SOMMEIL

Services et programmes ciblant l'insomnie chez le jeune enfant et le nourrisson

Luci Wiggs, D.Phil

University of Oxford Section of Child and Adolescent Psychiatry, Royaume-Uni

Mars 2013, 2e éd.

Introduction

Le sommeil constitue l'une des activités principales de l'enfant pendant son développement précoce; un enfant qui entre à l'école a en général passé plus de temps à dormir qu'à effectuer d'autres activités. Comme c'est un aspect aussi primordial du développement précoce, il est important de se centrer sur les anomalies concernant cette activité et sur leurs conséquences pour l'enfant, particulièrement parce que les troubles du sommeil semblent si nombreux chez les jeunes enfants. Environ 25 à 50 % des enfants d'un an ont des difficultés à s'endormir ou se réveillent dans la nuit, et ces chiffres ne diminuent pas de façon spectaculaire quand l'enfant grandit : à l'âge de 3 ans, 25 à 30 % des enfants ont des problèmes de sommeil, et on trouve des pourcentages similaires dans le groupe d'âge des 3 à 5 ans.[1] Les taux sont considérablement plus élevés pour les enfants qui ont des « besoins spéciaux » (par exemple, chez ceux qui ont des troubles pédiatriques, psychiatriques ou neurologiques, ou ceux qui ont des retards intellectuels).[2]

L'expression « trouble du sommeil » englobe un certain nombre de conditions variées; la Classification internationale des troubles du sommeil répertorie plus de 80 troubles du sommeil

différents.[3] Bien que plusieurs types de troubles du sommeil puissent se produire dans le groupe d'âge de 0 à 5 ans, l'insomnie semble être le problème le plus courant et le plus intraitable auquel les parents et les cliniciens font face, et c'est aussi le type de problème de sommeil pendant l'enfance sur lequel porte la plus grande partie des écrits scientifiques. En conséquence, cet article portera sur les services et les programmes ciblant l'insomnie. France et Blampied[4] procurent des modèles utiles des divers processus impliqués dans le développement de l'insomnie chez le nourrisson.

Sujet

De plus en plus, grâce aux avancées de la médecine, on ne juge plus l'efficacité d'une intervention uniquement d'après son impact sur la condition traitée. D'autres variables, comme l'acceptabilité, la conformité et les effets sur d'autres domaines du fonctionnement/du quotidien, sont devenues des aspects saillants qui affectent les choix de traitement, et c'est aussi le cas des traitements pour l'insomnie. Il est important d'établir des associations positives entre une intervention et le développement social ou émotif de l'enfant, pas seulement pour le bien-être de ce dernier, mais aussi pour convaincre les parents, les professionnels et ceux qui subventionnent les services et la recherche que le traitement d'un problème aussi courant est souhaitable, particulièrement s'il peut apporter des bienfaits à long terme et réduire la probabilité que d'autres difficultés se développent, malgré ses coûts possibles (en matière d'émotion, de temps ou d'argent).

Problèmes

La réussite des interventions en matière d'insomnie peut affecter le développement social et émotif de l'enfant de façons multiples. Premièrement, en inversant les effets directs de la perte de sommeil dont on a montré dans d'autres contextes qu'elle avait des effets graves et étendus sur les fonctions cognitives de l'enfant, sur sa réussite scolaire et sur son comportement.[5,6]

Deuxièmement, il est évident que le problème de sommeil de l'enfant n'affecte pas uniquement ce dernier, mais la plupart du temps la famille au complet, qui subit le stress du problème de l'enfant alors que son propre sommeil est compromis. Il a été rapporté que les mères d'enfants qui ont des problèmes de sommeil ont un bien-être plus faible et le fonctionnement familial peut être tellement compromis qu'on a constaté des associations avec les problèmes conjugaux et même probablement avec la violence physique envers l'enfant.[7,8]

Troisièmement, certaines interventions comprennent l’enseignement de techniques et de compétences que les parents peuvent utiliser avec l’enfant dans d’autres contextes. Des améliorations subséquentes peuvent donc se produire à cause des changements généraux en matière de compétences parentales.

