

Université du Québec en Outaouais

**Pratiques parentales en contexte d'adversité : Impact des difficultés de sommeil des enfants
et de leur amélioration.**

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil neuropsychologie clinique (D. Psy.)

Par
© Natasha Raymond

Avril 2022

COMPOSITION DU JURY

Pratiques parentales en contexte d’adversité : Impact des difficultés de sommeil des enfants et de leur amélioration.

Par
© Natasha Raymond

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Geneviève Forest, Ph. D., directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Michel Dugas, Ph. D., examinateur interne et président du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Hélène Forget, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Célia Matte-Gagné, Ph.D., examinatrice externe, Faculté des sciences sociales, École de psychologie, Université Laval

REMERCIEMENTS

Il est essentiel pour moi de remercier tous ceux et celles qui ont contribué à cette grande aventure universitaire et à ma réussite. Je tiens à souligner l'implication de tous ceux et celles qui m'ont aidé à atteindre ce rêve et qui m'ont soutenu tout au long de cette épreuve.

Pour débiter, j'aimerais remercier ma directrice de recherche, Geneviève Forest, d'avoir cru en mon potentiel, de m'avoir appuyé et encouragé tout au long de ce projet. Je voudrais également remercier Annie Bérubé, qui a toujours trouvé des solutions et soulevé les aspects positifs du projet dans les moments d'embuche. Je tiens également à te remercier pour ton support et ton encadrement pour les analyses statistiques. Je voudrais remercier Michel Dugas, Hélène Forget et Célia Matte-Gagné d'avoir accepté de faire partie de mon comité d'essai doctoral. J'aimerais remercier mes collègues de laboratoire, Laura Ramos et Jérémie Potvin, qui ont dévoué un temps précieux au projet et ont offert un soutien essentiel pendant la collecte de données. Je remercie également les intervenantes du Centre de pédiatrie social de Gatineau pour leur collaboration dans le cadre du projet et pour leur accueil chaleureux.

J'aimerais particulièrement remercier Kim Mercier, une collègue et surtout une amie en or. Je ne peux pas m'imaginer ce que ce parcours scolaire aurait été sans elle, et je suis heureuse de ne pas avoir à le faire ! J'ai tellement appris de tes habiletés, ta persévérance, ta résilience et ton optimisme. Je tiens également à partager ma reconnaissance envers mes collègues de cohorte et amies, Josiane Paradis et Joannie Maltais, pour la belle complicité que nous avons partagée et qui je souhaite, perdurera à travers le temps, malgré la distance qui nous sépare.

Je voudrais également remercier mes amies, qui ont toujours été présentes pendant cette démarche académique, lors des embuches et moments plus difficiles. Merci à Geneviève, à Marie-Camille, à Josianne et à Aude. Merci à Josée et Maude, d'avoir partagé une colocation

pendant mes Internats à Québec. Je vous remercie toutes les deux pour tous les beaux moments partagés et pour les beaux souvenirs que j'ai de cette étape.

Je tiens à remercier de tout cœur mes parents, sans qui ce projet n'aurait pas été possible. Merci à mon père, mon pilier, qui m'a toujours supporté et qui m'a encouragé à persévérer. Je te remercie de m'avoir aidé à maintenir un équilibre de vie en me rappelant souvent de décrocher de mon ordinateur pour me reposer ou m'amuser. Merci à ma mère de m'avoir accompagnée dans cette grande aventure et de m'avoir aidé à devenir la personne que je suis aujourd'hui. Je remercie également mon frère, qui m'inspire à persévérer.

Finalement, sur une note plus personnelle, j'aimerais remercier mon amour, Joël, pour sa patience. Merci pour ta présence réconfortante et ton écoute dans les moments plus difficiles, mais surtout, merci d'avoir cru en moi lorsque j'en avais grandement besoin. Merci pour les moments inoubliables partagés avec toi. Tu as toujours su m'aider à retrouver ma motivation pour continuer et terminer cette aventure. Maintenant, j'ai hâte d'en débiter de nouvelles avec toi. Je t'aime.

RÉSUMÉ

Introduction : Les pratiques parentales inadéquates joueraient un rôle dans le développement et le maintien des difficultés de sommeil chez les enfants. Or, les parents vivant en contexte d'adversité seraient plus susceptibles d'utiliser des pratiques parentales inadéquates en interaction avec leur enfant. En outre, il est reconnu que les difficultés de sommeil des enfants affecteraient négativement le contexte des interactions parent-enfant. Par contre, peu d'études ont vérifié s'il existe un lien direct entre les difficultés de sommeil des enfants et certaines pratiques parentales, lesquelles sont un aspect du contexte des interactions parent-enfant, chez des familles en contexte d'adversité. Ainsi, l'objectif du présent projet d'essai doctoral était d'examiner le lien entre les difficultés de sommeil des enfants et les pratiques parentales (Étude 1) et d'explorer les effets de l'amélioration du sommeil des enfants sur les pratiques parentales (Étude 2) chez des familles vivant en contexte d'adversité. Cet essai doctoral s'est intéressé plus précisément à la perception et à la réponse parentale aux besoins des enfants, des composantes spécifiques des pratiques parentales.

Méthode : Des modèles de régressions hiérarchiques ont été réalisés dans le cadre de l'étude 1 pour vérifier l'impact des difficultés de sommeil des enfants sur les pratiques parentales auprès de 74 dyades mère-enfant, où l'enfant était âgé de 1 à 5 ans. Ensuite, une intervention sur le sommeil de l'enfant a été élaborée dans le cadre de l'étude 2 pour explorer les effets de l'amélioration du sommeil des enfants sur les pratiques parentales, auprès de 12 familles ayant un enfant âgé de 3 à 5 ans. Les difficultés de sommeil ont été mesurées à l'aide du Questionnaire sur les Habitudes de Sommeil des Enfants et les pratiques parentales ont été mesurées à l'aide du questionnaire Place aux Parents.

Résultats : Les résultats de l'étude 1 montrent que les comportements de résistance au coucher et les éveils nocturnes fréquents prédisent une variance significative de la perception parentale des besoins de l'enfant. La somnolence diurne quant à elle prédit significativement la réponse parentale aux besoins de l'enfant. Les résultats de l'étude 2 montrent qu'une intervention visant le sommeil des enfants a le potentiel d'améliorer le sommeil des enfants ainsi que la réponse parentale aux besoins, alors qu'elle ne semble pas avoir d'effet sur la perception parentale des besoins.

Conclusion : Cet essai doctoral a permis de montrer que les difficultés de sommeil des enfants prédisent différents aspects des pratiques parentales. De plus, cet essai soulève la faisabilité et les avantages de mener une intervention chez les familles vivant en contexte d'adversité ainsi que l'importance d'adapter les interventions visant le sommeil des enfants pour cette population.

Mots clés : Difficultés de sommeil chez les enfants, Interactions parent-enfant, Pratiques parentales, Sensibilité parentale, Interventions de sommeil, Contexte d'adversité.

Table des matières

COMPOSITION DU JURY	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES et ACRONYMES	ix
AVANT-PROPOS	x
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	1
1.1 Le développement du sommeil et le sommeil normal chez les enfants d'âge préscolaire	3
1.2 Les difficultés de sommeil dans la population pédiatrique générale.....	4
1.3 Les difficultés de sommeil chez les enfants vivant en contexte d'adversité.....	6
1.4 Les facteurs associés aux difficultés de sommeil chez les enfants vivants en contexte d'adversité.....	9
1.4.1 Les facteurs extrinsèques distaux	12
1.4.2 Les facteurs extrinsèques proximaux.....	13
1.4.3 Les facteurs intrinsèques à l'enfant	13
1.4.4 Le contexte des interactions parent-enfant : le lien entre les pratiques parentales et les difficultés de sommeil des enfants	15
1.5 L'impact des difficultés de sommeil des enfants sur les pratiques parentales chez les familles vivant en contexte d'adversité.....	21
1.5.1 L'impact des difficultés de sommeil sur le fonctionnement diurne des enfants d'âge préscolaire.....	23
1.5.2 L'impact des difficultés de sommeil des enfants sur le fonctionnement diurne des parents	26
1.5.3 Impact des difficultés de sommeil des enfants sur les pratiques parentales ..	27
1.6 Les interventions visant l'amélioration du sommeil des enfants.....	30
1.6.1 Le format des interventions visant l'amélioration du sommeil des enfants ..	34
1.6.2 L'amélioration du sommeil des enfants vivant en contexte d'adversité.....	35
1.6.3 Les bienfaits de l'amélioration du sommeil des enfants sur le contexte des interactions parent-enfant	39
1.7 Objectifs et Hypothèses.....	43
1.7.1 Étude 1	44
1.7.2 Étude 2	44
CHAPITRE II	
ÉTUDE 1 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS	45

