toutes les personnes qui en prennent soin soient bien informées et puissent faire des choix sécuritaires. Ce faisant, les nourrissons de notre province peuvent tirer parti des données probantes qui montrent la façon dont nous, lorsque nous prenons soin de nourrissons, pouvons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour leur offrir un environnement sécuritaire. Accroître la sensibilisation publique sera capital pour réduire le nombre de décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba. Lorsqu'on est plus informé, on fait mieux.

Le présent rapport décrit la nature et l'étendue des décès dus à un environnement de sommeil non sécuritaire au Manitoba, étudie les obstacles et les lacunes qui nuisent à la réduction des facteurs de risque connus et formule 13 recommandations ciblées pour accroître l'efficacité et la réactivité des services destinés aux nourrissons et à leur famille.

Les recherches menées par mon bureau ont indiqué que, même si les chiffres fluctuent d'une année à l'autre, le taux général de décès de nourrissons liés au sommeil n'a pas changé de manière significative entre 2009 et 2017, la moyenne s'élevant à 14,5 décès par année au Manitoba. L'année 2018 a affiché un pic important, puisque le Manitoba a alors perdu 25 nourrissons dans des circonstances liées au sommeil cette année-là, le taux de mortalité infantile lié au sommeil le plus élevé des dix dernières années. Au moment de la rédaction, les décès de nourrissons liés au sommeil semblent de nouveau élevés pour l'année en cours, des chiffres que nous serons plus à même d'analyser au cours des prochains mois. Il est nécessaire de faire le suivi constant du taux de mortalité infantile lié au sommeil au Manitoba pour mieux cerner les tendances à long terme. Pour cette raison, une des

recommandations que je formule aujourd'hui consiste à rétablir le Groupe de travail sur la mortalité infantile, qui ne s'est pas réuni régulièrement depuis 2018. Ce groupe interministériel collaboratif se composait d'un échantillon représentatif d'experts travaillant à réduire la mortalité infantile en se concentrant notamment sur les pratiques de sommeil sécuritaires (recommandation 11).

Mon attention se portant incessamment sur l'exactitude et l'intégralité des données, je recommande que le Bureau du médecin légiste en chef, en partenariat avec mon bureau, mette sur pied une base de données électronique pour recueillir et signaler l'incidence de tous les décès de nourrissons liés au sommeil dans la province et les facteurs de risque qui s'y rattachent (recommandation 10). Afin de m'assurer que les données recueillies sont aussi cohérentes et exhaustives que possible, je recommande également que le Bureau du médecin légiste en chef et la Gendarmerie royale du Canada, de même que d'autres organismes chargés de l'application de la loi de la province, élaborent et mettent en application un seul formulaire de déclaration normalisé. Ce formulaire serait utilisé par tous les agents chargés de l'application de la loi qui se rendent sur les lieux du décès de nourrisson (recommandation 9). Nos bureaux ont déjà amorcé des discussions encourageantes à ce sujet, et je suis convaincue que non seulement nous créerons l'infrastructure nécessaire pour recueillir et analyser des données avec efficacité, mais aussi que ce faisant, le Manitoba se placera aussi en tête de file nationale dans cette initiative.

Dans cette étude, il aura été essentiel de procéder à un examen des facteurs de risque et de protection connus dans l'environnement de sommeil. Bien qu'un grand nombre de facteurs de risque connus soient modifiables, d'autres ne le sont pas. Malgré cela, il est bien établi qu'il est possible d'éviter la majorité des décès de nourrissons liés au sommeil en réduisant les facteurs de risque connus et en couchant toujours les nourrissons **seuls** et sur le **dos** dans un **lit d'enfant** pour **chaque sommeil**. Cette étude a montré que les facteurs de risque les plus souvent observés au Manitoba comprennent le partage de lit, le fait de coucher le nourrisson sur une surface non sécuritaire ou dans une position non sécuritaire, des objets dans l'environnement de sommeil, l'exposition à la fumée de tabac et la surchauffe du nourrisson. Dans chaque cas où les renseignements sur un décès étaient disponibles, au moins un de ces facteurs de risque était présent au moment de la mort. De plus, il était très rare de n'observer qu'un seul facteur de risque et, lorsque des renseignements complets étaient disponibles au sujet de la mort d'un nourrisson, aucun décès ne mettait pas en cause un moins un facteur de risque connu. Il s'agit d'une constatation importante puisque, là où il est possible de réduire le risque, il est aussi possible de réduire les décès.

Cette étude et une analyse pancanadienne ont montré que de nombreuses familles reçoivent de la part de fournisseurs de soins de santé, d'organismes communautaires, de membres de la famille et d'Internet des renseignements incohérents, incomplets, contradictoires ou simplement dangereux sur les pratiques de sommeil des nourrissons. De nombreuses raisons peuvent l'expliquer, notamment une formation inconstante des professionnels et le fait que le matériel disponible ne respecte pas toujours les meilleures données probantes sur la sécurité des nourrissons. Par conséquent, une des

recommandations que je formule consiste à encourager Santé Manitoba à collaborer avec l'Assembly of Manitoba Chiefs' First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba en vue de créer un module d'apprentissage en ligne accrédité pour les travailleurs en santé (recommandation 6). Cette recommandation tient compte du fait que, parmi tout le matériel éducatif disponible au Manitoba, celui de l'Assembly of Manitoba Chiefs' First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba témoigne de la plus forte observance de la pratique exemplaire dans son document *Sacred Babies: Infant Survival Curriculum*, qui reflète aussi une sagesse culturelle et des pratiques communautaires pertinentes qui améliorent la sécurité du nourrisson.

De plus, selon les experts de la communauté médicale, Santé Manitoba ou Familles Manitoba n'ont pas organisé de campagne de sensibilisation complète, du moins pas dans les dix dernières années.

Par conséquent je recommande que Santé, Aînés et Vie active Manitoba, en partenariat avec l'Assembly of Manitoba Chiefs' First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba, mette sur pied, réalise et, par la suite, évalue des campagnes de sensibilisation publique continues afin de faire mieux connaître les facteurs de risque connus associés aux décès de nourrissons liés au sommeil (recommandations 3, 4 et 5). Les constatations qui se dégagent du rapport spécial donnent à penser qu'au Manitoba en particulier, les campagnes de réduction des risques et le matériel d'éducation publique doivent être adaptés aux schémas changeants des facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil. Il faut notamment mettre l'accent sur le retrait des objets de l'environnement de sommeil, l'utilisation de surfaces de sommeil sécuritaires, la déduction du partage de lit et ainsi que l'abandon du tabagisme chez les femmes enceintes et les personnes qui prennent soin des nourrissons. Les données probantes montrent nettement que la fréquence des décès liés au sommeil associés à ces facteurs de risque, plus particulièrement, a augmenté ces dix dernières années et constituent des facteurs présents dans de nombreux décès de nourrissons que le présent rapport spécial a étudiés. En reconnaissance du fait que les taux de tabagisme sont plus élevés au sein des Premières Nations et qu'il s'agit d'un facteur de risque connu pour les nourrissons, je recommande que Santé, Aînés et Vie active Manitoba collabore avec l'Assembly of Manitoba Chiefs' First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba pour créer et rendre disponible une ressource pour l'abandon du tabagisme (recommandation 7). Par ailleurs, malgré l'absence de compétence officielle pour formuler des recommandations au gouvernement fédéral, les données probantes tirées de cette étude montrent clairement l'inégalité, pour les Premières Nations du Manitoba, de l'accès à des programmes prénatals et postnatals. À cette fin, je recommande que le gouvernement fédéral travaille de concert avec les gouvernements des Premières Nations à l'élaboration d'une stratégie visant à étendre ces programmes aux Premières Nations (recommandation 8).

Les données nous montrent également l'existence d'un lien entre la capacité d'une famille à accéder à des ressources et les décès de nourrissons. **En termes clairs, les familles qui vivent dans de mauvaises conditions socioéconomiques et qui pourraient ne pas avoir accès à des fournitures pour nourrissons (comme des lits d'enfant ou un logement convenable pour leur**

famille) présentent également des taux plus élevés de décès de nourrissons liés au sommeil. Pour un grand nombre de ces décès, les nourrissons ne disposaient pas d'une surface de couchage sécuritaire, de sorte qu'ils dormaient sur des surfaces de couchage non sécuritaires (c.-à-d. un matelas pour adultes, un canapé, un siège d'auto) ou que les conditions de vie du ménage créaient une nécessité de partager un lit (50 % de tous les nourrissons dont les décès sont étudiés dans le présent rapport sont morts dans leur sommeil alors qu'ils dormaient sur un matelas pour adulte). Dans cette situation, les parents et les personnes qui prennent soin des nourrissons ont pris des décisions fondées sur ce qu'ils croyaient être le mieux et le plus sécuritaire pour leur enfant, et sur ce que la famille était en mesure de se permettre. Je recommande par conséquent que les gouvernements du Manitoba et du Canada collaborent avec les gouvernements des Premières Nations et des Métis pour faire en sorte que tous les nourrissons du Manitoba disposent d'un lit d'enfant, d'un berceau ou d'une solution de rechange conforme à la culture et sécuritaire dans laquelle l'enfant pourra dormir (recommandations 1 et 2). Ces recommandations sont conformes à l'engagement pris par le Canada dans le Principe de Jordan et la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, qui indiquent que les gouvernements ont la responsabilité de veiller à ce que les personnes qui prennent soin des nourrissons disposent des ressources financières et matérielles dont ils ont besoin pour favoriser la santé et le bien-être des enfants (article 27). Elles sont également conformes au droit de chaque enfant de jouir du meilleur état de santé possible (article 24).

Au Manitoba, il apparaît clairement que les taux de mortalité infantile liés à des environnements de sommeil non sécuritaires sont sensibles à l'héritage persistant de la colonisation, de l'emplacement géographique et des facteurs socioéconomiques. Notre recherche confirme la représentation excessive des nourrissons des Premières Nations dans le nombre de décès de nourrissons liés au sommeil. De plus, dans notre province, près de 60 % de tous les décès de nourrissons liés au sommeil sont survenus dans des quartiers où le revenu moyen du ménage était inférieur à 35 000 $ et 30 % de plus, dans des régions où les revenus moyens se situaient entre 35 000 $ et 50 000 $ par année. Il faut manifestement agir davantage pour corriger l'inégalité structurelle dont sont victimes des familles et des communautés, qui présente un risque pour la santé et le bien-être des nourrissons. S'attaquer à ces inégalités structurelles persistantes s'inscrit également dans le sens de l'Appel à l'action n° 19 de la Commission de vérité et réconciliation, qui demande précisément au gouvernement fédéral de combler les écarts quant aux résultats en matière de santé « entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones... dont la mortalité infantile, la santé maternelle... l'espérance de vie, les taux de natalité [et] les problèmes de santé infantiles ».

L'un de nos domaines prioritaires précis, dans mon bureau, concernait les occasions qu'ont les fournisseurs de services publics de transmettre aux parents et aux autres personnes qui prennent soin de bébés d'importants renseignements sur la sécurité des nourrissons. Nous recherchions plus particulièrement les pratiques des offices de services à l'enfant et à la famille. Parmi les 145 cas de décès infantiles compris dans cette étude, 84 familles avaient été en contact avec les services à l'enfant et à la

famille dans les 12 mois précédant le décès du nourrisson. Lorsque ces services interviennent dans une famille, ils bénéficient d'importantes occasions de fournir des renseignements sur le sommeil sécuritaire aux parents qui attendent un enfant et à ceux ayant un nouveau-né. L'examen des décès a révélé un certain nombre d'occasions manquées d'assurer la sécurité des nourrissons. À titre d'exemple, seuls 46 % de ces dossiers comprenaient une évaluation de la sécurité réalisée dans l'environnement domiciliaire du nourrisson. De plus, seuls 49 % des nourrissons ont fait l'objet d'une visite à domicile par les services à l'enfant et à la famille avant leur décès; durant ces visites, les travailleurs des services ont vérifié les environnements de sommeil du nourrisson dans à peine 12 % des cas. Mon équipe a découvert que, même lorsque des évaluations de la sécurité avaient été menées, elles excluaient souvent les nourrissons mêmes. Les évaluations de la sécurité réalisées actuellement ne mesurent pas les variables importantes pour la santé du nourrisson, comme le fait de savoir s'il dispose d'une surface de couchage et d'un environnement de sommeil sécuritaires.

Au lieu de voir leurs interventions comme intrusives ou inutiles, les offices de services à l'enfant et à la famille doivent comprendre qu'ils ont une responsabilité de premier plan dans l'amélioration de la sécurité des nourrissons puisqu'ils sont en mesure de mobiliser les personnes qui prennent soin des bébés à leur domicile et de leur transmettre des renseignements fondés sur des données probantes qui peuvent sauver la vie de leur bébé. Il s'agit d'occasions manquées parce que les travailleurs des services à l'enfant et à la famille, par la nature même de leur implication et de leur responsabilité d'effectuer des évaluations de la sécurité, occupent une position unique pour soutenir les personnes qui prennent soin des bébés en évaluant les environnements de sommeil des nourrissons et en leur donnant les renseignements et les ressources nécessaires pour garder les enfants en sécurité. Par conséquent, je recommande que le ministère des Familles collabore avec les responsables des services à l'enfant et à la famille pour élaborer une norme de service provinciale qui exigerait que tous les travailleurs des services à l'enfant et à la famille évaluent les environnements de sommeil des nourrissons dans le cadre de contacts personnels prescrits avec les nourrissons (recommandation 13). Par ailleurs, compte tenu de la décision du gouvernement de mettre fin aux signalements à la naissance au Manitoba, il demeure nécessaire de veiller à la sécurité des nouveau-nés et des nourrissons. Ainsi, je recommande la création d'une norme provinciale obligeant les organismes chargés de la protection de l'enfance qui travaillent avec une famille d'évaluer l'environnement de sommeil du nourrisson et de profiter de l'occasion pour offrir un enseignement et fournir d'autres ressources en vue de réduire les risques pour le nourrisson (recommandation 12).

Les décès infantiles sont dévastateurs pour les familles, les familles élargies, leurs communautés et, en vérité, pour l'ensemble de la population manitobaine, compte tenu des séquelles émotionnelles qu'ils laissent chez ceux qui ont connu et aimé le nourrisson ainsi que de la perte d'une vie qui n'a pas encore été vécue. En tant que société bienveillante, nous avons tous un rôle à jouer pour réduire le nombre de décès de nourrissons liés au sommeil dans notre province. Au sein du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, j'ai aussi la responsabilité prévue par la loi d'accorder la priorité à mes activités de protection des nourrissons en raison de leurs vulnérabilités particulières et de leur totale

dépendance envers les adultes pour combler tous leurs besoins (*Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, para. 11(2)). Dans le présent rapport, je m'efforce d'exposer des données probantes et de les remettre dans le contexte de vie des familles. Puis, dans l'optique des droits de l'enfant, je formule des recommandations éclairées par les données probantes dans le but d'accroître la sécurité des bébés et de réduire les décès de nourrissons liés au sommeil à l'avenir.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Tout enfant a un droit inhérent à la vie. Les gouvernements ont l'obligation d'assurer la survie et le développement de tous les enfants. Le présent rapport spécial examine les circonstances entourant la mort inattendue, pendant leur sommeil, de 145 nourrissons au Manitoba entre 2009 et 2018.

Les enfants occupent une place sacrée dans les cultures et les communautés. Il incombe à tous les membres d'une communauté de protéger les enfants et de veiller à leur épanouissement. Partout dans le monde, tous les enfants et les jeunes ont des droits inhérents que leur ont promis leurs gouvernements.

Le gouvernement du Canada a reconnu la place particulière qu'occupent les enfants dans la société et s'est engagé à respecter leurs droits en ratifiant la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (la « Convention »). La Convention est une entente entre pratiquement tous les pays du monde qui reconnaît et honore les enfants, et soutient leur droit à une enfance heureuse, saine et protégée. Le présent rapport porte principalement sur les engagements suivants pris par le Canada en vertu de la Convention et auxquels le Manitoba souscrit également :

- Assurer dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant (article 6).
- Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants (article 24).
- Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés (article 24).
- Faire en sorte que tous les groupes de la société, notamment les parents, reçoivent de l'information sur la santé de l'enfant et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information (article 24).
- Veiller à ce que les personnes ayant la charge de l'enfant aient les ressources financières et matérielles nécessaires pour favoriser la santé et le bien-être de l'enfant (article 27).

Le protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba est habilité par la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* à prendre des mesures visant à faire connaître la Convention et à en promouvoir les principes dans l'exercice des attributions que lui confère la présente loi (*Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, art. 12).

En plus d'assurer la protection des droits des enfants, le protecteur des enfants et des jeunes est déterminé à favoriser la réconciliation entre les communautés autochtones et non autochtones. Le présent rapport spécial respecte les principes énoncés dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (la « Déclaration ») ainsi que les Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. Il soutient tout particulièrement l'article 21 de la Déclaration, qui souligne la responsabilité du Canada d'améliorer la santé des enfants autochtones, et l'Appel à l'action n° 19, qui demande la réduction des écarts de santé, y compris la mortalité infantile, entre les communautés autochtones et non autochtones.

« Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile,

les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés. »

– Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appel à l'action nº 19

Justification

Il incombe au protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba d'examiner et d'enquêter sur le décès des enfants au Manitoba si l'enfant ou sa famille a reçu des services sujets à examen au cours de l'année précédant le décès de l'enfant (al. 11(1)c) de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*). Pour ce faire, le Bureau du médecin légiste en chef envoie des notifications au protecteur des enfants et des jeunes pour tous les décès infantiles.

En 2018, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes a constaté un nombre inhabituellement élevé de décès infantiles liés à des environnements de sommeil non sécuritaires. En raison du manque de renseignements récents sur la nature et l'étendue des décès liés au sommeil dans la province, le protecteur du Manitoba a commandé le lancement et la publication du présent rapport spécial, en vertu des parties IV et V, respectivement, de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*. Le rapport spécial était guidé par les questions suivantes :

(1) En quoi le taux de mortalité infantile lié au sommeil a-t-il changé au Manitoba au cours des dix dernières années?

(2) Quels sont les facteurs de risque relatifs au sommeil non sécuritaire liés aux décès infantiles au Manitoba?

Objet

La majorité des décès de nourrissons liés au sommeil peuvent être évités. L'objet du présent rapport spécial ne consiste pas à faire porter le blâme sur des personnes, mais bien à réduire le nombre de décès prévisibles de nourrissons morts dans des environnements de sommeil non sécuritaires. Ce rapport spécial vise à demander des comptes au gouvernement concernant ses obligations en vertu de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant en :

(1) prenant des mesures pour faire connaître les facteurs de risque relatifs au sommeil et faire comprendre la Convention aux résidents du Manitoba qui prennent soin de nourrissons (*Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, art. 12);

(2) formulant des recommandations dans le but d'améliorer l'efficacité des services désignés et des interventions qui en découlent pour les bébés et leurs familles (*Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, para. 31(1)).

Le protecteur des enfants et des jeunes a la responsabilité légale de donner la priorité aux enfants que personne d'autre ne peut aider (*Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, para. 11(2)). Les nourrissons forment un groupe vulnérable. En raison de leur développement cognitif, physique et émotionnel, les nourrissons dépendent d'adultes pour les protéger. Le présent rapport spécial est un exemple de la manière dont le protecteur des enfants et des jeunes représente activement les droits des nourrissons, qui ne peuvent pas encore se faire entendre, mais dont les récits ont beaucoup à

apprendre aux personnes qui en prennent soin, aux dirigeants locaux et aux protecteurs des enfants et des jeunes.

« Un nouveau-né est un très grand maître, le meilleur enseignant de tous. Il peut sentir ce qui ne correspond pas à la norme et nous le signaler. Et il continue de nous enseigner à mesure qu'il grandit. Par exemple, lorsqu'il se traîne, se lève, tombe et se relève encore. Personne ne se lève une seule fois pour marcher jusqu'à la fin de ses jours; vous tombez, et vous devrez vous relever, encore et encore. »

– Aînée Mary Lee, Manitoba First Nations Education Resource Centre

---



CHAPITRE 2 : CONTEXTE

Les décès de nourrissons liés au sommeil constituent un grave problème de santé publique et de droits des enfants. Les morts subites et inexpliquées sont la deuxième plus importante cause de décès chez les nourrissons au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2017). La majorité des décès de nourrissons liés au sommeil sont associés à des environnements de sommeil non sécuritaires (Schnitzer et autres, 2012).

Même si les décès de nourrissons liés au sommeil ont diminué de 50 % au Canada dans les années 1990 (Agence de la santé publique du Canada, 2008), la tendance ne s'est pas améliorée depuis cette époque (Agence de la santé publique du Canada, 2014; Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, 2016).

En quoi consistent les décès de nourrissons liés au sommeil?

Pour les besoins du présent rapport spécial, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes définit les décès de nourrissons liés au sommeil comme étant le **décès d'un nourrisson de moins de 24 mois qui est survenu de façon inattendue pendant le sommeil ou dans un environnement de sommeil.**

Des changements apportés aux termes médicaux servant à décrire les décès de nourrissons liés au sommeil rendent difficile le repérage de schémas et de tendances. À titre d'exemple, l'expression « syndrome de mort subite du nourrisson » a été utilisée pour la première fois dans les années 1970, mais les médecins légistes canadiens ont cessé de l'utiliser dans les années 2000 (Weeks, 2017). De nos jours, les médecins légistes parlent plus souvent de « mort subite inexpliquée du nourrisson » (ou de cause indéterminée) pour décrire les décès de nourrissons de moins d'un an qui étaient auparavant attribués à un syndrome de mort subite du nourrisson (Bureau du médecin légiste en chef, 2014; Weeks, 2017).

Certains décès infantiles liés à une suffocation dans des environnements de sommeil pourraient être jugés accidentels. En réalité, certaines études ont montré que le recul des décès dus au syndrome de mort subite du nourrisson pourrait être partiellement attribuable à l'utilisation accrue d'autres termes pour décrire les mêmes conditions (Shapiro-Mendoza et autres, 2006).

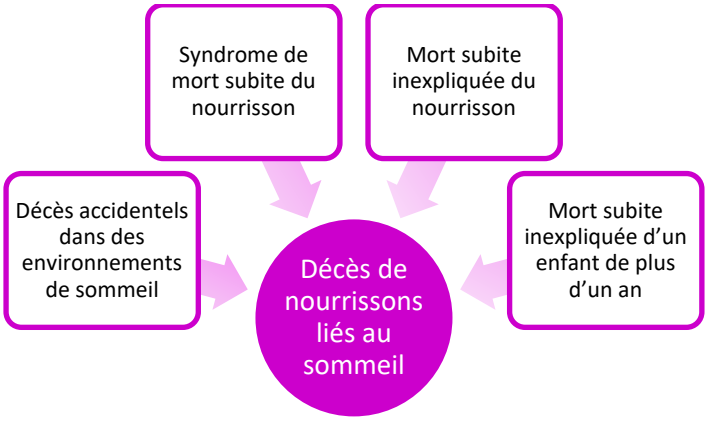

Figure 1. *Définition des décès de nourrissons liés au sommeil*

Bien qu'ils ne soient pas si fréquents, les décès liés au sommeil surviennent parfois après l'âge d'un an (McGarvey et autres, 2012). Les recherches limitées au syndrome de mort subite du nourrisson (nourrissons de moins d'un an) excluent bien entendu cette population sous-étudiée.

Le présent rapport spécial va au-delà des termes « syndrome de mort subite du nourrisson » et « mort subite inexpliquée d'un nourrisson » pour examiner la question plus vaste des décès de nourrissons liés au sommeil (figure 1). La définition que propose l'étude des décès de nourrissons liés au sommeil inclut le syndrome de mort subite du nourrisson, la mort subite inexpliquée d'un nourrisson et la mort subite inexpliquée d'enfants de plus d'un an. Elle comprend également les décès attribués à des causes accidentelles dans un environnement de sommeil, comme la suffocation.

Quelles sont les causes des décès de nourrissons liés au sommeil?

Les médecins légistes classent majoritairement les décès liés au sommeil comme étant « de cause indéterminée », parce que la nature exacte du décès reste inconnue. Les parents et les personnes qui prennent soin des nourrissons n'ont pas été témoins des décès ayant eu lieu, de sorte que les enquêteurs ne peuvent pas obtenir de description précise des circonstances. Ce processus est important pour la détermination de la nature du décès.

Il est important de ne pas accoler l'étiquette « de cause indéterminée » dans l'idée que les décès liés au sommeil sont inévitables. Même sans qu'il soit possible de déterminer la cause médicale exacte, de nombreux facteurs de risque responsables des décès de nourrissons liés au sommeil ont été reconnus. Les médecins légistes mentionnent souvent ces risques comme étant des facteurs contributifs.

Quels sont les facteurs de risque les plus fréquents de décès de nourrissons liés au sommeil?

Au fil de décennies de travaux, les chercheurs ont cerné un certain nombre de facteurs qui peuvent accroître le risque de décès de nourrissons liés au sommeil. Le tableau 1 présente les plus fréquents de ces facteurs et la raison pour laquelle ils sont considérés comme présentant un risque.

Tableau 1. *Facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil*

Facteur de risque	En quoi consiste-t-il?	Pourquoi présente-t-il un risque?
Position de sommeil sur le ventre ou le côté	• Sur le ventre : le nourrisson dort sur le ventre • Sur le côté : le nourrisson est couché sur le côté pour dormir	• **Réinspiration** de l'air expiré • **Surchauffe**, le nourrisson est incapable de se refroidir • **Suffocation** sur de la literie moelleuse, par d'autres objets
Partage de lit	• Partage avec un nourrisson de la même surface de couchage (p. ex. lit d'adulte, canapé)	• **Recouvrement**, le partenaire partageant le lit roule sur le nourrisson • **Surchauffe** due à la proximité d'une autre personne • **Coincement et suffocation** dus à des articles dans le lit, aux vêtements de la personne qui partage le lit, etc.
Tabagisme prénatal	• Consommation de tabac pendant la grossesse	• Une exposition à la fumée de cigarette dans l'utérus entrave le développement de parties du tronc cérébral responsables de la respiration et de l'éveil
Fumée secondaire et fumée tertiaire	• Fumée secondaire : fumée libérée par une cigarette ou expirée par les fumeurs • Fumée tertiaire : fumée résiduaire présente sur les personnes et les surfaces intérieures	• Une exposition à la fumée de cigarette a une incidence sur la capacité d'un nourrisson à se réveiller lorsqu'il dort
Encombrement dans l'environnement de sommeil	• Objets qui se trouvent à proximité d'un nourrisson (p. ex. animaux en peluche, oreillers, couvertures)	• **Coincement** entre deux surfaces • **Suffocation**
Surface de couchage non sécuritaire	• Toute surface de couchage qui ne respecte pas les règlements de sécurité canadiens (p. ex. canapé, siège d'auto, balançoire, lit d'adulte)	• **Suffocation** due à la position de la tête • **Coincement** dû à des surfaces moelleuses, comme des coussins de canapé

Facteur de risque	En quoi consiste-t-il?	Pourquoi présente-t-il un risque?
Emmaillotement	• Nourrisson enveloppé dans au moins une couche de couvertures	• **Surchauffe**, si le nourrisson est couvert de trop de couches • **Réinspiration et suffocation**, si l'enfant emmailloté roule sur le ventre. Les nourrissons assez vieux pour rouler sur eux-mêmes ne doivent pas être emmaillotés. Les nourrissons emmaillotés doivent toujours être couchés sur le dos.

Comment les facteurs de risque de décès liés au sommeil interagissent-ils?

La majorité des décès de nourrissons liés au sommeil ont de multiples facteurs de risque, qui interagissent pour accroître le risque. La **théorie du triple risque** suggère que les décès infantiles touchent les nourrissons vulnérables (risque 1) qui sont exposés à un certain stress environnemental (risque 2) durant des périodes critiques de leur développement (risque 3) (Filiano et Kinney, 1994).

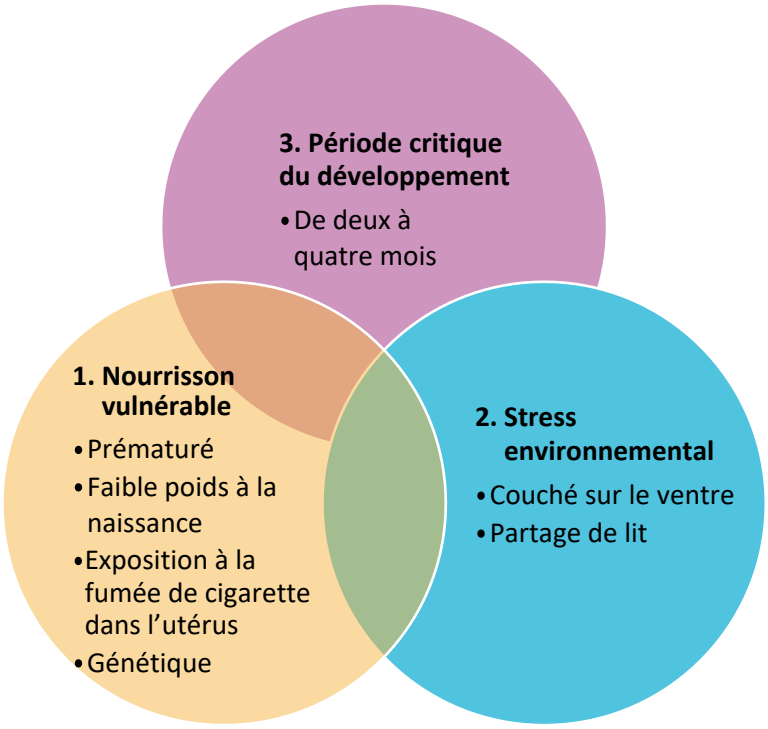

Figure 2. *La théorie du triple risque. Adapté de Filiano et Kinney, 1994.*

Les décès de nourrissons liés au sommeil sont-ils évitables?

Oui. Il est possible de réduire le nombre de décès infantiles en réduisant les facteurs de risque connus. Les décès de nourrissons liés au sommeil sont évitables grâce à l'éducation publique, à l'offre de ressources pour un sommeil sécuritaire et à une formation professionnelle. Il existe de multiples exemples d'initiatives de prévention fructueuses qui ont fait réduire la mortalité infantile.

- **Le succès des campagnes Dodo sur le dos!** Ces campagnes, menées partout dans le monde dans les années 1990, visaient à encourager les parents à coucher leurs nourrissons sur le dos dans leur lit. La campagne est associée à une réduction des décès par syndrome de mort subite du nourrisson au Canada (Gouvernement du Canada et autres, 2018).

- **Les programmes de livraison de lit d'enfant.** Il existe quelques exemples de programmes de livraison de lit d'enfant, de berceau ou de couchette conçus pour réduire les pratiques de sommeil

non sécuritaires, comme le partage de lit, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande (Baddock et autres, 2018; Engel et autres, 2019; Grant et autres, 2017; Hauck et autres, 2015; Middlemiss et autres, 2019; Salm Ward et autres, 2018; Tipene-Leach et Abel, 2019).

- **Les programmes d'éducation à l'hôpital.** Tous les membres du personnel qui travaillent dans les services de travail et d'accouchement ainsi que dans les services de soins postnatals d'un hôpital ont reçu une formation qui leur permet à tous de transmettre aux parents des messages cohérents sur le sommeil sécuritaire. Avant de quitter l'hôpital, les parents ont visionné une courte vidéo sur le sommeil sécuritaire et signé une déclaration d'engagement qui indique qu'ils coucheront toujours leurs nourrissons seuls et sur le dos dans leur lit pour dormir (le modèle ABC). Le taux moyen de mortalité dans la communauté autour de cet hôpital a chuté de moitié (Krugman et Cumpsty-Fowler, 2018).



Stock image

CHAPITRE 3 : MÉTHODES

Tous les décès infantiles survenus entre 2009 et 2018 ont été examinés. Au total, 145 décès de nourrissons liés au sommeil ont été sélectionnés pour l'étude. L'équipe de recherche a passé en revue les dossiers de la police, les documents de la protection de l'enfance, les dossiers médicaux et les rapports d'autopsie des nourrissons décédés pour comprendre les circonstances.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dix ans de cas de décès de nourrissons liés au sommeil, axée sur la population du Manitoba, de 2009 à 2018. Les méthodes comprennent les quatre étapes suivantes : 1) repérer les cas de décès de nourrissons liés au sommeil; 2) recueillir des renseignements sur ces cas; 3) analyser les données; 4) formuler des recommandations. La section suivante résume les méthodes utilisées. Vous trouverez une description détaillée du processus méthodologique à l'annexe A.

Sources de données et échantillon

Le Bureau du médecin légiste en chef envoie une notification au protecteur des enfants et des jeunes pour tous les décès d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes (jusqu'à l'âge de 21 ans) survenus au Manitoba. L'échantillon initial comprenait tous les nourrissons âgés de moins de 24 mois qui sont morts entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2018 (n = 1 096).

Trois personnes, soit deux chercheurs du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes et le médecin légiste en chef, ont examiné tous les décès infantiles survenus au Manitoba au cours de cette période afin de trouver ceux liés au sommeil. Les examinateurs ont respecté un organigramme pour l'évaluation des cas (figure 3). Au total, 145 nourrissons ont été inclus parce que leur décès était lié au sommeil.

Collecte et analyse des données

Une revue complète de la littérature sur les facteurs de risque et de protection a éclairé l'élaboration d'un formulaire dont l'équipe de recherche s'est servie pour recueillir les données démographiques et les facteurs de risque pour chaque cas. À la lumière des commentaires des professionnels de la protection de l'enfance, de la santé publique et de la santé des Autochtones, l'équipe a mis la dernière main au formulaire. Trois chercheurs du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes ont tiré les données des dossiers. L'élaboration d'un protocole de collecte de données et d'un livre de codes a permis d'assurer la fiabilité et l'uniformité du processus utilisé par les analystes de document. Une série d'essais statistiques, menés à l'aide de R (logiciel statistique), examinait la fréquence et la nature des décès de nourrissons liés au sommeil.

Études de cas

Cinq études de cas reviennent tout au long du présent rapport. Chacune d'elles s'appuie sur les circonstances entourant les décès de nourrissons liés au sommeil relevés dans les cas examinés pour cette étude. Compte tenu de l'ajout ou de la modification de certains renseignements par souci de protection de la vie privée, il faut considérer les études de cas comme des récits composites. L'équipe de recherche a changé tous les noms et les renseignements identificatoires pour protéger les familles concernées.