Les études longitudinales prospectives effectuées sur d’importantes cohortes d’enfants sont nécessaires afin de déterminer la relation causale entre les troubles du sommeil et le développement pathologique de l’enfant. Il est aussi difficile de déterminer le mécanisme d’action de l’impact positif d’une intervention réussie sur l’enfant et sur le fonctionnement familial, en partie parce que les études citées se sont basées sur les rapports subjectifs des parents (à la fois sur le sommeil de l’enfant et sur tous les facteurs sociaux et émotifs associés), et aussi parce c’est généralement la même personne (la mère) qui rapporte ces variables, ce qui donne lieu à des biais systématiques.

Contexte de la recherche

Étant donné que le terme « troubles du sommeil » est si large et que la médecine du sommeil touche plusieurs spécialités médicales et associées, la nature du traitement approprié varie considérablement.[9] Les interventions pharmacologiques sont le traitement le plus fréquemment utilisé[11] pour les problèmes d’insomnie chez le jeune enfant (la sédation, généralement sous la forme d’antihistaminiques sédatifs ou d’hydrate de chloral; la mélatonine est une approche relativement nouvelle, mais son usage et son efficacité restent discutables).[10] La thérapie comportementale (c’est à dire enseigner aux parents différentes stratégies qu’ils peuvent employer pour aider leur enfant à apprendre les comportements de sommeil adéquats et à désapprendre les comportements inadéquats) est désormais plus favorisée. La documentation suggère que les deux types d’intervention montrent une efficacité à court terme, mais que les effets des approches comportementales sont plus durables.[12-14]

Des techniques comportementales ont été utilisées de façon préventive, et leurs résultats suggèrent que l’on peut « enseigner » un sommeil plus consolidé,[15-18] bien que des études de suivi à long terme soient nécessaires afin d’établir la véracité de l’efficacité de la prévention.

Il est important d’établir l’impact des interventions, notamment parce que les techniques elles-mêmes ne sont pas exemptes de critiques; il y a eu des conjectures à l’effet que les techniques comportementales qui impliquent l’ignorance de la demande étaient potentiellement nuisibles

pour l’enfant,[19] cependant, aucune preuve empirique ne l’a démontré.[20-22] La sédation soulève elle aussi des préoccupations sur les effets secondaires, la tolérance et l’insomnie de rebond lorsque l’on cesse le traitement.[11] La résistance parentale peut être une question commune aux deux types d’approches.

Questions clés pour la recherche

Lorsqu’ils analysent l’efficacité des interventions sur les troubles du sommeil chez les jeunes enfants, les chercheurs explorent les effets sur le sommeil de l’enfant principalement à partir des rapports des parents (entrées dans un journal ou questionnaires) comme mesures principales, bien que quelques études aient eu recours à des mesures objectives, et davantage d’études sont nécessaires. Le fonctionnement de l’enfant (généralement l’évaluation du comportement chez les enfants d’âge préscolaire) et de la famille ont été évalués essentiellement à l’aide de questionnaires complétés par les mères. Encore une fois, des mesures objectives et indépendantes sont nécessaires, ainsi que des données de suivi à long terme.

Étant donné que l’efficacité des interventions comportementales est acceptée, l’attention s’est récemment tournée vers les aspects de l’administration du traitement (par exemple, la quantité et la nature du temps thérapeutique requises, l’utilisation d’information écrite).[23,24]

Résultats récents de la recherche

Les thérapies comportementales qui ont réussi à vaincre l’insomnie des enfants ont été associées à plusieurs reprises à la réduction des comportements problématiques chez l’enfant[8,22,25] et à l’amélioration de la santé mentale et de la satisfaction maritale des parents.[8,26-28] Même lorsque les thérapies comportementales ont utilisées de façon préventive, les chercheurs ont documenté des effets importants sur le stress parental et sur le sentiment d’efficacité.[18] Les parents ont rapporté des interactions plus positives avec l’enfant[8] et ceci a été observé indépendamment dans certains contextes spécifiques (par exemple pendant le repas).[29] Cependant, une minorité d’études n’ont pas réussi à trouver de changements associés,[30] ou ont documenté des changements positifs à la fois dans les groupes contrôles et dans ceux qui recevaient le traitement,[31] ce qui suggère que davantage de travaux sont nécessaires pour comprendre totalement la relation complexe entre les problèmes de sommeil des enfants, leur traitement et le fonctionnement des membres de la famille. Il se pourrait que des facteurs protecteurs ou prédisposants non encore découverts affectent le résultat ou la réponse au traitement.