2.1. Participants et procédure	45
2.2 Mesures.....	46
2.2.1 Données sociodémographiques (Bérubé et al., 2015)	46
2.2.2 Grille d'évaluation du développement de l'enfant (Moreau et al., 2020)	47
2.2.3 Questionnaire sur les Habitudes de Sommeil des Enfants (Owens et al., 2000)	48
2.2.4 Place aux Parents (Bérubé et al., 2015)	50
2.3 Analyses statistiques.....	52
2.4 Résultats	53
CHAPITRE III	
ÉTUDE 2 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS	57
3.1 Participants	57
3.2 Procédure.....	59
3.3 Mesures.....	62
3.4 Analyses statistiques.....	63
3.5 Résultats	64
CHAPITRE IV	
DISCUSSION.....	67
4.1 Étude 1 : La contribution des difficultés de sommeil des enfants aux pratiques parentales	68
4.1.1 Les comportements de résistance au coucher et les éveils nocturnes, des prédicteurs de la perception parentale des besoins	68
4.1.2. La somnolence diurne, un prédicteur de la difficulté du parent à répondre aux besoins de son enfant	72
4.2 Étude 2 : L'amélioration du sommeil des enfants et des pratiques parentales, par l'entremise d'une intervention de sommeil.....	75
4.2.1 L'amélioration du sommeil des enfants vivant en contexte d'adversité.....	76
4.2.2 L'amélioration partielle des pratiques parentales suite à une intervention de sommeil.....	79
4.3 Limites méthodologiques	83
4.4 Retombées anticipées	84
CHAPITRE V	
CONCLUSION	86
RÉFÉRENCES.....	87
ANNEXE I – Formulaire sociodémographique	123
ANNEXE II – Traduction française du QHSE	124
ANNEXE III – Version courte de l'outil Place aux parents	129
ANNEXE IV – Séances de l'intervention du premier protocole de l'étude 2	132
ANNEXE V – Thématiques de l'intervention du deuxième protocole de l'étude 2.....	133

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Données sociodémographiques des familles.....	53
Tableau 2. Corrélations bivariées et statistiques descriptives des variables incluses dans les régressions.	54
Tableau 3. Régression hiérarchique de la contribution unique des difficultés de sommeil des enfants sur la perception des parents des besoins de leur enfant.....	55
Tableau 4. Régression hiérarchique de la contribution unique des difficultés de sommeil des enfants sur la réponse des parents aux besoins de son enfant.	56
Tableau 5. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques, du développement des enfants, du sommeil des enfants et des pratiques parentales avant l'intervention entre les familles participantes et les familles qui ont abandonné l'étude.	58
Tableau 6. Caractéristiques des familles de l'échantillon.	64
Tableau 7. Mesures pré et post intervention des pratiques parentales et du sommeil des enfants.	65

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle de Sadeh et Anders (1993), adapté par Camerota et al., (2019).	11
Figure 2. Schéma des familles qui ont participé	58
Figure 3. Déroulement de la recherche de l'étude 2	60

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES et ACRONYMES

CPSG	Centre de pédiatrie sociale de Gatineau
dév.	développement
<i>É.T.</i>	Écart type
GED	Grille d'évaluation du développement
h	heures
<i>IC</i>	Intervalle de confiance
<i>M</i>	Moyenne
<i>Max</i>	Maximum
<i>Mdn</i>	Médiane
<i>Min</i>	Minimum
min.	Minutes
<i>n</i>	Nombre de participants
<i>p</i>	Seuil de signification
QHSE	Questionnaire sur les habitudes de sommeil des enfants
<i>r</i>	Taille d'effet
T	Statistique de test
TDA/H	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UQO	Université du Québec en Outaouais
<i>z</i>	Cote standard

AVANT-PROPOS

Cet essai doctoral est un projet qui s'inscrit dans le cadre de projets de recherche de plus grande envergure. L'étude 1 provient d'un projet dont l'objectif était de vérifier l'efficacité de programmes communautaires offerts à des familles dans la région de l'Outaouais. Les données de l'étude 1 ont été recueillies par le groupe de recherche sur l'intervention en communauté (Ricochet) de l'Université du Québec en Outaouais et elles ont été analysées en collaboration avec la fondatrice du groupe de recherche, la professeure Annie Bérubé.

L'étude 2 est une étude exploratoire qui s'est insérée dans une étude pilote qui avait entre autres comme objectif de vérifier l'impact de l'amélioration du sommeil des enfants sur le contexte des interactions parent-enfant. L'étude pilote a été menée au sein du Centre de Pédiatrie Sociale de Gatineau. Suite à une demande provenant du milieu de la santé de la région de l'Outaouais, des ateliers ont été préparés par une équipe du Laboratoire de sommeil de l'UQO (Geneviève Forest, Kim Mercier et Natasha Raymond), afin d'outiller les parents de jeunes enfants ayant des problèmes de sommeil. L'étude pilote a permis d'offrir ces ateliers à des groupes de parents et d'en tester la faisabilité. Le format des ateliers a donc varié en cours de route, les chercheuses l'ayant adapté et modifié selon les demandes, les besoins et les rétroactions des parents et des intervenants impliqués. Cette étude a par conséquent permis de concrétiser un format d'intervention adapté à la réalité et aux besoins des familles vivant en contexte d'adversité. Suite à cette étude pilote, une subvention de recherche CRSH Savoir a été obtenue en 2019 afin de mettre en place une recherche de plus grande envergure.

CHAPITRE I - INTRODUCTION

Au cours des deux premières années de vie, le sommeil joue un rôle important sur la maturation des structures cérébrales en développement chez les enfants d'âge préscolaire (Bernier *et al.*, 2010a; Jiang, 2020). Plus spécifiquement, le sommeil favorise le développement des fonctions cognitives, qui servent entre autres à l'autorégulation du comportement et des émotions, en plus d'être associé à un meilleur fonctionnement social et à des prédicteurs de la santé physique à l'âge adulte (Astill *et al.*, 2012; Bathory et Tomopoulos, 2017; Bernier *et al.*, 2010a, 2013a, 2014; Buckhalt *et al.*, 2007; Dutil *et al.*, 2018; Jiang, 2020; Jung *et al.*, 2009; Keefe-Cooperman et Brady-Amoon, 2014; Reynaud *et al.*, 2018b; Touchette *et al.*, 2007; Vaughn *et al.*, 2015). Or, 25 % des enfants québécois d'âge préscolaire présentent des problèmes de sommeil (Datta et Vella, 2009). La prévalence des difficultés de sommeil est d'autant plus élevée chez les enfants vivant dans des contextes d'adversité (Williamson et Mindell, 2020), notamment en raison du contexte des interactions parent-enfant qui est significativement altéré (Clément *et al.*, 2020; Rafferty et Griffin, 2010). D'ailleurs, les pratiques parentales inadéquates joueraient un rôle dans le développement et le maintien des difficultés de sommeil chez les enfants (Camerota *et al.*, 2019; Sadeh *et al.*, 2010; Touchette *et al.*, 2009) et les parents vivant en contexte d'adversité rencontreraient plus de défis en ce qui a trait à leurs pratiques parentales. À l'inverse, il est reconnu que les difficultés de sommeil des enfants affecteraient négativement le contexte des interactions parent-enfant (El-Sheikh et Kelly, 2017; Sadeh et Anders, 1993). En effet, les difficultés de sommeil des enfants auraient des répercussions importantes sur le sommeil du parent ainsi que son bien-être, ce qui affecterait le contexte des interactions parent-enfant. En raison de l'incidence des difficultés de sommeil de l'enfant sur le contexte des interactions parent-enfant, des études se sont penchées sur des stratégies qui visent à améliorer le sommeil des enfants et à vérifier l'effet de l'amélioration du sommeil sur le fonctionnement

diurne de l'enfant, du parent ainsi que sur le contexte des interactions parent-enfant. Pourtant, très peu d'études ont vérifié si les difficultés de sommeil des enfants peuvent prédire directement les pratiques parentales, un aspect du contexte des interactions parent-enfant, chez les parents vivant en contexte d'adversité. De même, peu d'études ont à ce jour vérifié si l'amélioration du sommeil des enfants pouvait amener des changements significatifs et durables sur les interactions parent-enfant en contexte d'adversité et plus spécifiquement, sur les pratiques parentales. Par conséquent, l'objectif du présent essai doctoral est d'examiner le lien entre les difficultés de sommeil chez les enfants d'âge préscolaire et les pratiques parentales ainsi que d'examiner, de manière exploratoire, les effets de l'amélioration du sommeil des enfants d'âge préscolaire sur les pratiques parentales, chez les familles vivant en contexte d'adversité.