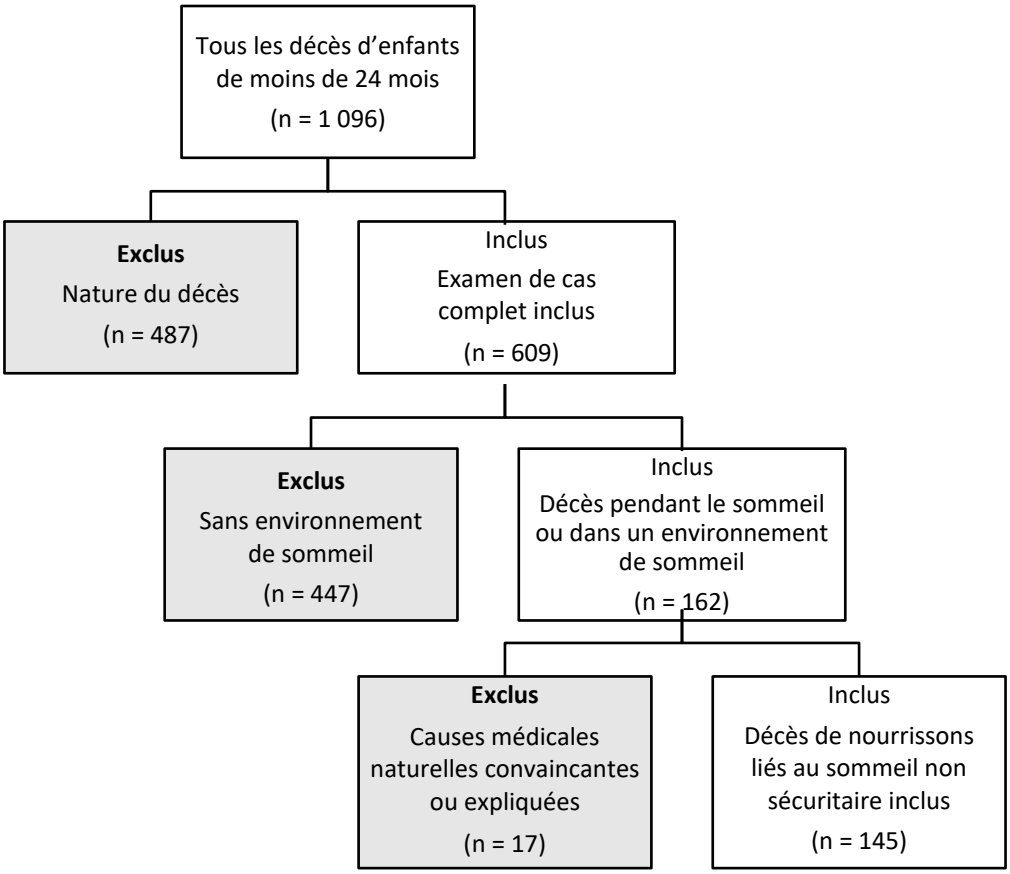

Figure 3. *Organigramme illustrant la méthode de sélection des cas de décès de nourrissons liés au sommeil pour la présente étude*

Formulation de recommandations

Les recommandations étaient éclairées par les données, une revue non systématique des pratiques exemplaires et une analyse pancanadienne du matériel d'éducation publique, aux politiques et aux programmes en vigueur dans tout le Canada. Un processus de consultation des ministères gouvernementaux concernés, d'organismes de santé publique, de professionnels de la santé et de la protection de l'enfance, et de spécialistes en soins de santé aux Autochtones a suivi l'analyse de données, en février et en mars 2020. Le but des consultations des intervenants consistait à éclairer les recommandations du protecteur des enfants et des jeunes afin d'accroître l'efficacité et la réactivité des services au Manitoba et de réduire la probabilité que des décès surviennent dans les mêmes circonstances à l'avenir.

CHAPITRE 4 : FRÉQUENCES ET TENDANCES

Le chapitre qui suit décrit la manière dont ont eu lieu beaucoup de décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba entre 2009 et 2018. Il analyse également les changements observés dans les taux de mortalité au fil du temps et dans les environnements de sommeil dans lesquels ont été trouvés les nourrissons.

Principales constatations

- Il y a eu 145 décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba entre 2009 et 2018, ce qui représente une moyenne de 14,5 décès par année.
- Même si les chiffres fluctuent d'une année à l'autre, le taux général de décès de nourrissons liés au sommeil n'a pas changé de manière significative entre 2009 et 2017, la moyenne s'élevant à 14,5 décès par année au Manitoba. Toutefois, en 2018, le nombre et le taux de décès de nourrissons liés au sommeil ont augmenté considérablement pour atteindre leur niveau le plus élevé des dix dernières années (25 décès de nourrissons).
- Le taux de décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba (entre 2013 et 2018) est 42 % supérieur à celui de la Colombie-Britannique.
- La proportion de nourrissons découverts avec des objets moelleux dans leur environnement de sommeil, sur des surfaces de couchage non sécuritaires et en situation de partage de lit a augmenté ces dix dernières années.

Nombre de décès de nourrissons liés au sommeil

Il y a eu 145 décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2018. Cela représente une moyenne de 14,5 décès par année. Le nombre des décès de nourrissons liés au sommeil varie de 8 décès en 2009 à 25 en 2018, qui aura été le nombre le plus élevé de décès de ce genre enregistré au cours des dix dernières années (figure 4).

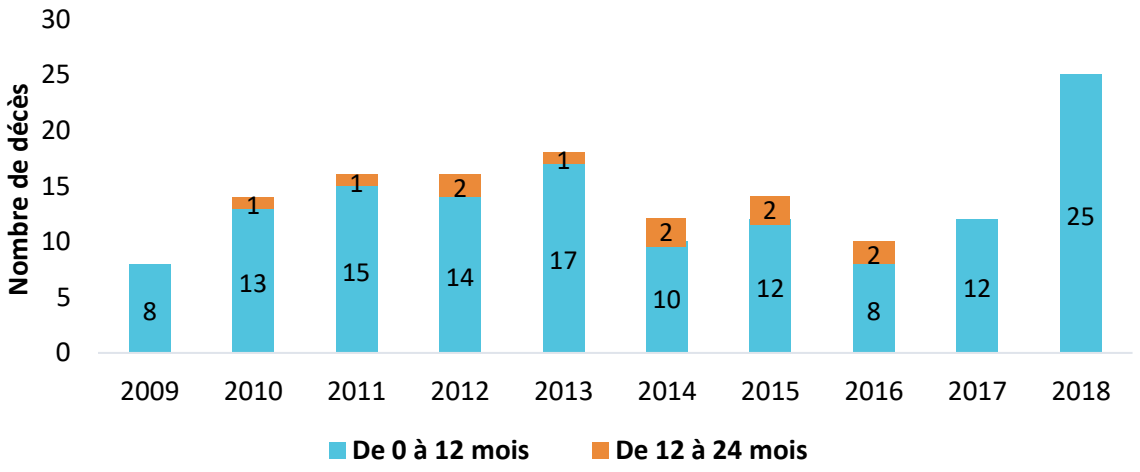

Figure 4. *Nombre de décès de nourrissons liés au sommeil par année, selon l'âge, Manitoba, 2009-2018*

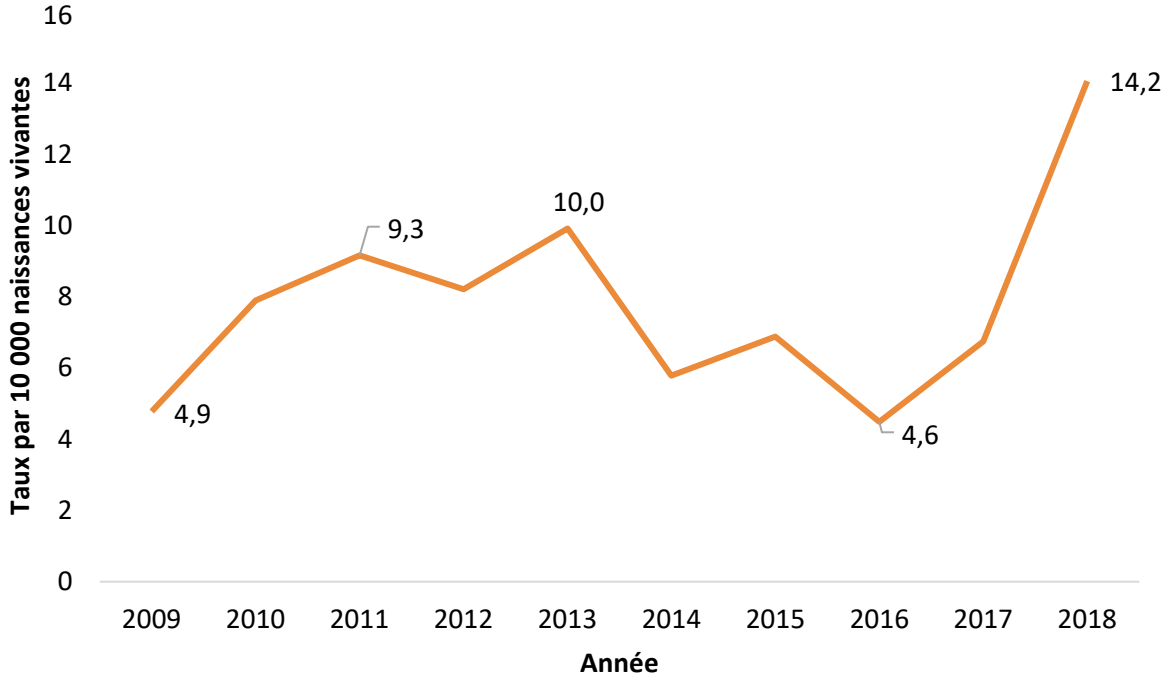

Figure 5. *Taux de mortalité de nourrissons de moins de 12 mois liée au sommeil, par 10 000 naissances vivantes, 2009-2018*

Taux de décès de nourrissons liés au sommeil

Comme le veut la norme dans les calculs du taux de mortalité infantile, les nourrissons de plus de 12 mois au moment du décès étaient exclus des calculs du taux présenté ci-dessous.

Selon une moyenne sur dix ans, au Manitoba, environ 16 923 bébés sont nés chaque année, dont en moyenne 13,4 nourrissons de moins d'un an sont morts de façon inattendue pendant leur sommeil. Cela représente une moyenne de 7,9 décès de nourrissons liés au sommeil par 10 000 naissances vivantes. Un examen visuel de la tendance met en évidence un **pic du taux des décès de nourrissons liés au sommeil en 2018** (figure 5).

Les nourrissons de moins de 12 mois sont plus susceptibles d'être victimes d'un décès lié au sommeil que d'accidents, comme des accidents de la route. Au Manitoba, le taux de décès accidentels de nourrissons de moins de 12 mois était de 0,05/10 000 naissances vivantes, comparativement à 7,9/10 000 naissances vivantes pour les décès liés au sommeil. Autrement dit, **le taux de décès de nourrissons liés au sommeil chez les bébés de 12 mois ou moins était 197 % supérieur aux décès accidentels dans le même groupe d'âge.**

Les décès de nourrissons liés au sommeil ont-ils augmenté?

Une analyse n'a révélé aucun changement statistiquement significatif du taux de décès de nourrissons liés au sommeil entre 2009 et 2017 ($p > 0,05$). Ce taux concorde avec les constatations pour l'ensemble du Canada, ce qui porte à croire à l'absence d'amélioration des taux de décès liés au sommeil depuis la fin des années 1990 (Gilbert et autres, 2012).

Le pic du taux des décès de nourrissons liés au sommeil constaté en 2018 est préoccupant. Il est nécessaire de faire le suivi à long terme du taux de mortalité infantile lié au sommeil au Manitoba pour mieux cerner les tendances à long terme. Les recommandations officielles du protecteur des enfants et des jeunes, publiés dans le présent rapport spécial, ciblent cette nécessité.

Comparaison des taux

Compte tenu des changements apportés à la terminologie et aux définitions au fil du temps, il est difficile de comparer les constatations de cette étude aux recherches menées au Canada. Un récent rapport publié par le Service des coroners de la Colombie-Britannique (British Columbia Coroners Service, 2019) est toutefois comparable en raison des périodes chevauchantes et de définitions équivalentes des décès de nourrissons liés au sommeil. Pour les besoins de la comparaison, nous avons inclus seulement les nourrissons de moins de 12 mois dans l'analyse.

Tableau 2. *Taux de mortalité de nourrissons liée au sommeil, < 12 mois, Manitoba et Colombie-Britannique, 2013-2018*

Province	Taux/10 000 naissances vivantes	Années
Manitoba	8,1	2013-2018
Colombie-Britannique	5,3	2013-2018

Au cours de la même période (2013-2018), le taux de décès liés au sommeil de nourrissons de moins de 12 mois s'élevait à 5,3 par 10 000 naissances vivantes en Colombie-Britannique et à 8,1 par 10 000 naissances vivantes au Manitoba (tableau 2). Cela signifie que le taux de décès de nourrissons liés au sommeil du Manitoba est 42 % supérieur à celui de la Colombie-Britannique. Pour chaque tranche de 10 000 naissances vivantes, le Manitoba compte près de trois décès de nourrissons liés au sommeil par année de plus que la Colombie-Britannique (figure 6).

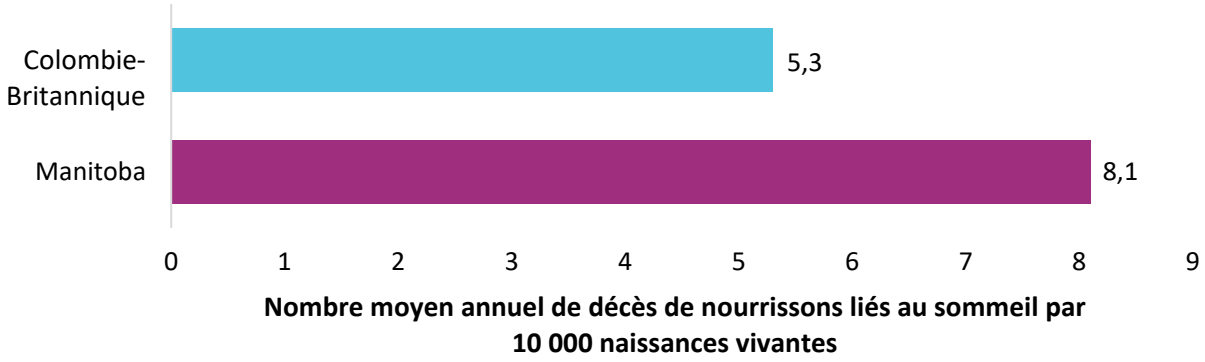

Figure 6. *Taux de mortalité de nourrissons liée au sommeil, < 12 mois, Manitoba et Colombie-Britannique, 2013-2018*

Changements apportés aux environnements de sommeil au fil du temps

De plus en plus, les recherches montrent que les types de facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil ont changé depuis la campagne « Dodo sur le dos! » des années 1990 (Trachtenberg et autres, 2012). Au Manitoba, la proportion de nourrissons trouvés avec des objets dans leur environnement de sommeil a augmenté, passant de 75 % en 2009 à 92 % en 2018 ($p < 0,05$). On a également observé que la proportion de nourrissons trouvés sur des surfaces de couchage non sécuritaires a augmenté, passant de 38 % en 2009 à 84 % en 2018 ($p = 0,053$), ainsi que pour le partage de lit, laquelle est passée de 38 % à 64 % ($p = 0,087$) (figure 7). Les tableaux 17, 18 et 19 de l'annexe B présentent toutes les constatations relatives aux facteurs de risque. Ces constatations portent à croire que les campagnes de réduction des risques, surtout le matériel d'éducation publique, doivent être adaptées aux schémas changeants des facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil. Au Manitoba, le matériel d'éducation publique doit mettre l'accent sur l'encombrement dans l'environnement de sommeil, les surfaces de couchage sécuritaires et le partage de lit.

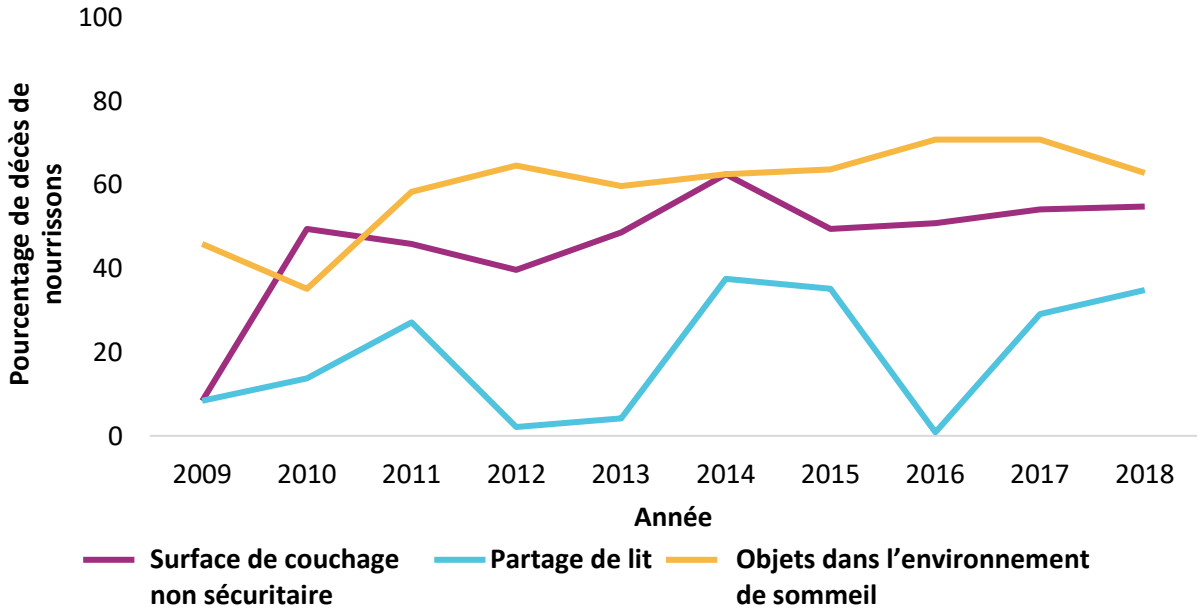

Figure 7. *Pourcentage de décès de nourrissons liés au sommeil, selon le facteur de risque, Manitoba, 2009-2018*

Résumé : fréquences et tendances

Le Manitoba a perdu 145 nourrissons dans des environnements de sommeil non sécuritaires ces dix dernières années. Le taux de décès de nourrissons dans des environnements non sécuritaires est élevé. Plusieurs facteurs de risque de décès liés à un sommeil non sécuritaire ont augmenté avec le temps et comprennent le partage de lit, les objets dans l'environnement de sommeil et l'utilisation de surfaces de couchage non sécuritaires. Chez les nourrissons de moins de 12 mois au Manitoba, les décès liés à un sommeil non sécuritaire sont plus nombreux que les décès de toute autre nature, exception faite des décès de cause naturelle.

Les décès de nourrissons liés au sommeil constituent un grave problème de santé publique au Manitoba. Les enfants de tous âges ont le droit de vivre et le droit de jouir du meilleur état de santé possible, comme l'indique la Convention. Le gouvernement du Manitoba a l'obligation correspondante de transmettre aux personnes qui prennent soin de nourrissons les renseignements dont elles ont besoin en matière de santé des enfants pour assurer la sécurité de ceux-ci (*Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, article 24). Les constatations présentées dans le présent chapitre sous-entendent que le Manitoba doit investir dans les interventions visant à réduire les décès de nourrissons liés au sommeil. Pour cette raison, le protecteur des enfants et des jeunes recommande la création d'une nouvelle campagne d'éducation publique, adaptée aux schémas changeants des facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil (voir les recommandations 3, 4 et 5). De plus, le protecteur des enfants et des jeunes recommande que Santé, Aînés et Vie active Manitoba travaille avec des partenaires pour créer un nouveau module de formation en ligne sur les pratiques de sécurité liées au sommeil des nourrissons. Ce module doit être offert aux fournisseurs de soins de santé et de services à l'enfant et à la famille (voir la recommandation 6).

CHAPITRE 5 : LES NOURRISSONS

Le chapitre qui suit présente les renseignements démographiques sur les nourrissons qui sont morts dans des environnements de sommeil non sécuritaires. Ces facteurs sont associés aux décès sans toutefois être modifiables, c'est-à-dire qu'il est impossible de les changer pour réduire le nombre de décès. Le tableau 20, qui présente les fréquences et les pourcentages des caractéristiques démographiques, se trouve à l'annexe B.

Principales constatations

- Plus de nourrissons de sexe masculin (61 %) sont décédés que de nourrissons de sexe féminin (38 %).
- L'âge moyen au moment du décès était de 4,8 mois. La plupart des décès sont survenus dans les trois premiers mois de vie (57 %), et l'âge le plus fréquent au moment du décès était d'un mois.
- Les nourrissons des Premières Nations étaient surreprésentés dans le nombre de décès de nourrissons liés au sommeil (54,5 %).
- Les nourrissons plus jeunes étaient exposés à des facteurs de risque différents de ceux qui touchaient les nourrissons plus âgés. Les nourrissons de moins d'un an étaient plus susceptibles que les nourrissons plus âgés d'être trouvés en situation de partage de lit et sur des surfaces de couchage non sécuritaires, comme des matelas d'adulte ou des canapés.

Sexe

Au Manitoba, 61 % des décès de nourrissons liés au sommeil touchaient des nourrissons de sexe masculin. Ces derniers présentaient un risque accru de décès de nourrissons liés au sommeil par rapport aux nourrissons de sexe féminin (Fujita, 2002; Mitchell et autres, 1992). Cette association a été observée dans toutes les nations et ethnicités (Chang et autres, 2013; Millar et Hill, 1993). On ignore les raisons de ce risque accru.

Âge au moment du décès

Au Manitoba, l'âge moyen des nourrissons décédés dans des environnements de sommeil non sécuritaires était de 4,8 mois, l'âge le plus fréquent au moment du décès étant d'un mois. La plupart des décès (57 %) sont survenus dans les trois premiers mois de vie. Comme le montre la figure 8, le nombre de décès liés au sommeil diminue à mesure que l'âge du nourrisson augmente. Cette tendance concorde avec les recherches publiées sur les environnements de sommeil non sécuritaires, qui montrent que la majorité des décès de nourrissons liés au sommeil surviennent dans les six premiers mois de vie (Shapiro-Mendoza et autres, 2006).

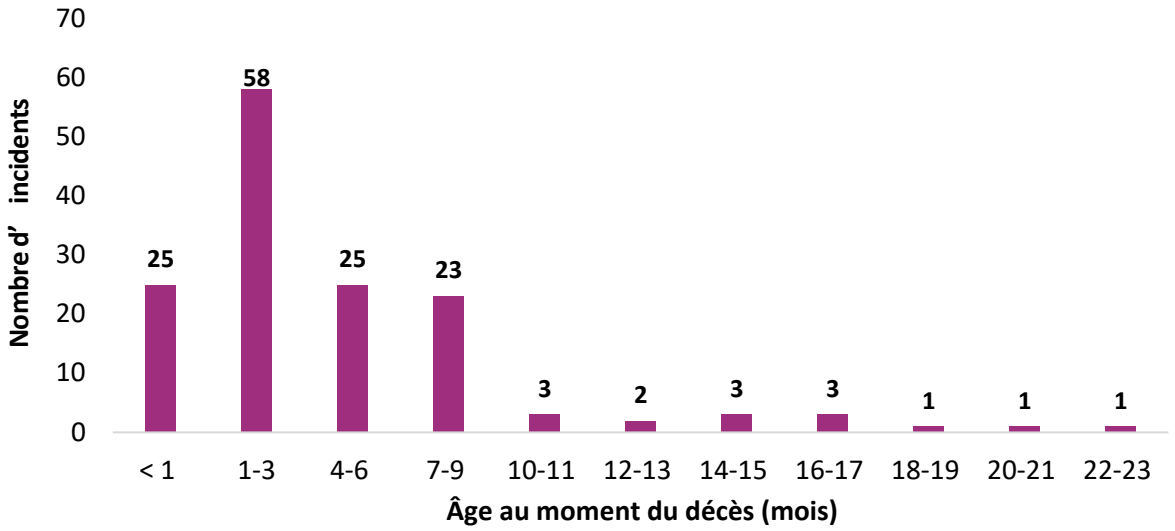

Figure 8. *Fréquence des décès de nourrissons liés au sommeil selon l'âge (en mois), Manitoba, 2009-2018*

Facteurs de risque dans l'environnement de sommeil, selon l'âge au moment du décès

Au Manitoba, les nourrissons plus jeunes (moins d'un an) étaient nettement plus susceptibles de mourir sur des surfaces de couchage non sécuritaires et pendant un partage de lit que les nourrissons plus âgés (plus d'un an) ($p < 0,05$). Notre analyse montre également une proportion plus élevée de nourrissons plus jeunes que de nourrissons plus âgés ayant été exposés à la fumée de tabac ($p = 0,06$).

Cela concorde avec les résultats de nombreuses recherches montrant que les jeunes nourrissons présentent un risque particulièrement élevé de décès attribuable au partage de lit (Vennemann et autres, 2012). Il faudra mener plus de recherches pour comprendre la relation qui existe entre l'exposition à la fumée de tabac et l'âge du nourrisson.

Ascendance autochtone : nourrissons des Premières Nations et métis

L'ascendance autochtone renvoie à l'appartenance d'un nourrisson à un peuple des Premières Nations, de Métis ou d'Inuits (Statistique Canada, 2019). Au Manitoba, 55 % des nourrissons décédés dans leur sommeil étaient membres des Premières Nations (n = 79) et 3 %, Métis (n = 4). Les nourrissons des Premières Nations sont surreprésentés dans l'échantillon de nourrissons décédés pendant leur sommeil ou dans un environnement de sommeil (tableau 3). Il a été impossible de déterminer l'ascendance de 47 nourrissons (32 %). Les dossiers administratifs, surtout pour des nourrissons pour lesquels la protection de l'enfance n'est pas intervenue, ne recueillent pas systématiquement ces renseignements. Le chapitre 8 présente une analyse des environnements de sommeil par ascendance autochtone.

Tableau 3. *Ascendance autochtone dans les décès de nourrissons liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018*

Ascendance autochtone	N^{bre}	%
Premières Nations	79	54,5
Métis	4	2,8
Non autochtone	15	10,3
Inconnue	47	32,4

Santé du nourrisson

Selon la **théorie du triple risque,** les nourrissons qui sont nés avec des vulnérabilités ou qui ont de légères infections pourraient être plus à risque de décès lié au sommeil (Filiano et Kinney, 1994). La prématurité (naissance avant 37 semaines de gestation) et le faible poids à la naissance (moins de 2 700 g) sont associés à un risque accru de décès de nourrissons liés au sommeil (Malloy, 2013).

Au Manitoba, 20 % des nourrissons décédés dans un environnement de sommeil non sécuritaire étaient nés prématurés, alors que 13 % étaient nés avec un poids insuffisant. Comparativement à toutes les naissances ayant eu lieu au Manitoba, une proportion nettement plus élevée de décès de nourrissons concerne des nourrissons prématurés ou ayant un faible poids à la naissance[1].

Sur le nombre total de décès liés au sommeil, notre examen a révélé que 23 nourrissons (17 %) avaient été admis à l'unité néonatale de soins intensifs après leur naissance, et 19 (13 %) avaient reçu un diagnostic de problème de santé chronique[2]. Soixante-dix nourrissons présentaient une maladie dans les 72 heures précédant leur décès (48 %). Les symptômes ressemblaient le plus souvent à un rhume, comme des écoulements nasaux et de la toux.

Allaitement

L'allaitement s'est révélé efficace pour réduire le risque de décès de nourrissons liés au sommeil (Thompson et autres, 2017; McVea et autres, 2000; Hauck et autres, 2011; Ford et autres, 1993; Hauck et autres, 2003; Schellescheidt et autres, 1997). L'allaitement n'a pas à être exclusif pour conférer des effets protecteurs (Thompson et autres, 2017), mais sa durée constitue un facteur important. L'allaitement n'est protecteur que s'il dure plus de deux mois (Thompson et autres, 2017). Malheureusement, nous n'avons pas été en mesure d'évaluer la durée de l'allaitement dans le présent rapport spécial.

Au Manitoba, 77 (57 %) des nourrissons décédés dans des environnements non sécuritaires étaient nourris au biberon, alors que 57 (43 %) avaient été allaités, au moins en partie (figure 9).

[1] Selon Statistique Canada, la proportion de naissances prématurées et de faible poids à la naissance par rapport à toutes les naissances vivantes au Manitoba entre 2000 et 2013 s'élevait à 7,9 % et à 5,6 %, respectivement. Statistique Canada (2016) https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2016001/article/14674-fra.htm.

[2] Les nourrissons admis à l'unité néonatale de soins intensifs n'avaient pas tous un problème de santé chronique, et ceux ayant une maladie chronique n'ont pas tous séjourné à l'unité néonatale de soins intensifs.

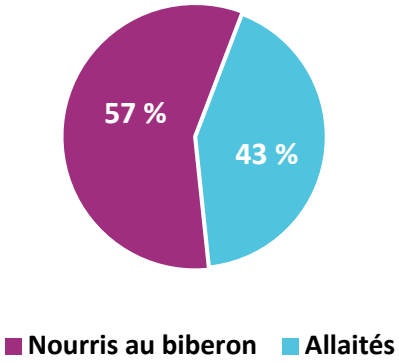

Figure 9. *Méthode d'alimentation des nourrissons dans les décès liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018*

Lieu de résidence

Le Manitoba est divisé géographiquement en cinq offices régionaux de santé, créés en 2011. La plupart des décès de nourrissons liés au sommeil sont survenus dans les limites géographiques du territoire de l'office régional de santé de Winnipeg (42 %), suivi par l'office régional de santé du Nord (22 %). Le reste des incidents étaient répartis en parts égales entre les offices régionaux du Sud (13 %), de Prairie Mountain (13 %) et d'Entre-les-Lacs et de l'Est (10 %) (tableau 4, figure 10).

Tableau 4. *Nombre de décès de nourrissons liés au sommeil par office régional de santé, Manitoba, 2009-2018*

Office régional de santé	N^{bre}	%
Entre-les-Lacs et de l'Est	14	9,9
Nord	31	21,8
Prairie Mountain	18	12,7
Sud	19	13,4
Winnipeg	63	42,3

Une carte de Winnipeg indique que les décès de nourrissons liés au sommeil ne sont pas répartis également dans la ville (figure 11). La majorité des incidents sont survenus au centre de la ville.