©2013-2025 ABILIO | SOMMEIL

Conclusions

Plusieurs études ont découvert des liens entre le succès des traitements comportementaux (et dans une moindre mesure, de la prévention) des problèmes de sommeil chez l'enfant et les améliorations du fonctionnement de l'enfant et de la famille d'une manière susceptible d'avoir un impact considérable sur les interactions sociales et émotives de l'enfant. D'autres types de troubles du sommeil (par exemple, les parasomnies très chargées, les terreurs nocturnes, la somnolence diurne excessive) ne font pas l'objet de cet article, mais sont aussi susceptibles d'affecter le développement de l'enfant (par exemple, en limitant les activités des enfants à cause de la gêne, en induisant de l'anxiété, en limitant les occasions de vivre des expériences, etc.). Goodlin-Jones et Anders[32] soulignent le besoin de recherche pour savoir s'il y a des « moments critiques » qui peuvent particulièrement prédisposer un enfant à des pathologies à plus long terme.

Par égard pour l'exhaustivité, il faut reconnaître que les pratiques de sommeil de l'enfant reposent sur des bases culturelles et que les attentes culturelles affecteront les perceptions de ce qu'est un comportement de sommeil acceptable ou anormal.

Implications

La gestion de l'insomnie du jeune enfant est un domaine clinique important, à la fois à cause de sa prévalence et aussi parce qu'elle peut être résolue relativement rapidement et facilement et apporter des bienfaits apparemment étendus. Les preuves empiriques soutiennent le recours à des stratégies comportementales (à court et à long terme) comme traitement de premier choix pour s'occuper de l'insomnie pendant l'enfance. Si l'on veut s'assurer que les enfants reçoivent des traitements appropriés le plus tôt possible (ou de façon préventive), les professionnels (et les parents) ont besoin de davantage d'éducation concernant le sommeil afin que les troubles du sommeil soient reconnus, évalués et diagnostiqués. Globalement, l'éducation actuelle des professionnels sur le sommeil est faible.[33-36]

Il faut reconnaître que les interventions comportementales peuvent être exigeantes en matière de ressources émotives des parents et de temps du thérapeute, et que les résultats des projets de recherche ne peuvent pas toujours être extrapolés à une situation clinique générale. Par conséquent, une plus grande compréhension de la partie « active » de toute intervention et des moyens de simplifier son administration et sa mise en place devrait être considérée comme

©2013-2025 ABILIO | SOMMEIL

prioritaire.

Références

1. Mindell JA, Owens JA. *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
2. Stores G, Wiggs L, eds. *Sleep Disturbance in Children and Adolescents with Disorders of Development: its significance and management*. London, England: MacKeith Press; 2001.
3. American Sleep Disorders Association. *The International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual.* Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association; 1997.
4. France KG, Blampied NM. Infant sleep disturbance: description of a problem behaviour process. *Sleep Medicine Reviews* 1999;3(4):265-280.
5. Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, Smith A, Weissbluth M, Binns HJ, Christoffel KK. Sleep and behavior problems among preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1999;20(3):164-169.
6. Meijer AM, Habekothé HT, Van Den Wittenboer GJH. Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *Journal of Sleep Research* 2000;9(2):145-153.
7. Chavin W, Tinson S. The developing child: Children with sleep difficulties. *Health Visitor* 1980;53(11):477-480.
8. Quine L. Helping parents to manage children's sleep disturbance. An intervention trial using health professionals. In: Gibbons J, ed. *The Children Act 1989 and Family Support: Principles into Practice*. London, England: HMSO; 1992;101-141.
9. Stores G. *A Clinical Guide to Sleep Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2001.
10. Stores G. Medication for sleep-wake disorders. *Archives of Disease in Childhood* 2003;88(10):899-903.
11. France KG, Hudson SM. Management of infant sleep disturbance: a review. *Clinical Psychology Review* 1993;13(7):635-647.
12. Mindell JA. Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(6):465-481.
13. Owens JL, France KG, Wiggs L. Behavioural and cognitive-behavioural interventions for sleep disorders in infants and children: a review. *Sleep Medicine Reviews* 1999;3(4):281-302.
14. Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, Stores G. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *British Medical Journal* 2000;320(7229):209-213.
15. Adair R, Zuckerman B, Bauchner H, Philipp B, Levenson S. Reducing night waking in infancy: a primary care intervention. *Pediatrics* 1992;89(4):585-588.
16. Kerr SM, Jowett SA, Smith LN. Preventing sleep problems in infants: a randomised controlled trial. *Journal of Advances in Nursing* 1996;24(5):938-942.
17. Pinilla T, Birch LL. Help me make it through the night: behavioral entrainment of breast-fed infants' sleep patterns. *Pediatrics* 1993;91(2):436-444.
18. Wolfson A, Lacks P, Futterman A. Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;60(1):41-48.
19. France KG. Handling parents' concerns regarding the behavioural treatment of infant sleep disturbance. *Behaviour Change* 1994;11(2):101-109.
20. France KG. Behavior characteristics and security in sleep-disturbed infants treated with extinction. *Journal of Pediatric Psychology* 1992;17(4):467-475.