Dans un premier temps, le chapitre I détaillera le portrait du sommeil normal chez les enfants d'âge préscolaire afin de mieux comprendre les difficultés de sommeil qui peuvent survenir lors de cette période développementale. Ensuite, les facteurs familiaux qui sont associés au contexte d'adversité et aux difficultés de sommeil chez les enfants seront présentés. De plus, l'impact des difficultés de sommeil et de leur amélioration sur le contexte des interactions parent-enfant sera décrit. Le chapitre 1 se terminera en détaillant les objectifs spécifiques ainsi que les hypothèses du présent projet d'essai doctoral. Le chapitre II présentera la méthodologie et les résultats relatifs à l'étude 1, alors que le chapitre III abordera la méthodologie et les résultats qui se rapportent à l'étude 2. Finalement, le dernier chapitre de cet essai expliquera la signification des résultats ainsi que les conclusions.

1.1 Le développement du sommeil et le sommeil normal chez les enfants d'âge préscolaire

La consolidation et la régulation du sommeil représentent des étapes importantes dans le développement des nourrissons et elles s'instaurent pendant les 12 mois premiers mois de vie (Acebo *et al.*, 2005; Burnham *et al.*, 2002; Camerota *et al.*, 2019; Dias *et al.*, 2018; Henderson *et al.*, 2011; Mindell *et al.*, 2016a; Sadeh *et al.*, 2009). La consolidation du sommeil correspond à la mise en place des cycles de veille et de sommeil, donc à la capacité de l'enfant à demeurer éveillé pendant plusieurs heures consécutives le jour et à dormir plusieurs heures consécutives la nuit (Camerota *et al.*, 2019). En revanche, la régulation du sommeil réfère au processus par lequel l'enfant peut passer de façon autonome de l'état de veille à celui de sommeil (Bathory et Tomopoulos, 2017b; Camerota *et al.*, 2019). Chez les enfants âgés de 1 à 5 ans, le sommeil est consolidé (organisé) en une période nocturne d'environ 9 à 10 heures, en plus d'une période de sommeil diurne qui varie entre 1 à 3 heures (Bathory et Tomopoulos, 2017; Burnham *et al.*, 2002; Dias *et al.*, 2018; El-Sheikh et Sadeh, 2015; Henderson *et al.*, 2011; Mindell *et al.*, 2016a; Paavonen *et al.*, 2009; Petit *et al.*, 2010; Sadeh *et al.*, 2009; Simola *et al.*, 2010). Au cours de cette phase développementale, c'est-à-dire entre l'âge de 1 à 5 ans, la proportion du sommeil nocturne augmente, tout comme l'efficacité du sommeil, alors que la durée du sommeil diurne tend à diminuer (Acebo *et al.*, 2005; Sadeh *et al.*, 2009; Tétreault *et al.*, 2019). En effet, les siestes sont de moins en moins nécessaires lorsque les enfants approchent l'âge scolaire, c'est-à-dire vers l'âge de 4 ans (Lam *et al.*, 2011; Tétreault *et al.*, 2019). Lorsque les enfants font des siestes à la fin de la période préscolaire, ce serait plutôt pour compenser le manque de sommeil nocturne (Lam *et al.*, 2011; Tétreault *et al.*, 2019). Il est fréquent que les enfants de 5 ans ne fassent plus de sieste (Acebo *et al.*, 2005; Blair *et al.*, 2012). La durée totale de sommeil recommandée par l'académie américaine de médecine du sommeil sur une période de 24 h chez les enfants d'âge préscolaire est de 11 à 14 heures (Blair *et al.*, 2012; Paruthi *et al.*, 2016). Bien

que les cycles de sommeil de l'enfant soient consolidés vers l'âge de 12 mois, les éveils nocturnes sont communs chez les enfants d'âge préscolaire (Paavonen *et al.*, 2020; Sadeh *et al.*, 2009). En effet, les parents rapportent en moyenne un éveil par nuit entre l'âge de 18 et 36 mois (Paavonen *et al.*, 2020; Sadeh *et al.*, 2009). Cependant, la durée et la fréquence des éveils nocturnes diminuent considérablement entre l'âge de 1 et 5 ans (Acebo *et al.*, 2005; Dias *et al.*, 2018; Paavonen *et al.*, 2020; Sadeh *et al.*, 2009). Vers l'âge de 12 mois, la majorité des enfants sont aptes à réguler leur sommeil de manière autonome, c'est-à-dire, se rendormir seuls suite à un éveil nocturne, sans solliciter l'aide de leur parent (Acebo *et al.*, 2005; Camerota *et al.*, 2019; Paavonen *et al.*, 2020; Weinraub *et al.*, 2012).

1.2 Les difficultés de sommeil dans la population pédiatrique générale

Le portrait du sommeil normal des enfants âgés de 1 à 5 ans permet d'identifier les difficultés de sommeil qui peuvent survenir au cours de cette période développementale (Mindell & Owens, 2015). Ainsi, le sommeil est problématique lorsque l'enfant éprouve de la difficulté à dormir et demeurer éveillé pendant plusieurs heures consécutives (consolidation) et à s'endormir à l'heure du coucher ou se rendormir de façon autonome après un éveil nocturne (régulation) (American Academy of Sleep Medicine, 2014). L'ensemble des difficultés sur le plan de la consolidation et de la régulation du sommeil peuvent se manifester par des difficultés d'endormissement, des comportements de résistance au coucher, des éveils nocturnes fréquents et de la somnolence diurne (Mindell *et al.*, 2006a). Les difficultés de sommeil les plus fréquemment rapportées par les parents d'enfants d'âge préscolaire sont les éveils nocturnes, les difficultés d'endormissement et la résistance au coucher (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Petit *et al.*, 2007, 2010; Reynaud *et al.*, 2018a; Smith *et al.*, 2019; Williamson *et al.*, 2019).

Les éveils nocturnes chez les enfants de cet âge sont problématiques lorsqu'ils surviennent à plus d'une reprise par nuit et lorsque l'enfant n'est pas en mesure de se rendormir de manière autonome (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Gaylor *et al.*, 2001; Paavonen *et al.*, 2020; Weinraub *et al.*, 2012). Lors des éveils nocturnes, les enfants peuvent signaler leur éveil à leur parent ou sortir de leur chambre (Coulombe et Reid, 2014b). Entre l'âge 2 à 5 ans, les enfants sont par ailleurs plus habiles sur le plan moteur, ce qui favorise les déplacements nocturnes, notamment vers le lit du parent lors des éveils la nuit (Mindell & Owens, 2015; Coulombe et Reid, 2014b ; Ystrom *et al.*, 2017). Plus de la moitié des enfants qui ont des éveils nocturnes fréquents nécessitent un accompagnement parental pour se rendormir (Camerota *et al.*, 2019; Gaylor *et al.*, 2001; Murthy *et al.*, 2015). D'autre part, les difficultés d'endormissement chez les enfants d'âge préscolaire se manifestent par une latence d'endormissement supérieure à 20 minutes (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Paavonen *et al.*, 2020; Petit *et al.*, 2010). Au même titre que les éveils nocturnes, les enfants peuvent nécessiter l'aide du parent pour faciliter la transition entre l'éveil et le sommeil, ce qui représente un obstacle aux capacités de régulation autonome du sommeil (Camerota *et al.*, 2019). Les difficultés d'endormissement peuvent s'extérioriser par des comportements de résistance au coucher, une tentative initiée par l'enfant pour retarder l'heure du coucher ou sortir du lit, généralement par l'entremise de multiples demandes (p. ex. boire de l'eau ou un câlin supplémentaire), d'activités supplémentaires (p. ex. une histoire de plus) ou de refus d'aller au lit (p. ex. pleurs, protestations verbales) (Davis *et al.*, 2004; Meltzer, 2010; Mindell *et al.*, 2006b). À la période préscolaire, les enfants subissent une croissance langagière et cognitive importante, ce qui peut engendrer une augmentation des comportements qui visent à tester les limites parentales à l'heure du coucher (Mindell et Owens, 2016; Owens, 2007).