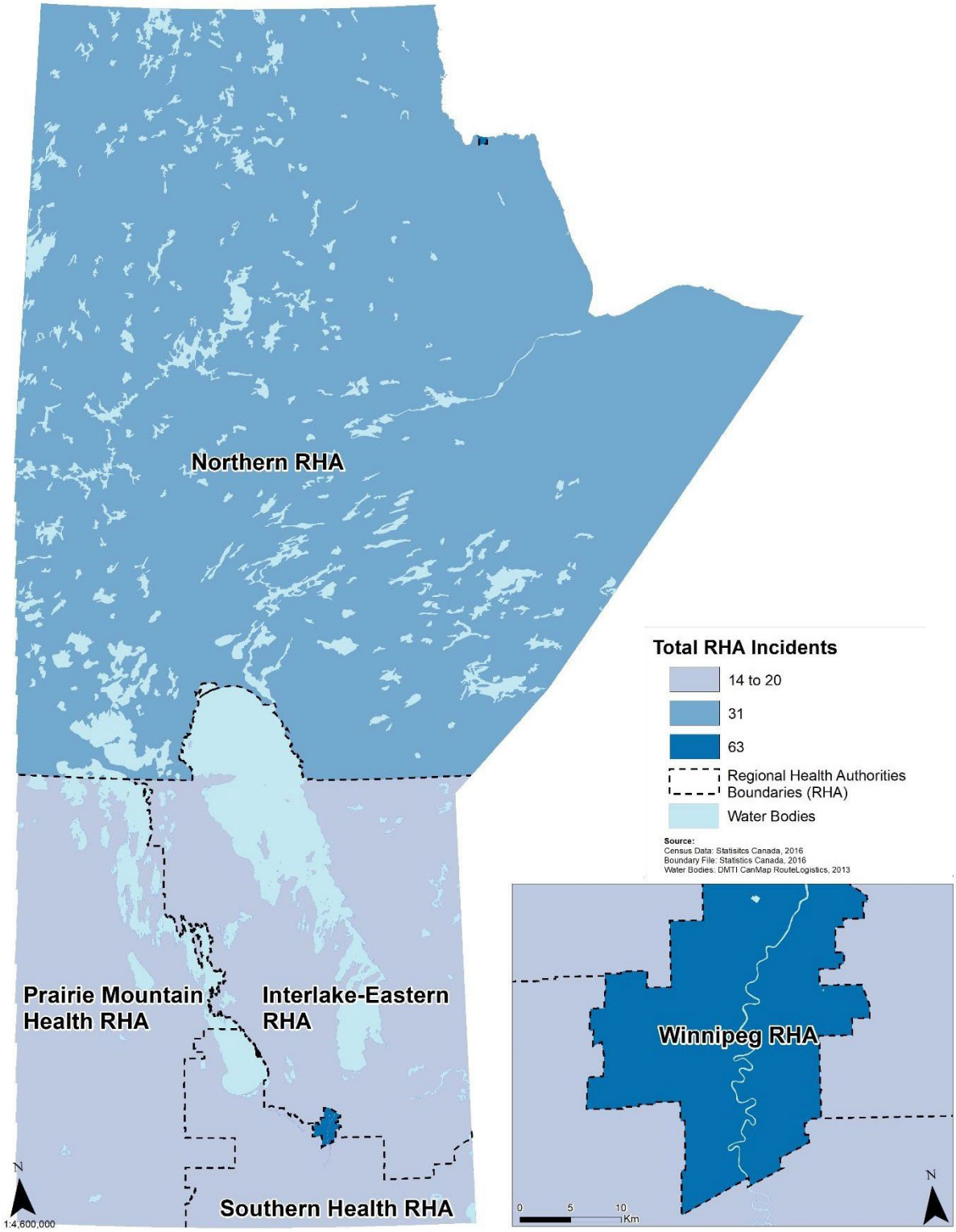

Figure 10. *Lieu des décès de nourrissons liés au sommeil par office régional de santé, Manitoba, 2009-2018*

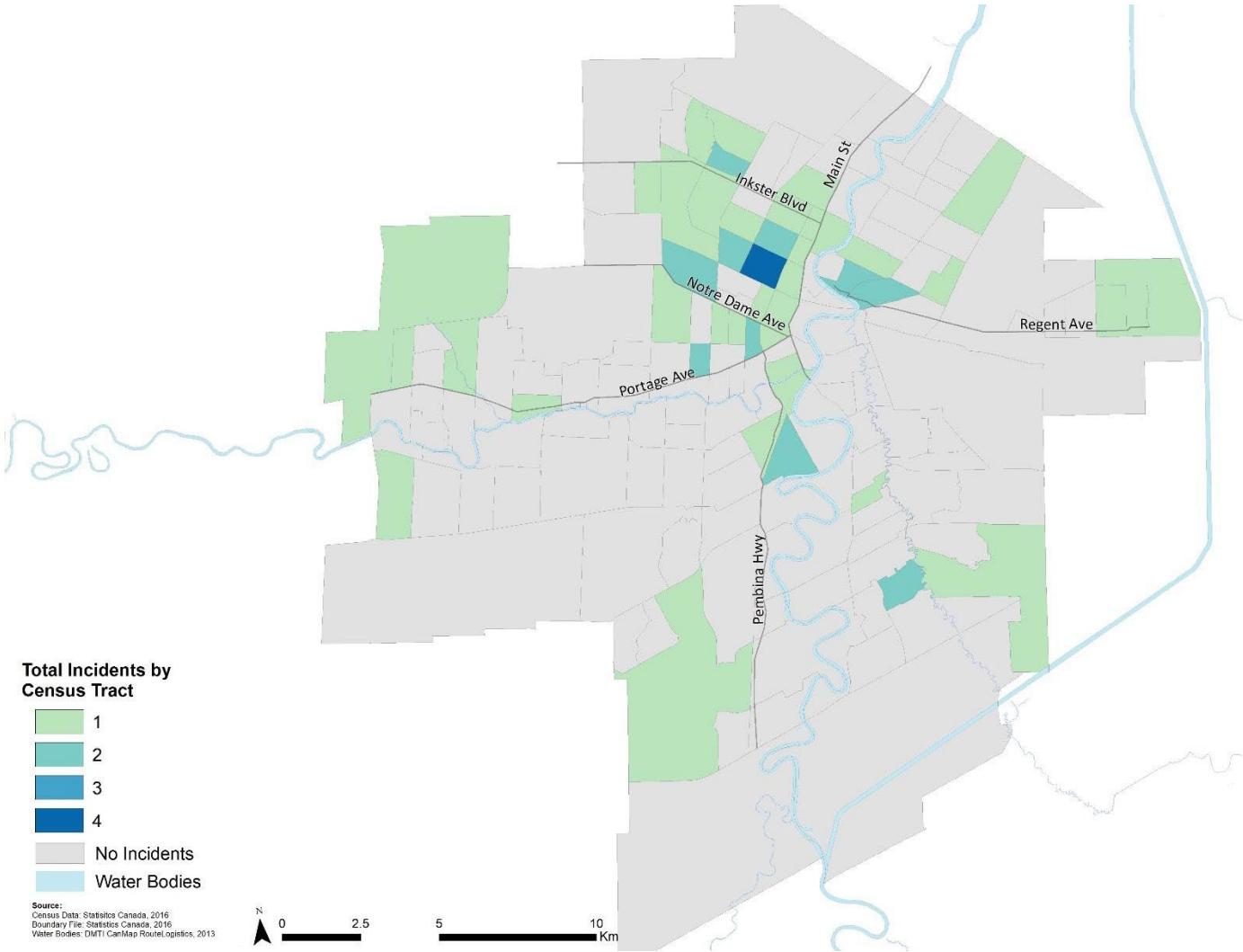

Figure 11. *Lieu des décès de nourrissons liés au sommeil, par secteur de recensement, Winnipeg, 2009-2018*

Lieu du décès

La section suivante décrit l'endroit où le décès du nourrisson a eu lieu et non le lieu où un professionnel de la santé l'a prononcé, ce qui est le plus souvent à l'hôpital ou au poste de soins infirmiers.

Tableau 5. *Lieu de la mort dans les décès de nourrissons liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018*

Lieu du décès	n (145)	%
Domicile familial	108	74,5
Domicile d'un proche	14	9,7
Placement auprès des services à l'enfant et à la famille	11	7,6
Autre	12	8,3

La majorité (74 %) des décès de nourrissons liés au sommeil sont survenus pendant que le nourrisson dormait dans sa propre résidence et 10 %, alors qu'il se trouvait dans le domicile d'un proche (tableau 5). Pour ce qui est du reste des décès, 8 % sont survenus dans un placement auprès des services à l'enfant et à la famille et 8 %, ailleurs (p. ex. dans une voiture, une garderie, un hôpital) (figure 12).

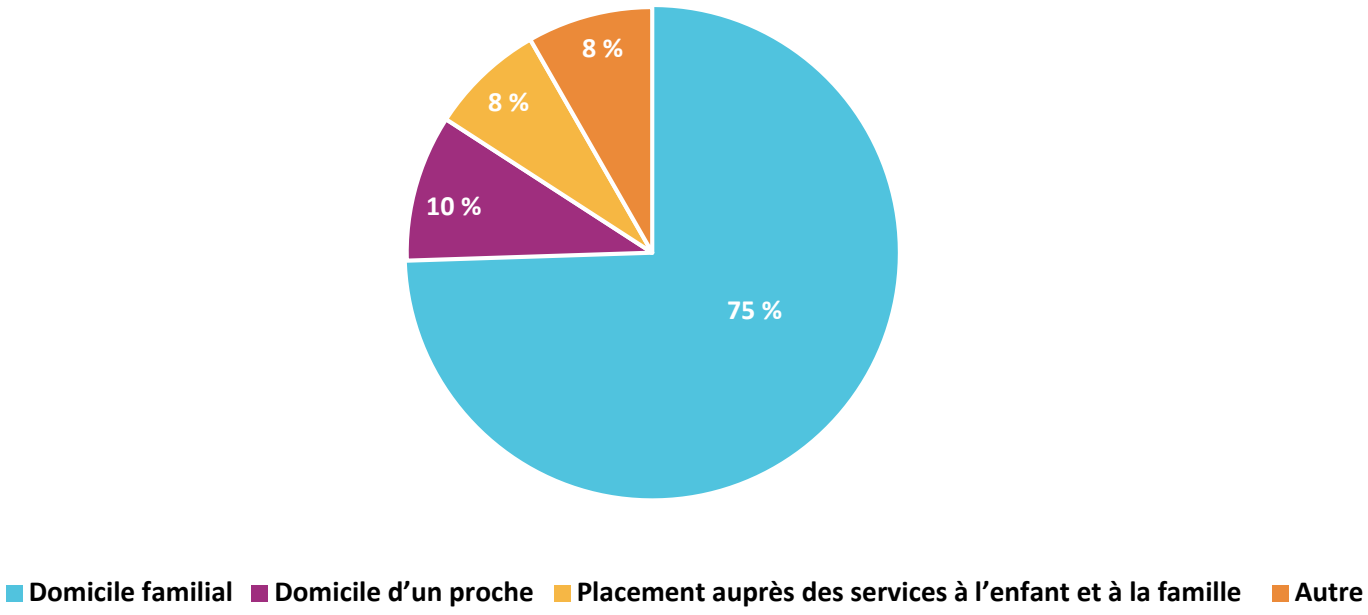

Figure 12. *Endroit où a eu lieu le décès d'un nourrisson lié au sommeil, Manitoba, 2009-2018*

Bien que les trois quarts des décès aient eu lieu dans le domicile familial, il a été établi que le fait de dormir loin de chez soi constituait un facteur de risque pour les nourrissons (Schluter et autres, 1998). Les nourrissons décédés loin de leur domicile couraient plus de risque de mourir sur une surface de couchage non sécuritaire, comme un futon, un siège d'auto et un lit d'adulte (Kassa et autres, 2016).

Étude de cas : Milo

Milo était un nourrisson âgé d'un mois en bonne santé. Sa mère s'est rendue à l'extérieur de Winnipeg pour visiter la famille élargie et leur présenter son nouveau bébé.

À la maison, Milo dormait dans un lit d'enfant, mais la visite de la famille s'est faite dans un lieu où il n'y avait ni lit d'enfant ni berceau. La famille a donc placé un matelas sur le sol, dans le salon, pour la fin de semaine. Milo, sa fratrie et leur mère dormaient sur ce matelas.

Milo a été couché sur le côté, au centre du matelas, de façon à l'empêcher de rouler et de tomber par terre. La mère de Milo s'est endormie après l'avoir nourri au sein.

Lorsque la mère de Milo s'est réveillée, elle a remarqué que Milo n'avait pas l'air bien; il était froid au toucher. Elle a immédiatement commencé les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire, et d'autres membres de la famille ont appelé une ambulance. Malgré tous les efforts déployés, il a été impossible de réanimer Milo à la maison ou à l'arrivée des secouristes. Milo a été déclaré mort à son arrivée à l'hôpital.

Nombre de membres de la fratrie et ordre de naissance

Avoir plusieurs frères et sœurs est associé à un risque plus élevé de décès de nourrissons liés au sommeil (Alessandri et autres, 1996). Ce risque augmente plus précisément avec l'ordre de naissance (Highet et Goldwater, 2013; Peterson, 1982).

Au Manitoba, les familles ayant un seul enfant représentent 37 % des couples avec enfants et 58 % des familles monoparentales (Statistique Canada, 2017). Dans l'échantillon de décès de nourrissons liés au sommeil, seuls 17 % des nourrissons étaient les premiers-nés d'une famille. La grande majorité (83 %) des nourrissons n'étaient pas les premiers-nés (figure 13).

Ces constatations donnent à penser que, malgré la nature critique des soutiens prénatals et postnatals offerts aux nouveaux parents, une sensibilisation ciblée des parents ayant plusieurs enfants s'avère nécessaire.

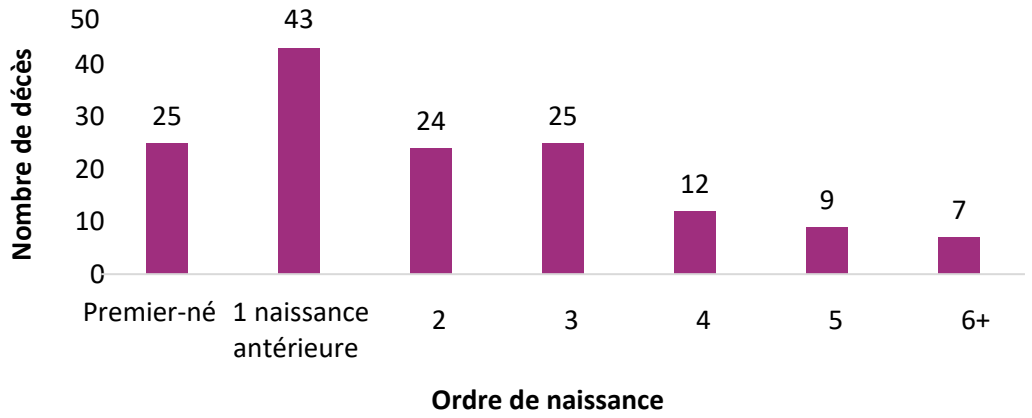

Figure 13. *Décès de nourrissons liés au sommeil, par ordre de naissance, Manitoba, 2009-2018*

Nature du décès

Des 145 décès liés au sommeil survenus au Manitoba entre 2009 et 2018, le Bureau du médecin légiste en chef en a classé 125 (86 %) dans la catégorie des décès de « cause indéterminée », 13 (9 %) en tant que décès de cause accidentelle et les 7 restants (5 %) en tant que décès de cause naturelle (figure 14).

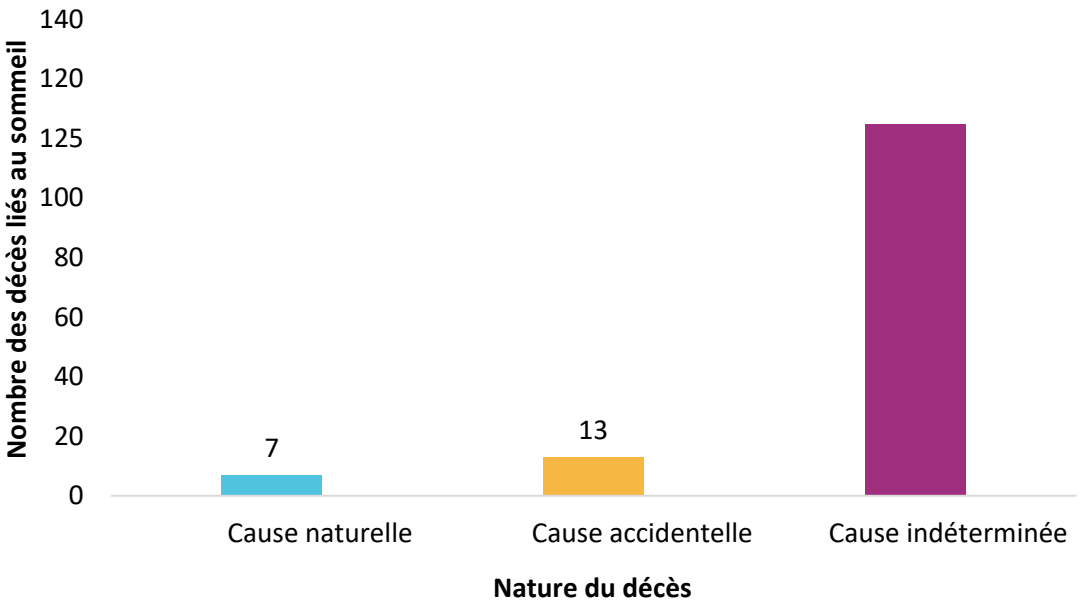

Figure 14. *Nature du décès dans les décès de nourrissons liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018*

Étude de cas : Charlotte

Charlotte était un bébé de sept mois en bonne santé et enjoué qui commençait à peine à s'asseoir. Benjamine d'une famille de cinq enfants, elle vivait dans une maison comptant deux chambres à coucher avec ses parents, deux adultes membres de la famille élargie et ses frères et sœurs. Tous les adultes qui vivaient dans le domicile de Charlotte fumaient la cigarette; durant les jours les plus froids de l'hiver, ils fumaient à l'intérieur.

La nuit où Charlotte est décédée, ses parents avaient décidé de prendre une pause de leur vie familiale occupée et de se rendre chez des amis. Ils ont pris les dispositions nécessaires pour qu'une gardienne s'occupe des enfants, dont Charlotte. Ce soir-là, après avoir terminé son biberon et avoir fait son rot, Charlotte s'est endormie dans les bras de la gardienne, et cette dernière l'a installée pour qu'elle dorme sur le dos, sur le canapé du salon.

Afin de rendre le canapé plus sécuritaire, la gardienne a placé un oreiller entre Charlotte et le bord du canapé afin d'éviter qu'elle roule et tombe par terre durant son sommeil. Charlotte couchait souvent sur le canapé parce que la famille n'avait pas les moyens d'acheter un lit d'enfant et que ses parents avaient l'impression que le canapé était plus sécuritaire que le partage d'un très grand matelas sur le sol avec ses quatre frères et sœurs.

Plus tard dans la nuit, on a trouvé Charlotte sur le canapé, le visage tourné vers le bas et ne respirant plus. Le canapé était moelleux et couvert de coussins d'assise mobiles, et la couverture qui avait servi à couvrir Charlotte se trouvait près de sa tête.

Même si le médecin légiste a inscrit « cause indéterminée » concernant la nature du décès de Charlotte, le pathologiste a soulevé la possibilité d'une asphyxie compte tenu de la surface de couchage non sécuritaire sur laquelle elle avait été installée pour dormir.


Stock image

Résumé : les nourrissons

L'âge le plus fréquent des nourrissons décédés dans leur sommeil se situe entre un et trois mois. Près de 83 % des décès sont survenus dans des familles qui avaient déjà au moins un autre enfant. La plupart des nourrissons décédés vivaient dans les limites de l'office régional de santé de Winnipeg, et la majorité des décès ont eu lieu dans le domicile familial. Les nourrissons autochtones, surtout ceux des Premières Nations, sont surreprésentés dans le nombre de décès de nourrissons liés au sommeil.

Malgré la contribution du présent rapport spécial, l'étude s'est heurtée aux limites de quantités importantes de données manquantes, particulièrement celles liées à l'ascendance autochtone et à la santé du nourrisson, notamment l'allaitement, qui sont présentées dans le présent chapitre. Le chapitre suivant, qui porte sur les environnements de sommeil, met aussi en évidence d'importantes variables, comme la position du sommeil, qui comportent des quantités importantes de valeurs manquantes. Des données complètes permettent l'élaboration et l'évaluation d'interventions fondées sur des données probantes, adaptées aux familles et aux facteurs de risque les plus visibles au Manitoba.

Pour que la collecte de toutes les données pertinentes concernant les prochains décès liés au sommeil soit coordonnée et systématique, le protecteur des enfants et des jeunes recommande l'utilisation d'un formulaire de déclaration normalisé. Ce formulaire servirait à tous les agents chargés de l'application de la loi dans la province qui interviennent sur les lieux d'un décès de nourrisson qu'ils soupçonnent d'être lié à des pratiques de sommeil non sécuritaires (voir la recommandation 9). Afin d'être en mesure de produire des rapports sur les futures tendances (dont il aura besoin pour décider des interventions appropriées), le protecteur des enfants et des jeunes recommande aussi la création d'une base de données électronique où seront stockées toutes les

données recueillies dans le formulaire normalisé par les agents chargés de l'application de la loi (voir la recommandation 10) ainsi que la tenue de réunions régulières par le Groupe de travail interministériel collaboratif sur la mortalité infantile afin que celui-ci puisse examiner ces données (voir la recommandation 11).

CHAPITRE 6 : L'ENVIRONNEMENT DE SOMMEIL

Le chapitre qui suit présente les conditions dans lesquelles l'environnement de sommeil accroît le risque de décès de nourrissons liés au sommeil. Ces facteurs de risque sont jugés modifiables parce qu'il est possible de les changer pour réduire le risque. Pour qu'un environnement de sommeil soit sécuritaire, le bébé doit être couché sur le dos, sur une surface de couchage séparée et ferme, exempte d'objets moelleux, dans un environnement sans fumée qui n'est pas surchauffé. L'annexe B présente un tableau résumant toutes les constatations sur l'environnement de sommeil.

Principales constatations

- Lorsqu'ils sont morts, 54 % des nourrissons se trouvaient dans une position de sommeil non sécuritaire, comme sur le ventre ou sur le côté. Soixante-dix-sept pour 100 des nourrissons étaient installés pour dormir sur une surface de couchage non sécuritaire qui constituait, dans la majorité des cas, des matelas pour adultes.
- Près de la moitié des nourrissons partageaient un lit au moment de leur décès. La raison la plus fréquemment énoncée pour le partage de lit était qu'il s'agissait de la position de sommeil la plus courante; cependant, 36 % des personnes qui prennent soin d'un nourrisson et qui partageaient un lit avec celui-ci ne possédaient pas de lit d'enfant ou d'autre surface de couchage sécuritaire à la maison.
- Environ 50 % des nourrissons avaient été exposés à la fumée de tabac avant ou après la naissance.
- Aucun des décès pour lesquels les données disponibles étaient complètes ne constituait un cas sans risque. La plupart des nourrissons étaient exposés à plus d'un facteur de risque environnemental mentionné qu'il était possible de changer pour réduire le risque et prévenir les décès.

Position de sommeil

La position la plus sécuritaire pour le sommeil d'un nourrisson est sur le dos. Des études mentionnent constamment un risque significativement accru de décès lié au sommeil pour les nourrissons qui dorment sur le ventre comparativement à ceux qui dorment sur le dos (Gilbert et autres, 2005; Hauck et autres, 2003; Hutchison et autres, 2011; Ostfeld et autres, 2010; Oyen et autres, 1997; Schellscheidt et autres, 1997; Senter et autres, 2011). La position sur le côté est aussi jugée non sécuritaire puisque les nourrissons risquent de rouler et de se retrouver sur le ventre (Li, 2003).

Tableau 6. *Position du nourrisson au coucher et position du nourrisson décédé au moment de sa découverte, Manitoba, 2009-2018*

Position au coucher	N^bre	%	Position au moment de la découverte	N^bre	%
Sur le ventre	14	9,7	Sur le ventre	39	26,9
Sur le dos	65	44,8	Sur le dos	56	38,6
Sur le côté	13	9,0	Sur le côté	15	10,3
Assis	7	4,8	Assis	5	3,4
En cours d'allaitement	7	4,8	Calé	8	5,5
Inconnue	39	26,9	Inconnue	22	15,2
Total	145		**Total**	145	

Comme l'indique le tableau 6, une quantité importante de données sur la position dans laquelle le nourrisson a été couché et celle où il a été trouvé est inconnue pour 27 % et 15 % des nourrissons, respectivement. Cela témoigne de la nécessité d'une uniformité dans les enquêtes au fil du temps et de l'adoption de méthodes de collecte de données systématiques.

Dans les cas où les données sont connues, 41 nourrissons (39 %) avaient été couchés dans une position de sommeil non sécuritaire et 67 (54 %) ont été trouvés dans une position de sommeil non sécuritaire (figure 15).

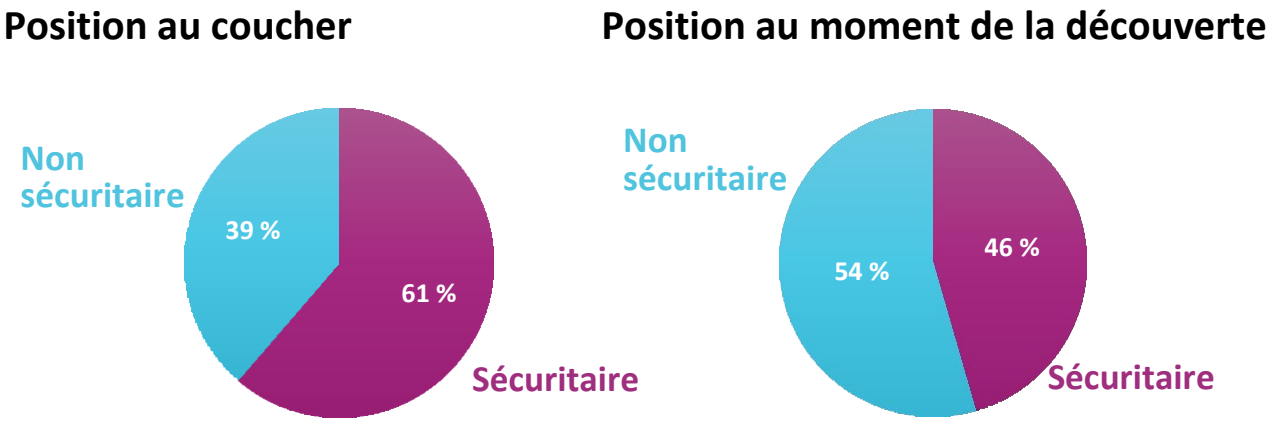

Figure 15. *Position du nourrisson au coucher comparativement à celle dans laquelle il a été trouvé, Manitoba, 2009-2018*

Les données probantes les plus convaincantes de la relation causale entre les positions de sommeil non sécuritaires et les décès liés au sommeil dans une multitude de pays concernent les campagnes de santé publique qui encouragent les parents à coucher les nourrissons sur le dos pour dormir (Mitchell et autres, 1994). Un certain nombre de pays ont signalé une baisse importante du sommeil sur le ventre et une augmentation du sommeil sur le dos immédiatement après le lancement de ce genre de campagnes, y compris au Canada (Rusen et autres, 2004). Malgré une réduction du sommeil sur le ventre, notre étude confirme qu'on trouve encore des nourrissons couchés sur le ventre.

Surface de couchage

L'endroit le plus sécuritaire pour les nourrissons est dans un lit d'enfant ou un berceau doté d'un matelas ferme où il est couché seul, sans rien d'autre dans l'espace de sommeil. Lorsque les nourrissons s'endorment sur un canapé, un lit d'adulte ou un fauteuil, ils risquent davantage de se retrouver coincés dans des surfaces moelleuses et de suffoquer.

Sur les 145 nourrissons décédés, 111 (77 %) avaient été couchés sur une surface de couchage non sécuritaire, dont 73 (50 %) sont morts pendant leur sommeil sur un matelas pour adultes (figure 16).

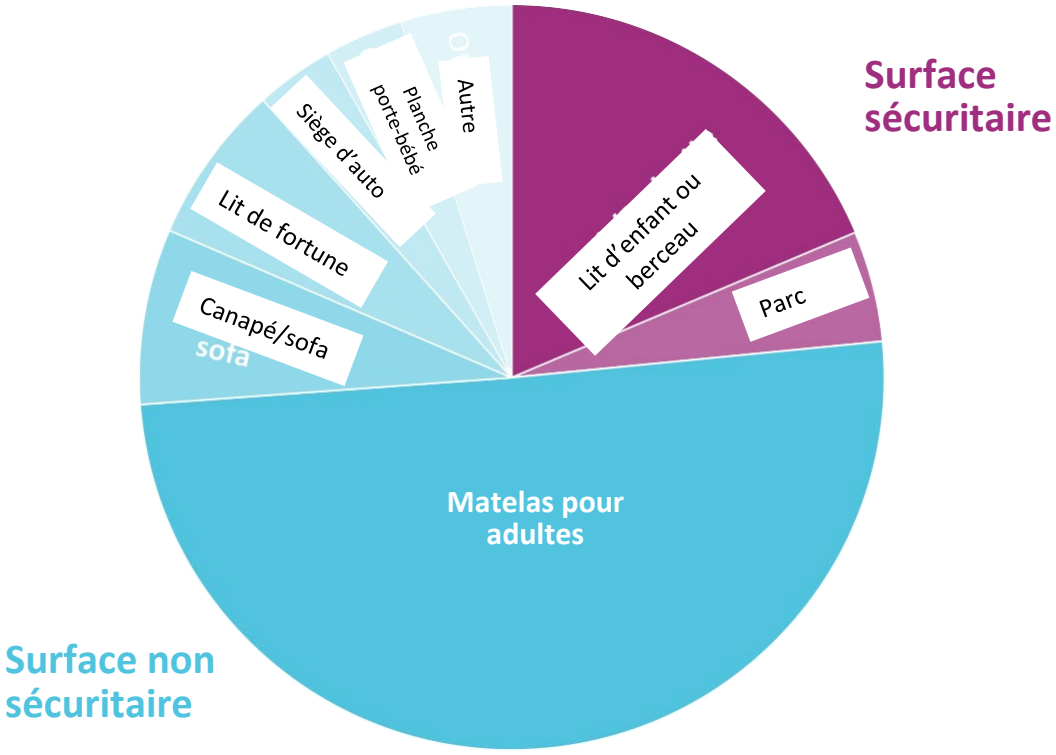

Figure 16. *Pourcentage de décès de nourrissons liés au sommeil, selon la surface de couchage, Manitoba, 2009-2018*

Dans la figure 16, le lit de fortune comprend l'utilisation de couvertures et d'oreillers, les lits pliables pour enfants et les matelas pour enfants que l'on a posés sur le sol pour créer une surface de couchage au nourrisson. Les planches porte-bébé, ou tikinagans, sont des sacs de couchage des Premières Nations et des Métis qui sont dotés d'un dos plat conçu pour garder les nourrissons à la chaleur, en sécurité et faciles à transporter. Bien que cinq des enfants de notre étude soient décédés dans une planche porte-bébé, dans 80 % de ces cas, la planche en question se trouvait sur un matelas pour adultes sur lequel reposaient de nombreuses couvertures lourdes et qui faisait l'objet d'un partage de lit. Rien n'indique que l'utilisation de planches porte-bébé, en l'absence d'indicateurs de surchauffe ou de partage de lit sur un matelas pour adultes, soit non sécuritaire pour les nourrissons (Manitoba First Nations Education Resource Centre Inc., 2015).

« Les enfants apprenaient aussi l'observation patiente et la pleine conscience quand ils étaient dans la planche porte-bébé, n'ayant que leurs sens pour se divertir. Ils pouvaient s'asseoir sans bouger, regarder leurs mères travailler, écouter les bruits de leur environnement ou les berceuses de leur mère, capter les odeurs qui les entourent et sentir le soleil, le vent, la chaleur et le froid sur leur visage. Ils n'avaient pas d'autre choix que d'être attentifs. »

– Sarah Sunshine Manning (National Aboriginal Council of Midwives, 2017)

Tikinagan (ou planche porte-bébé) – Sacs de mousse

Avant le contact avec les Européens, les méthodes et les outils traditionnels de parentalité, comme la roue de médecine, la mise en récit et les chants, et l'importance de la parenté étaient des facettes intégrales de la vie de famille des Autochtones. Les sacs de mousse et les planches porte-bébé constituaient une part essentielle de l'éducation des enfants dans les communautés autochtones. Ce sont des articles spéciaux à la fois utiles et pratiques. Les bébés sont enveloppés dans un sac de mousse et solidement attachés à une mince planche matelassée, habituellement faite de bois de pin ou de cèdre, et lacée à l'aide de fines lanières de cuir. Les planches étaient purifiées par la fumée avec des prières, des chansons et de bonnes pensées pour le bébé. Elles étaient ensuite transportées dans les bras des parents, portées sur le dos de la mère durant un déplacement, calées au sol comme une chaise de bébé ou fixées à un traîneau pour les plus longs trajets.

Les sacs de mousse et les planches porte-bébé présentent plusieurs avantages, notamment des sommeils plus longs, puisque le bébé ne peut pas sursauter et se réveiller; le fait de garder la colonne vertébrale et les jambes de l'enfant bien droites, tout en renforçant davantage les muscles du cou; le développement de leurs facultés visuelles et auditives ainsi que de leur conscience de leur environnement; la stimulation par leur environnement et la famille. Les bébés ont la possibilité de voir le monde tel que maman et papa le voient, mais puisqu'ils restent aussi près de leur mère, ils se sentent en sécurité.

L'adoption d'un mode de vie traditionnel dans une société contemporaine se révèle parfois difficile; toutefois, de nos jours, de nombreuses Premières Nations partout au Canada relancent l'utilisation de la planche porte-bébé traditionnelle. Ce faisant, en nous entraidant et en donnant confiance à nos enfants par la connaissance de notre culture, de notre langue et de notre histoire, nous pouvons consolider nos valeurs et nos familles. De plus, puisque nous préservons et retenons notre force culturelle, nous devenons mieux outillés pour vivre dans un monde exigeant et en perpétuel changement.

Source : Manitoba First Nations Education Resource Centre, 2015



Photo d'un tikinagan et d'un sac de mousse. Source : Manitoba First Nations Education Resource Centre Inc.

Partage de lit

Le partage de lit, c'est-à-dire le fait de partager la même surface de couchage qu'un nourrisson, est un facteur de risque connu de décès de nourrissons liés au sommeil. Le partage de lit présente plusieurs risques : la personne qui partage le lit peut rouler sur le nourrisson; le nourrisson peut avoir trop chaud en raison de la proximité d'une autre personne; un nourrisson peut se retrouver coincé et suffoquer en raison des objets présents dans l'environnement de sommeil (p. ex. couvertures, oreillers, jouets).

Dans 72 (50 %) des 145 cas examinés, les nourrissons sont morts dans leur sommeil alors qu'ils partageaient un lit (tableau 7). Parmi eux, 42 nourrissons (58 %) partageaient une surface de couchage avec plus d'une personne (le plus souvent les parents biologiques ou des frères et sœurs). En comparaison avec les taux de partage de lit au Manitoba calculés en 2015-2016 (41 %), une plus forte proportion de décès infantiles touchait des nourrissons qui partageaient un lit (Gilmour et autres, 2019).

Tableau 7. *Partage de lit dans les décès de nourrissons liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018*

Partage de lit	N^{bre}	%
Oui	72	49,7
Non	73	50,3
Nombre de personnes dans le lit		
1	30	41,7
2	25	34,7
3	13	18,1
Plus de 4	4	5,6

Même si les notes d'enquête fournissent un certain nombre de raisons pour lesquelles les nourrissons avaient été installés sur des surfaces avec d'autres personnes partageant le lit, les raisons plus souvent évoquées étaient qu'il s'agissait des habitudes de sommeil habituelles (49 %) et qu'il n'y avait pas de lit d'enfant disponible (36 %) (figure 17). De multiples raisons pouvaient expliquer chaque cas de partage de lit.

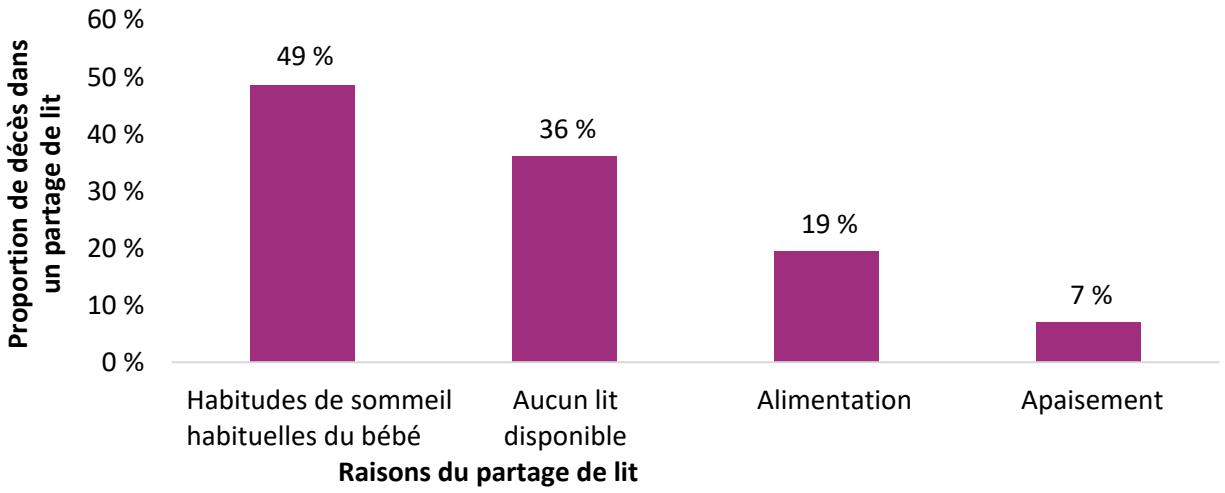

Figure 17. *Pourcentage de décès dans un partage de lit, selon les raisons évoquées, Manitoba, 2009-2018*

Partage de lit et autres facteurs de risque

Au Manitoba, environ un nourrisson sur trois qui est décédé dans un partage de lit n'avait pas été exposé à la fumée de tabac ou à une personne intoxiquée parmi celles qui prennent soin de lui (tableau 8). **Cela signifie que le partage de lit, même en l'absence de tabagisme ou d'intoxication à l'alcool, demeure non sécuritaire.** Le risque que pose le partage de lit augmente considérablement lorsqu'une personne qui prend soin d'un nourrisson fume ou est intoxiquée à l'alcool (Vennemann et autres, 2012; Zhang et Wang, 2013). Au Manitoba, nous avons découvert que 57 % des nourrissons qui partageaient un lit avaient aussi été exposés à la fumée de tabac à la maison.