©2013-2025 ABILIO | SOMMEIL

21. Reid MJ, Walter AL, O'Leary SG. Treatment of young children's bedtime refusal and nighttime wakings: a comparison of 'standard' and graduated ignoring procedures. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1999;27(1):5-16.

22. Sanders MR, Bor B, Dadds M. Modifying bedtime disruptions in children using stimulus control and contingency management techniques. *Behavioural Psychotherapy* 1984;12(2):130-141.

23. Eckberg, B. Treatment of sleep problems in families with small children: is written information enough? *Acta Paediatrica* 2002;91(8):952-959.

24. Montgomery P, Stores G, Wiggs L. The relative efficacy of two brief treatments for sleep problems in young learning disabled (mentally retarded) children: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood* 2004;89(2):125-130.

25. Seymour FW, BayfieldG, Brock P, During M. Management of night waking in young children. *Australian Journal of Family Therapy* 1983;4(4):217-222.

26. Durand VM, Mindell JA. Behavioral treatment of multiple childhood sleep disorders: effects on child and family. *Behaviour Modification* 1990;14(1):37-49.

27. Hiscock H, Wake M. Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *British Medical Journal* 2002;324(7345):1062-1065.

28. Wiggs L, Stores S. Behavioural treatment for sleep problems in children with severe intellectual disabilities and daytime challenging behaviour: effect on mothers and fathers. *British Journal of Health Psychology* 2001;6(3):257-269.

29. Minde K, Faucon A, Falkner S. Sleep problems in toddlers, effects of treatment on their daytime behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994;33(8):1114-1121.

30. Richman N, Douglas, J, Hunt H, Lansdown R, Levere R. Behavioural methods in the treatment of sleep disorders – a pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1985;26(3):581-590.

31. Wiggs L, Stores G. Behavioural treatment for sleep problems in children with severe learning disabilities and challenging daytime behaviour: effect on daytime behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatryand Allied Disciplines* 1999;40(4):627-635.

32. Goodlin-Jones BL, Anders TF. Relationship disturbances and parent-child therapy. Sleep problems. *Child and Adolescent Clinics of North America* 2001;10(3):487-499.

33. Rosen R, Mahowald M, Chesson A, Doghrami K, Goldberg R, Moline M, Millman R, Zammit G, Mrak B, Dement W. The Taskforce 2000 survey on medical education in sleep and sleep disorders. *Sleep* 1997;21(3):235-238.

34. Salzarulo P. Workshop on education about sleep in Europe: chairman's summary. In: Horne JA, ed. *Sleep '90, proceedings of the Tenth European Congress on Sleep Research*. Bochum, Germany: Pontenagel Press; 1990:475-478.

35. Stores G, Crawford C. Medical student education in sleep and its disorders. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1998;32(32):149-153.

36. Stores R, Wiggs L. Sleep education in clinical psychology courses in the UK. *Clinical Psychology Forum* 1998;119:14-18.

©2013-2025 ABILIO | SOMMEIL