Dans le cadre de cet essai doctoral, le terme difficultés de sommeil sera utilisé pour référer de manière générale aux difficultés de consolidation et de régulation du sommeil qui peuvent se manifester par des difficultés d'endormissement, des comportements de résistance au coucher, des éveils nocturnes et de la somnolence diurne. Ainsi, le terme difficultés de sommeil dans le cadre de ce projet ne représente pas un diagnostic de trouble de sommeil. En outre, les difficultés de sommeil font l'objet de certaines études s'intéressant aux enfants vivant en contexte d'adversité (Acebo *et al.*, 2005; Bagley *et al.*, 2015; Caldwell et Redeker, 2015; Doane *et al.*, 2019; Hash *et al.*, 2020; Sheridan *et al.*, 2013; Williamson et Mindell, 2020).

1.3 Les difficultés de sommeil chez les enfants vivant en contexte d'adversité

Les enfants vivant en contexte d'adversité rencontrent des défis plus grands en ce qui concerne leur sommeil. En contexte d'adversité, la prévalence des difficultés de sommeil des enfants serait plus élevée (Williamson et Mindell, 2020). En effet, dans un échantillon de 205 enfants âgés de 2 à 5 ans vivant en contexte d'adversité, près de 63 % des enfants présentaient un problème de sommeil, ce qui est significativement plus élevé que la prévalence de 25 % dans la population pédiatrique générale (Williamson et Mindell, 2020). Par ailleurs, à notre connaissance, il n'y a pas de définition consensuelle dans les écrits scientifiques en ce qui concerne le concept de « *contexte d'adversité* ». Plusieurs auteurs ont suggéré que c'est principalement l'accumulation des facteurs de risques qui caractérise l'adversité vécue par les familles (Cronin *et al.*, 2008; Evans *et al.*, 2013; Japel, 2008; Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016; Sameroff, 2010). Récemment, un groupe de chercheurs ont réalisé une revue de la littérature dans le but d'intégrer et d'organiser les différents facteurs de risques familiaux en fonction de l'approche écosystémique, afin de mieux définir le concept d'adversité familiale (Pinel-

Jacquemin *et al.*, 2016). L'approche écosystémique permet de considérer les différents milieux de vie de l'individu, les facteurs de risques, de protection ainsi que leur interaction entre eux (Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016). Ainsi, Pinel-Jacquemin et ses collaborateurs (2016), définissent l'adversité familiale comme étant une accumulation et une interaction entre divers facteurs de risques qui peuvent inclure les caractéristiques individuelles de l'enfant (santé physique, tempérament, troubles développementaux, troubles de comportements, etc.), du parent (jeune âge à la naissance de l'enfant, faible niveau de scolarité, psychopathologie, traumatismes, comportements antisociaux, etc.), du contexte familial (pratiques parentales, satisfaction conjugale, difficultés socioéconomiques, structure familiale, etc.) et celles de la communauté (soutien social, sécurité, emplacement du logement, etc.) (Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016). Ce modèle a l'avantage de tenir compte de la complexité des événements et des caractéristiques retrouvées chez les familles vivant en contexte d'adversité. De plus, il a été reconnu que la présence de facteurs de risques multiples est plus susceptible de causer des effets néfastes sur le développement de l'enfant, alors qu'un seul facteur de risque aurait peu d'effet (Evans *et al.*, 2013). Quelques études se sont intéressées au portrait du sommeil des enfants vivant en contexte d'adversité.

Les études montrent de façon générale que les enfants vivant en contexte d'adversité âgés de 1 à 5 ans éprouvent plus de défis concernant la consolidation et la régulation du sommeil. En effet, ils présenteraient une latence d'endormissement significativement plus longue (plus de 30 minutes), une heure de coucher plus tardive (après 21h), des éveils nocturnes plus fréquents et prolongés ainsi qu'une durée totale de sommeil insuffisante pour leur âge (moins de 11h sur une période de 24h pour les enfants âgés de 2 ans et moins de 10 h sur une période de 24 h pour les enfants entre 3 et 5 ans), une plus grande variabilité en ce qui concerne les patrons de veille-sommeil ainsi qu'une efficacité du sommeil réduite (Acebo *et al.*, 2005; Caldwell et Redeker,

2015; Doane *et al.*, 2019; Hash *et al.*, 2020; Sheridan *et al.*, 2013; Williamson et Mindell, 2020). La somnolence diurne semblerait également plus élevée chez cette population (Bagley *et al.*, 2015).

Les enfants d'âge préscolaire (1 à 5 ans) vivant en contexte d'adversité auraient également de moins bonnes habitudes de sommeil (Acebo *et al.*, 2005; Williamson et Mindell, 2020). En effet, ils seraient plus susceptibles d'avoir une routine et un horaire de sommeil inconstants, d'avoir du matériel électronique dans leur chambre (p. ex. télévision, tablette et ordinateur) et de consommer également davantage de produits contenant de la caféine durant la journée (Acebo *et al.*, 2005; Williamson et Mindell, 2020). Ces mauvaises habitudes de sommeil sont reconnues pour être associées, chez des enfants n'évoluant pas en contexte d'adversité, à des comportements de résistance au coucher, à une heure de coucher plus tardive, à une latence d'endormissement plus longue, à des éveils nocturnes fréquents, prolongés et signalés, à une durée de sommeil insuffisante, et à de la somnolence diurne (Covington *et al.*, 2019; Mindell *et al.*, 2015a; Nathanson et Beyens, 2018; Staples *et al.*, 2021). Des études ont soulevé l'hypothèse que les opportunités de siestes seraient par ailleurs différentes dans les familles vivant en contexte d'adversité. En effet, une étude réalisée auprès d'enfants de 24 à 36 mois référés pour des services en protection de la jeunesse montre que ces derniers dorment 43 minutes de plus la nuit et 46 minutes de moins le jour que des enfants du même âge provenant de la population générale, alors que la durée totale de leur sommeil sur 24 heures est similaire (Hash *et al.*, 2020). Ces enfants nécessitaient plus fréquemment la présence de leur parent pour s'endormir et ils éprouvaient de la difficulté à dormir seul (Hash *et al.*, 2020). Par ailleurs, l'association entre les difficultés de sommeil et l'adversité à 12 mois persisterait jusqu'à l'âge de 5 ans (Sheridan *et al.*, 2013).

En somme, l'environnement familial en contexte d'adversité est caractérisé par l'accumulation de facteurs de risques, ce qui est associé à une probabilité significativement plus élevée que les enfants d'âge préscolaire présentent des difficultés de sommeil et de mauvaises habitudes de sommeil (Acebo *et al.*, 2005; Hale *et al.*, 2009; Jones et Ball, 2014; Williamson et Mindell, 2020). La prochaine section se penche plus particulièrement sur ces facteurs spécifiques qui sont associés aux difficultés de sommeil chez les enfants en lien avec les caractéristiques des familles vivant en contexte d'adversité.