Tableau 8. *Partage de lit et autres facteurs de risque dans les décès de nourrissons liés au sommeil, Manitoba, 2009-2018*

Partage de lit et personnes responsables des soins du bébé intoxiquées à l'alcool	N^bre (72)	%
Oui	18	25,0
Non	40	55,6
Inconnu	14	19,4
Partage de lit et fumée de tabac dans l'environnement		
Oui	41	56,9
Non	31	42,5

Objets dans l'environnement de sommeil

Il n'est pas nécessaire de mettre des objets dans l'environnement de sommeil d'un nourrisson autres qu'un matelas ferme et un drap-housse. **Pour réduire le risque de coincement et de suffocation, il est important de s'assurer que le lit d'enfant ou le berceau est exempt de jouets, d'animaux en peluche, d'oreillers, de couvertures additionnelles, de tour de lit et d'autres objets.**

Notre examen a révélé que les couvertures (80 % des décès), suivies par les oreillers (50 %), constituaient les objets le plus souvent présents dans les environnements de sommeil des nourrissons (tableau 9)[3]. Les autres objets observés comprenaient, entre autres, les biberons (16 % des décès), les jouets ou animaux en peluche (9 %), les coussins de positionnement (5 %) et les tours de lit d'enfant (2 %). Le nombre d'objets trouvés dans l'environnement de sommeil allait de 1 à 14, et le nombre moyen d'objets trouvés était de 4.

Tableau 9. *Objets dans l'environnement de sommeil des nourrissons, Manitoba, 2009-2018*

Objets dans l'environnement de sommeil	N^bre	%
Couverture	116	80,0
Oreiller	72	49,7
Biberon	23	15,9
Tour de lit ou coussins de positionnement	10	6,9
Jouets	13	9,0
Autre	13	9,0

[3] Plus d'un des objets présentés dans la liste pouvait se trouver dans l'environnement de sommeil.

Indicateurs de surchauffe

La surchauffe peut survenir lorsqu'un nourrisson est trop habillé ou emmailloté, a la tête couverte ou est allongé près d'un adulte. Pour les besoins de notre étude, les indicateurs de surchauffe comprenaient la présence d'au moins un des éléments suivants : transpiration du nourrisson, tête couverte, pièce chaude (plus de 21 °C) ou emmaillotement. L'emmaillotement présente des risques additionnels de réinspiration, lorsque le nourrisson respire de l'air expiré, et de suffocation si le nourrisson emmailloté roule sur le ventre. Notre étude a révélé que 30 nourrissons (21 %) étaient emmaillotés au moment du décès. Au Manitoba, près de la moitié (48 %) de tous les cas de décès de nourrissons liés au sommeil comprenaient des indicateurs impliquant une surchauffe (figure 18).

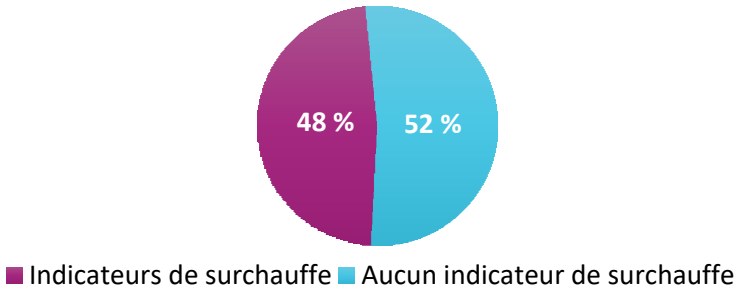

Figure 18. *Pourcentage de décès de nourrissons liés au sommeil avec indicateurs de surchauffe, Manitoba, 2009-2018*

Étude de cas : Logan

Né en hiver, Logan était le premier né de parents qui vivaient avec une famille élargie. C'était un bébé facile. Sa naissance a eu lieu sans complication, et le bébé qui était en bonne santé mangeait et dormait bien.

Le domicile où Logan a été ramené après sa naissance était mal isolé, les fenêtres et le dessous des portes laissant passer des courants d'air. Pour rendre le domicile confortable et chaud pour le nouveau bébé, les parents de Logan ont acheté une petite chaufferette électrique pour leur chambre partagée. Le plan était que Logan dorme dans un berceau qu'ils avaient emprunté à des amis.

Quelques semaines après la naissance, par une nuit particulièrement froide, Logan avait du mal à dormir, et sa mère a pensé que c'était parce qu'il avait froid. Elle l'a revêtu d'une grenouillère en molleton avec pied, puis l'a emmailloté bien serré. Elle a repositionné la chaufferette près de son côté du lit et a mis Logan dans le lit, avec elle. Les parents de Logan partageaient aussi une couverture pour rester au chaud durant la nuit froide.

Sa mère s'est réveillée tôt le lendemain matin et a réalisé que Logan ne respirait pas et que sa grenouillère était humide de transpiration. Les parents de Logan ont appelé immédiatement les services d'urgence, mais malgré leurs meilleurs efforts et ceux des secouristes qui sont arrivés rapidement sur place, Logan n'a pu être ramené à la vie.

Fumée de tabac

Le tabagisme chez la mère avant et après la naissance est un facteur de risque indépendant de décès de nourrissons liés au sommeil (Alm et autres, 1998; Hilder, 1994; MacDorman et autres, 1997; Ostfeld et autres, 2010; Paris et autres, 2001; Schellscheidt et autres, 1997; Shah et autres, 2006; Zhang et Wang, 2013). Compte tenu du poids des données probantes, les experts concluent que celles-ci sont suffisantes pour établir que l'exposition à la fumée de tabac durant et après la grossesse peut causer des décès de nourrissons liés au sommeil (Anderson et Cook, 1997; Mitchell et autres, 1993).

Des études indiquent que le tabagisme durant la grossesse influe sur le développement du nourrisson dans une région du tronc cérébral qui coordonne la respiration, la fonction cardiaque et la capacité des nourrissons à se réveiller (Paine et autres, 2014). Par conséquent, les nourrissons exposés au tabagisme prénatal pourraient être plus vulnérables et moins aptes à réagir aux facteurs de stress environnementaux qui se présentent durant le sommeil, comme le partage de lit ou la surchauffe (Moon, 2016). Après la naissance, l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire accroît également le risque de décès du nourrisson lié au sommeil (Mitchell et autres, 1993).

Notre étude a révélé la présence de fumée de tabac dans la résidence d'au moins 25 % des nourrissons qui sont morts dans un environnement de sommeil. Cependant, une fois toutes les variables mesurant l'exposition à la fumée de tabac prises en compte, notamment les observations faites sur les lieux du décès ainsi que le tabagisme du père, de la mère et de toute autre personne présente dans la résidence, il a été établi que **72 nourrissons (50 %) avaient été exposés à la fumée de tabac avant ou après la naissance, dans une certaine mesure** (tableau 10).

En 2017, la proportion de Manitobains qui fumaient s'élevait à 14,5 % (Ried et autres, 2019). **Par comparaison avec le taux de tabagisme dans l'ensemble de la population manitobaine, un pourcentage significativement plus élevé de nourrissons décédés vivaient dans un ménage où les personnes qui prenaient soin d'eux fumaient.**

Comme les observations concernant la fumée de tabac étaient systématiquement absentes des sources d'information, le nombre réel de nourrissons exposés à la fumée de tabac secondaire et tertiaire et qui sont morts dans des environnements de sommeil pourrait être plus élevé. Pour les mêmes raisons, le tabagisme maternel prénatal et postnatal est sans doute également sous-estimé. Des améliorations apportées à la collecte de données durant les enquêtes sur le décès d'un enfant permettront de mieux comprendre le lien existant entre la fumée de tabac et les décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba.

En définitive, les constatations donnent à penser que des interventions visant l'abandon du tabagisme sont essentielles et qu'elles peuvent contribuer à réduire le nombre de décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba. Là encore, il n'existe actuellement aucun programme particulier conçu pour aider les femmes enceintes du Manitoba à réduire leur consommation de tabac ou à cesser de fumer.

Tableau 10. *Décès de nourrissons liés au sommeil et exposition à la fumée de tabac, Manitoba, 2009-2018*

Exposition à la fumée de tabac	N[bre]	%
Oui	72	49,7
Non	73	50,3

> *« Outre le positionnement du bébé sur le dos pour dormir,* ***le prochain problème le plus important à examiner devait être le tabagisme maternel****... »*
>
> – (Chong et autres, 2004)

Qu'est-ce qui fonctionne?

Il est difficile de cesser de fumer, et quelques types d'interventions se sont révélées efficaces auprès des femmes enceintes. Durant la grossesse, certaines femmes se sentent craintives et anxieuses, ce qui pourrait entraîner une résistance à abandonner le tabac (Chamberlain et autres, 2017). Qu'est-ce qui fonctionne?

- **Le counseling** qui permet de réduire le tabagisme à la fin de la grossesse, comparativement aux soins habituels (Chamberlain et autres, 2017).
- **Les interventions de motivation,** lesquelles se révèlent efficaces pour aider les femmes enceintes à cesser de fumer (Chamberlain et autres, 2017).
- **Les médecins qui offrent des traitements de désaccoutumance du tabac aux femmes enceintes** (Gould et autres, 2017).

Certaines études indiquent que la fumée de cannabis accroît le risque de décès de nourrissons liés au sommeil (Scragg et autres, 2007; Williams, 2002). Nous n'avons toutefois pas été en mesure de rassembler des renseignements fiables et valables sur la consommation de cannabis dans le cadre de cette étude. Une surveillance continue des décès de nourrissons liés au sommeil devrait comprendre un examen de l'association entre la consommation de cannabis et les décès de nourrissons liés au sommeil, d'autant plus que la légalisation du cannabis pourrait maintenant améliorer l'autodéclaration.

Accumulation de risques

La majorité des décès de nourrissons liés au sommeil présentaient de multiples facteurs de risque de sommeil non sécuritaire (Ostfeld et autres, 2010; Trachtenberg et autres, 2012). Nous avons mesuré le nombre de cas qui présentaient les sept risques modifiables suivants : position de sommeil, surface de couchage, exposition à la fumée de tabac, partage de lit, objets dans l'environnement de sommeil, emmaillotement et surchauffe.

Au cours des dix dernières années, un seul cas de décès de nourrisson lié au sommeil ne comportait aucun risque. Il manque toutefois, pour ce cas, des données sur la présence de multiples facteurs de risque.

Après une analyse des seuls cas où ne manquait aucun renseignement sur les facteurs de risque, **aucun des cas n'était exempt de risque** (n = 98). Cette constatation va dans le sens de l'abandon de l'utilisation de la classification de syndrome de mort subite du nourrisson en faveur de celle de mort subite inexpliquée d'un nourrisson, plus inclusive. De plus, des cas comportant un seul risque étaient très rares (4 %) (figure 19). Les cas de décès de nourrissons liés au sommeil qui présentaient au moins quatre facteurs de risque étaient plus fréquents (31 % des cas), suivis des cas où trois facteurs de risque étaient mentionnés (22 %). **Dans les 88 % de cas ayant des renseignements complets, au moins trois facteurs de risque étaient mentionnés.**

Ces constatations appuient la nécessité de disposer de matériel complet d'éducation sur la réduction des risques et d'éducation publique axée sur de multiples facteurs de risque. Il est important de le souligner : parce que les facteurs de risque mesurés sont modifiables, il est possible de les changer pour réduire le risque de décès de nourrissons liés au sommeil.

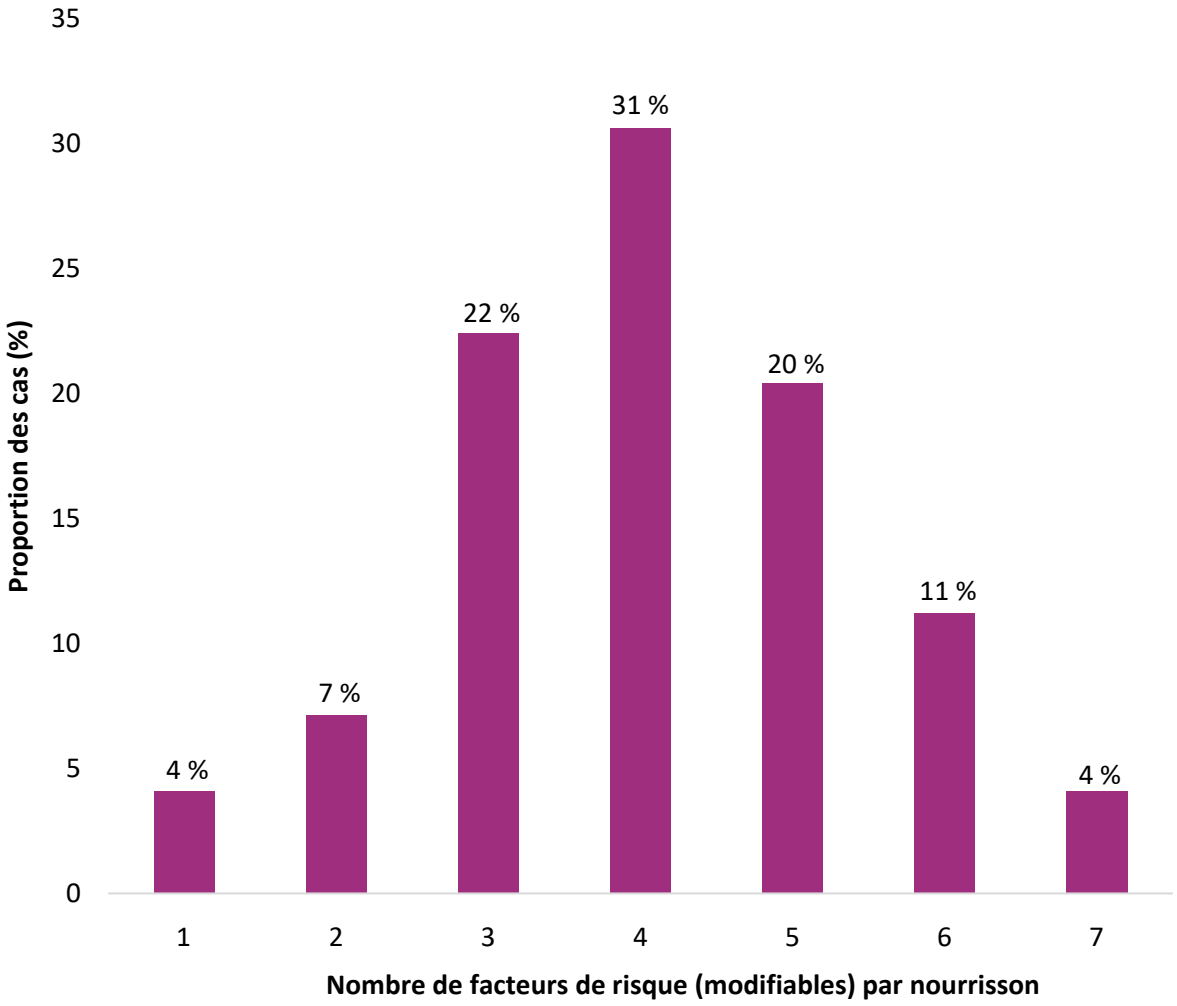

Figure 19. *Nombre de facteurs de risque par décès de nourrisson lié au sommeil, Manitoba, 2009-2018*

Les gouvernements du Canada et du Manitoba se sont engagés à respecter les droits des enfants formulés dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Le droit de chaque enfant de jouir du meilleur état de santé possible exige notamment que les parents et les personnes qui prennent soin des nourrissons disposent de l'information dont ils ont besoin pour veiller à la santé de l'enfant (para. 24.2(e)). Au Manitoba, les parents et ces autres personnes ont le droit de connaître et de comprendre les renseignements sur les facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil.

Étude de cas : Henry

Henry était un bébé actif de 11 mois qui aimait se promener à quatre pattes. Les parents d'Henry l'ont déposé au domicile de sa tante dimanche après-midi pour aller faire des courses. Henry avait déjà passé beaucoup de temps au domicile de sa tante, où il avait son parc personnel pour y dormir. À la maison, Henry dormait sur le dos dans un lit d'enfant doté d'un matelas ferme, sans autre objet autour de lui.

Même s'il avait un parc, la tante d'Henry a pensé que puisqu'il avait presque un an, il dormirait plus confortablement sur un matelas pour adultes. La tante d'Henry l'a bercé pour l'endormir, puis l'a installé sur le dos dans son propre lit pour qu'il fasse la sieste. Elle a disposé des oreillers autour du corps d'Henry pour éviter qu'il roule et tombe du lit.

Après une heure, la tante d'Henry est allée vérifier si Henry allait bien et l'a trouvé tourné sur le ventre, le visage coincé entre un oreiller et le matelas moelleux; il ne réagissait plus. La tante a commencé immédiatement les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire et a appelé une ambulance. À leur arrivée, les secouristes ont pu détecter un pouls, mais Henry n'a pas repris connaissance, malgré leurs efforts. Henry est mort à l'hôpital plus tard dans la semaine, entouré par sa famille.

Résumé : l'environnement de sommeil

Les recherches en éducation publique visant à prévenir la mort subite inexpliquée d'un nourrisson soulignent l'importance de fournir aux personnes qui prennent soin des bébés des renseignements leur permettant de comprendre pourquoi certaines pratiques présentent un risque. Les 145 nourrissons décédés présentaient au moins un facteur de risque connu de décès lié au sommeil, et la plupart en présentaient plusieurs. Soixante-dix-sept pour 100 des nourrissons reposaient sur une surface de couchage non sécuritaire pour dormir et 54 % se trouvaient dans une position autre que sur le dos. Le facteur de risque le plus fréquent est la présence d'objets dans l'environnement de sommeil, comme des oreillers ou des couvertures, et près de 50 % des nourrissons sont morts alors qu'ils partageaient un lit.

Les recherches montrent qu'une exposition à la fumée de tabac peut causer des décès de nourrissons liés au sommeil. Le fait qu'au moins 50 % des nourrissons décédés avaient été exposés au tabac indique que des programmes d'abandon du tabagisme doivent être mis en place, surtout ceux destinés aux femmes enceintes. En reconnaissance du lien qui existe entre la santé maternelle et le bien-être des enfants, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant prévoit que le droit des enfants de jouir du meilleur état de santé possible exige que les gouvernements prennent des mesures pour veiller à ce que les mères obtiennent les soins prénatals et postnatals appropriés (para. 24.2(d)). Étant donné le caractère essentiel de l'instauration de programmes d'abandon du tabagisme prénatal pour respecter le droit des enfants à la santé, le protecteur des enfants et des jeunes recommande la création d'une ressource de désaccoutumance au tabac que les fournisseurs de soins de santé prénatals peuvent mettre plus particulièrement à la disposition des femmes enceintes (voir la recommandation 7).

CHAPITRE 7 : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs sociaux et économiques qui influent sur la santé des gens. Ils comprennent, entre autres, le revenu, le logement, l'emploi, le niveau de scolarité et d'autres facteurs qui influent sur les gens au quotidien. Un faible statut socioéconomique, comme le fait d'avoir un faible revenu, est systématiquement associé à un risque accru de décès de nourrissons liés au sommeil. Des indicateurs comme un lieu de résidence situé dans un quartier défavorisé sur le plan socioéconomique (Highet et Goldwater, 2013; Mitchell et autres, 1992; Sótonyi, 2001), le chômage (Daltveit et autres, 1998; Fujita, 2002) et un niveau de scolarité peu élevé (Daltveit et autres, 1998; Schellscheidt et autres, 1997; Standfast et autres, 1980) se sont révélés fortement associés aux décès de nourrissons liés au sommeil.

Compte tenu de cette relation, il faut absolument comprendre les décès de nourrissons liés au sommeil dans l'optique de l'inégalité structurelle et du traumatisme historique (Bartick et Tomori, 2019). Les déterminants sociaux de la santé agissent conjointement avec les facteurs de risque énoncés dans les chapitres suivants pour amplifier le risque. Traiter les déterminants de la santé nécessite des interventions visant à réduire la pauvreté.

Principales constatations

- Comme d'autres mesures de la santé des enfants, la mortalité infantile liée au sommeil touche de façon disproportionnelle les ménages vivant dans des conditions de pauvreté. Au Manitoba, 58 % des décès de nourrissons liés au sommeil sont survenus dans des quartiers où le revenu moyen du ménage était inférieur à 35 000 $ par année.

- Soixante et un pour 100 des ménages comptaient plus de deux personnes par chambre, ce qui correspond à la définition du surpeuplement. Dans certaines situations, les ménages comptaient plus de dix personnes par chambre.

- Le jeune âge de la mère est associé à un risque plus élevé de décès de nourrissons liés au sommeil. L'âge moyen des mères de cette étude, à la naissance de leur premier enfant, était de 20 ans (au Manitoba, l'âge moyen d'une mère à la naissance de son premier enfant est de 29 ans).

- Vingt-cinq pour 100 de nourrissons décédés de façon inattendue pendant leur sommeil au Manitoba ne bénéficiaient pas d'une surface sécuritaire où dormir, comme un lit d'enfant, à leur domicile.

Revenu moyen du ménage

Au Manitoba, 58 % des décès de nourrissons liés au sommeil sont survenus dans des quartiers où le revenu moyen du ménage était inférieur à 35 000 $ (tableau 11). Trente pour 100 des autres décès

sont survenus dans des quartiers où les revenus moyens se situaient entre 35 000 $ et 50 000 $ par année.

Au Manitoba, 44 ménages (30 %) ayant connu le décès d'un nourrisson lié au sommeil recevaient un soutien de l'aide sociale. Étant donné le manque de renseignements à ce sujet dans les cas que nous avons examinés, ce nombre est probablement sous-estimé.

Tableau 11. *Décès de nourrissons liés au sommeil selon le revenu moyen du ménage du quartier, Manitoba, 2009-2018*

Revenu moyen du ménage dans le quartier	N^{bre}	%
Moins de 35 000 $	84	57,9
De 35 001 $ à 50 000 $	43	29,7
De 50 001 $ à 80 000 $	11	7,6
80 001 $ et plus	1	0,7
Inconnu	6	4,1

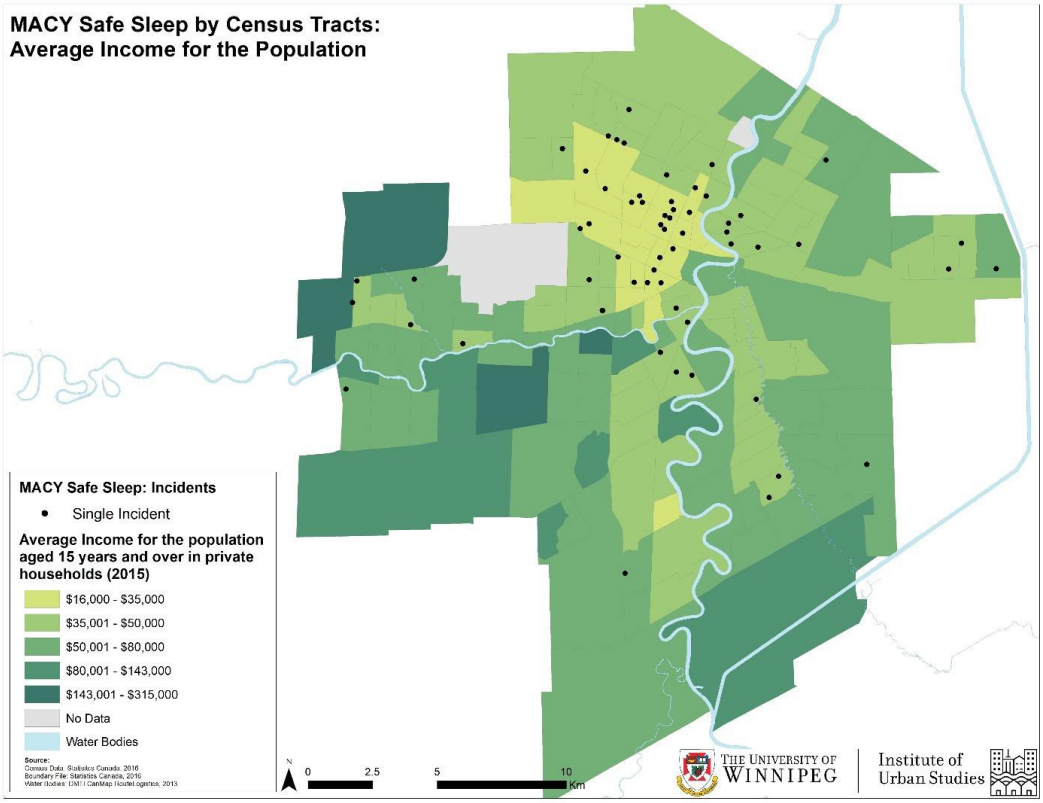

Figure 20. *Incidents de décès de nourrissons liés au sommeil selon le revenu du ménage, Winnipeg, 2009-2018*

La figure 20 montre les incidents de décès liés au sommeil à Winnipeg par rapport aux revenus moyens des ménages : la nuance la plus pâle de vert représente des secteurs de Winnipeg où le revenu moyen du ménage est inférieur à 35 000 $ par année, tandis que la nuance légèrement plus sombre de vert représente le secteur où le revenu du ménage se situe entre 35 001 $ et 50 000 $ par année.

Surpeuplement

Dans cette étude, le surpeuplement est calculé comme étant la mesure du nombre de personnes vivant dans une résidence par rapport au nombre de chambres de ladite résidence (taux brut). Selon la Norme nationale d'occupation, élaborée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, il est question de surpeuplement lorsque plus de deux personnes occupent une chambre dans une résidence (Statistique Canada, 2019).

Le surpeuplement constitue un facteur de risque de décès de nourrissons liés au sommeil (Duncan et Byard, 2018). Vivre dans un domicile surpeuplé accroît la probabilité d'un partage de lit (Joyner et autres, 2010; Trifunov, 2009; Weimer et autres, 2002).

Parmi les cas pour lesquels les renseignements sur l'occupation étaient disponibles, 61 % des ménages répondaient aux critères de surpeuplement puisqu'ils comptaient plus de deux résidents par chambre (n = 34). Les données probantes soulignent l'importance de penser aux décès de nourrissons liés au sommeil dans l'optique de l'inégalité structurelle et la nécessité de traiter cette question grâce à des mesures de lutte contre la pauvreté en vue de faire augmenter le nombre de logements adéquats offerts aux familles.

Âge de la mère

Le jeune âge de la mère est associé à un risque plus élevé de décès de nourrissons liés au sommeil (Alessandri et autres, 1996; Chang et autres, 2013; Daltveit et autres, 1998; Fujita, 2002; Millar et Hill, 1993; Mitchell et autres, 1992; Peterson, 1982; Senter et autres, 2011; Standfast et autres, 1980).

L'âge moyen des mères de la présente étude, au moment de la naissance de leur premier enfant, était de 20 ans (n = 132), et l'âge le plus fréquent (arrondi) était de 18 ans. En tout, 42 % des mères étaient âgées de 18 ans ou moins au moment de la naissance de leur premier enfant. L'âge moyen de toutes les mères du Manitoba (entre 2014 et 2018) au moment de la première naissance était de 29 ans (Statistique Canada, 2020). Les jeunes mères sont surreprésentées dans l'échantillon de mères qui ont vécu le décès d'un nourrisson lié au sommeil.

Disponibilité d'une surface de couchage sécuritaire

Au Manitoba, 26 nourrissons (26 %) décédés ne disposaient pas d'une surface sécuritaire pour dormir, comme un lit d'enfant, tandis que 76 (75 %) en avaient une. Toutefois, parmi la proportion de 75 % des nourrissons disposant d'une surface de couchage sécuritaire à la maison, 58 % sont décédés sur une surface de couchage non sécuritaire, comme un lit d'adulte ou un canapé (tableau 12).

Tableau 12. *Nombre de décès de nourrissons liés au sommeil selon la disponibilité d'une surface de couchage sécuritaire, Manitoba, 2009-2018*

Surface de couchage sécuritaire disponible	N^{bre}	%
Non	26	25,5
Oui	76	74,5

S’il est essentiel que tous les nourrissons du Manitoba aient accès à des surfaces de couchage sécuritaires, nos constatations montrent que cette disponibilité ne suffit pas à elle seule. Les parents et les personnes qui prennent soin des bébés ont aussi besoin d’information et d’enseignement qui les encouragent à utiliser des surfaces de couchage sécuritaires à la maison lorsqu’ils installent leurs nourrissons pour dormir. Le Manitoba doit veiller à la disponibilité de surfaces de couchage sécuritaires *et* à l’éducation des personnes qui prennent soin des bébés pour éviter les décès de nourrissons liés au sommeil.

Résumé : les déterminants sociaux de la santé

Des données probantes montrent que quand les familles vivent dans des conditions de faible revenu et les enfants vivent dans la pauvreté, cette situation peut avoir une incidence sur le décès d'un nourrisson au-delà des facteurs de risque individuels. Au Manitoba, entre 2009 et 2018, 58 % des décès de nourrissons liés au sommeil sont survenus dans des quartiers où le revenu moyen du ménage était inférieur à 35 000 $ par année et où 61 % des ménages étaient considérés comme étant surpeuplés. Le surpeuplement peut aussi servir de mesure substitutive de la pauvreté. Les mères de nourrissons décédés tendaient aussi à avoir leur premier enfant neuf ans plus tôt que la mère manitobaine moyenne (20 ans par rapport à 29 ans).

Les constatations exposées dans le présent chapitre donnent à penser que les gouvernements doivent apporter un meilleur soutien aux familles à faible revenu, surtout les jeunes mères, et que les interventions visant à réduire les décès de nourrissons liés au sommeil doivent aussi se concentrer sur l'élimination des obstacles à l'accès à des surfaces de couchage sécuritaires et à des ressources en santé. Nous avons, par exemple, observé qu'un nourrisson sur quatre (25 %) décédé de façon inattendue dans son sommeil ne disposait pas d'une surface de couchage sécuritaire, comme un lit d'enfant, à la maison.

Tous les nourrissons ont le droit inhérent de disposer d'un lieu sécuritaire pour dormir, quelle que soit la capacité de la famille à en payer un. C'est pourquoi le protecteur des enfants et des jeunes recommande que les gouvernements du Manitoba et du Canada collaborent avec les gouvernements des Premières Nations et des Métis pour faire en sorte que tous les nourrissons du Manitoba disposent d'un lit d'enfant, d'un berceau ou d'une solution de rechange conforme à la culture et sécuritaire comme environnement de sommeil (voir les recommandations 1 et 2).

CHAPITRE 8 : LES NOURRISSONS AUTOCHTONES

Le chapitre suivant présente les constatations relatives à 83 nourrissons des Premières Nations et métis qui sont morts de façon inattendue pendant leur sommeil. Au Manitoba, la surreprésentation des nourrissons autochtones décédés dans des environnements de sommeil non sécuritaires ne constitue qu'un autre indicateur de l'héritage douloureux et persistant de la colonisation.

Les Autochtones ont été séparés de force de leur terre, de leur culture, de leur langue et de leurs enfants par le biais de politiques gouvernementales, ce qui continue de défavoriser les familles et les communautés. Ces inégalités structurelles persistent, en dépit de l'esprit déterminé des Autochtones et des divers niveaux d'engagement sincère exprimés par les Canadiens non autochtones à l'égard des principes de la réconciliation.

Les politiques formulées dans la *Loi sur les Indiens* ont exclu pendant des générations les Autochtones de la participation à la vie économique, ce qui a mené à une pauvreté intergénérationnelle. Témoignant de la persistance du racisme systémique, de nombreuses familles autochtones ont un accès inégal aux services de santé, ne disposent pas d'un logement convenable et stable et n'ont pas accès à de l'eau potable salubre. Le fossé en matière de santé entre les Manitobains autochtones et non autochtones ne cesse de s'élargir (Katz et autres, 2019). Les peuples et les enfants autochtones ont des droits, dont celui de jouir du meilleur état de santé possible (Convention, art. 24).

En vertu de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (la Convention) et la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (la Déclaration), les gouvernements du Canada et du Manitoba se sont engagés à mettre fin à la discrimination et à améliorer la santé des nourrissons autochtones. Le Canada s'est engagé à mettre en œuvre les Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et à réduire les lacunes en matière de santé, notamment la mortalité infantile, entre les communautés autochtones et non autochtones.

Principales constatations

- Les nourrissons des Premières Nations représentent 55 % des décès de nourrissons liés au sommeil dans le cadre de la présente étude.
- L'étude a révélé que les familles des Premières Nations et métisses étaient moins susceptibles de disposer à la maison d'une surface de couchage sécuritaire, comme un lit d'enfant ou un berceau. Par conséquent, les nourrissons des Premières Nations et métis étaient nettement plus susceptibles d'être installés sur une surface de couchage non sécuritaire pour dormir que ne l'étaient les enfants non autochtones.
- Compte tenu de la complexité des facteurs sociaux et économiques, notamment l'accès à des programmes de désaccoutumance du tabac adaptés à la culture, les Autochtones présentent des taux plus élevés de tabagisme que le reste de la population manitobaine. Les nourrissons autochtones qui ont fait l'objet de la présente étude étaient nettement plus susceptibles d'avoir été exposés au tabac que les nourrissons non autochtones.

Décès de nourrissons liés au sommeil selon l'ascendance autochtone

L'ascendance autochtone fait référence au fait qu'un nourrisson est membre des Premières Nations, métis ou inuit. Au Manitoba, 55 % des décès liés au sommeil touchaient des nourrissons des Premières Nations et 3 %, des nourrissons métis. Selon les projections de la population, les nourrissons autochtones composent actuellement entre 20 et 30 % des naissances vivantes au Manitoba, mais cumulent 57 % des décès de nourrissons liés au sommeil (Gouvernement du Manitoba, non daté). Il a été impossible de déterminer l'ascendance de 47 nourrissons (32,4 %), parce que ce renseignement n'était pas systématiquement recueilli dans les rapports examinés.

La majorité des 98 nourrissons pour lesquels on disposait de renseignements complets étaient autochtones (figure 21). Ce constat concorde avec une étude sur la mortalité infantile, qui signalait que les décès de nourrissons des Premières Nations imputables au syndrome de mort subite du nourrisson étaient 4,5 fois plus nombreux que ceux de nourrissons n'appartenant pas aux Premières Nations (Luo et autres, 2010).

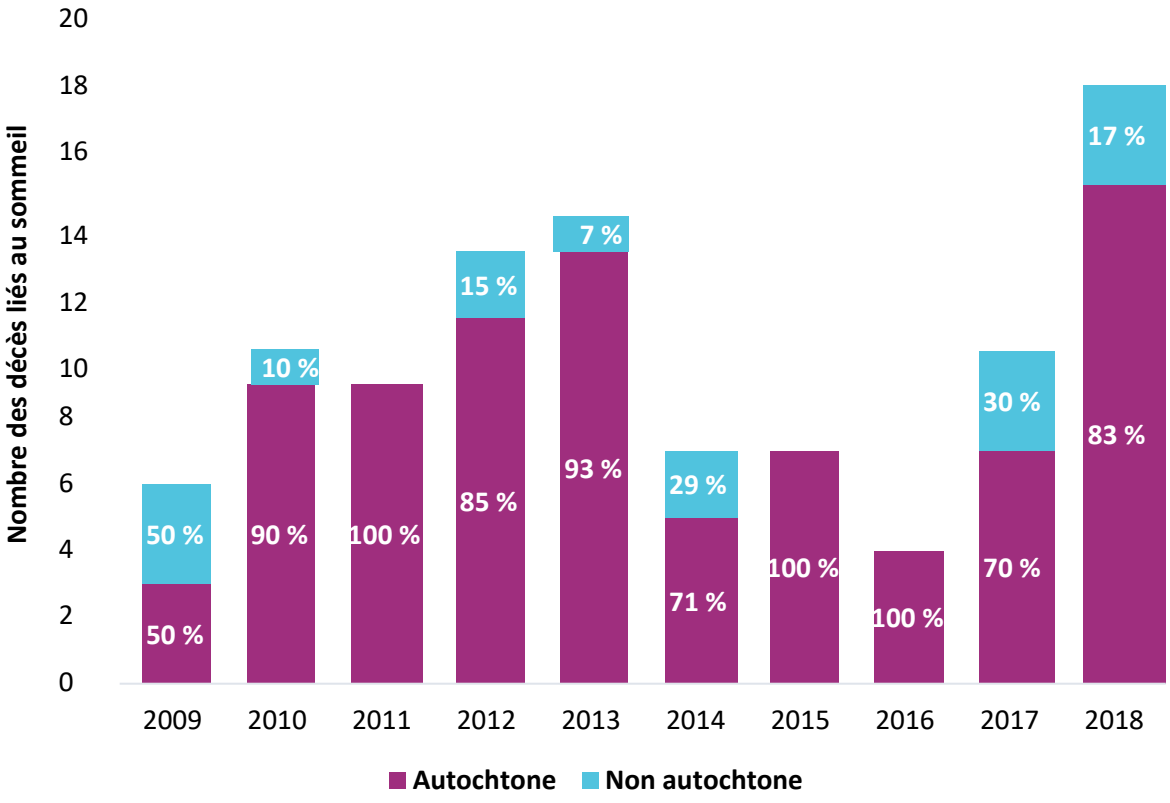

Figure 21. *Nombre et pourcentage de décès de nourrissons liés au sommeil chez les Autochtones et les non-Autochtones, Manitoba, 2009-2018*

Facteurs de risque environnementaux

La proportion de nourrissons autochtones qui ne disposaient pas d'une surface de couchage sécuritaire, comme un lit d'enfant, est supérieure à celle des nourrissons non autochtones (35 % et 14 %, respectivement) ($p > 0,05$). Lors d'une comparaison des environnements de sommeil des nourrissons autochtones et non autochtones, nous avons découvert que les nourrissons autochtones étaient plus souvent que les nourrissons non autochtones couchés sur une surface de couchage non sécuritaire pour dormir ($p = 0,006$). Cette situation pourrait témoigner de l'absence d'une surface de couchage sécuritaire à la maison.

Le manque d'accès à des surfaces de couchage sécuritaires était notoire durant notre examen des décès de nourrissons dans des communautés éloignées. Étant donné le coût de l'envoi par avion de lits d'enfant, cette ressource est parfois inaccessible. Dans un cas, un nourrisson est décédé sur une surface de couchage non sécuritaire pendant qu'on attendait l'expédition d'un lit d'enfant à un magasin local.

Les taux de tabagisme des Premières Nations dépassent de loin ceux des non-Autochtones (McKennitt et autres, 2014). Les taux élevés de consommation non traditionnelle de tabac dans les populations autochtones remontent à la colonisation, moment où a commencé l'utilisation non spirituelle du tabac comme élément du commerce (McKennitt et autres, 2014). Le tabagisme est aussi considéré comme étant un mécanisme de compensation utilisé pour composer avec les facteurs de stress dans la vie des fumeurs (Walker et autres, 2019). En raison de la colonisation et du racisme systémique, les Autochtones sont plus susceptibles que la population générale de devoir composer avec des facteurs de stress comme le chômage, l'itinérance et l'instabilité du revenu (Heris et autres, 2019; Walker et autres, 2019). L'acceptabilité sociale du tabagisme, attribuable à sa forte prévalence, constitue aussi un facteur de risque d'initiation au tabagisme et de consommation du tabac à un âge précoce (Heris et autres, 2019; McKennitt et autres, 2014). Des raisons multiples et complexes expliquent les taux de tabagisme élevés chez les Autochtones, la majorité étant associée aux déterminants sociaux de la santé et au manque d'accès à des interventions de désaccoutumance du tabac efficaces et adaptées à la culture (Heris et autres, 2019; Walker et autres, 2019).

Au Manitoba, les nourrissons autochtones décédés de façon inattendue pendant leur sommeil avaient été exposés à la fumée de tabac plus souvent que les nourrissons non autochtones ($p = 0,047$) (tableau 14). Les constatations concordent avec les résultats d'études menées aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande, qui ont aussi observé le lien entre la surreprésentation des décès de nourrissons autochtones et les taux élevés de tabagisme au sein des communautés autochtones (MacFarlane et autres, 2018).

Résumé : les nourrissons autochtones

De nombreuses familles autochtones du Manitoba font face à des inégalités d'accès aux services de santé, et certaines n'ont pas accès à un logement convenable stable. De plus, les Autochtones ont été exclus de la participation à la vie économique pendant des générations, ce qui a mené à une inégalité structurelle continue dont témoigne en partie la pauvreté intergénérationnelle. Le fossé en matière de santé entre les Manitobains autochtones et non autochtones ne cesse de s'élargir. En effet, selon les projections de la population, les nourrissons autochtones composaient de 20 à 30 % des naissances vivantes au Manitoba durant la période à l'étude, mais représentaient 57 % des décès de nourrissons liés au sommeil. Ce fossé se reflète également dans le fait que les familles autochtones de cette étude étaient moins susceptibles de disposer à la maison d'une surface de couchage sécuritaire, comme un lit d'enfant ou un berceau. Par conséquent, les nourrissons autochtones décédés de façon inattendue pendant leur sommeil avaient été placés sur des surfaces de couchage non sécuritaires plus souvent que les nourrissons non autochtones.

Les constatations du présent chapitre portent à croire que, pour corriger la surreprésentation des nourrissons autochtones dans les décès liés au sommeil, les gouvernements du Canada et du Manitoba doivent collaborer pour que les enfants autochtones et leurs familles aient accès à autant de ressources, de formation et de soutien que tous les autres Canadiens. C'est pourquoi le protecteur des enfants et des jeunes recommande que les gouvernements du Canada et du Manitoba élaborent une stratégie visant à améliorer la santé des nourrissons autochtones grâce à l'élargissement des programmes de santé de la mère et de l'enfant à toutes les communautés des Premières Nations du Manitoba (voir la recommandation 8).

CHAPITRE 9 : INTERVENTION DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Le chapitre suivant présente des données concernant les 84 nourrissons du Manitoba qui avaient fait l'objet d'interventions des services à l'enfant et à la famille au moment de leur décès, ou dont la famille avait reçu ces services dans l'année ayant précédé leur décès. Lorsque les organismes chargés de la protection de l'enfance sont actifs dans la vie d'une famille, ils ont l'occasion et la responsabilité de donner des enseignements, du soutien et des ressources à cette dernière.

Principales constatations

- Les nourrissons qui ont fait l'objet d'une intervention récente par la protection de l'enfance, notamment des nourrissons pris en charge par les services à l'enfant et à la famille, sont surreprésentés dans le nombre des décès de nourrissons liés au sommeil.
- Le système de protection de l'enfance a manqué des occasions de repérer les environnements de sommeil non sécuritaires et de s'assurer que les familles disposent de l'information et des ressources dont elles ont besoin pour éviter les décès de nourrissons liés au sommeil.

Données démographiques sur les enfants

Les données démographiques sur les nourrissons ayant fait l'objet d'interventions du système de protection de l'enfance et décédés dans leur environnement de sommeil sont en grande partie semblables à celles des nourrissons chez qui les services à l'enfant et à la famille ne sont pas intervenus (tableau 13). À titre d'exemple, la plupart des nourrissons étaient des garçons (58 %) nés à terme (77 %) sans présenter un poids insuffisant à la naissance (81 %). De même, l'âge moyen était de 4,4 mois au moment du décès, alors que l'âge le plus fréquent était de 1 mois.

Certains indicateurs de la santé différaient toutefois dans la population des nourrissons suivis par les services à l'enfant et à la famille. Sur les 23 nourrissons admis à l'unité néonatale de soins intensifs après la naissance, 20 (87 %) provenaient de familles suivies par les services à l'enfant et à la famille. De même, 15 des 23 nourrissons (65 %) de cette étude qui avaient reçu un diagnostic de maladie chronique étaient suivis par les services à l'enfant et à la famille. Enfin, il convient de souligner que 63 des 84 nourrissons (75 %) qui avaient eux-mêmes fait l'objet d'interventions du système de protection de l'enfance, ou dont la famille avait fait l'objet de telles interventions, dans l'année précédant leur décès étaient autochtones. Les familles autochtones, qui se heurtent à des obstacles systémiques à des taux disproportionnés comparativement à leurs pairs non autochtones, continuent d'être surreprésentées au Manitoba dans presque tous les secteurs des services de soutien aux enfants.

Tableau 13. *Démographie infantile selon l'intervention de la protection de l'enfance, Manitoba, 2009-2018*

Variable	Interventions des services à l'enfant et à la famille Oui N^bre (%)	 Non N^bre (%)
Nombre total de nourrissons	84 (57,9)	61 (42,1)
Nature du décès		
Cause accidentelle	9 (10,7)	4 (6,6)
Cause naturelle	5 (6)	2 (3,3)
Cause indéterminée	70 (83,3)	55 (90,2)
Sexe		
Masculin	49 (58,3)	40 (65,6)
Féminin	35 (41,7)	21 (34,4)
Autochtone		
Oui	63 (75,0)	20 (32,8)
Non	5 (6,0)	10 (16,4)
Inconnu	16 (19,0)	31 (50,8)
Âge au moment du décès		
Moyenne (écart-type)	4,4 mois	4,4 mois
Mode	1 mois	2 mois
Médiane	3 mois	3 mois
Faible poids à la naissance (< 2 400 g)		
Oui	11 (19,0)	10 (20,0)
Non	47 (81,0)	40 (80,0)
Prématurité (< 37 semaines)		
Oui	16 (23,5)	8 (14,8)
Non	52 (76,5)	46 (85,2)
Séjour à l'unité néonatale de soins intensifs après la naissance		
Oui	20 (27,4)	3 (5,1)
Non	53 (72,6)	56 (94,9)
Problème de santé chronique		
Oui	15 (17,9)	4 (6,6)
Non	69 (82,1)	57 (93,4)
Maladie récente (< 72 heures)		
Oui	41 (48,8)	29 (47,5)
Non	43 (51,2)	32 (52,5)

Facteurs de risque liés à un sommeil non sécuritaire

L'examen des cas de décès liés au sommeil montre les mêmes facteurs de risque, accompagnés des mêmes ratios, touchant les nourrissons ayant fait l'objet d'interventions des services à l'enfant et à la

famille comparativement à ceux dont la famille n'avait pas fait l'objet d'une intervention récente de leur part (tableau 14).

Tableau 14. *Facteurs de risque de l'environnement de sommeil selon l'intervention des services à l'enfant et à la famille, Manitoba, 2009-2018*

Variable	Interventions des services à l'enfant et à la famille	
	Oui N^bre (%)	Non N^bre (%)
Surface de couchage		
Non sécuritaire	68 (81,0)	44 (72,1)
Sécuritaire	16 (19,0)	17 (27,9)
Partage de lit		
Oui	40 (47,6)	32 (52,5)
Non	44 (52,4)	29 (47,5)
Position de sommeil (au moment de la découverte)		
Sécuritaire (sur le dos)	29 (40,3)	27 (52,9)
Non sécuritaire (sur le ventre, assis, sur le côté, en cours d'allaitement)	43 (59,7)	24 (47,1)
Emmaillotement		
Oui	23 (33,8)	7 (16,7)
Non	45 (66,2)	35 (83,3)
Exposition à la fumée de tabac		
Oui	45 (53,6)	27 (44,3)
Non	39 (46,4)	34 (55,7)
Indicateurs de surchauffe		
Oui	45 (53,6)	24 (39,3)
Non	39 (46,4)	37 (60,7)
Objets dans l'environnement de sommeil		
Oui	75 (89,3)	54 (88,5)
Non	9 (10,7)	7 (11,5)

Détails sur les interventions des services à l'enfant et à la famille

Le système de protection de l'enfance était intervenu auprès de 84 nourrissons (58 %) ou de leurs familles au moment du décès ou 1 an avant celui-ci (tableau 15). De ces 84 nourrissons, 70 (83 %) avaient des dossiers en cours au moment de leur décès. Dix-sept nourrissons (dont dix ont été appréhendés par la suite) ont fait l'objet de signalements à la naissance, c'est-à-dire d'avertissements aux hôpitaux lancés par les offices de services à l'enfant et à la famille à propos d'une mère qu'ils considèrent à « risque élevé ». Les principaux types de dossiers en cours des services à l'enfant et à la famille qui portent sur la famille du nourrisson décédé plus tard dans un environnement de sommeil comprennent la protection (57,1 %), l'admission (23,8 %) et les services aux familles à participation volontaire (13,1 %). Enfin, dans 84,5 % des cas, le nourrisson vivait avec ses parents biologiques ou l'un d'eux.

Un examen minutieux des dossiers des services à l'enfant et à la famille a révélé que dans de nombreux cas, les mères des familles suivies par ce système au moment du décès de leur nourrisson lié au sommeil (ou dans l'année l'ayant précédé) avaient fait l'objet d'interventions de ces mêmes services. Les dossiers montrent que 47 mères (81 %) avaient fait l'objet d'interventions des services à l'enfant et à la famille dans leur enfance, dont 20 qui avaient été elles-mêmes des enfants pris en charge.

Tableau 15. *Caractéristiques des décès de nourrissons liés au sommeil là où les services à l'enfant et à la famille sont intervenus, Manitoba, 2009-2018*

Variable	N^{bre}	%
Interventions des services à l'enfant et à la famille		
Oui, dossier en cours	70	48,2
Oui, dossier fermé dans l'année précédant le décès du nourrisson	14	9,7
Non, aucune intervention dans l'année précédant le décès du nourrisson	61	42,1
Régie de services à l'enfant et à la famille impliquée		
Général	10	11,9
Métis	9	10,7
Nord	27	32,1
Sud	38	45,2
Type de dossier		
Services aux futurs parents	1	1,2
Renforcement des familles	2	2,4
Gestion du foyer nourricier	1	1,2
Admission	20	23,8
Mère prise en charge	1	1,2
Protection	48	57,1
Services aux familles à participation volontaire	11	13,1
Enfant pris en charge		
Tutelle provisoire	2	2,4
Tutelle permanente	2	2,4
Appréhension	10	11,9
Type de placement		
Enfant vivant avec ses parents	71	84,5
Foyers nourriciers titulaires de permis	10	11,9
Lieu sûr	3	3,6
Mère suivie par les services à l'enfant et à la famille durant l'enfance		
Oui	47	81,0
Non	11	19,0
Mère prise en charge par les services à l'enfant et à la famille durant l'enfance		
Oui	20	42,6
Non	27	57,4

Déterminants sociaux

Comme il a été mentionné précédemment, un faible statut socioéconomique est constamment associé à un risque accru de décès de nourrissons liés au sommeil. Au Manitoba, l'âge moyen des mères suivies par les services à l'enfant et à la famille à la naissance de leur premier enfant était de 19 ans (n = 84). En tout, 56 % des mères étaient âgées de 18 ans ou moins au moment de la naissance de leur premier enfant (tableau 16). L'âge moyen des mères non suivies par les services à l'enfant et à la famille au moment de la naissance de leur premier enfant était de 22 ans, et 25 % avaient 18 ans ou moins. Les pères biologiques de 13 nourrissons suivis par les services à l'enfant et à la famille (17 %) étaient incarcérés au moment du décès lié au sommeil, et près de la moitié (45 %) de toutes les mères et de tous les pères suivis par les services à l'enfant et à la famille recevaient de l'aide sociale.

Tableau 16. *Déterminants sociaux des décès de nourrissons liés au sommeil là où les services à l'enfant et à la famille sont intervenus, Manitoba, 2009-2018*

Variable	Interventions des services à l'enfant et à la famille	
	Oui, n[bre] (%)	Non, n[bre] (%)
Nombre total de mères	84	61
Âge moyen de la mère à la première naissance	19,41	22,3
18 ans ou moins au moment de la première naissance	47 (56,0)	12 (25,0)
Famille bénéficiant de l'aide sociale	41 (93,2)	3 (6,8)
Incarcération du père	13 (16,9)	0 (0,0)

Dans cette étude, le surpeuplement était mesuré en fonction du nombre de personnes par chambre. Selon la Norme nationale d'occupation, élaborée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, il est question de surpeuplement lorsque plus de deux personnes occupent une chambre dans une résidence (Statistique Canada, 2019). Parmi les familles suivies par les services à l'enfant et à la famille dont un nourrisson est décédé dans un environnement de sommeil et pour lesquelles les renseignements étaient complets, 38 % vivaient dans des conditions de surpeuplement. De plus, même si 43 (71 %) des familles disposaient d'une surface de couchage sécuritaire à la maison, les renseignements que nous avons examinés indiquaient que les nourrissons avaient été couchés sur une surface de couchage sécuritaire dans seulement 16 (37 %) des décès. Les nourrissons des 27 décès restants (63 %) avaient été installés sur une surface de couchage non sécuritaire alors qu'une option sécuritaire était disponible pour eux à la maison. Cette constatation renforce le fait qu'en plus de la nécessité de surfaces de couchage sécuritaires, ces dernières doivent s'accompagner d'information et d'éducation qui favorisent leur usage.

Décès liés au sommeil d'enfants pris en charge

Quatorze nourrissons (10 % de tous les cas et 17 % de ceux suivis par les services à l'enfant et à la famille) décédés pendant leur sommeil ou dans un environnement de sommeil avaient été pris en charge par un office de services à l'enfant et à la famille autorisé au moment de leur décès. Ils étaient sous tutelle permanente ou tutelle provisoire ou, encore, visés par une ordonnance d'appréhension. De ces 14 nourrissons, 10 (71 %) se trouvaient avec des parents nourriciers ou en placement dans un foyer

d'accueil (21 %), 3 (21 %) étaient en lieu sûr et 1 (7 %) avait été pris en charge, mais placé auprès de ses parents biologiques. Soixante-quatre pour 100 de ces nourrissons avaient été installés sur une surface de couchage non sécuritaire, dont deux sur un canapé ou un sofa, deux dans des sièges d'auto et trois sur des matelas pour adultes. Notre examen des cas a révélé que les tuteurs légaux n'avaient pas tous accès à une surface de couchage sécuritaire, et ceux qui en avaient une ne l'utilisaient pas toujours. À titre d'exemple, des personnes qui prenaient soin de nourrissons ne disposaient pas, dans 36 % des décès, d'une surface de couchage sécuritaire à la maison, tandis que celles qui en avaient une ne l'avaient utilisée que dans 50 % des décès. Enfin, l'examen des cas a révélé que 43 % des nourrissons pris en charge étaient emmaillotés et que 28 % avaient été installés dans une position de couchage non sécuritaire, notamment sur le ventre, sur le côté et en position assise. Ces données témoignent de la nécessité de mettre en place des politiques visant à garantir que les personnes qui prennent soin d'enfants pris en charge aient accès aux ressources, à l'information et à la formation dont elles ont besoin pour offrir à ces enfants des environnements de sommeil sécuritaires. En même temps, ces données nous indiquent aussi toutefois que 90 % de tous les nourrissons décédés dans des environnements de sommeil non sécuritaires n'étaient pas pris en charge par les services à l'enfant et à la famille au moment de leur décès.

Occasions manquées

Dans le cadre du processus de collecte de données, les chercheurs du bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba ont passé en revue les dossiers historiques envoyés par les offices et les régies de services à l'enfant et à la famille dans le cadre d'enquêtes entourant le décès lié au sommeil des 84 nourrissons. Notre examen a révélé un certain nombre d'occasions où il aurait été possible de mieux assurer la sécurité des nourrissons. À titre d'exemple, seuls 46 % des nourrissons avaient une évaluation de la sécurité consignée au dossier. Seuls 49 % des nourrissons ont fait l'objet d'une visite à domicile avant leur décès et, durant ces visites, les travailleurs des services à l'enfant et à la famille ont vérifié à peine 12 % des environnements de sommeil du nourrisson.

De plus, les occasions où des nourrissons avaient déjà été observés dans un scénario de sommeil non sécuritaire (c.-à-d. avant leur décès ultérieur lié au sommeil) étaient documentées dans dix cas. Dans la majorité d'entre eux, le travailleur des services à l'enfant et à la famille avait observé le nourrisson sur une surface de couchage non sécuritaire (p. ex. matelas pour adultes, plancher ou canapé) et profité de l'occasion pour rappeler aux personnes qui prennent soin des nourrissons en quoi consistait un sommeil sécuritaire et l'importance d'acheter un lit d'enfant.

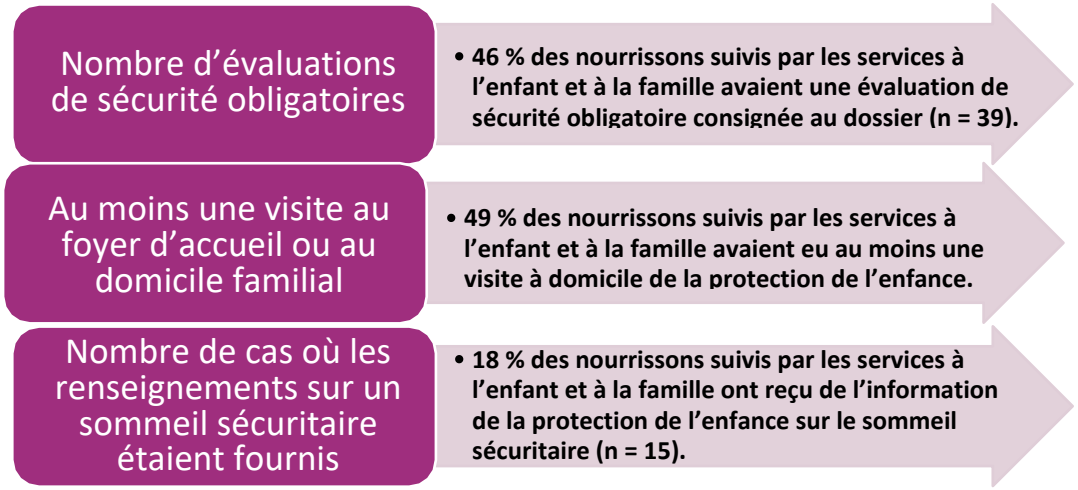



Figure 22. *Activités de protection de l'enfance et occasions d'intervenir*

Plusieurs obstacles ont compliqué l'examen des dossiers des services à l'enfant et à la famille, notamment des documents incomplets dans de nombreux dossiers.

Nous avons constaté que même lorsque des évaluations de la sécurité avaient été menées, elles excluaient souvent les nourrissons. Les évaluations de la sécurité réalisées actuellement ne mesurent pas les variables pertinentes pour la santé du nourrisson, comme de savoir s'il dispose d'une surface de couchage et d'un environnement de sommeil sécuritaires.

Les travailleurs et les organismes chargés de la protection de l'enfance ont des occasions d'évaluer la sécurité des nourrissons et de soutenir les familles en leur fournissant l'information et les ressources dont elles ont besoin pour garantir la sécurité de leurs enfants.

Il s'agit d'occasions manquées parce que les travailleurs des services à l'enfant et à la famille, par la nature même de leur implication et de leur responsabilité d'effectuer des évaluations de la sécurité, occupent une position unique pour évaluer les environnements de sommeil des nourrissons et donner aux personnes qui en prennent soin les renseignements, la formation et les ressources nécessaires pour qu'elles gardent leurs enfants en sécurité.

Étude de cas : Willow

Tammy avait 20 ans lorsqu'elle a découvert qu'elle était enceinte. Elle a senti qu'elle avait besoin de soutien additionnel pour élever son bébé. Elle a donc sollicité l'aide de l'office de services à l'enfant et à la famille, qui a ouvert un dossier de services à participation volontaire. Tammy a accouché d'une petite fille quelques mois plus tard, qu'elle a nommée Willow. Willow était un bébé en bonne santé et enjoué, né à terme après une grossesse et un accouchement sans complication. Willow n'a présenté aucun antécédent de maladie durant sa courte vie.

Le travailleur des services à l'enfant et à la famille de la famille a visité Willow et Tammy lorsque le bébé avait un mois. Au moment de la visite, le travailleur a observé que Willow faisait la sieste dans le lit de Tammy. Tammy a dit au travailleur des services à l'enfant et à la famille qu'elle pensait que de dormir avec Willow, dans son lit, représentait le lieu le plus sûr pour le bébé parce qu'elle n'avait pas les moyens d'acheter un lit d'enfant et ne disposait pas d'autre surface de couchage pour l'enfant. Le travailleur a parlé à Tammy des dangers du partage de lit, surtout avec un jeune nourrisson, et a insisté sur l'importance d'obtenir un lit d'enfant. Un mois après cette visite à domicile, après avoir nourri le bébé et avoir fait une sieste, Tammy s'est réveillée pour trouver son bébé inerte. Willow avait été emmaillotée et enfouie dans le creux du bras de sa mère. Tammy a immédiatement appelé les services d'urgence et procédé à une manœuvre de réanimation cardiorespiratoire à Willow, qui s'est poursuivie pendant tout le temps que les secouristes ont transporté Willow à l'hôpital, mais les tentatives continues de réanimation ont échoué.

Résumé : intervention de la protection de l'enfance

Des 145 enfants décédés, 84 recevaient des services à l'enfant et à la famille ou en avaient reçu dans l'année précédant leur décès (« enfants suivis par les services à l'enfant et à la famille »). De ces 84 enfants, la plupart (n = 70) avaient des dossiers en cours au moment de leur décès. De plus, même si 43 familles (71 %) disposaient d'une surface de couchage sécuritaire à la maison, seules 16 (37 %) l'avaient utilisée pour le nourrisson au moment de son décès. Quatorze nourrissons (10 % de tous les cas et 17 % de ceux suivis par les services à l'enfant et à la famille) décédés pendant leur sommeil ou dans un environnement de sommeil avaient été pris en charge par les services à l'enfant et à la famille au moment de leur décès. Ils étaient sous tutelle permanente ou provisoire ou, encore, visés par une ordonnance d'appréhension. Le fait qu'un dossier était en cours indique que les travailleurs sociaux avaient des responsabilités et des occasions uniques d'instruire les familles à propos du sommeil sécuritaire du nourrisson et de leur montrer la manière d'utiliser des surfaces de couchage sécuritaires déjà présentes dans leur domicile. Ce constat vaut tout particulièrement en ce qui a trait aux 14 nourrissons qui avaient été pris en charge au moment de leur décès.

Notre examen a révélé que les travailleurs sociaux avaient manqué de nombreuses occasions. À titre d'exemple, seuls 46 % des nourrissons avaient une évaluation de la sécurité consignée au dossier. De plus, seuls 49 % des nourrissons ont fait l'objet d'une visite à domicile avant leur décès et, durant ces visites, à peine 12 % des environnements de sommeil du nourrisson avaient été vérifiés et documentés. Par ailleurs, les occasions où des nourrissons avaient déjà été observés dans un scénario de sommeil non sécuritaire (c.-à-d. avant leur décès ultérieur lié au sommeil) étaient documentées dans dix cas. Pour toutes ces raisons, le protecteur des enfants et des jeunes recommande l'élaboration d'une norme provinciale qui obligerait tous les travailleurs des services à l'enfant et à la famille à évaluer les environnements de sommeil des nourrissons dans le cadre de contacts personnels prescrits pour les nourrissons et les jeunes enfants pris en charge (voir les recommandations 12 et 13).

CHAPITRE 10 : ANALYSE PANCANADIENNE

Selon la Convention relative aux droits de l'enfant, les gouvernements du Canada et du Manitoba ont le devoir de s'assurer que les parents et les personnes qui prennent soin des nourrissons reçoivent une information et une éducation sur la santé de l'enfant et qu'ils soient soutenus dans l'utilisation de ces connaissances de base (para. 24.2(e)).

Le chapitre qui suit présente un examen des politiques, des procédures et du matériel d'éducation publique de tout le Canada et évalue la qualité des ressources offertes aux personnes qui prennent soin de bébés au Manitoba pour éviter que surviennent des décès de nourrissons liés au sommeil.

Principales constatations

- Les ressources en éducation publique offertes aux parents du Manitoba respectent peu les recommandations relatives aux pratiques exemplaires en matière de sommeil sécuritaire.
- La majorité des ressources canadiennes examinées (75 %) n'étaient offertes qu'en anglais. Le Manitoba n'a aucune ressource actuelle à offrir aux parents en langues autochtones.
- Les ressources créées par les ministères de la Santé respectent davantage les recommandations relatives aux pratiques exemplaires que ne le font les ressources et les politiques créées par des organismes chargés de la protection de l'enfance.

Lutte contre la confusion et la mésinformation

Les gouvernements jouent un rôle de premier plan dans la promotion de renseignements exacts sur la santé. Internet constitue la principale source de renseignements sur la santé, et jusqu'à 72 % des adultes font confiance à l'information qu'ils lisent en ligne (Chung et autres, 2012).

Mais les renseignements présentés en ligne peuvent être incorrects ou incompatibles avec les pratiques en matière de sommeil sécuritaire. Une étude récente a révélé que seuls 43 % des 1 300 sites Web examinés fournissaient des renseignements exacts sur les pratiques en matière de sommeil sécuritaire pour les nourrissons et que 28 % transmettaient des renseignements inexacts (Chung et autres, 2012). De plus, plus de 60 % des images de magazines destinés aux femmes étaient incompatibles avec les recommandations relatives au sommeil sécuritaire, notamment des photographies de nourrissons dont l'environnement de sommeil comportait des objets, qui dormaient sur le ventre ou qui partageaient un lit (Joyner et autres, 2009).

La mésinformation pourrait normaliser et promouvoir des pratiques de sommeil non sécuritaires. Comme pour tout ce qui se trouve en ligne, la qualité des renseignements varie. Les sites Web créés par des ministères de la santé et autres sont plus susceptibles de fournir des renseignements exacts, tandis que les blogues le sont moins (Chung et autres, 2012; Fox et autres, 2002). Étant donné l'importante mésinformation trouvée en ligne, les gouvernements ont un rôle essentiel à jouer dans la création de ressources exactes qui soutiennent les personnes qui prennent soin de nourrissons.

Étude de cas : Mia

Mia était une petite fille de quatre mois pleine de vie, qui aimait jouer avec son frère et ses deux parents, lesquels étaient tous deux des professionnels. Bien que Mia fût une enfant joyeuse dont il était facile de prendre soin durant la journée, elle ne semblait jamais capable de dormir pendant de longues périodes la nuit. La mère de Mia avait entendu une amie parler de son fils qui dormait mieux lorsqu'il était couché sur le ventre.

Une recherche rapide sur Internet l'a menée à un blogue pour parents dans lequel le sommeil sur le ventre était décrit comme une solution permettant à certains nourrissons de mieux dormir – surtout s'ils avaient des coliques.

La mère de Mia aurait tenté n'importe quoi pour que Mia dorme plus longtemps durant la nuit. Par conséquent, elle a couché Mia sur le ventre. La mère de Mia a aussi placé une couverture épaisse sous un drap-housse de lit d'enfant parce qu'elle pensait que ce serait plus confortable pour Mia que de dormir sur un matelas ferme.

La nuit précédant le décès de Mia, sa mère l'a installée sur le ventre dans son lit d'enfant. Le lendemain matin, elle est allée jeter un coup d'œil sur Mia parce qu'elle dormait plus longtemps que d'habitude.

Lorsqu'elle est entrée dans la pièce, elle a vu que Mia avait le visage appuyé sur le matelas coussiné et ne réagissait pas. La mère de Mia a immédiatement appelé les services d'urgence et commencé des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire, mais malgré tous les efforts déployés par ses parents et les secouristes, Mia est demeurée inerte et a par la suite été déclarée morte.