1.4 Les facteurs associés aux difficultés de sommeil chez les enfants vivants en contexte d'adversité

Sadeh et Anders (1993) ont proposé un modèle transactionnel pour expliquer le développement des troubles du sommeil chez les enfants (voir Figure 1). Ce modèle répertorie les facteurs extrinsèques et intrinsèques à l'enfant, ainsi que les facteurs concernant le contexte des interactions parent-enfant qui sont susceptibles d'influencer le sommeil de l'enfant (Sadeh et Anders, 1993). Les facteurs extrinsèques proviennent de l'environnement dans lequel l'enfant se développe et peuvent être distaux ou proximaux. Les facteurs extrinsèques distaux incluent la culture, les processus familiaux (p. ex. conflits conjugaux, structure familiale monoparentale, manque de soutien de la part du coparent et compétition dans la fratrie) et les conditions socioéconomiques, alors que les facteurs extrinsèques proximaux concernent les caractéristiques individuelles des parents (p. ex. l'âge des parents, leur niveau d'éducation, leurs cognitions concernant le sommeil des enfants ainsi que leur santé mentale). Les facteurs intrinsèques à l'enfant font référence à des processus biologiques et incluent des concepts comme le tempérament. Les facteurs concernant le contexte des interactions parent-enfant se rapportent

quant à eux aux interactions familiales nocturnes et diurnes prenant place entre le parent et son enfant et peuvent inclure par exemple les pratiques parentales mises en place par les parents. Contrairement à d'autres modèles, ce modèle à l'avantage de reconnaître l'influence des caractéristiques individuelles de l'enfant, du parent et du contexte des interactions parent-enfant sur les difficultés de sommeil de l'enfant (Mindell *et al.*, 2006a). En outre, le modèle de Sadeh et Anders (1993) a été utilisé dans la majorité des études se rapportant au sommeil pédiatrique et soulève l'importance du contexte des interactions parent-enfant en relation avec le sommeil de l'enfant (Camerota *et al.*, 2019; Mindell *et al.*, 2010; Touchette *et al.*, 2009).

D'autant plus, le contexte des interactions parent-enfant représenterait le facteur qui contribue le plus au développement des patrons de sommeil dans les 5 premières années de vie chez les enfants (Camerota *et al.*, 2019; Sadeh *et al.*, 2010; Touchette *et al.*, 2009). À ce titre, plusieurs auteurs suggèrent que la chronicité des difficultés de sommeil chez les enfants proviendrait des pratiques parentales inappropriées au moment du coucher ou pendant la nuit (Bathory et Tomopoulos, 2017; Johnson et McMahon, 2008; Morrell et Cortina-Borja, 2002; Morrell et Steele, 2003; Touchette *et al.*, 2007, 2009). Par ailleurs, des études suggèrent que les facteurs extrinsèques distaux, proximaux et intrinsèques à l'enfant interagiraient entre eux et influenceraient les interactions entre le parent et son enfant, lesquelles en retour contribueraient directement aux difficultés de sommeil chez l'enfant (Camerota *et al.*, 2019; Newton *et al.*, 2020; Sadeh et Anders, 1993; Touchette *et al.*, 2009). Par exemple, les circonstances économiques défavorables (facteurs extrinsèques distaux) seraient associées à des niveaux accrus d'anxiété, de stress et de symptômes dépressifs chez les parents (facteurs extrinsèques proximaux), ce qui pourrait jouer un rôle dans la façon dont le parent interagit avec son enfant à l'heure du coucher en altérant sa sensibilité parentale (contexte d'interactions parent-enfant), affectant potentiellement le sommeil de l'enfant (Sadeh *et al.*, 2010; Teti et Crosby, 2012). Par conséquent,

les facteurs intrinsèques et extrinsèques interagissent entre eux et influencent le contexte des interactions parent-enfant qui exercerait à lui seul un impact immédiat sur le sommeil de l'enfant et contribuerait au développement et maintien des difficultés de sommeil (Camerota *et al.*, 2019; Newton *et al.*, 2020; Sadeh et Anders, 1993; Touchette *et al.*, 2009).

Les prochains paragraphes décrivent brièvement les facteurs extrinsèques distaux, proximaux et intrinsèques à l'enfant, suivi d'une revue plus détaillée concernant les facteurs reliés au contexte des interactions parent-enfant du modèle de Sadeh et Anders (1993) qui sont associés aux difficultés de sommeil chez les enfants d'âge préscolaire vivant en contexte d'adversité. La figure 1 illustre le modèle de base de Sadeh et Anders (1993), adapté par Camerota et ses collègues (2019).

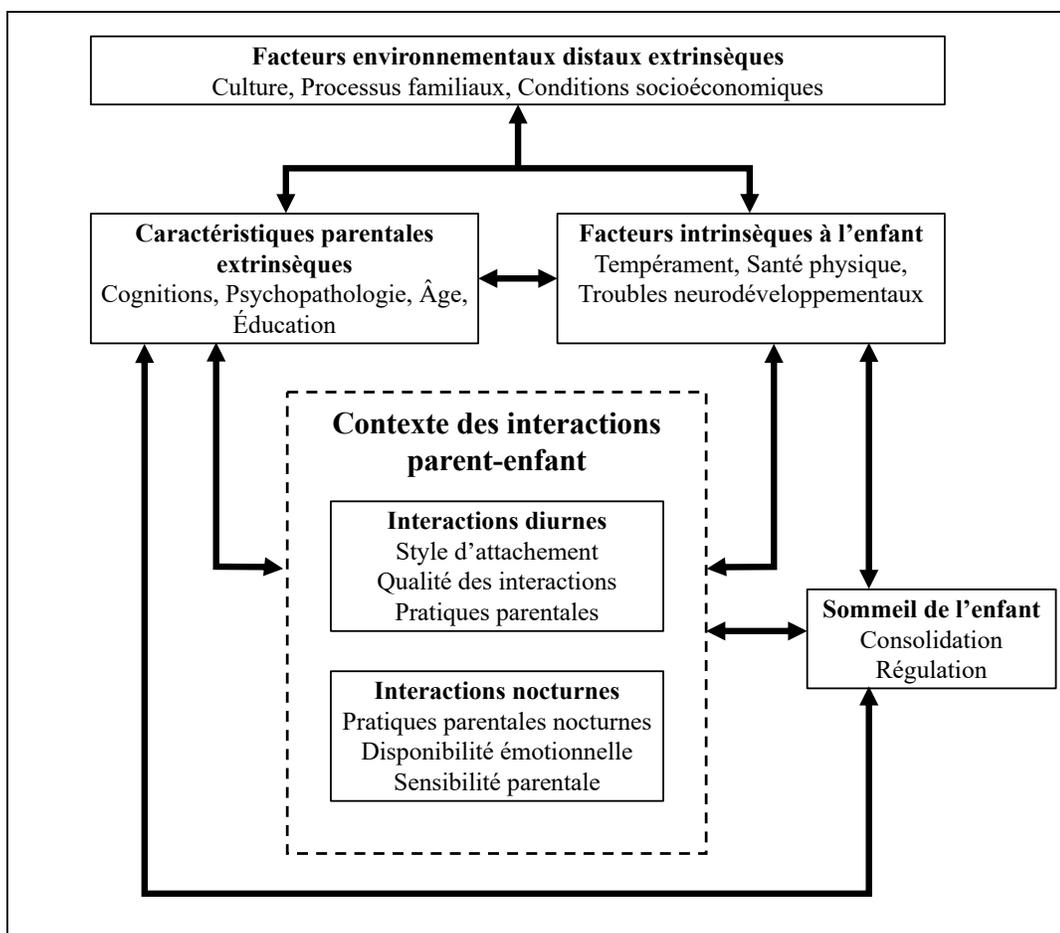


Figure 1. *Modèle de Sadeh et Anders (1993), adapté par Camerota et al., (2019).*