Ressources de qualité pour les personnes qui prennent soin des nourrissons

Compte tenu de la mésinformation trouvée dans de nombreuses sources en ligne, il est important que les ressources gouvernementales soient de qualité et adhèrent aux plus récentes recommandations fondées sur des données probantes concernant le sommeil sécuritaire. Notre bureau a procédé à une analyse des politiques et du matériel d'information en santé publique de partout au Canada afin de comprendre la qualité de l'information destinée aux personnes qui prennent soin des nourrissons que les provinces et les territoires canadiens fournissent dans leurs politiques et procédures en matière de santé et de protection de l'enfance ainsi que dans leur matériel d'éducation publique[4].

Cette analyse visait les objectifs suivants :

(1) Évaluer les ressources, les politiques et les procédures du Manitoba par rapport aux données probantes issues des pratiques exemplaires;
(2) Comparer les ressources, les politiques et les procédures du Manitoba à celles des autres provinces et territoires du Canada;
(3) Dresser la liste des pratiques exemplaires.

[4] Cette analyse repose sur un échantillon de documents que le protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba a obtenu grâce à des demandes de renseignements. Le protecteur n'a pas été en mesure d'évaluer l'exhaustivité des renseignements fournis par chaque source ou le caractère représentatif des renseignements fournis. Cela se confirme tout particulièrement dans le cas des documents hors du Manitoba.

À cette fin, l'examen a porté sur **35 politiques, procédures et ressources d'éducation publique issues de six provinces et territoires, qui ont ensuite été comparés aux 26 recommandations clés** que l'American Academy of Pediatrics a formulées afin de réduire les décès de nourrissons liés au sommeil dans son document phare intitulé « SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment » (Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, 2016)[5].

Nous avons aussi évalué l'adaptation culturelle des ressources afin de déterminer si elles étaient offertes en langues autochtones, si elles étaient adaptées aux communautés autochtones et si elles avaient été évaluées. L'annexe C présente une liste complète des documents politiques, procéduraux et réglementaires ainsi que des ressources d'éducation publique de partout au Canada qui ont été analysés dans le cadre de cette analyse pancanadienne.

Adhésion aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics

Les ressources manitobaines destinées aux parents et aux personnes qui prennent soin des nourrissons contiennent quelques-unes des recommandations tirées des pratiques exemplaires de l'American Academy of Pediatrics concernant les pratiques de sommeil sécuritaires.

- Les ressources manitobaines destinées aux parents et aux personnes qui prennent soin des nourrissons incluent en moyenne seulement 12 ou 13 des 26 recommandations suggérées par l'American Academy of Pediatrics (48 %).
- La ressource qui en contient le plus est *Sacred Babies Survival Guide*, qui inclut 16 (61 %) des 26 recommandations.
- Les ressources du Manitoba destinées aux parents et aux personnes qui prennent soin des nourrissons intègrent moins de recommandations de l'American Academy of Pediatrics que l'ensemble des autres ressources provinciales et fédérales examinées (45 %) et les ressources de l'Agence de la santé publique du Canada offertes à l'échelle nationale (65 %). Certains organismes chargés de la santé et de la protection de l'enfance au Manitoba utilisent le matériel créé par l'Agence de la santé publique du Canada.
- Parmi toutes les ressources canadiennes examinées, *Sleep Well, Sleep Safe booklet for parents and for all who care for infants*, de Terre-Neuve-et-Labrador, présente la plus forte adhésion aux recommandations du rapport de l'American Academy of Pediatrics, soit 81 % d'entre elles (21 recommandations sur 26).

[5] Consultez l'annexe C pour obtenir la liste des recommandations de l'American Academy of Pediatrics qui s'y trouve.

Sacred Babies « Our Children—Sacred Gifts from the Creator » – An Infant Survival Guide

Sacred Babies est un programme de survie des nourrissons mis sur pied dans le cadre de partenariats entre l'Assembly of Manitoba Chiefs (the First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba), Cree Nation Tribal Council et Little Black Bear and Associates de même que le programme Strengthening Families Maternal Child Health (SF-MCH). Il est financé par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada.

Il s'agit d'un programme éducatif axé sur la famille dont le but consiste à fournir aux familles de l'information sur la manière de garder leurs bébés en sécurité pendant leur première année de vie et les années suivantes. Le programme est offert par le biais de SF-MCH, qui effectue les visites à domicile des mères, des pères et des familles avant et après la naissance. Le programme *Sacred Babies* vise à faciliter un entretien guidé avec les familles, mais peut aussi être offert sous forme de présentation de groupe. Le programme SF-MCH est offert dans 20 Premières Nations du Manitoba, mais le programme *Sacred Babies* est accessible à d'autres organismes.

Le programme *Sacred Babies* porte sur huit grands sujets : introduction au syndrome de mort subite du nourrisson, faits sur le syndrome de mort subite du nourrisson, position de sommeil, sécurité du lit d'enfant, temps sur le ventre, tabagisme, partage de lit et supériorité de l'allaitement. Chaque sujet est structuré de manière à présenter des renseignements qui combinent les résultats de la recherche et les enseignements des Aînés qui s'y rapportent, tout en donnant aux participants la possibilité de faire part de leurs connaissances et de leurs préoccupations ou de réfléchir sur les renseignements qui leur sont fournis.

Dans le rapport de 2013-2014 de notre bureau, nous avons mis en évidence le programme *Sacred Babies* en tant que ressource novatrice qui joue un rôle important dans la protection des nourrissons, une position que nous maintenons.

Les politiques et les procédures manitobaines qu'appliquent les professionnels de la santé et les travailleurs des services à l'enfant et à la famille comprennent quelques-unes des recommandations de l'American Academy of Pediatrics tirées de pratiques exemplaires.

- Les politiques et les procédures du Manitoba concernant le sommeil sécuritaire des nourrissons incluaient de 0 à 50 % des recommandations de l'American Academy of Pediatrics (23 % en moyenne). Une politique sur la protection de l'enfance qui concernait les enfants n'étant pas pris en charge, mais qui étaient suivis par les services de protection de l'enfance, ne contenait aucune des recommandations de l'American Academy of Pediatrics pour réduire les risques associés au sommeil non sécuritaire.

Dans l'ensemble, les politiques, les règlements et l'information en éducation publique élaborés par les ministères de la Santé adhèrent davantage aux normes relatives aux pratiques exemplaires de l'American Academy of Pediatrics que ceux élaborés par les organismes chargés de la protection de l'enfance.

Adaptation culturelle des ressources

- **La majorité (75 %) des ressources examinées dans le cadre de cette analyse se sont révélées n'être offertes qu'en anglais.** L'autre langue la plus fréquente des ressources était le français. Seules trois ressources (9 % de toutes les ressources examinées), dont une politique et deux documents

d'éducation publique, étaient offertes en langue autochtone – inuktitut et inuinnaqtun. Le Manitoba n'offrait aucune ressource en langue autochtone.

- ***Honouring Our Babies***, une ressource créée par et pour les Autochtones de la Colombie-Britannique, de même que ***Sacred Babies***, une ressource créée par l'Assembly of Manitoba Chiefs' First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba, ont toutes deux révélé une forte adhésion aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics, tout en tenant compte de la diversité et des particularités des cultures autochtones de chaque région. De plus, les activités de sensibilisation menées pour *Sacred Babies* ont judicieusement tenu compte des moyens par lesquels certaines communautés accèdent à l'information. Les responsables du programme ont notamment collaboré avec la radio communautaire locale pour transmettre les messages sur le sommeil sécuritaire et le soin des nourrissons.

Messages sur le sommeil sécuritaire et la réduction des méfaits

La réduction des méfaits peut prendre la forme d'une politique, d'un programme ou d'une méthode éducative qui vise à réduire les conséquences négatives d'un comportement (Harm Reduction Coalition, 2019). La réduction des méfaits n'exige pas l'abandon complet du comportement. Un message préconisant l'abandon complet d'un comportement à risque est souvent considéré comme un message « axé exclusivement sur l'abstinence » (Altfeld et autres, 2017).

La réduction des méfaits a d'abord vu le jour en réaction au nombre élevé de surdoses et à la propagation de maladies transmises par le sang (p. ex. virus de l'immunodéficience humaine, ou VIH) chez les utilisateurs de drogues injectables (Des Jarlais, 2017).

Étant donné le succès des méthodes de réduction des méfaits dans la consommation de drogues, les principes de réduction des méfaits ont récemment été appliqués au tabagisme (Leone et autres, 2018), au VIH (CATIE, 2020) et à l'analyse de substances lors de spectacles (Scott et Scott, 2020). Le succès des méthodes de réduction des méfaits pour le tabagisme et l'analyse de substances lors de spectacles est toutefois contestable, puisque certaines études montrent qu'elles ne sont pas efficaces (Leone et autres, 2018). Ainsi, il faut absolument évaluer les cas où le message d'une réduction des méfaits est appliqué dans de nouveaux secteurs de la santé publique. Les études jouent un rôle important en permettant de déterminer si une méthode de réduction des méfaits porte des fruits ou occasionne des dommages inattendus.

Messages de réduction des méfaits et facteurs de risque pour un sommeil sécuritaire

Cette analyse pancanadienne a montré qu'au Canada, les messages concernant les facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil sont mixtes. La majorité des messages sur la position de sommeil adoptent une approche d'« axée exclusivement sur l'abstinence ». La campagne Dodo sur le dos!, par exemple, disait aux familles de coucher leur nourrisson sur le dos chaque fois qu'ils le couchaient. L'utilisation de couvertures dans un lit d'enfant obéissait parfois au modèle « axé exclusivement sur l'abstinence » (p. ex. aucune couverture dans le lit d'enfant) ou à celui de la réduction des méfaits (p. ex. légère couverture bordée sur trois côtés, et qui ne va pas au-delà de la poitrine du bébé).

Messages axés sur la réduction des méfaits et partage de lit

La majorité du matériel concernant le partage de lit adoptait une approche axée sur la réduction des méfaits. **Pourtant, des recherches importantes montrent que le partage de lit, sans égard à la manière dont il se présente ou à la présence d'autres facteurs de risque, n'est jamais**

sécuritaire (Carpenter et autres, 2013; Fu et autres, 2010; Ruys et autres, 2007; Tappin et autres, 2005; Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, 2016). En effet, dans notre étude, nous avons découvert qu'un cas de partage de lit sur trois ne s'accompagnait pas de tabagisme ou d'intoxication à l'alcool chez le partenaire de lit.

Dans notre étude, 50 % des nourrissons décédés de façon inattendue pendant leur sommeil partageaient un lit. Le partage de lit semble à la hausse dans d'autres provinces et territoires, et nos données portent également à croire que la proportion de décès infantiles liée au partage de lit pourrait augmenter au Manitoba (Austin et autres, 2017; Scragg et autres, 1995). Par conséquent, toute intervention à but éducatif pour réduire les décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba devrait se concentrer sur le partage de lit.

On ne sait toutefois pas encore comment communiquer efficacement les risques liés au partage de lit de manière à influer sur le comportement de la personne qui prend soin d'un nourrisson. L'Angleterre adopte une approche axée sur la réduction des méfaits pour ses recommandations relatives au partage de lit, tandis que les États-Unis recommandent de ne jamais partager un lit (Ball, 2017; Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, 2016). Bien qu'ils soient largement diffusés et parfois défendus, les messages axés sur la réduction des méfaits à l'intention des adeptes du partage de lit ne font l'objet d'aucune recherche évaluant leur efficacité (Altfeld et autres, 2017). Par conséquent, nous ignorons si les messages axés sur la réduction des méfaits sont efficaces pour réduire les décès infantiles liés au partage de lit. Dans le cadre du présent rapport spécial, les chercheurs ont interrogé des experts de renommée mondiale qui conseillent de faire preuve de prudence dans l'application de méthodes axées sur la réduction des méfaits à la transmission d'informations sur le partage de lit en raison de l'absence de données probantes et des possibilités de dommages.

Résumé : analyse pancanadienne

Notre analyse pancanadienne a révélé que les ressources manitobaines destinées aux parents et aux personnes qui prennent soin des nourrissons ne contiennent que peu de recommandations tirées des pratiques exemplaires de l'American Academy of Pediatrics concernant les pratiques de sommeil sécuritaires. En fait, les ressources manitobaines destinées aux parents et aux personnes qui prennent soin des nourrissons incluent en moyenne seulement 48 % des recommandations suggérées par l'American Academy of Pediatrics. Nous avons également découvert que les politiques et les procédures manitobaines qu'appliquent les professionnels de la santé et les travailleurs des services à l'enfant et à la famille comprennent très peu des recommandations de l'American Academy of Pediatrics tirées de pratiques exemplaires.

Pour que tous les professionnels de la province qui travaillent auprès des enfants reçoivent l'information la plus exacte et à jour propre à éclairer l'élaboration de politiques et leurs interactions avec les nourrissons, le protecteur des enfants et des jeunes recommande la création d'un module de formation en ligne accrédité portant sur les pratiques de sommeil sécuritaires des nourrissons (recommandation 6). Le protecteur des enfants et des jeunes recommande également qu'en plus de ressources en français et en anglais, le matériel d'éducation publique soit offert dans les langues autochtones les plus couramment parlées dans notre province (recommandation 5).

CHAPITRE 11 : RECOMMANDATIONS

*Une des principales responsabilités du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba consiste à formuler des recommandations afin d'accroître l'efficacité et la réactivité des services provinciaux. Son rôle consiste également à conseiller les ministres sur toute question qu'il juge importante (*Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, art. 13).*

Le présent chapitre mentionne les recommandations que le protecteur des enfants et des jeunes a formulées aujourd'hui à l'intention de multiples intervenants dans le but d'accroître la sécurité des nourrissons et de réduire le nombre de décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba. De plus, ces recommandations visent à honorer la mémoire des 145 nourrissons en bonne santé qui sont décédés dans des circonstances liées à un sommeil non sécuritaire et dont le décès aurait peut-être pu être évitable. Prises ensemble, ces recommandations éclairées par des données probantes et fondées sur les données offrent au gouvernement du Manitoba et à d'autres intervenants une feuille de route qui, si elle est mise en place, réduira le nombre de décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba. Cette feuille de route concorde avec le droit inhérent des nourrissons à la vie, à l'épanouissement et à un accès égal aux normes de santé les plus élevées possible, comme le mentionne la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (la Convention).

Les recommandations initiales s'appuyaient sur les résultats de l'examen des dossiers, de l'analyse des données, d'une analyse pancanadienne et d'une revue de la littérature tirée des pratiques exemplaires portant sur la prévention des décès de nourrissons liés au sommeil. En outre, la perspective des intervenants qui possèdent l'expertise nécessaire pour traiter la question et qui sont responsables de la prestation de services aux nourrissons s'est avérée essentielle dans la conception des recommandations. Une série de réunions, de présentations et de consultations a eu lieu avec des dizaines d'experts en février et en mars 2020. Les recommandations sont intentionnellement conçues de manière à être précises et définies, et sont formulées dans l'optique des droits des enfants. Conformément à la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, le protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba surveillera les niveaux de conformité du gouvernement en ce qui a trait à l'application des recommandations suivantes par l'entremise d'un instrument accessible à tous[6].

Depuis 2008, année où la responsabilité de l'examen des décès infantiles a été transférée du Bureau du médecin légiste en chef au Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba (alors appelé « Bureau du protecteur des enfants »), le protecteur a formulé 19 recommandations concernant les décès de nourrissons liés au sommeil. Toutefois, les recommandations se limitaient auparavant aux régies et aux organismes chargés de la protection de l'enfance au Manitoba. Les thèmes des recommandations comprenaient : l'élaboration d'une stratégie ou d'une politique en matière de sommeil sécuritaire ou d'une stratégie d'éducation à ce sujet ou, encore, la transmission d'information relative au sommeil sécuritaire aux personnes qui prennent soin des nourrissons; la vérification, par les travailleurs des offices de services à l'enfant et à la famille, des environnements de sommeil des nourrissons durant les visites à domicile; la présence, dans les dossiers des services à l'enfant et à la famille, de documents concernant les besoins médicaux spéciaux et la position de sommeil sécuritaire; l'inclusion des personnes qui prennent soin des nourrissons dans les activités d'éducation sur le sommeil

[6] Pour en savoir plus sur les activités de suivi continu que mène le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes concernant la conformité du gouvernement à ses recommandations, consultez l'outil de suivi à l'adresse manitobaadvocate.ca/recommendation-tracking/ (en anglais seulement).

sécuritaire offertes par les services à l'enfant et à la famille; la nécessité de procéder à des examens d'assurance de la qualité des pratiques actuelles.

La santé des enfants et des nourrissons est la responsabilité de tous. Dans certains cas, les recommandations présentées en détail ci-dessous mentionnent les consultations auprès d'intervenants qui travaillaient ailleurs qu'au sein du gouvernement du Manitoba, notamment l'Assembly of Manitoba Chiefs' First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba en raison de son expertise en matière de santé des enfants et des mères. Nous respectons également les traités établis au Manitoba et la relation de nation à nation.

Ainsi, nous précisons que les recommandations qui comportent une consultation auprès des gouvernements des Premières Nations et des Métis sont cruciales. Lorsque nous parlons des gouvernements des Premières Nations et des Métis, nous incluons l'Assembly of Manitoba Chiefs (AMC), la Southern Chief Organization (SCO), Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc. (MKO), la Manitoba Metis Federation (MMF) et toute autre communauté indépendante des Premières Nations.

Un autre groupe d'intervenants mentionné est le Groupe de travail interministériel collaboratif sur la mortalité infantile. Il s'agissait d'un groupe interministériel d'experts, mis sur pied pour suivre les décès infantiles au Manitoba, les surveiller et y réagir. Ce groupe n'a toutefois pas été actif depuis octobre 2018.

Le protecteur des enfants et des jeunes reconnaît qu'il n'a pas la compétence requise pour examiner les activités du gouvernement du Canada, enquêter sur celles-ci ou formuler des recommandations à l'intention de ce dernier. Il est toutefois guidé par la Convention et, par conséquent, formule des recommandations aux fins d'examen par toutes les parties responsables de leur mise en application.

Déterminants sociaux de la santé

Constatation 1. Une forte proportion de décès de nourrissons liés au sommeil survenus au Manitoba a touché des familles à faible revenu. Un nourrisson sur quatre qui est décédé de façon inattendue dans son sommeil ne disposait pas d'une surface de couchage sécuritaire, comme un lit d'enfant, à la maison.

Constatation 2. Selon les projections de la population, les nourrissons autochtones composent actuellement environ 30 % des naissances vivantes au Manitoba, mais cumulaient 57 % des décès de nourrissons liés au sommeil. Les nourrissons autochtones sont surreprésentés dans le nombre total de nourrissons décédés dans un environnement de sommeil non sécuritaire ainsi que la proportion de familles ne disposant pas de surface de couchage sécuritaire à la maison.

RECOMMANDATION 1 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que le gouvernement du Manitoba établisse et applique un plan d'action, en consultation avec les gouvernements des Premières Nations et des Métis, afin que chaque nourrisson du Manitoba âgé de moins de 24 mois dispose d'une surface de couchage sécuritaire (lit d'enfant, berceau ou autre solution sécuritaire adaptée à la culture) pour son sommeil. Le plan d'action doit cibler les futurs parents et les personnes qui prennent soin de nourrissons de moins de 24 mois dont les moyens financiers ne permettent pas l'achat d'une surface de couchage sécuritaire. Le plan d'action sera conçu et mis en œuvre selon les principes de l'enfant d'abord et de l'égalité réelle.

RECOMMANDATION 2 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que le gouvernement du Canada, en consultation avec les gouvernements des Premières Nations du Manitoba, établisse et applique un plan afin que chaque nourrisson vivant dans une communauté des Premières Nations du Manitoba dispose d'une surface de couchage sécuritaire (lit d'enfant, berceau ou autre solution sécuritaire adaptée à la culture), conformément au principe de Jordan.

Détails sur les recommandations 1 et 2

- Un plan d'action accordera la priorité aux droits des enfants par rapport aux obstacles liés aux compétences ou aux obstacles administratifs (principe de l'enfant d'abord) et l'obtention d'une réelle égalité des résultats (égalité réelle).
- Le plan d'action explorera les programmes de recyclage et de prêt de même que d'autres approches efficaces par rapport au coût et novatrices.
- Plusieurs systèmes permettront de repérer les parents ou les personnes prenant soin de nourrissons qui, en raison de leur faible revenu, ont besoin d'une surface de couchage sécuritaire, notamment le système de santé, l'Aide à l'emploi et au revenu, le Programme d'allocations prénatales du Manitoba et les services à l'enfant et à la famille.
- Les parents ou les personnes qui prennent soin de nourrissons ayant besoin d'une surface de couchage sécuritaire pourront faire connaître eux-mêmes leur besoin.
- Conformément au principe de non-discrimination présenté en détail dans la Convention, les critères d'admissibilité seront établis de manière à prévenir toute forme de discrimination, notamment celle fondée sur les origines nationales ou sociales, la race ou le lieu de résidence dans une communauté rurale ou éloignée.
- Les politiques gouvernementales en vigueur dans les programmes de protection de l'enfance et d'aide sociale qui ont trait à la distribution de surfaces de couchage sécuritaires feront l'objet d'un examen et d'une révision si elles ne se conforment pas au principe de l'enfant d'abord.
- Les obstacles à l'obtention de lits d'enfant seront repérés et atténués.

Répercussions des recommandations 1 et 2 sur les nourrissons du Manitoba

- Tous les nourrissons du Manitoba disposeront d'une surface de couchage sécuritaire puisqu'elle est nécessaire pour la concrétisation de leurs droits inhérents, notamment le droit de jouir du meilleur état de santé possible de même que le droit de vivre et de s'épanouir (*Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, art. 24 et 6).
- Le gouvernement du Manitoba veillera à ce que les personnes qui prennent soin des nourrissons aient accès aux ressources financières et matérielles dont elles ont besoin pour favoriser la santé et le bien-être de l'enfant (Convention, art. 27).

Matériel d'éducation publique

Constatation 3. Même si les fournisseurs de services ont reçu par courrier des renseignements sur le sommeil sécuritaire envoyés par la Direction des services de protection et de soutien des enfants (maintenant la Direction des services de protection des enfants) entre 2014 et 2015, le gouvernement du Manitoba n'a pas mis sur pied une campagne provinciale de sensibilisation en éducation publique reposant sur les données des dix dernières années dont il dispose. Par ailleurs, le personnel hospitalier nous a informés qu'en janvier 2018, il n'y avait plus de ressources sur le sommeil sécuritaire en format papier à remettre aux nouveaux parents, au Manitoba. Aucune nouvelle ressource complète sur le sommeil sécuritaire n'a été élaborée pour remplacer les précédentes.

Constatation 4. Au Manitoba, les politiques et le matériel d'information en santé publique ne fournissent pas aux parents et aux personnes qui prennent soin des nourrissons tous les renseignements sur le sommeil sécuritaire dont ils ont besoin pour garantir la santé et le bien-être des nourrissons. Les ressources actuelles ne sont pas offertes en langues autochtones au Manitoba.

Constatation 5. Les familles reçoivent des messages contradictoires sur les pratiques de sommeil sécuritaires pour le nourrisson en provenance de fournisseurs de soins de santé, d'organismes communautaires, de membres de la famille et d'Internet.

RECOMMANDATION 3 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que Santé, Aînés et Vie active Manitoba, en partenariat avec l'Assembly of Manitoba Chief's First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba et les gouvernements des Premières Nations et des Métis, mette sur pied, réalise et, par la suite, évalue une nouvelle campagne d'éducation publique qui sensibilise la population aux facteurs de risque connus comme étant associés aux décès de nourrissons liés au sommeil.

RECOMMANDATION 4 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que la campagne d'éducation publique soit éclairée par les données présentées dans le présent rapport et par les données probantes sur la communication efficace des risques et la modification du comportement.

RECOMMANDATION 5 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que le matériel d'éducation publique (p. ex. livrets, dépliants, vidéos, affiches) créé par le gouvernement du Manitoba dans le cadre de toute campagne d'éducation sur le sommeil sécuritaire soit rédigé dans un langage accessible et offert dans les langues autochtones les plus couramment parlées au Manitoba.

Détails sur les recommandations 3, 4 et 5

- Cette campagne d'éducation publique ciblera les familles vulnérables et sera adaptée à la culture, tant au niveau du fond qu'à celui de la forme.

- Le matériel éducatif sera créé pour différents publics, notamment les femmes enceintes et les autres personnes qui prennent soin de nourrissons, comme les pères, les grands-parents et les membres de la famille élargie.
- Le matériel éducatif présentera de multiples facteurs de risque puisque peu de décès de nourrissons liés au sommeil comportent un seul facteur.
- La campagne d'éducation publique reconnaîtra les obstacles freinant l'accès à l'information et tiendra compte de divers types de médias, dont le format imprimé, la radio, la vidéo, la publicité publique, Internet et les médias sociaux. La radio, tout particulièrement, s'est révélée très efficace pour permettre au programme *Sacred Babies* de joindre les communautés éloignées.
- Les familles recevront le matériel de la campagne d'éducation des rendez-vous de soins prénatals, à l'hôpital, au Centre de naissance et lors des visites effectuées après la naissance par des infirmières de la santé publique. Le matériel sera également distribué dans toutes les garderies, les cabinets d'obstétrique et de pédiatrie du Manitoba, auprès des organismes communautaires qui offrent des cours d'information prénatale et postnatale, dans les centres de santé communautaire et les postes de soins infirmiers des Premières Nations.

Répercussions des recommandations 3, 4 et 5 sur les nourrissons du Manitoba

- Tous les nourrissons du Manitoba peuvent jouir de leur droit inhérent au meilleur état de santé possible grâce à l'accès de tous les groupes de la société, y compris les parents, à de l'information de base sur la santé de l'enfant et au soutien leur permettant de mettre à profit cette information (Convention, art. 24).

RECOMMANDATION 6 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que Santé, Aînés et Vie active Manitoba, en partenariat avec l'Assembly of Manitoba Chiefs' First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba, crée un module de formation en ligne accrédité sur les pratiques de sommeil sécuritaires pour les nourrissons qui soit accessible par le biais du système de gestion de l'apprentissage de Soins communs.

Détails sur la recommandation 6

- La formation s'inspirera des meilleures données probantes disponibles, notamment celles figurant dans les recommandations de l'American Academy of Pediatrics sur le sommeil sécuritaire.
- Tout le personnel infirmier de la santé publique de même que tous les fournisseurs de services à l'enfant et à la famille et le personnel chargé des visites à domicile de Familles d'abord doivent suivre la formation en ligne sur les pratiques de sommeil sécuritaires pour les nourrissons.
- La formation sera intégrée à la formation obligatoire des nouveaux employés du personnel infirmier de la santé publique, du personnel chargé des visites à domicile de Familles d'abord, des fournisseurs de services de protection de l'enfance et des éducateurs et éducatrices de jeunes enfants.
- Les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs de services à l'enfant et à la famille de toute la province auront accès à la formation accréditée et la suivront.

Répercussions de la recommandation 6 sur les nourrissons du Manitoba

- Tous les nourrissons du Manitoba peuvent jouir de leur droit inhérent au meilleur état de santé possible grâce à l'accès de tous les groupes de la société à de l'information de base sur la santé de l'enfant et au soutien leur permettant de mettre à profit cette information (Convention, art. 24).

Soins prénatals et maternels

Constatation 6. Les recherches ont montré que le tabagisme durant la grossesse et dans la période suivant l'accouchement est lié à un risque accru de décès de nourrissons liés au sommeil. Les services de counseling axés sur la désaccoutumance du tabac et les interventions reposant sur des incitatifs durant la grossesse se sont révélés efficaces pour réduire ou éliminer le tabagisme durant les périodes prénatale et postnatale. Le Manitoba ne dispose actuellement d'aucun programme de désaccoutumance du tabac ciblant expressément les femmes enceintes.

Constatation 7. À l'heure actuelle, seules 20 des 63 communautés de Premières Nations du Manitoba ont des programmes de santé de la mère et de l'enfant, dont certains sont des programmes « pilotes » qui manquent de financement continu.

RECOMMANDATION 7 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que Santé, Aînés et Vie active Manitoba, en consultation avec l'Assembly of Manitoba Chiefs' First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba, crée une ressource pour la désaccoutumance du tabac que les fournisseurs de soins de santé prénatals et les fournisseurs de services de protection de l'enfance pourront offrir aux femmes enceintes.

Détails sur la recommandation 7

- Une ressource manitobaine sera créée pour expliquer les risques associés au tabagisme prénatal et aux décès de nourrissons liés au sommeil.
- Toutes les femmes enceintes qui déclarent fumer recevront des renseignements précis et adaptés à la culture concernant la désaccoutumance du tabac.
- La ressource sera distribuée à tous les fournisseurs de soins de santé prénatals et aux fournisseurs de services de protection de l'enfance de tout le Manitoba.

Répercussions de la recommandation 7 sur les nourrissons du Manitoba

- Tous les nourrissons du Manitoba concrétisent leur droit inhérent de jouir du meilleur état de santé possible grâce à des soins prénatals et postnatals appropriés prodigués aux mères (Convention, art. 24).

RECOMMANDATION 8 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que le gouvernement du Canada fournisse les ressources nécessaires à la mise en œuvre d'une stratégie visant à étendre, en consultation avec les gouvernements des Premières Nations et des Métis, les programmes de santé de la mère et de l'enfant avant et après la naissance à l'ensemble des communautés des Premières Nations du Manitoba.

Détails sur la recommandation 8

- L'élargissement de programmes déjà en place, comme le programme Strengthening Families – Maternal Child Health, devrait être envisagé.
- Un modèle de financement à long terme sera élaboré en vue d'élargir les programmes de santé de la mère et de l'enfant afin qu'ils soient offerts à toutes les communautés des Premières Nations du Manitoba.

Répercussions de la recommandation 8 sur les nourrissons du Manitoba

- Tous les nourrissons du Manitoba peuvent jouir de leur droit inhérent au meilleur état de santé possible grâce à la prestation de soins prénatals et postnatals appropriés aux mères (Convention, art. 24).

Enquêtes sur les décès infantiles et classifications

Constatation 8. À l'heure actuelle, il n'existe aucune norme internationale ou canadienne pour l'enquête sur les décès de nourrissons liés au sommeil (Société canadienne de pédiatrie, 2013). Cependant, certains pays, comme les États-Unis, ont élaboré des lignes directrices normalisées pour les enquêtes (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Les Centers for Disease Control and Prevention ont créé un formulaire appelé The Sudden Unexplained Infant Death Investigation Report Form (SUIDIRF). Ces centres tiennent également un registre électronique de cas de syndrome de mort subite du nourrisson (*Data Coordinating Center for the Sudden Death in the Young Case Registry*, non daté). Le registre de cas leur permet d'observer les tendances et d'évaluer l'efficacité des interventions à l'échelle de la population.

Constatation 9. De nombreux rapports d'enquête remplis sur les lieux d'un décès par les secouristes, la Gendarmerie royale du Canada et d'autres services de police ne renferment pas de renseignements importants sur les facteurs de risque associés aux décès de nourrissons liés au sommeil.

Constatation 10. Il n'existe aucun mécanisme normalisé de collecte et de signalement des décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba. Le seul mécanisme permettant d'obtenir des renseignements sur les décès de nourrissons liés au sommeil au Manitoba consiste en des examens rétroactifs de dossiers médicaux, qui ne permettent pas la production de rapports en temps opportun et qui reposent sur l'interprétation des rapports d'enquête rédigés par des policiers et des secouristes qui ne recueillent pas systématiquement les renseignements sur les facteurs de risque.

RECOMMANDATION 9 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que Justice Manitoba et le Bureau du médecin légiste en chef collaborent avec la Gendarmerie royale du Canada et les services de police de toute la province pour créer (au besoin) et mettre en œuvre un formulaire, inspiré du formulaire de collecte de données SUIDIRF des Centers for Disease Control and Prevention, que devront utiliser tous les agents chargés de l'application de la loi de la province qui interviennent sur les lieux d'un décès de nourrisson.

Détails sur la recommandation 9

- Un formulaire approprié et facile à utiliser par les services de police et la Gendarmerie royale du Canada, qui servira dans le cadre d'enquêtes sur le décès d'un nourrisson, sera créé et mis en œuvre.
- Les agents suivront une formation sur l'utilisation de ce formulaire.

RECOMMANDATION 10 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que Justice Manitoba fournisse les ressources nécessaires pour que le Bureau du médecin légiste en chef puisse créer une base de données électronique, en partenariat avec le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, afin de recueillir et de communiquer des données sur l'incidence et les facteurs de risque associés à tous les décès de nourrissons que l'on soupçonne d'être liés au sommeil au Manitoba.

Détails sur la recommandation 10

- La collecte des données sur les décès de nourrissons que l'on soupçonne d'être liés au sommeil se fera de façon systématique et uniforme dans une base de données.

RECOMMANDATION 11 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande de rétablir le Groupe de travail interministériel collaboratif sur la mortalité infantile et d'examiner les cas de décès de nourrissons liés au sommeil chaque trimestre afin d'observer les tendances et de tirer parti de ces renseignements pour créer et mettre en œuvre des interventions permettant d'éviter d'autres décès.

Détails sur la recommandation 11

- Le Groupe de travail interministériel collaboratif sur la mortalité infantile se réunira chaque trimestre de l'année.
- Il produira des rapports annuels sur les tendances relatives aux décès de nourrissons liés au sommeil, qui comprendront des suggestions détaillées pour l'amélioration des programmes et des initiatives.

Répercussions des recommandations 9, 10 et 11

- La collecte et l'analyse systématiques des données permettront de repérer les manques en matière de soins de santé afin d'éclairer et d'évaluer les interventions visant à réduire la mortalité infantile, contribuant ainsi à la mise en œuvre partielle de l'Appel à l'action n° 19 de la Commission de vérité et réconciliation.

Familles suivies par les services à l'enfant et à la famille

Constatation 11. Bien qu'une forte proportion de décès de nourrissons liés au sommeil soient survenus au Manitoba dans des familles suivies par les services à l'enfant et à la famille ou qui l'avaient été dans l'année précédant le décès du nourrisson, seul un très petit nombre de ces cas concernait des nourrissons pris en charge par les services à l'enfant et à la famille au moment de leur décès. Les familles suivies par les services à l'enfant et à la famille pourraient néanmoins vivre des situations où un soutien accru contribuerait à améliorer la santé et le bien-être des nourrissons.

Constatation 12. Dans de nombreux cas, les travailleurs des services à l'enfant et à la famille n'ont pas vérifié l'environnement de sommeil du nourrisson lors de visites personnelles à domicile.

RECOMMANDATION 12 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que Familles Manitoba, dans le cadre des changements aux normes provinciales de la protection de l'enfance annoncés qui mettent fin au recours aux signalements à la naissance, incluent une évaluation de l'environnement de sommeil du nourrisson à chaque plan de sécurité pour les femmes enceintes et fournissent aux mères et aux principales personnes qui prennent soin des nourrissons les surfaces de couchage sécuritaires et l'information d'éducation publique dont ils ont besoin pour garantir la sécurité de leur enfant.

RECOMMANDATION 13 : Le protecteur des enfants et des jeunes recommande que Familles Manitoba collaborent avec les régies de services à l'enfant et à la famille pour élaborer une norme provinciale qui exigerait que tous les fournisseurs de services à l'enfant et à la famille évaluent les environnements de sommeil des nourrissons dans le cadre de contact personnel prescrit avec toute personne recevant des services de protection de l'enfance, y compris tous les nourrissons qui ne sont pas pris en charge.

Détails sur les recommandations 12 et 13

- Les professionnels des services à l'enfant évalueront la sécurité des environnements de sommeil des nourrissons.
- Les familles suivies par la protection de l'enfance qui ont besoin de ressources ou d'information sur les pratiques de sommeil sécuritaires seront repérées.
- Les familles recevront un lit d'enfant ou une autre surface de couchage sécuritaire si elles n'en ont pas à leur disposition.

Répercussions des recommandations 12 et 13

- Tous les nourrissons du Manitoba disposeront d'une surface de couchage sécuritaire puisqu'elle est nécessaire pour la concrétisation de leurs droits inhérents, notamment le droit de jouir du meilleur état de santé possible de même que le droit de vivre et de s'épanouir (*Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, art. 24 et 6).
- Le gouvernement du Manitoba veillera à ce que les personnes qui prennent soin des nourrissons aient les ressources financières et matérielles nécessaires pour favoriser la santé et le bien-être de l'enfant (Convention, art. 27).

CHAPITRE 12 : CONCLUSION

Tous les nourrissons ont le même droit de vivre et de s'épanouir, et les personnes qui en prennent soin ont la responsabilité première de veiller sur leurs enfants et de les protéger. Certaines familles de notre province font toutefois face à des obstacles structurels et systémiques, et celles qui prennent soin de nourrissons n'ont pas toutes accès à l'ensemble des ressources ou aux systèmes publics. De plus, de récentes études, dont celle mentionnée dans le présent document, ont montré l'association de vieilles croyances concernant les soins à prodiguer aux nourrissons, qui occasionnent des risques accrus pour ces derniers. Ce qu'on croyait sécuritaire pour les bébés n'est tout simplement plus vrai. Les parents et les personnes qui prennent soin des nourrissons ont besoin de façon urgente d'avoir accès à une information à jour qui leur permettra de faire des choix éclairés pour accroître la sécurité des environnements de sommeil de leurs bébés. Compte tenu de leurs obligations légales, les gouvernements du Canada et du Manitoba doivent faire en sorte que les parents disposent des ressources et de l'information dont ils ont besoin pour assurer la sécurité des nourrissons et que tous les nourrissons aient les mêmes possibilités de jouir du meilleur état de santé possible.

Tous les ordres et toutes les directions du gouvernement, qu'il s'agisse de la protection de l'enfance, de la santé, des services de police ou d'autres instances, partagent cette responsabilité. Une approche complète et adaptée à la culture, qui comprend des campagnes d'éducation publique, des interventions ciblées de désaccoutumance du tabac et l'apport d'améliorations à la collecte de données durant les enquêtes sur des décès infantiles, est nécessaire pour réduire les décès tragiques et inattendus de nourrissons pendant leur sommeil ou dans des environnements de sommeil. Ces efforts se révèlent particulièrement nécessaires pour combler les écarts de santé entre les nourrissons autochtones et non autochtones.

Le but ultime du présent rapport spécial d'éducation publique consiste à fournir de l'information fiable reposant sur une enquête exhaustive afin de permettre à toute la population du Manitoba de réduire les décès évitables de nourrissons dans des environnements de sommeil non sécuritaires. Cette étude, rendue publique aujourd'hui, en est une qui, selon nous, contribuera grandement à la recherche en santé publique dans notre province.

La sécurité des nourrissons est une question qui devrait concerner tous les Manitobains et toutes les Manitobaines. La perte de 145 nourrissons sur une période de dix ans dans notre province constitue une tragédie révoltante. Il est bouleversant de constater que la plupart de ces décès auraient peut-être pu être évités, et nous devrions tous refuser d'accepter une telle situation.



ANNEXE A : DÉTAILS MÉTHODOLOGIQUES

La présente étude consiste en un examen rétrospectif des cas de décès de nourrissons liés au sommeil survenus au Manitoba sur une période de dix ans, de 2009 à 2018. La démarche comportait quatre étapes : 1) recenser les cas de décès de nourrissons liés au sommeil; 2) recueillir des renseignements sur ces cas; 3) analyser les données; 4) formuler des recommandations. La section suivante résume la démarche adoptée.

1) Recensement des cas de décès de nourrissons liés au sommeil

Le Bureau du médecin légiste en chef envoie un avis au protecteur des enfants et des jeunes pour tous les décès infantiles. L'échantillon (n = 1 096) sélectionné provient de la base de données du protecteur des enfants et des jeunes (Maximizer) dans laquelle sont enregistrés les décès de tous les nourrissons de moins de 24 mois survenus entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2018. Cette période correspond à celle où le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes a commencé à recevoir tous les avis de décès infantiles enregistrés dans la province.

Étape 1. Les nourrissons dont les causes de décès indiquées étaient « noyade accidentelle », « accident de la route », « homicide » et « naturelle et prématurée » ont été exclus de l'examen (n = 487). Les nourrissons dont la cause de décès pouvait recouper, sur le plan diagnostique, les décès liés au sommeil, comme dans les cas d'asphyxie accidentelle, ont été inclus (n = 609). Ainsi, les décès liés au sommeil ont été classés dans les catégories « cause indéterminée », « cause naturelle » ou « cause accidentelle ».

Étape 2. L'étude s'est ensuite limitée aux nourrissons pour lesquels on mentionnait que le décès était survenu alors qu'ils dormaient ou se trouvaient dans un environnement de sommeil, notamment un lit d'enfant, un parc, un siège d'auto, un lit pour adultes ou d'autres surfaces utilisées pour le sommeil (n = 162). Tous les cas de nourrissons qui ne dormaient pas ou n'étaient pas dans un environnement de sommeil ont été exclus (n = 447).

Étape 3. Trois personnes ont examiné les 162 cas restants. Deux étaient des chercheurs du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, et le troisième était le médecin légiste en chef. Les examinateurs ont respecté un organigramme pour l'évaluation des cas (figure 3).

Étape 4. Trente-deux cas ont fait l'objet d'un examen détaillé en raison d'un désaccord entre les examinateurs. Ces études de cas détaillées ont mené à l'exclusion de l'étude de 17 cas du fait que, malgré la présence de facteurs de risque liés à un sommeil non sécuritaire, ils comportaient des causes naturelles convaincantes qui, de l'avis du médecin légiste en chef, ne relevaient pas de l'environnement de sommeil. À la fin, 145 cas de décès de nourrissons liés au sommeil ont été retenus pour cette étude.

2) Collecte de données

Pour les cas possibles de décès de nourrissons liés au sommeil, les renseignements recueillis provenaient des services de police, des secouristes, des offices chargés de la protection de l'enfance, des dossiers hospitaliers et des rapports d'autopsie.

Une revue complète de la littérature concernant les facteurs de risque et de protection a éclairé la création d'un outil de collecte de données reposant sur Microsoft Office Access 2016. Les commentaires

des professionnels en protection de l'enfance, en santé publique et en santé des Autochtones ont permis de mettre la dernière main à l'outil de collecte de données.

Trois chercheurs du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes ont extrait les données des dossiers à l'aide de l'outil de collecte de données. L'élaboration d'un protocole de collecte de données et d'un livre de codes a permis d'assurer la fiabilité du processus utilisé par les analystes de document. Tous les cas examinés et retenus dans l'étude contenaient des rapports d'autopsie, et la grande majorité comprenait également des dossiers judiciaires.

3) Analyse des données

La description des données comprenait des fréquences et des pourcentages, des moyennes et des écarts-types, des médianes et des modes. Des comparaisons à deux variables catégoriques ont fait l'objet d'analyses à l'aide du test du chi carré ou du test exact de probabilité de Fisher. Les tendances des taux de décès au fil du temps ont été analysées au moyen d'une régression de Poisson. L'analyse des tendances temporelles de facteurs de risque binaire reposait sur une régression logique. On a analysé les tendances temporelles potentielles non linéaires en incluant une fonction polynomiale et en comparant les résultats à un modèle qui supposait une tendance temporaire linéaire selon un critère d'information d'Akaike. Le coefficient kappa de Fleiss a permis de mesurer l'accord interévaluateur entre trois évaluateurs dans la notation des dossiers de décès infantile. Les valeurs de *p* inférieures à 0,05 ont été jugées significatives. Les analyses ont été exécutées à l'aide de R, version 3.6.2.

L'Institut d'études urbaines de l'Université de Winnipeg a procédé à la géocartographie à l'aide d'ArcGIS Desktop 10.5 d'ESRI.

La diffusion du présent rapport spécial est autorisée en vertu de la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes, et le rapport est exempté d'examen par des comités d'éthique de la recherche indépendants.

4) Formulation de recommandations

Une revue non systématique des pratiques exemplaires, une analyse pancanadienne et des consultations auprès d'intervenants ont éclairé les recommandations.

Revue de la littérature

Une revue de la littérature portant sur les pratiques exemplaires relatives aux décès de nourrissons liés au sommeil a été réalisée.

Analyse pancanadienne

Une analyse pancanadienne des politiques et des programmes relatifs au sommeil sécuritaire de l'ensemble du Manitoba et du Canada a été effectuée. Cet examen visait à évaluer la qualité de l'information mise à la disposition des parents et des personnes qui prennent soin des nourrissons concernant les risques d'un sommeil non sécuritaire, conformément aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics reconnues à l'échelle internationale (Moon, 2016).

Consultations auprès d'intervenants

L'analyse des données et l'analyse pancanadienne ont éclairé le processus de consultation qui a été mené auprès d'organismes de la santé, de professionnels de la santé et de spécialistes en soins de santé

aux Autochtones en février et en mars 2020. Les consultations auprès d'intervenants avaient pour but d'éclairer les recommandations en vue d'accroître l'efficacité et la réactivité des services au Manitoba.

Limites

1) Cette étude est descriptive. Les associations découvertes entre les facteurs de risque et les décès infantiles ne peuvent impliquer qu'il existe une relation de causalité.
2) Les examens de cas ont parfois dévoilé que des renseignements étaient contradictoires, manquants ou incomplets dans différentes sources d'information. Ces limites peuvent être attribuables au fait qu'en ce moment, il n'existe aucun moyen systématique ni protocole unique pour évaluer et recueillir les données durant les enquêtes sur le décès d'un nourrisson menées par les différentes instances responsables au Manitoba.
3) L'étude n'a pas pu examiner les décès de nourrissons liés au sommeil qui ont eu lieu en 2019 puisque de nombreuses enquêtes étaient toujours en cours.
4) Puisque nous n'avons pas comparé les décès infantiles aux nourrissons vivants, nous n'avons pas pu estimer le risque relatif pour chaque facteur étudié. Nous pouvions seulement déterminer la prévalence des facteurs de risque parmi les nourrissons décédés.

Malgré les limites, le présent rapport contribue grandement à la recherche en santé publique au Manitoba. Les constatations peuvent servir à éclairer, à évaluer et à améliorer les programmes et les systèmes de la province en vue de réduire la mortalité infantile. Nous espérons que cette étude mènera à une sensibilisation accrue aux risques d'un sommeil non sécuritaire partout au Manitoba.

ANNEXE B : TABLEAUX DE DONNÉES

Tableau 17. Facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil, selon le sexe, Manitoba, 2009-2018

Facteur de risque		Féminin Nbre (%)	Masculin Nbre (%)	Importance
Surface de couchage	Non sécuritaire	43 (76,8)	69 (77,5)	*p* = 1,000
	Sécuritaire	13 (23,2)	20 (22,5)	
Partage de lit	Oui	30 (53,6)	42 (47,2)	*p* = 0,564
	Non	26 (46,4)	47 (52,8)	
Position de sommeil (au moment de la découverte)	Autre	26 (56,5)	41 (53,2)	*p* = 0,868
	Sur le dos	20 (43,5)	36 (46,8)	
Emmaillotement	Oui	13 (32,5)	17 (24,3)	*p* = 0,479
	Non	27 (67,5)	53 (75,7)	
Exposition à la fumée du tabac	Oui	29 (51,8)	43 (48,3)	*p* = 0,813
	Non	27 (48,2)	46 (51,7)	
Surchauffe	Oui	28 (50,0)	41 (46,1)	*p* = 0,771
	Non	28 (50,0)	48 (53,9)	
Objets	Oui	50 (89,3)	79 (88,8)	*p* = 1,000
	Non	6 (10,7)	10 (11,2)	

Tableau 18. Facteurs de risque de décès de nourrissons liés au sommeil, selon l'âge au décès, Manitoba, 2009-2018

Facteur de risque		< 12 mois Nbre (%)	12-24 mois Nbre (%)	Importance
Surface de couchage	Non sécuritaire	108 (80,6)	4 (36,4)	***p* = 0,003**
	Sécuritaire	26 (19,4)	7 (63,6)	
Partage de lit	Oui	71 (53,0)	1 (9,1)	***p* = 0,013**
	Non	63 (47,0)	10 (90,9)	
Position de sommeil (au moment de la découverte)	Autre	61 (54,0)	6 (60,0)	*p* = 0,754
	Sur le dos	52 (46,0)	4 (40,0)	
Emmaillotement	Oui	27 (26,5)	3 (37,5)	*p* = 0,681
	Non	75 (73,5)	5 (62,5)	
Exposition à la fumée du tabac	Oui	70 (52,2)	2 (18,2)	*p* = 0,063
	Non	64 (47,8)	9 (81,8)	
Surchauffe	Oui	65 (48,5)	4 (36,4)	*p* = 0,645
	Non	69 (51,5)	7 (63,6)	
Objets	Oui	118 (88,1)	11 (100,0)	*p* = 0,611
	Non	16 (11,9)	0 (0,0)	

Tableau 19. *Facteurs de risques de décès de nourrissons liés au sommeil, selon le statut d'Autochtone, Manitoba, 2009-2018*

Facteur de risque		Autochtone		Importance
		Non N^{bre} (%)	Oui N^{bre} (%)	
Surface de couchage	Non sécuritaire Sécuritaire	8 (53,3) 7 (46,7)	72 (86,7) 11 (13,3)	***p* = 0,006**
Partage de lit	Oui Non	4 (26,7) 11 (73,3)	45 (54,2) 38 (45,8)	*p* = 0,092
Position de sommeil (au moment de la découverte)	Autre Sur le dos	8 (61,5) 5 (38,5)	41 (57,7) 30 (42,3)	*p* = 1,000
Emmaillotement	Oui Non	3 (23,1) 10 (76,9)	20 (33,3) 40 (66,7)	*p* = 0,743
Exposition à la fumée du tabac	Oui Non	3 (20,0) 12 (80,0)	43 (51,8) 40 (48,2)	***p* = 0,047**
Surchauffe	Oui Non	9 (60,0) 6 (40,0)	44 (53,0) 39 (47,0)	*p* = 0,827
Objets	Oui Non	15 (100,0) 0 (0,0)	71 (85,5) 12 (14,5)	*p* = 0,203
Disponibilité d'une surface de couchage sécuritaire	Oui Non	18 (85,7) 3 (14,3)	33 (64,7) 18 (35,3)	*p* = 0,520
Surpeuplement	Oui Non	3 (42,9) 4 (57,1)	21 (67,7) 10 (32,3)	*p* = 0,387

Tableau 20. *Décès de nourrissons liés au sommeil, selon les caractéristiques du nourrisson, Manitoba, 2009-2018*

Variable	N^bre	%
Nature du décès		
Cause accidentelle	10	6,9
Cause naturelle	10	6,9
Cause indéterminée	125	86,2
Sexe		
Masculin	89	61,4
Féminin	56	38,6
Âge au moment du décès		
Moyenne (écart-type)	4,8 mois	-
Mode	1 mois	-
Médiane	3,4 mois	-
Faible poids à la naissance (< 2 400 g)		
Oui	14	13,0
Non	94	87,0
Prématurité (< 37 semaines)		
Oui	24	20,0
Non	96	80,0
Séjour à l'unité néonatale de soins intensifs après la naissance		
Oui	23	17,4
Non	109	82,6
Problème de santé chronique		
Oui	19	13,1
Non	126	86,9
Maladie récente (< 72 heures)		
Oui	70	48,3
Non	75	51,7

ANNEXE C : ANALYSE PANCANADIENNE

Recommandations de l'American Academy of Pediatrics sur un environnement de sommeil sécuritaire pour le nourrisson

Les recommandations suivantes se trouvent dans le rapport technique de Rachel Moon (2016) publié par l'American Academy of Pediatrics sous le titre « SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment » et ont servi de critères de référence en matière de pratiques exemplaires pour la comparaison des ressources et des politiques examinées dans le cadre de l'analyse pancanadienne. Les recommandations en italique n'ont pas servi à l'analyse pancanadienne.

1. Afin de réduire le risque de syndrome de mort subite du nourrisson, chaque personne qui prend soin d'un bébé doit coucher le nourrisson sur le dos pour chaque période de sommeil, et ce, jusqu'à ce qu'il ait fêté son premier anniversaire.
2. La position de sommeil sur le côté n'est pas sécuritaire et est déconseillée.
3. La position de sommeil sur le dos n'augmente pas le risque d'étouffement et d'aspiration chez les nourrissons, même chez ceux ayant des reflux gastro-œsophagiens.
4. Les nourrissons prématurés doivent être couchés sur le dos le plus tôt possible.
5. Comme l'indique le rapport clinique de l'American Academy of Pediatrics, « on recommande de prodiguer des soins peau contre peau à toutes les mères et aux nouveau-nés, quelle que soit la méthode d'alimentation ou d'accouchement, immédiatement après la naissance (dès que la mère est médicalement stable, éveillée et capable de réagir à son nouveau-né) et que ce contact dure au moins une heure » [*traduction*] (Feldman-Winter et autres, 2016, e2). Par la suite, ou lorsque la mère doit dormir ou répondre à d'autres besoins, les nourrissons seront couchés sur le dos dans un berceau.
6. Lorsqu'un nourrisson parvient à se tourner de sa position sur le dos à celle sur le ventre, et vice versa, il pourra rester dans la position de sommeil qu'il prend.
7. Les nourrissons doivent dormir sur une surface de couchage ferme (p. ex. matelas dans un lit d'enfant homologué) couverte d'un drap-housse, sans autre literie ni objets moelleux, afin d'éviter le risque de syndrome de mort subite du nourrisson ou de suffocation.
8. Il est recommandé d'utiliser un lit d'enfant, un berceau, un lit pliant ou un parc pour bébé conforme aux normes de sécurité de la Consumer Product Safety Commission des États-Unis.
9. Il est déconseillé d'utiliser couramment pour le sommeil à l'hôpital ou à la maison des dispositifs maintenant le nourrisson en position assise, comme des sièges d'auto, des poussettes, des balançoires, des porte-bébés et des hamacs porte-bébé, surtout pour les jeunes nourrissons.
10. L'allaitement est associé à un risque réduit de syndrome de mort subite du nourrisson. L'effet protecteur de l'allaitement s'accroît avec l'exclusivité. De plus, tout allaitement protège mieux contre le syndrome de mort subite du nourrisson que l'absence d'allaitement.
11. Il est recommandé de faire dormir les nourrissons dans la chambre des parents, près de leur lit, mais sur une surface séparée. Le lit d'enfant, le lit pliant, le parc pour bébé ou le berceau du nourrisson doit se trouver dans la chambre des parents, idéalement pendant sa première année de vie et au moins pendant les six premiers mois.
12. *Les données probantes sont insuffisantes pour déterminer s'il convient de recommander ou de déconseiller l'utilisation de dispositifs présentés comme rendant le partage de lit « sécuritaire ».*

13. Les nourrissons que les parents ont amenés dans le lit pour les nourrir ou les réconforter doivent retourner dans leur lit d'enfant ou leur berceau lorsque les parents sont prêts à se rendormir.
14. Les canapés et les fauteuils sont des endroits très dangereux pour les nourrissons.
15. Les parents qui risquent de s'endormir pendant qu'ils nourrissent leur nourrisson devraient prendre les précautions recommandées pour assurer un sommeil sécuritaire.
16. *Dans certaines circonstances particulières, des études de cas témoins et de séries de cas ont montré une augmentation importante du risque de syndrome de mort subite du nourrisson ou de blessure ou de décès non intentionnels durant un partage de lit; cette pratique devrait donc être évitée en tout temps.*
17. *La sécurité et les avantages du partage de lit par des jumeaux et de nourrissons multiples n'ont pas été établis. Par mesure de prudence, il est recommandé de prévoir des espaces de couchage séparés et d'éviter le partage de lit (dormir sur la même surface de couchage) pour les jumeaux et les nourrissons multiples, à l'hôpital et à la maison.*
18. Il est recommandé de garder hors de l'aire de sommeil du nourrisson les objets moelleux, comme les oreillers, les jouets ressemblant à des oreillers, les courtepointes, les édredons, les peaux de mouton de même que les articles de literie non fixés, comme les couvertures et les draps non ajustés, afin de réduire le risque de syndrome de mort subite du nourrisson, de suffocation, de coincement et d'étranglement.
19. Il n'est pas recommandé d'installer des tours de lit; ils ont été impliqués dans des décès attribuables à une suffocation, à un coincement et à un étranglement. De plus, les nouvelles normes de sécurité concernant les barreaux de lit d'enfant les rendent inutiles pour éviter un potentiel coincement de la tête.
20. Il est recommandé d'envisager d'offrir une sucette pour la sieste et au coucher.
21. *Il manque de données probantes pour affirmer que la succion des doigts protège contre le syndrome de mort subite du nourrisson.*
22. Les femmes enceintes doivent recevoir des soins prénatals réguliers.
23. Le tabagisme durant la grossesse, dans l'environnement d'une femme enceinte et dans celui du nourrisson est à éviter.
24. L'alcool et la consommation de drogues illicites sont à éviter durant la grossesse et après la naissance du nourrisson.
25. Il faut éviter que les nourrissons aient trop chaud ou que leur tête soit couverte.
26. Les nourrissons doivent être vaccinés, conformément aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics et les Centers for Disease Control and Prevention.
27. Il est recommandé d'éviter d'utiliser des dispositifs commerciaux non conformes aux recommandations sur le sommeil sécuritaire.
28. *Rien ne permet d'établir que des événements présentant une apparence de danger pour la vie sont des précurseurs du syndrome de mort subite du nourrisson. De plus, il ne faut pas utiliser de moniteur cardiorespiratoire domestique pour nourrisson comme un outil stratégique pour réduire le risque de syndrome de mort subite du nourrisson.*
29. *Il est recommandé de laisser le nourrisson passer du temps supervisé sur le ventre, quand l'enfant est éveillé, pour faciliter son développement et réduire le plus possible l'apparition d'une plagiocéphalie positionnelle.*
30. Il n'existe aucune donnée probante permettant de recommander l'emmaillotement en tant que stratégie pour réduire le risque de syndrome de mort subite du nourrisson.
31. Les nourrissons emmaillotés présentent un risque accru de décès s'ils sont couchés ou se tournent sur le ventre. Ils doivent toujours être couchés sur le dos.
32. Lorsqu'un nourrisson montre des signes indiquant qu'il tente de se tourner, il ne faut plus l'emmailloter.

33. *Rien ne permet d'établir une relation causale entre diverses substances toxiques et le syndrome de mort subite du nourrisson.*
34. *Les données actuelles n'appuient pas l'utilisation de tests de dépistage des déficiences auditives chez les nouveau-nés pour dépister le syndrome de mort subite du nourrisson.*
35. *Les campagnes d'éducation et d'intervention sont souvent efficaces pour modifier les pratiques.*
36. *Les médias et les fabricants devraient respecter les lignes directrices sur le sommeil sécuritaire dans leurs messages et leurs publicités.*

Adhésion aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics : Politiques et procédures

Vous trouverez ci-dessous une liste de documents de politique, de procédure ou de réglementation de partout au Canada ayant fait l'objet d'une analyse les comparant aux 26 principales recommandations que l'American Academy of Pediatrics (AAP) a formulées afin de réduire le risque de décès de nourrissons liés au sommeil, par ordre décroissant de conformité ou d'adhésion.

Tableau 21. *Exactitude des renseignements publics au Canada*[7]

Document	Province	Créé par	Adhésion aux recommandations de l'AAP (%)
Alberta Health Services Safe Infant Sleep Policy	Alb.	Services de soins de santé	61,5
Saskatoon Health Region's Policy on Safe Sleeping Practices for Infants	Sask.	Services de soins de santé	53,8
Safe Sleep for Infants Policy (Régie des Métis)	Man.	Protection de l'enfance	50,0
Guidelines for Completing Well Child Record	T. N.-O.	Services de soins de santé	50,0
A Safe Sleep Environment for Baby Policy de Saskatchewan Health Authority (Regina Qu'Appelle Health Region)	Sask.	Services de soins de santé	42,3
Public Health Nursing: Newborn Nursing Care Pathway – Normes provinciales	Man.	Services de soins de santé	42,3
Safe Sleep Policy de la Régie des services à l'enfant et à la famille des Premières Nations du sud du Manitoba	Man.	Protection de l'enfance	30,8
Safe Sleep for Infants in the Agency's Care (Régie du Sud)	Man.	Protection de l'enfance	23,1
Check List for Completing a Place of Safety Contract (Régie des Métis)	Man.	Protection de l'enfance	23,1
Alberta Child and Family Enhancement Act Policy Manual – section 2.1.3	Alb.	Protection de l'enfance	23,1
Alberta Child and Family Enhancement Act Policy Manual – section 2.2	Alb.	Protection de l'enfance	19,2
Child, Youth and Family Enhancement Policy Manual – section 3.2.7	Alb.	Protection de l'enfance	19,2
Alberta Government Foster Care Handbook	Alb.	Protection de l'enfance	19,2
Safe Sleep Policy for Infants not in Care (Régie des Métis)	Man.	Protection de l'enfance	19,2
Comprendre la réglementation du Nunavut concernant la garde d'enfants	T. N.-O.	Protection de l'enfance	7,7
Kinship/Place of Safety Practice and Procedures Guideline (Régie des Métis)	Man.	Protection de l'enfance	7,7

[7] Les documents d'éducation publique utilisés au Manitoba apparaissent en mauve. Documents examinés : Services de santé de l'Alberta, 2016; Régie générale des services à l'enfant et à la famille, 2012; gouvernement de l'Alberta, 2005; gouvernement de l'Alberta, 2019b, 2019a; gouvernement du Manitoba, 2019; Régie des services à l'enfant et à la famille des Métis, 2014a, 2014b, 2016; ministère de la Santé du Nunavut, 2005; région sanitaire de Saskatoon, 2015, 2018; Régie des services à l'enfant et à la famille des Premières Nations du sud du Manitoba, 2018a, 2018b, 2018c.

Safe Sleep for Infants not in the Agency's Care policy (Régie du Sud)	Man.	Protection de l'enfance	3,8

Adhésion aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics : Éducation publique

Vous trouverez ci-dessous le matériel d'éducation publique de partout au Canada ayant fait l'objet d'une analyse le comparant aux 26 principales recommandations que l'American Academy of Pediatrics (AAP) a formulées afin de réduire le risque de décès de nourrissons liés au sommeil, par ordre décroissant de conformité ou d'adhésion.

Tableau 22. *Exactitude des documents politiques, procéduraux ou réglementaires au Canada*[8]

Document	Province	Créé par	Adhésion aux recommandations de l'AAP (%)
Sleep Well, Sleep Safe booklet for parents and for all who care for infants	T.-N. L.	Services de soins de santé	80,8
Site Web et fiches « Honouring Our Babies » (Honorer nos bébés)	C.-B.	Services de soins de santé	69,2
Dépliant sur les pratiques de sommeil sécuritaires	Alb.	Services de soins de santé	65,4
Outil d'aide Bien dormir en sécurité pour votre bébé	C.-B.	Services de soins de santé	65,4
Document d'accompagnement Safe Sleeping for Babies pour les nouvelles mères	C.-B.	Services de soins de santé	65,4
Renseignements du site Web d'Eastern Health NL qui sont transmis aux nouveaux parents	T.-N. L.	Services de soins de santé	65,4
Brochure « Sommeil sécuritaire pour votre bébé » de Santé Canada	Multiple	Services de soins de santé	65,4
Sacred Babies: Infant Survival Guide	Man.	Services de soins de santé	65,4
Article de blogue Healthy Families BC	C.-B.	Services de soins de santé	61,5
Ressource Swaddling Safely and Choosing safer sleep sacks	Man.	Services de soins de santé	61,5
Dépliant Safe Sleeping for Babies	C.-B.	Protection de l'enfance	50,0
Site Web HealthLinkBC	C.-B.	Services de soins de santé	42,3
Fiche d'information sur le syndrome de mort subite du nourrisson	T. N.-O.	Services de soins de santé	38,5
Safe Sleep, Smart Steps to Safer Breastfeeding	Man.	Services de soins de santé	30,8
Programme Baby Bed / Baby Box	T. N.-O.	Services de soins de santé	26,9

[8] Les documents d'éducation publique utilisés au Manitoba apparaissent en mauve. Documents examinés : Services de santé de l'Alberta, 2016; Régie générale des services à l'enfant et à la famille, 2012; gouvernement de l'Alberta, 2005; gouvernement de l'Alberta, 2019b, 2019a; gouvernement du Manitoba, 2019; Régie des services à l'enfant et à la famille des Métis, 2014a, 2014b, 2016; ministère de la Santé du Nunavut, 2005; région sanitaire de Saskatoon, 2015, 2018; Régie des services à l'enfant et à la famille des Premières Nations du sud du Manitoba, 2018a, 2018b, 2018c.

Adhésion aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics : Provinces

Tableau 23. *Adhésion aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics, selon la province d'origine du document*

Province	N[bre] de documents examinés	Adhésion (%)		
		Source du matériel		Moyenne des provinces
		Protection de l'enfance	Santé	
Terre-Neuve-et-Labrador	2	-	73,1	73,1
Colombie-Britannique	6	38,5	62,5	57,7
Saskatchewan	2	-	48,1	48,1
Alberta	6	27,7	63,5	37,9
Manitoba	13	28,1	46,1	31,1
Nunavut	4	7,7	63,5	22,1
Canada (Agence de la santé publique du Canada [ASPC])	2	-	65,4	65,4
Total	**35**	**26,4**	**55,4**	**38,6**

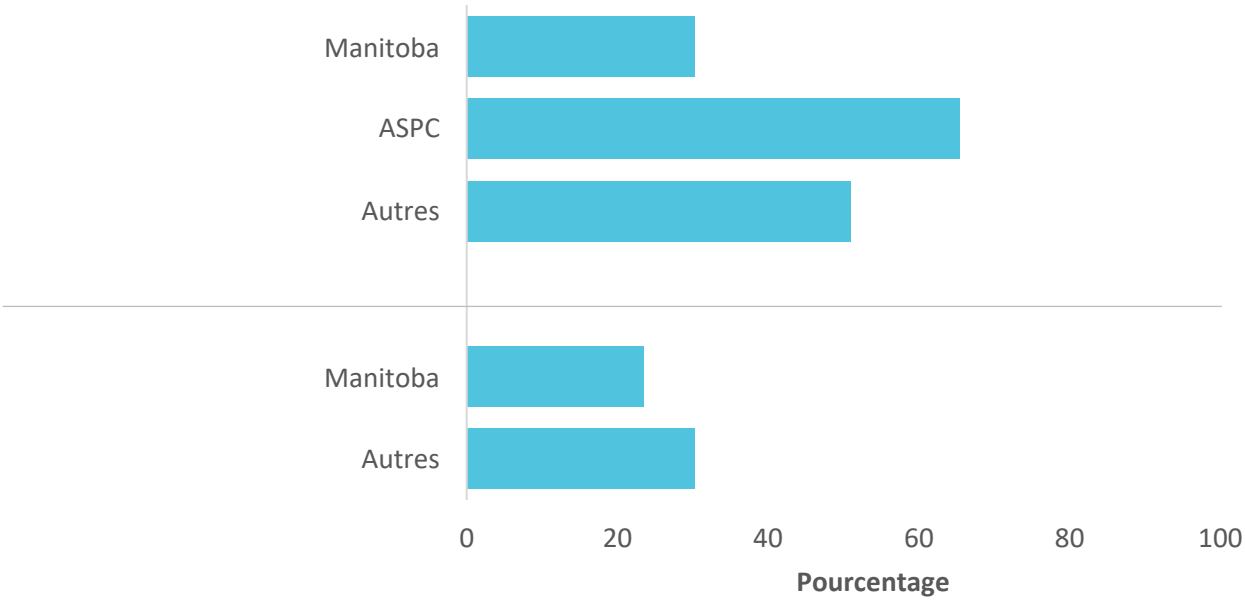

Figure 23. Adhésion aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics, selon la province d'origine du document

Tableau 24. *Comparaison des ressources sur le sommeil sécuritaire au Manitoba*

Recommandations de l'American Academy of Pediatrics – risques	Manitoba		Canada (ASPC)
	Parent N^bre	Politique N^bre	
Position de sommeil			
Le nourrisson doit être couché sur le dos pour chaque période de sommeil.	4/4	4/9	2/2
La position de sommeil sur le côté n'est pas sécuritaire.	2/4	2/9	1/2
La position sur le dos n'augmente pas le risque d'étouffement.	2/4	2/9	1/2
Les nourrissons prématurés doivent être couchés sur le dos le plus tôt possible.	0/4	1/9	0/2
Une fois qu'un nourrisson se tourne, on peut le laisser dans la position qu'il préfère.	1/4	0/9	2/2
Partage de lit			
Les nourrissons amenés dans le lit pour l'alimentation ou le réconfort doivent retourner dans leur lit d'enfant ou leur berceau.	1/4	1/9	2/2
Les parents qui risquent de s'endormir pendant qu'ils nourrissent leur nourrisson devraient prendre les précautions recommandées.	1/4	0/9	1/2
Le risque posé par le partage de lit s'accroît lorsque le parent fume, que la mère a fumé durant la grossesse, que le nourrisson a moins de quatre mois ou que le nourrisson est prématuré.	3/4	5/9	2/2
Tabagisme			
Le tabagisme durant la grossesse, dans l'environnement d'une femme enceinte et dans l'environnement de sommeil du nourrisson est à éviter.	3/4	4/9	2/2
L'alcool et la consommation de drogues illicites sont à éviter durant et après la grossesse.	3/4	2/9	2/2
Surchauffe			
Il faut éviter que les nourrissons aient trop chaud ou que leur tête soit couverte.	4/4	4/9	2/2
Surface de couchage			
On recommande l'utilisation d'un lit d'enfant ou d'un berceau conforme aux normes de sécurité.	3/4	6/9	2/2
Il est déconseillé d'utiliser couramment pour le sommeil les dispositifs maintenant le nourrisson en position assise (sièges d'auto).	2/4	3/9	2/2
Les nourrissons doivent dormir sur une surface de couchage ferme couverte d'un drap-housse, et l'environnement de sommeil doit être exempt d'objets.	3/4	2/9	2/2
Les canapés, les sofas et les fauteuils sont des endroits très dangereux pour les nourrissons.	3/4	5/9	2/2
Objets dans l'environnement de sommeil			
Il est recommandé de garder les objets moelleux hors de l'aire de sommeil du nourrisson.	4/4	4/9	2/2
Les tours de lit ne sont pas recommandés et sont inutiles.	2/4	2/9	2/2
Emmaillotement			
Il n'existe aucune donnée probante permettant de recommander l'emmaillotement pour réduire le risque de syndrome de mort subite du nourrisson.	0/4	1/9	0/2
Les nourrissons emmaillotés doivent être couchés sur le dos.	1/4	1/9	0/2
Lorsqu'un nourrisson montre des signes indiquant qu'il tente de se tourner, il NE faut PLUS l'emmailloter.	1/4	0/9	1/2

Le vert indique que tous les documents examinés (100 %) présentaient la recommandation précise de l'American Academy of Pediatrics. L'orange indique qu'entre 50 et 99 % des documents examinés présentaient la recommandation précise de l'American Academy of Pediatrics. Le rouge indique que moins de 50 % des documents présentaient la recommandation précise de l'American Academy of Pediatrics. Au Manitoba, aucun des documents de politique ne respectait systématiquement les recommandations de l'American Academy of Pediatrics; aucun ne reprenait systématiquement ne serait-ce qu'une seule de ces recommandations. Le matériel d'éducation publique du Manitoba tendait à présenter généralement les recommandations consistant à coucher le nourrisson sur le dos, à éviter la surchauffe et à tenir les objets moelleux loin de l'environnement de sommeil. Toutefois, les recommandations relatives à d'autres facteurs de risque importants, comme le partage de lit et le tabagisme, n'étaient pas présentées de manière constante.