1.4.1 Les facteurs extrinsèques distaux

Les facteurs extrinsèques distaux englobent les conditions socioéconomiques ainsi que l'environnement physique de l'enfant. Plusieurs études ont montré un lien entre les facteurs sociodémographiques défavorables et les difficultés de sommeil chez les enfants d'âge préscolaires. Par exemple, des études ont montré que les enfants issus de familles qui présentaient un statut socioéconomique inférieur avaient davantage de mauvaises habitudes de sommeil, d'éveils nocturnes plus fréquents, de comportements de résistance au coucher ainsi que de difficultés d'endormissement persistantes (Acebo *et al.*, 2005; Doane *et al.*, 2019; Hale *et al.*, 2009; Kelly *et al.*, 2013; Petit *et al.*, 2007; Sheridan *et al.*, 2013). Il a été proposé que les difficultés de sommeil chez les enfants étaient associées à un faible statut socioéconomique en raison des caractéristiques retrouvées chez ces familles, notamment chez le parent (faible niveau d'éducation, symptômes dépressifs, niveau de stress, statut d'emploi), au niveau des conditions de vie familiale (environnement bruyant, logement surpeuplé, emplacement défavorable du logement, manque de routine et de structure quotidiennes) ainsi que de la structure familiale (famille monoparentale) (Boles *et al.*, 2017; Caldwell et Redeker, 2015; Doane *et al.*, 2019; El-Sheikh *et al.*, 2006; Evans *et al.*, 2005; Gruber *et al.*, 2011; Jarrin *et al.*, 2014; Meltzer et Mindell, 2007; Petit *et al.*, 2007; Williamson et Mindell, 2020). Une étude a montré que les enfants âgés de 2 à 5 ans vivant dans un logement situé dans un quartier défavorisé sont plus susceptibles de présenter des difficultés de sommeil (Williamson et Mindell, 2020). Les enfants exposés à des irrégularités familiales (p. ex. manque de routine, insécurité alimentaire, etc.) en bas âge seraient plus susceptibles de présenter des problèmes de sommeil, comme une courte durée de sommeil et une heure de coucher tardive (Koopman-Verhoeff *et al.*, 2019). Ainsi, ces études montrent un lien entre les facteurs extrinsèques distaux et les difficultés de sommeil chez les enfants (Bernier *et al.*, 2013b; Doane *et al.*, 2019; Touchette *et al.*, 2005, 2009).

1.4.2 Les facteurs extrinsèques proximaux

Les facteurs extrinsèques proximaux concernent les caractéristiques individuelles des parents (p. ex. psychopathologie/santé mentale, niveau d'éducation, âge, etc.). À cet effet, plusieurs études ont montré qu'un niveau élevé de symptômes dépressifs ou anxieux chez les mères était associé aux difficultés de sommeil chez les enfants d'âge préscolaire (O'Connor *et al.*, 2007; Sadeh *et al.*, 2010). Par exemple, les symptômes dépressifs chez les mères ont été associés à des éveils nocturnes plus fréquents chez les enfants âgés entre 1 et 24 mois (Teti et Crosby, 2012). Les événements de vie stressants chez les mères ont aussi été associés de manière significative et négative avec la durée du sommeil chez les enfants d'âge préscolaire, ce qui suggère un impact sur la consolidation du sommeil (Caldwell et Redeker, 2015). Il a récemment été suggéré que les troubles de santé mentale chez les mères représentent un facteur de risque pour les difficultés de sommeil chez les enfants (Newton *et al.*, 2020) et la prévalence de la psychopathologie tels que la dépression, les traumatismes psychologiques, les troubles anxieux et les difficultés sociales, est plus importante chez les parents vivant en contexte d'adversité en raison des événements de vie majeurs qu'ils ont vécus ou en raison des tracas quotidiens (Caldwell et Redeker, 2015).

1.4.3 Les facteurs intrinsèques à l'enfant

Les facteurs intrinsèques à l'enfant font référence à la santé physique, les troubles neurodéveloppementaux, le tempérament ainsi que le fonctionnement psychologique (Camerota *et al.*, 2019). Les enfants d'âge préscolaire vivants dans un contexte d'adversité seraient exposés à un risque accru de rencontrer des problèmes de santé, ainsi que des difficultés sur le plan du

développement cognitif et socioémotionnel (Black *et al.*, 2017; Hackman *et al.*, 2010; Heckman, 2006; Nicholson *et al.*, 2012). Or, les enfants ayant des problèmes de santé physique (p. ex. problèmes digestifs, infections respiratoires) seraient plus à risques de rencontrer des difficultés d'endormissement ou de consolidation du sommeil (Bathory et Tomopoulos, 2017; Chen *et al.*, 2015; El-Sheikh et Sadeh, 2015; Morrell et Steele, 2003; Owens, 2007; Sadeh et Anders, 1993; Touchette *et al.*, 2009; Weinraub *et al.*, 2012). Les études ont également montré que les enfants qui présentent des troubles développementaux, tels qu'une déficience intellectuelle, un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) seraient plus susceptibles de présenter des difficultés de sommeil, comparativement aux enfants qui ont un développement typique (Chen *et al.*, 2015; Goodlin-Jones *et al.*, 2009; Ivanenko *et al.*, 2006; Johnson et McMahon, 2008; Touchette *et al.*, 2009). En outre, les enfants qui présentent un tempérament difficile éprouveraient plus de difficulté à réguler leur sommeil de manière autonome, ils présenteraient plus de comportements de résistance au coucher, de difficultés d'endormissement et une durée de sommeil insuffisante (Bathory et Tomopoulos, 2017; Camerota *et al.*, 2019; El-Sheikh et Sadeh, 2015; Morrell et Steele, 2003; Owens, 2007; Reid *et al.*, 2009; Touchette *et al.*, 2005, 2009; Weinraub *et al.*, 2012). D'autre part, les enfants qui présentent des problèmes psychologiques internalisés (p. ex. anxiété et dépression) ou externalisés (p. ex. hyperactivité, inattention et symptômes d'opposition) seraient plus susceptibles d'avoir des difficultés de sommeil (Newton *et al.*, 2020; Petit *et al.*, 2007). Les facteurs intrinsèques peuvent donc influencer directement ou indirectement le sommeil de l'enfant et le prédisposent à développer des difficultés de sommeil (Camerota *et al.*, 2019; El-Sheikh et Sadeh, 2015; Newton *et al.*, 2020; Sadeh et Anders, 1993; Touchette *et al.*, 2009).

1.4.4 Le contexte des interactions parent-enfant : le lien entre les pratiques parentales et les difficultés de sommeil des enfants

Les recherches qui s'intéressent au lien entre le contexte des interactions parent-enfant et les difficultés de sommeil des enfants se sont intéressées à plusieurs composantes des interactions parent-enfant nocturnes et diurnes (Camerota *et al.*, 2019; Sadeh *et al.*, 2010; Tikotzky, 2017). La majorité des articles dans ce domaine de recherche utilisent le terme anglophone « *parenting* » pour référer à diverses composantes liées au contexte des interactions nocturnes et diurnes qui peuvent affecter le sommeil des enfants. Le terme « *parenting* » réfère au concept francophone de parentalité décrit par Lacharité, Pierce, Calille et Baker (2015). Ce concept englobe 3 composantes principales, soit l'expérience parentale, la responsabilité parentale et les pratiques parentales. L'expérience parentale renvoie à la dimension affective et cognitive du rôle parental, c'est-à-dire les pensées et les émotions vécues par le parent, ainsi que ses connaissances par rapport au développement de son enfant. La responsabilité parentale fait quant à elle référence aux droits et devoirs que le parent a envers son enfant (p. ex. la garde légale de l'enfant suite à une séparation des parents, les éléments évoqués lorsque la parentalité est contestée, la prise de décision concernant les soins et le bien-être des enfants, les choix concernant la transmission des croyances culturelles, etc.). La troisième et dernière composante, les pratiques parentales, représente le versant comportemental du rôle parental et incluent les actions quotidiennes posées par les parents lorsqu'ils s'occupent de leur enfant. Cette composante réfère, entre autres, à l'engagement du parent dans les interactions avec son enfant (p. ex. la sensibilité parentale, la proximité parentale, le style d'autorité parentale, l'imposition de limites à l'enfant) ainsi qu'à la disponibilité physique et psychologique du parent envers l'enfant (p. ex. la présence et l'attention à l'enfant, les hypothèses ou les inférences que le parent fait à propos des besoins développementaux de ce dernier, la mise en place de routines quotidiennes, le fait de s'assurer de

la sécurité de l'environnement ainsi que de procurer de la nourriture et des vêtements appropriés). Cette composante du concept de parentalité exerce une influence directe sur le développement de l'enfant étant donné que les gestes quotidiens posés par le parent peuvent avoir des impacts considérables sur le développement physique, cognitif, social et intellectuel de l'enfant (Lacharité *et al.*, 2015). Le terme « *pratiques parentales* » sera utilisé dans le texte pour référer aux *comportements parentaux spécifiques* (par exemple les pratiques parentales nocturnes et diurnes) ainsi qu'à la *sensibilité parentale*, deux aspects de cette composante ayant démontré un lien étroit avec le sommeil des enfants (Camerota *et al.*, 2019; Sadeh *et al.*, 2010; Tikotzky, 2017).