GLOSSAIRE

Âge gestationnel : Âge du nourrisson, en semaines, au moment de la naissance, déterminé par le moment de la conception.

Aide sociale : Aide financière provinciale; Aide à l'emploi et au revenu ou assistance sociale.

Autochtone : Populations membres des Premières Nations, inuites et métisses du Canada.

Chambre partagée : Situation où le nourrisson dort dans la même chambre qu'une autre personne, mais sur une surface de couchage séparée.

Décès d'un nourrisson lié au sommeil : Décès d'un nourrisson de moins de 24 mois, qui est survenu pendant son sommeil ou dans un environnement de sommeil. La définition comprend les catégories diagnostiques suivantes : syndrome de mort subite du nourrisson, mort subite inexpliquée d'un nourrisson et mort subite inexpliquée d'un enfant de plus d'un an. Elle comprend également les décès attribués à des causes naturelles dans un environnement de sommeil, comme la suffocation accidentelle.

Encombrement : Présence d'articles inutiles dans l'environnement de sommeil, par exemple des oreillers, des couvertures et des jouets.

Facteur de risque : Condition qui fait augmenter le risque.

Facteur de risque indépendant : Facteur de risque faisant augmenter le risque d'un résultat dans un modèle statistique, qui se maintient même en présence d'autres facteurs de risque connus.

Facteur de risque modifiable : Condition qui fait augmenter le risque d'apparition d'une maladie et qui peut être modifiée de façon à réduire le risque. Par exemple, des comportements comme le tabagisme peuvent être modifiés pour réduire la probabilité d'une maladie.

Facteur de risque non modifiable : Condition qui fait augmenter le risque d'apparition d'une maladie et qui ne peut pas être modifiée. Par exemple, il est impossible de changer l'âge, le sexe ou l'ethnicité d'une personne.

Faible poids à la naissance : Poids d'un nourrisson à la naissance inférieur à 2 700 g.

Matelas pour adultes : Pour les besoins du présent rapport, tout matelas (p. ex. très grand, grand, jumeau) placé sur un lit ou sur le plancher, qui n'est pas un matelas pour le lit d'enfant du nourrisson.

Mort subite inexpliquée d'un nourrisson : Décès soudain, inattendu et inexpliqué d'un nourrisson, lorsque les facteurs de risque externes sont mentionnés comme étant des facteurs ayant possiblement contribué au décès.

Nourrisson : Enfant de moins de 24 mois.

Partage de lit : Fait de partager la même surface de couchage qu'une autre personne.

Surchauffe : Condition qui constitue un facteur de risque en présence d'au moins l'une des situations suivantes au moment du décès : 1) la température de la pièce est supérieure à 21 °C; 2) le nourrisson décédé a été trouvé alors qu'il avait le visage couvert; 3) le nourrisson était fortement emmailloté, avec plus d'une couverture; 4) des signes de transpiration ont été observés.

Sur le dos : Position du nourrisson lorsqu'il est couché sur le dos.

Sur le ventre : Position du nourrisson lorsqu'il est couché sur le ventre.

Syndrome de mort subite du nourrisson : Décès soudain et inattendu d'un nourrisson de moins d'un an, qui demeure inexpliqué après l'autopsie, l'examen des lieux du décès et l'examen des antécédents du cas. Les médecins légistes canadiens n'utilisent plus ce terme depuis les années 2000.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. [En ligne] http://www.phac- aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/pdf/cphr-rspc08-fra.pdf

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2014). *Sommeil sécuritaire pour votre bébé*. Santé Canada.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2017). *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017 : Un rapport du système canadien de surveillance périnatale.* [En ligne] https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/aspc-phac/HP7-1-2017-1-fra.pdf

ALBERTA HEALTH SERVICES (2016). *Safe infant sleep policy*. Gouvernement de l'Alberta.

ALBERTA HEALTH SERVICES (2017). *Safe sleep for your baby's first year*. [En ligne] Services de la santé de l'Alberta. https://www.albertahealthservices.ca/assets/programs/ps-1029951-safe-sleep-brochure.pdf

ALESSANDRI, L. M., et autres (1996). « An analysis of sudden infant death syndrome in Aboriginal infants ». [En ligne] *Early Human Development*, vol. 45, nº 3, p. 235-244. https://doi.org/10.1016/0378-3782(96)01734-3

ALM, B., et autres (1998). « A case-control study of smoking and sudden infant death syndrome in the Scandinavian countries, 1992 to 1995 ». [En ligne] *Archives of Disease in Childhood*, vol. 78, nº 4, p. 329-334. https://doi.org/10.1136/adc.78.4.329

ALTFELD, S., et autres (2017). « Moving beyond "abstinence-only" messaging to reduce sleep-related infant deaths ». [En ligne] *The Journal of Pediatrics*, vol. 189, p. 207-212. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.06.069

ANDERSON, H. R., et D. G. COOK (1997). « Passive smoking and sudden infant death syndrome: Review of the epidemiological evidence ». [En ligne] *Thorax*, vol. 52, nº 11, p. 1003-1009. https://doi.org/10.1136/thx.52.11.1003

AUSTIN, J. E., et autres (2017). « Prevention messages in parent-infant bed-sharing: Message source, credibility, and effectiveness ». [En ligne] *Global Pediatric Health*, vol. 4, 2333794X1774340. https://doi.org/10.1177/2333794X17743403

BADDOCK, S. A., et autres (2018). « Physiological stability in an Indigenous sleep device: A randomised controlled trial ». [En ligne] *Archives of Disease in Childhood*, vol. 103, nº 4, p. 377-382. https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313512

BALL, H. L. (2017). « The Atlantic divide: Contrasting U.K. and U.S. recommendations on co-sleeping and bed-sharing ». [En ligne] *Journal of Human Lactation*, vol. 33, nº 4, p. 765-769. https://doi.org/10.1177/0890334417713943

BARTICK, M., et C. TOMORI (2019). « Sudden infant death and social justice: A syndemics approach ». [En ligne] *Maternal & Child Nutrition*, vol. 15, nº 1, e12652. https://doi.org/10.1111/mcn.12652

BRITISH COLUMBIA CORONERS SERVICE (2019). *Sleeping Safely: A BC Coroners Service death review panel report examining deaths among infants (2013-2018)*. [En ligne] British Columbia Coroners Service. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/child-death-review-unit/reports-publications/sudden_infant_deaths.pdf

BYARD, R. W. (2018). Reprise du « Chapter 24: The autopsy and pathology of sudden infant death syndrome ». Dans *SIDS sudden infant and early childhood death: The past, the present and the future* (1re éd., vol. 1). [En ligne] University of Adelaide Press. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513401/

BUREAU DU MÉDECIN LÉGISTE EN CHEF (2014). *Annual Review 2013*.

CARPENTER, R., et autres (2013). « Bed sharing when parents do not smoke: Is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies ». [En ligne] *BMJ Open*, vol. 3, nº 5, e002299. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002299

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). *Infant death investigation: Guidelines for the scene investigator*. 48.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (6 novembre 2019). *Sudden unexpected infant death and sudden infant death syndrome: SUID and SDY case registry*. [En ligne] https://www.cdc.gov/sids/case-registry.htm

CHAMBERLAIN, C., et autres (2017). « Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy ». [En ligne] *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001055.pub5

CHANG, H.-P., et autres (2013). « Sociodemographic and meteorological correlates of sudden infant death in Taiwan: Sudden infant death ». [En ligne] *Pediatrics International*, vol. 55, nº 1, p. 11-16. https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2012.03723.x

CHONG, D., P. YIP et J. KARLBERG (2004). « Maternal smoking: An increasing unique risk factor for sudden infant death syndrome in Sweden ». [En ligne] *Acta Paediatrica*, vol. 93, nº 4, p. 471-478. https://doi.org/10.1080/08035250310023495

CHU, T., M. HACKETT et N. KAUR (2016). « Housing influences among sleep-related infant injury deaths in the USA ». [En ligne] *Health Promotion International*, vol. 31, nº 2, p. 396-404. https://doi.org/10.1093/heapro/dav012

CHUNG, M., et autres (2012). « Safe infant sleep recommendations on the internet: Let's Google it ». [En ligne] *The Journal of Pediatrics*, vol. 161, nº 6, p. 1080-1084.e1. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.06.004

DALTVEIT, A., et autres (1998). « Sociodemographic risk factors for sudden infant death syndrome: Associations with other risk factors ». *Acta Paediatrica*, vol. 87, nº 3, p. 284-290. https://doi.org/10.1080/08035259850157336

Data Coordinating Centre for the Sudden Death in the Young Case Registry (non daté). Tools for providers. [En ligne] https://www.sdyregistry.org/tools-for-providers/

DES JARLAIS, D. C. (2017). « Harm reduction in the USA: The research perspective and an archive to David Purchase ». [En ligne] *Harm Reduction Journal*, vol. 14, nº 1, 51. https://doi.org/10.1186/s12954-017-0178-6

DUNCAN, J. R., et R. W. BYARD (éd.). (2018). *Sudden infant and early childhood death: The past, the present and the future*. The University of Adelaide Press.

ENGEL, M., C. R. AHLERS-SCHMIDT et B. SUTER (2019). « Safe sleep knowledge and use of provided cribs in a crib delivery program ». [En ligne] *Kansas Journal of Medicine*, vol. 10, nº 3, p. 59-61. https://doi.org/10.17161/kjm.v10i3.8658

FELDMAN-WINTER, L., J. P. GOLDSMITH et TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (2016). « Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns ». *Pediatrics*, vol. 138, nº 3, e20161889.

FILIANO, J. J., et H. C. KINNEY (1994). « A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: The Triple-Risk Model ». *Neonatology*, vol. 65, nº 3-4, p. 194-197. https://doi.org/10.1159/000244052

FOX, S., L. RAINIE, PEW INTERNET et AMERICAN LIFE PROJECT et MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION (2002). *Vital decisions: How internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick* (1re éd.). Pew Internet & American Life Project.

Fu, L. Y., R. Y. MOON et F. R. HAUCK (2010). « Bed sharing among black infants and sudden infant death syndrome: Interactions with other known risk factors ». [En ligne] *Academic Pediatrics*, vol. 10, nº 6, p. 376-382. https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.09.001

FUJITA, T. (2002). « Sudden infant death syndrome in Japan 1995–1998 ». [En ligne] *Forensic Science International*, vol. 130, p. 71-77. https://doi.org/10.1016/S0379-0738(02)00143-3

GILBERT, N., et autres (2012). « Erratum: Temporal trends in sudden infant death syndrome in Canada from 1991 to 2005: Contribution of changes in cause of death assignment practices and in maternal and infant characteristics » [En ligne] *Paediatric & Perinatal Epidemiology,* vol. 26, p. 124-130. https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2011.01248.x

GILBERT, R., et autres (2005). « Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: Systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002 ». [En ligne] *International Journal of Epidemiology*, vol. 34, nº 4, p. 874-887. https://doi.org/10.1093/ije/dyi088

GILMOUR, H., P. L. RAMAGE-MORIN et S. L. WONG (2019). *Partage du lit avec un nourrisson au Canada* (nº 82-003–X). [En ligne] Statistique Canada. https://www.researchgate.net/profile/Heather_Gilmour/publication/334519639_Infant_bed_sharing_in_Canada/links/5d2f180692851cf4408b3d5b/Infant-bed-sharing-in-Canada.pdf

GOULD, G. S., L. L. LIM et J. MATTES (2017). « Prevention and treatment of smoking and tobacco use during pregnancy in selected Indigenous communities in high-income countries of the United States, Canada, Australia, and New Zealand ». [En ligne] *Chest*, vol. 152, nº 4, p. 853-866. https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.06.033

GOUVERNEMENT DE L'ALBERTA (2005). *Foster care handbook*. Gouvernement de l'Alberta.

GOUVERNEMENT DE L'ALBERTA (2019a). *Child and family enhancement act policy manual—Section 2.1.3*. Gouvernement de l'Alberta.

GOUVERNEMENT DE L'ALBERTA (2019b). *Child and family enhancement act policy manual—Section 2.2*. Gouvernement de l'Alberta.

GOUVERNEMENT DU CANADA, SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, INSTITUT CANADIEN SUR LA SANTÉ INFANTILE ET LA FONDATION CANADIENNE POUR L'ÉTUDE SUR LA MORTALITÉ INFANTILE (2018). *L'énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : prévenir les décès subits des nourrissons au Canada* [énoncé conjoint]. [En ligne] https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp- ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/pdf/jsss-ecss2011-eng.pdf

GOUVERNEMENT DU MANITOBA (2019). *Public health nursing: Newborn nursing care pathway—provincial standards*. [En ligne] Gouvernement du Manitoba. https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/phnursingstandards/docs/Newborn_Nursing_Care_Pathway.pdf

GOUVERNEMENT DU NUNAVUT (2017). *How to reduce the risk of SIDS: Sudden infant death syndrome*. [En ligne] https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/sids_factsheet_english.pdf

GRANT, J., et autres (2017). *Collaboration and cultural safety: Safe sleep space alternatives with Aboriginal Families*. 2.

HARM REDUCTION COALITION (2019). *Principles of harm reduction*. [En ligne] Harm Reduction Coalition. https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/

HAUCK, F. R., et autres (2003). « Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: The Chicago Infant Mortality Study ». *Pediatrics*, vol. 111, nº 5 Pt 2, p. 1207-1214.

HAUCK, F. R., et autres (2015). « Evaluation of bedtime basics for babies: A national crib distribution program to reduce the risk of sleep-related sudden infant deaths ». [En ligne] *Journal of Community Health*, vol. 40, nº 3, 457–463. https://doi.org/10.1007/s10900-014-9957-0

HEALTH LINK BC (non daté). *Safe sleeping for babies: Handout for new mothers*. [En ligne] https://www.healthlinkbc.ca/healthlinkbc-files/safe-sleeping-babies

HEALTHY FAMILIES BC (1er octobre 2017). Blogue [gouvernement]. *Safer sleep for your baby*. [En ligne] https://www.healthyfamiliesbc.ca/home/blog/safer-sleep-your-baby

HERIS, C. L., et autres (2019). « Factors influencing smoking among indigenous adolescents aged 10–24 years living in Australia, New Zealand, Canada, and the United States: A systematic review ». [En ligne] *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 22, nº 11, p. 1946-1956. https://doi.org/10.1093/ntr/ntz219

HIGHET, A. R. et P. N. GOLDWATER (2013). « Maternal and perinatal risk factors for SIDS: A novel analysis utilizing pregnancy outcome data ». [En ligne] *European Journal of Pediatrics*, vol. 172, nº 3, p. 369-372. https://doi.org/10.1007/s00431-012-1896-0

HILDER, A. S. (1994). « Ethnic differences in the sudden infant death syndrome: What we can learn from immigrants to the UK ». [En ligne] *Early Human Development*, vol. 38, nº 3, p. 143-149. https://doi.org/10.1016/0378-3782(94)90205-4

HUTCHISON, B. L., et autres (2011). « Sudden unexpected infant death in Auckland: A retrospective case review ». [En ligne] *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, vol. 100, nº 8, p. 1108-1112. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02221.x

JAMES, C. (2003). « Sudden infant death syndrome: Bed sharing with mothers who smoke ». [En ligne] *Archives of Disease in Childhood*, vol. 88, nº 2, p. 112-113. https://doi.org/10.1136/adc.88.2.112

JOYNER, B. L., et autres (2010). « Where should my baby sleep: A qualitative study of African American infant sleep location decisions ». [En ligne] *Journal of the National Medical Association*, vol. 102, nº 10, p. 881-889. https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30706-9

KASSA, H., R. Y. MOON et J. D. COLVIN (2016). « Risk factors for sleep-related infant deaths in in-home and out-of-home settings ». [En ligne] *Pediatrics*, vol. 138, nº 5, e20161124. https://doi.org/10.1542/peds.2016-1124

KATZ, A., et autres (2019). [En ligne] *The health status of and access to healthcare by registered First Nations Peoples in Manitoba*. http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/chs/departmental_units/mchp/Landing-FNAtlas.html

KRUGMAN, S. D. et C. J. CUMPSTY-FOWLER (2018). « A hospital-based initiative to reduce post discharge sudden unexpected infant deaths ». [En ligne] *Hospital Pediatrics*, vol. 8, nº 8, p. 443-449. https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0211

LA LECHE LEAGUE (non daté). *Safe sleep, smart steps to safer bedsharing* [sans but lucratif]. [En ligne] The Safe Sleep Seven. https://llli.org/fr/news/the-safe-sleep-seven/

LEONE, F. T., et autres (2018). « Recommendations for the appropriate structure, communication, and investigation of tobacco harm reduction claims. An Official American Thoracic Society Policy Statement ». [En ligne] *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 198, nº 8, p. e90-e105. https://doi.org/10.1164/rccm.201808-1443ST

LI, D.-K. (2003). « Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997-2000 ». [En ligne] *American Journal of Epidemiology*, vol. 157, nº 5, p. 446-455. https://doi.org/10.1093/aje/kwf226

LITTLE BLACK BEAR AND ASSOCIATES (2013). *Sacred babies: An infant survival guide*.

MACDORMAN, M. F., et autres (1997). « Sudden infant death syndrome and smoking in the United States and Sweden ». [En ligne] *American Journal of Epidemiology*, vol. 146, nº 3, p. 249-257. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009260

MALLOY, M. H. (2013). « Prematurity and sudden infant death syndrome: United States 2005–2007 ». [En ligne] *Journal of Perinatology*, vol. 33, nº 6, p. 470-475. https://doi.org/10.1038/jp.2012.158

MANITOBA FIRST NATIONS EDUCATION RESOURCE CENTRE INC. (2015, June 3). *Tikinagan – Moss bags*. [En ligne] The Arrow Newsletter. http://mfnerc.org/newsletter/tikinagan-moss-bags/

MCGARVEY, C. M., et autres (2012). « Sudden unexplained death in childhood (1–4 years) in Ireland: An epidemiological profile and comparison with SIDS ». [En ligne] *Archives of Disease in Childhood*, vol. 97, nº 8, p. 692-697. https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-301393

MCKENNITT, D., D. WARDMAN et R. MCCORMICK (2014). *Non-traditional tobacco use among Aboriginal Canadians* (p. 239-256).

MIDDLEMISS, W., et autres (2019). Baby box distributions: Public health benefit or concern? [En ligne] *Public Health Reports*, vol. 134, nº 4, p. 328-331. https://doi.org/10.1177/0033354919847731

MILLAR, W. J. et G. B. HILL (1993). « Prevalence of and risk factors for sudden infant death syndrome in Canada ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 149, nº 5, p. 629-635.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NUNAVUT (2005). *Guidelines for completing well child record*. [En ligne] Gouvernement du Nunavut. https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/files/guidelines_for_completing_well_child_record_2016.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR (2017). *Sleep well, sleep safe. A booklet for parents of infants from 0-12 months and for all who care for infants*. [En ligne] Health Nexus Santé. https://www.gov.nl.ca/cssd/files/publications-pdf-healthyliving-sleep-well.pdf

MITCHELL, E. A., J. M. BRUNT et C. EVERARD (1994). « Reduction in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand: 1986-92 ». [En ligne] *Archives of Disease in Childhood*, vol. 70, nº 4, p. 291-294. https://doi.org/10.1136/adc.70.4.291

MITCHELL, E. A., et autres (1993). « Smoking and the sudden infant death syndrome ». *Pediatrics*, vol. 91, nº 5, p. 893-896.

MITCHELL, E. A., et autres (1992). « Four modifiable and other major risk factors for cot death: The New Zealand study ». [En ligne] *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 28, nº s1, p. S3-S8. https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1992.tb02729.x

NATIONAL ABORIGINAL COUNCIL OF MIDWIVES (2017). *Stories and teachings about infant care* (p. 8. [En ligne] https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2017/03/NACM_Booklet_InfantCare_2017_MED.pdf

OFFICE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DE WINNIPEG et GOUVERNEMENT DU MANITOBA (2016). *Swaddling safely and choosing safer sleep sacks*. [En ligne] https://www.gov.mb.ca/health/documents/swaddling.pdf

OSTFELD, B. M., et autres (2010). « Concurrent risks in sudden infant death syndrome ». [En ligne] *Pediatrics*, vol. 125, nº 3, p. 447-453. https://doi.org/10.1542/peds.2009-0038

OYEN, N., et autres (1997). « Combined effects of sleeping position and prenatal risk factors in sudden infant death syndrome: The Nordic Epidemiological SIDS Study ». [En ligne] *Pediatrics*, vol. 100, nº 4, p. 613-621. https://doi.org/10.1542/peds.100.4.613

PAINE, S. M., T. S. JACQUES et N. J. SEBIRE (2014). « Review: Neuropathological features of unexplained sudden unexpected death in infancy: Current evidence and controversies: The neuropathology of SIDS ». [En ligne] *Neuropathology and Applied Neurobiology*, vol. 40, nº 4, p. 364-384. https://doi.org/10.1111/nan.12095

PARIS, C. A., R. REMLER et J. R. DALING (2001). « Risk factors for sudden infant death syndrome: Changes associated with sleep position recommendations ». [En ligne] *The Journal of Pediatrics*, vol. 139, nº 6, p. 771-777. https://doi.org/10.1067/mpd.2001.118568

PERINATAL SERVICES BC et GOUVERNEMENT DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE (2009). *Safer infant sleep support tool*. http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Resources/HealthPromotion/Sleep/SaferSleepTool.pdf

PETERSON, D. R. (1982). « Sudden infant death syndrome and maternal age: Etiologic implications ». [En ligne] *JAMA*, vol. 247, nº 16, p. 2250-2252. https://doi.org/10.1001/jama.1982.03320410032025

PHILLIPS, D. P., K. M. BREWER et P. WADENSWEILER (2011). « Alcohol as a risk factor for sudden infant death syndrome (SIDS): Alcohol as a risk factor for SIDS ». [En ligne] *Addiction*, vol. 106, nº 3, p. 516-525. https://doi.org/10.1111/j.1360- 0443.2010.03199.x

RÉGIE DES SERVICES À L'ENFANT ET À LA FAMILLE DES MÉTIS (2014a). *Check list for completing a place of safety contract*. Régie des services à l'enfant et à la famille des Métis.

RÉGIE DES SERVICES À L'ENFANT ET À LA FAMILLE DES MÉTIS (2014b). *Safe sleep for infants*. Régie des services à l'enfant et à la famille des Métis.

RÉGIE DES SERVICES À L'ENFANT ET À LA FAMILLE DES MÉTIS (2016). *Kinship/place of safety practice and procedures guideline*. Régie des services à l'enfant et à la famille des Métis.

RÉGIE GÉNÉRALE DES SERVICES À L'ENFANT ET À LA FAMILLE (2012). *ABCs of safe sleep for baby*. Régie générale des services à l'enfant et à la famille.

RIED, J. L., et autres (2019). *Tobacco use in Canada: Patterns and trends*. [En ligne] University of Waterloo. https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada/tobacco-use-canada-patterns- and-trends

RUSEN, I. D., et autres (2004). « Sudden infant death syndrome in Canada: Trends in rates and risk factors, 1985-1998 ». *Chronic Diseases in Canada*, vol. 25, nº 1, p. 1-6.

RUYS, J. H., et autres (2007). « Bed-sharing in the first four months of life: A risk factor for sudden infant death ». [En ligne] *Acta Paediatrica*, vol. 96, nº 10, p. 1399-1403. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00413.x

SALM WARD, T. C., et autres (2018). « Evaluation of a crib distribution and safe sleep educational program to reduce risk of sleep-related infant death ». [En ligne] *Journal of Community Health*, vol. 43, nº 5, p. 848-855. https://doi.org/10.1007/s10900-018-0493-1

SANTÉ CANADA (2014). *Sommeil sécuritaire pour votre bébé*. [En ligne] Santé Canada. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/childhood-adolescence/stages-childhood/infancy-birth-two-years/safe-sleep/safe-sleep-your-baby-brochure/sommeil-securitaire.pdf

SASKATOON HEALTH REGION (2015). *Policies and procedures: Safe sleeping practices for infants*. Saskatoon Health Region.

SASKATOON HEALTH REGION (2018). *Policy on safe sleeping practices for infants*. Gouvernement de la Saskatchewan.

SCHELLSCHEIDT, J., A. OTT et G. JORCH (1997). « Epidemiological features of sudden infant death after a German intervention campaign in 1992 ». [En ligne] *European Journal of Pediatrics*, vol. 156, nº 8, p. 655-660. https://doi.org/10.1007/s004310050686

SCHLUTER, P., et autres (1998). « Residential mobility and sudden infant death syndrome ». [En ligne] *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 34, nº 5, p. 432-437. https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.1998.00268.x

SCHNITZER, P. G., T. M. COVINGTON et H. K. DYKSTRA (2012). « Sudden unexpected infant deaths: Sleep environment and circumstances ». [En ligne] *American Journal of Public Health*, vol. 102, nº 6, p. 1204-1212. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300613

SCOTT, I. A. et R. J. SCOTT (2020). « Pill testing at music festivals – is it evidence-based harm reduction? » [En ligne] *Internal Medicine Journal*, vol. 50, nº 4, p. 395-402. https://doi.org/10.1111/imj.14742

SCRAGG, R., et autres (1995). « Public health policy on bed sharing and smoking in the sudden infant death syndrome ». *The New Zealand Medical Journal*, vol. 108, nº 1001, p. 218-222.

SCRAGG, R. K. R., et autres (2007). « Maternal cannabis use in the sudden death syndrome ». [En ligne] *Acta Paediatrica*, vol. 90, nº 1, p. 57-60. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2001.tb00256.x

SENTER, L. (2011). « Sudden and unexpected infant deaths in a time of changing death certification and investigation practices: Evaluating sleep-related risk factors for infant death in New York City ». [En ligne] *Maternal and Child Health Journal*, vol. 15, nº 2, p. 242-248. https://doi.org/10.1007/s10995-010-0577-8

SHAH, T., K. SULLIVAN et J. CARTER (2006). « Sudden infant death syndrome and reported maternal smoking during pregnancy ». [En ligne] *American Journal of Public Health*, vol. 96, nº 10, p. 1757-1759. https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.073213

SHAPIRO-MENDOZA, C. K., et autres (2006). « Risk factors for neonatal morbidity and mortality among “healthy,” late preterm newborns ». [En ligne] *Seminars in Perinatology*, vol. 30, nº 2, p. 54-60. https://doi.org/10.1053/j.semperi.2006.02.002

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2013). *The importance of child and youth death reviews*. Société canadienne de pédiatrie. https://www.cps.ca/en/documents/position/importance-of-child-and-youth-death-review

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2018). *Caring for kids: Safe sleep for babies*. [En ligne] https://www.caringforkids.cpa.ca/handouts/safe_sleep_for_babies

SOUTHERN FIRST NATIONS NETWORK OF CARE (2018a). *Safe sleep policy*. Southern First Nations Network of Care.

SOUTHERN FIRST NATIONS NETWORK OF CARE (2018b). *Safe sleep for infants in the agency’s care*. Southern First Nations Network of Care.

SOUTHERN FIRST NATIONS NETWORK OF CARE (2018c). *Safe sleep for infants not in the agency’s care*. Southern First Nations Network of Care.

STANDFAST, S. J., S. JEREB et D. T. JANERICH (1980). « The epidemiology of sudden infant death in upstate New York: II: Birth characteristics ». [En ligne] *American Journal of Public Health*, vol. 70, nº 10, p. 1061-1067. https://doi.org/10.2105/AJPH.70.10.1061

STATISTIQUE CANADA (2017). *Manitoba [province] et Canada [pays] (tableau). Profil du recensement, Recensement 2016. Catalogue nº 98-316-X2016001 de Statistique Canada.* [En ligne] https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E

STATISTIQUE CANADA (3 avril 2019). *Taille convenable du ménage privé* [gouvernement]. [En ligne] Statistique Canada. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=100731

STATISTIQUE CANADA (8 octobre 2019). *Ascendance autochtone de la personne* [gouvernement]. [En ligne] Statistique Canada. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=42911

STATISTIQUE CANADA (2020). *Tableau 13-10-0417-01 : Âge moyen de la mère à l'accouchement (naissance vivante)*. [En ligne] https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310041701

TAPPIN, D., R. ECOB et H. BROOKE (2005). « Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-control study ». [En ligne] *The Journal of Pediatrics*, vol. 147, nº 1, p. 32-37. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.01.035

TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (2016). « SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment ». [En ligne] *Pediatrics*, vol. 138, nº 5, e20162938. https://doi.org/10.1542/peds.2016-2938

TIPENE-LEACH, D. et S. ABEL (2019). « Innovation to prevent sudden infant death: The Wahakura as an Indigenous vision for a safe sleep environment ». [En ligne] *Australian Journal of Primary Health,* vol. 25, nº 5, p. 406-409. https://doi.org/10.1071/PY19033

TORO., K. et P. SÓTONYI (2001). « Distribution of prenatal and postnatal risk factors for sudden infant death in Budapest ». [En ligne] *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 19, nº 3, p. 178-180. https://doi.org/10.1080/028134301316982414

TRACHTENBERG, F. L., et autres (2012). « Risk factor changes for sudden infant death syndrome after initiation of Back-to-Sleep campaign ». [En ligne] *Pediatrics*, vol. 129, nº 4, p. 630-638. https://doi.org/10.1542/peds.2011-1419

TRIFUNOV, W. (2009). *The practice of bed sharing: A systematic literature and policy review* [évaluation de l'élaboration d'un projet de programme]. [En ligne] https://www.albertahealthservices.ca/ps-1029951-safe-sleep-bed-sharing.pdf

TRIPARTITE FIRST NATIONS AND ABORIGINAL MATERNAL AND CHILD HEALTH COMMITTEE (2013). *Honouring our babies*. First Nations Health Authority. [En ligne] https://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/new-safe-infant-sleep-toolkit-honouring-our-babies-safe-sleep-cards-and-guide

VENNEMANN, M. M., et autres (2012). « Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: Can we resolve the debate? » [En ligne] *The Journal of Pediatrics*, vol. 160, nº 1, p. 44-48.e2. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.06.052

WALKER, R. C., et autres (2019). « Understanding the experiences, perspectives and values of Indigenous women around smoking cessation in pregnancy: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies ». [En ligne] *International Journal for Equity in Health*, vol. 18, nº 1, p. 74. https://doi.org/10.1186/s12939-019-0981-7

WEEKS, C. (2017). « Undetermined ». [En ligne] *Globe and Mail*. https://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/canadian-coroners-stop-using-term-sids-to-classify-mysterious-infantdeaths/article34504758/

WEIMER, S. M., et autres (2002). « Prevalence, predictors, and attitudes toward cosleeping in an urban pediatric center ». [En ligne] *Clinical Pediatrics*, vol. 41, nº 6, p. 433-438. https://doi.org/10.1177/000992280204100609

WILLIAMS, S. M. (2002). « Are risk factors for sudden infant death syndrome different at night? » [En ligne] *Archives of Disease in Childhood*, vol. 87, nº 4, p. 274-278. https://doi.org/10.1136/adc.87.4.274

ZHANG, K. et X. WANG (2013). « Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis ». [En ligne] *Legal Medicine*, vol. 15, nº 3, p. 115-121. https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2012.10.007