Les pratiques parentales nocturnes font référence aux comportements parentaux qui surviennent à l'heure du coucher ou lors des éveils nocturnes de leur enfant (Bornstein *et al.*, 2011; Camerota *et al.*, 2019; Coulombe et Reid, 2014a). La majorité des études qui s'intéressent au lien entre les pratiques parentales et le sommeil des enfants qui sont citées dans le présent essai doctoral inclut des échantillons mère-enfant. Touchette et ses collègues (2009) ont montré que les pratiques parentales à l'heure du coucher étaient un des facteurs qui prédisaient le mieux les difficultés de sommeil chez des enfants provenant d'un échantillon québécois. D'autres études ont montré que les pratiques parentales nocturnes problématiques qui sont présentes dans la première année de vie permettraient de prédire la qualité du sommeil des enfants à l'âge préscolaire (Sheridan *et al.*, 2013; Simard *et al.*, 2008). Parmi les pratiques parentales nocturnes qui seraient le plus susceptibles d'affecter le sommeil des enfants, on retrouve le réconfort actif ainsi que la difficulté à fixer les limites à l'heure du coucher (Touchette *et al.*, 2009).

Les études montrent que le réconfort actif utilisé au moment du coucher et lors des éveils nocturnes, tels des contacts physiques étroits et la présence dans la chambre, est associé à un sommeil moins consolidé et moins régulier, caractérisé par des éveils nocturnes plus fréquents et par une durée insuffisante chez les enfants (Coulombe et Reid, 2014a; Johnson et McMahon,

2008; Tikotzky et Shaashua, 2012; Touchette *et al.*, 2005). Les parents qui utilisent des stratégies de réconfort actif à l'endormissement seraient plus susceptibles d'utiliser la même stratégie pour aider l'enfant à se rendormir suite à un éveil nocturne (Sadeh *et al.*, 2009). Ainsi, les enfants qui sont accompagnés de leurs parents lors de l'endormissement apprennent à s'endormir dans de telles conditions et ils nécessitent la présence de leurs parents pour se rendormir après un éveil nocturne (Davis *et al.*, 2004). Par conséquent, les stratégies de réconfort actif interfèrent avec la capacité de l'enfant à réguler son sommeil de manière autonome (Coulombe et Reid, 2014b; Petit *et al.*, 2010). De même, des pratiques parentales surprotectrices, où les parents interviennent rapidement pour apaiser l'enfant lors des éveils nocturnes, entraveraient l'habileté de l'enfant à réguler son sommeil de manière autonome (Zaidman-Zait et Hall, 2015). Or, des études ont montré que les mères vivant en contexte d'adversité seraient plus enclines à utiliser des stratégies de réconfort actif avec leur nourrisson, ce qui serait associé à des problèmes de sommeil vers l'âge de 12 mois (Cronin *et al.*, 2008). Une autre étude a montré que les parents vivant en contexte d'adversité utiliseraient davantage de stratégies de réconfort actif avec leur enfant de 1 an et rapporteraient une durée de sommeil insuffisante ainsi que plus de problèmes de sommeil chez leur enfant à l'âge de 5 ans (Sheridan *et al.*, 2013).

D'autre part, des études ont montré que le sommeil des enfants serait perturbé lorsque les parents éprouvent de la difficulté à fixer des limites à l'heure du coucher, ou lorsqu'ils fixent des limites de manière imprévisible ou incohérente (Meltzer, 2010; Sadeh *et al.*, 2007; Shetty *et al.*, 2021; Tikotzky et Sadeh, 2009). Par exemple, les enfants âgés de 2 ans dont les parents éprouvent de la difficulté à fixer des limites présenteraient plus de problèmes de sommeil à l'âge de 3 ans (Hall *et al.*, 2007). Des comportements de résistance au coucher, des déplacements de l'enfant hors de son lit ou de sa chambre ainsi qu'une routine de sommeil inconstante sont des problèmes qui pourraient provenir de la difficulté de certains parents à fixer des limites à l'heure

du coucher (Johnson et McMahon, 2008; Meltzer, 2010). À la période préscolaire, les enfants ne sont pas encore suffisamment autonomes pour gérer leur routine de sommeil de manière complètement indépendante, les parents étant responsables de créer des conditions favorables au sommeil et de fixer des limites appropriées à l'heure du coucher et lors des éveils nocturnes (El-Sheikh et Sadeh, 2015; Nathanson et Beyens, 2018). Ainsi, les enfants qui présentent des comportements de résistance au coucher auraient moins de problèmes de sommeil lorsque leurs parents utilisent des pratiques parentales nocturnes adaptées (Shetty *et al.*, 2021). Les études montrent que les parents qui vivent en contexte d'adversité auraient moins de connaissances et de ressources concernant le sommeil des enfants (Petit *et al.*, 2007). Par conséquent, ces derniers seraient plus susceptibles d'instaurer un horaire de sommeil irrégulier (Owens *et al.*, 2011). Ils seraient également plus susceptibles de transmettre de mauvaises habitudes de sommeil à leur enfant, ce qui affecterait négativement le sommeil de leur enfant (Owens *et al.*, 2011). De plus, les mères d'enfant d'âge préscolaire vivant en contexte d'adversité éprouveraient davantage de difficulté à offrir des directives fermes ainsi que des limites à leur enfant (Bérubé *et al.*, 2017; Jackson et Choi, 2018).

En outre, les pratiques parentales négatives, telles que des interactions hostiles, punitives et aversives, seraient associées à un plus grand nombre de problèmes de sommeil chez des enfants âgés de 2-3 ans (Reid *et al.*, 2009). Par exemple, des études ont montré que les enfants qui présentaient des comportements de résistance au coucher, dont les interactions avant l'heure du coucher reflétaient des conflits, de la frustration, de l'inconfort et des pratiques parentales négatives, étaient plus susceptibles d'avoir un horaire de sommeil variable d'une nuit à l'autre (Hoyniak *et al.*, 2021a). Par ailleurs, les pratiques parentales sévères seraient associées à une plus grande somnolence diurne chez les enfants d'âge préscolaire (Kelly *et al.*, 2021b). Or, des études ont montré que les parents vivants en contexte d'adversité auraient davantage tendance à utiliser

des pratiques parentales plus dysfonctionnelles et moins positives envers leur enfant (laxisme, réactivité excessive et verbosité) (Crnic *et al.*, 2005; Jones Harden *et al.*, 2014; McQuillan *et al.*, 2019; Pinderhughes *et al.*, 2000; Rafferty et Griffin, 2010). Ils seraient également plus susceptibles de hausser le ton, menacer leur enfant et d'avoir recours à des pratiques parentales qui impliquent de l'agressivité physique ou psychologique (Jackson et Choi, 2018).

Au-delà des comportements parentaux spécifiques, plusieurs chercheurs ont suggéré que la sensibilité parentale serait associée aux difficultés de sommeil chez les enfants. La sensibilité parentale fait référence à la capacité du parent à percevoir, interpréter et répondre adéquatement aux signaux de l'enfant dans le contexte du sommeil (Bell et Belsky, 2008; Philbrook et Teti, 2016; Teti *et al.*, 2010). Les études montrent en général que la sensibilité parentale en bas âge serait liée à la consolidation et la régulation du sommeil à l'âge préscolaire (Sadeh *et al.*, 2010). Par exemple, une sensibilité maternelle diurne plus élevée chez les mères d'enfants de 12 mois a été associée à un pourcentage de sommeil nocturne plus élevé (donc un sommeil plus consolidé) plus tard à l'âge de 2 à 4 ans (Bordeleau *et al.*, 2012; Tétreault *et al.*, 2017). De même, l'étude de Cimon-Paquet et ses collègues (2019) révèle que la sensibilité du parent avec son enfant de 18 mois prédirait une plus grande durée de sommeil nocturne rapportée par les parents 6 ans plus tard. D'autres chercheurs ont montré que la sensibilité parentale pendant la période précédant l'heure du coucher, favoriserait la régulation du sommeil et permettrait ainsi à l'enfant de faire une transition efficace vers le sommeil (Hoyniak *et al.*, 2021a). Plus spécifiquement, des études ont montré que les enfants d'âge préscolaire (30 mois) qui présentaient des comportements de résistance au coucher, mais qui profitaient d'interactions sensibles avec leur parent 1 heure avant le moment du coucher (p. ex. langage et activités calmes et apaisantes, stratégies parentales positives ainsi qu'un plaisir général mutuel pendant la routine) avaient une durée totale de sommeil nocturne plus longue, des heures de coucher plus tôt et avaient un sommeil plus stable

d'une nuit à l'autre (Hoyniak *et al.*, 2021a). Ainsi, les enfants qui profitent d'interactions sensibles avec leurs parents 1 heure avant le coucher présenteraient un meilleur sommeil et une routine plus stable (Hoyniak *et al.*, 2021a). La proximité physique et émotionnelle entre le parent et l'enfant dans le cadre des routines de sommeil semble donc bénéfique pour les habiletés de régulation comportementale, émotionnelle et permettrait de favoriser un sentiment de sécurité chez les enfants (Mindell et Williamson, 2018; Ystrom *et al.*, 2017). Ce sentiment serait par ailleurs essentiel pour atteindre un sommeil profond (Dahl et El-Sheikh, 2007). Or, les familles vivant en contexte d'adversité seraient moins susceptibles de s'engager et d'utiliser de manière constante des routines qui favorisent la proximité physique et émotionnelle à l'heure du coucher (Covington *et al.*, 2019; Hale *et al.*, 2009; Jones et Ball, 2014).

À ce titre, les études montrent que les parents vivant en contexte d'adversité auraient, de façon générale, des interactions moins sensibles avec leur enfant (Bérubé *et al.*, 2013; Dumas *et al.*, 2005; Lacharité, 2014b; Léveillé et Chamberland, 2010; McMahon et Meins, 2012). En effet, plusieurs études ont montré que les parents vivants en contexte d'adversité éprouvaient des difficultés à identifier, reconnaître et répondre adéquatement aux besoins de leur enfant de façon générale (Bérubé *et al.*, 2013; Dumas *et al.*, 2005; Lacharité, 2014b; Léveillé et Chamberland, 2010; McMahon et Meins, 2012), mais aussi au moment du coucher (Whitesell *et al.*, 2015). Plus spécifiquement, les études montrent que les parents qui sont moins sensibles identifieraient et interprèteraient inadéquatement les difficultés de sommeil ou les signaux nocturnes de leur enfant et mettraient ainsi en place des pratiques parentales nocturnes inadéquates à l'heure du coucher et lors des éveils nocturnes (Teti *et al.*, 2010; Tikotzky et Shaashua, 2012). Ceci affecterait par conséquent négativement le sommeil des enfants (Teti *et al.*, 2010; Tikotzky et Shaashua, 2012). Par exemple, certains parents interprèteraient des demandes nocturnes comme étant des signes d'anxiété ou de détresse (Sadeh, 2005), et ils auraient davantage recours à des stratégies de

réconfort actif (Tikotzky et Sadeh, 2009). De même, les parents qui interprèteraient inadéquatement les signaux nocturnes de leur enfant auraient tendance à utiliser davantage des pratiques parentales stimulantes qui prolongeraient l'éveil (Philbrook & Teti, 2016; Teti et al., 2010).

En somme, ces études montrent que les parents vivant en contexte d'adversité sont plus susceptibles d'utiliser des pratiques parentales inadéquates, ce qui affecte la capacité des enfants d'âge préscolaire à réguler leur sommeil, en plus d'être associé à plus de difficultés de sommeil de manière générale. Ainsi, ces études suggèrent que les pratiques parentales inappropriées ont un effet néfaste sur le sommeil des enfants.

1.5 L'impact des difficultés de sommeil des enfants sur les pratiques parentales chez les familles vivant en contexte d'adversité

Selon le modèle de Sadeh et Anders (1993), la relation entre les difficultés de sommeil des enfants et le contexte des interactions parent-enfant est bidirectionnelle. Nous avons vu précédemment comment les pratiques parentales nocturnes et diurnes, une composante du contexte des interactions parent-enfant, peuvent avoir un impact sur le sommeil des enfants. Le modèle montre en outre que le sommeil des enfants pourrait affecter à son tour le contexte des interactions parent-enfant, en raison de son impact sur le fonctionnement de l'enfant et celui du parent. Par exemple, le manque de sommeil chez les enfants affecte le fonctionnement cognitif et socioémotionnel de ceux-ci et pourrait engendrer des problèmes de comportements internalisés et externalisés (Kelly et El-Sheikh, 2014; Mindell *et al.*, 2017; Paavonen *et al.*, 2009; Taveras *et al.*, 2017; Touchette *et al.*, 2007; Vaughn *et al.*, 2015; Zaidman-Zait et Hall, 2015). De plus, les difficultés de sommeil chez les enfants auraient un impact non négligeable sur le sommeil du

parent, et par ricochet, sur son fonctionnement diurne (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Boergers *et al.*, 2007; Kelly *et al.*, 2021a; McQuillan *et al.*, 2019; Meltzer et Mindell, 2007; Mindell *et al.*, 2015b; Smith *et al.*, 2019; Varma *et al.*, 2020). L'altération du fonctionnement diurne du parent et de l'enfant pourrait ainsi affecter le contexte des interactions parent-enfant, et plus spécifiquement les pratiques parentales.

Toutefois, à notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à la nature du lien existant entre les difficultés de sommeil des enfants d'âge préscolaire et les pratiques parentales diurnes, et encore moins chez des familles vivant en contexte d'adversité. Certaines de ces études ont utilisé un devis corrélationnel. Par exemple, un groupe de chercheurs a montré que les éveils nocturnes prolongés chez les enfants âgés de 29 mois étaient associés à un faible sentiment d'efficacité parentale et à des pratiques parentales surprotectrices et coercitives (Zaidman-Zait et Hall, 2015). Ainsi, les résultats de cette étude suggèrent une association négative entre le sommeil des enfants et les pratiques parentales diurnes, c'est-à-dire que plus l'enfant présente des difficultés de sommeil, plus le parent utilise de moins bonnes pratiques parentales diurnes. En outre, deux études longitudinales ont été répertoriées dans la littérature concernant le lien entre le sommeil des enfants et les pratiques parentales. Une première étude a montré que les difficultés de sommeil préexistantes chez les enfants à 5 et 17 mois prédisent le développement de pratiques parentales inappropriées à l'heure du coucher lorsque les enfants sont âgés de 29 et 41 mois (Simard *et al.*, 2008). Ces résultats indiquent que les difficultés de sommeil des enfants en bas âge pourraient prédire à long terme des pratiques parentales nocturnes inappropriées. Cependant, cette étude s'intéresse aux pratiques parentales nocturnes. Dans la deuxième étude longitudinale, les données indiquent que chez des familles vivant en contexte d'adversité, les difficultés de sommeil chez les enfants en troisième année du primaire seraient associées à des niveaux plus faibles de sensibilité parentale, lorsque les enfants étaient en sixième année du

primaire (Bell et Belsky, 2008). Les chercheurs ont utilisé un score global représentant une variété de difficultés de sommeil rapportée par les parents et la sensibilité maternelle était mesurée par une grille d'observation, complétée par les chercheurs lorsque la dyade mère-enfant s'engageait dans une tâche à domicile (Bell et Belsky, 2008). Ainsi, cette étude suggère que les difficultés de sommeil des enfants pourraient être un prédicteur des pratiques parentales diurnes inappropriées. Les prochaines sections s'intéressent à l'impact des difficultés de sommeil des enfants sur le fonctionnement diurne des enfants et des parents.

1.5.1 L'impact des difficultés de sommeil sur le fonctionnement diurne des enfants d'âge préscolaire

Les difficultés de sommeil chez les enfants d'âge préscolaire caractérisées par une faible durée et qualité du sommeil auraient des répercussions particulièrement négatives sur divers aspects développementaux (Byars *et al.*, 2011; Meltzer *et al.*, 2010; Smithson *et al.*, 2018; Touchette *et al.*, 2007, 2009). Entre autres, on sait que les fonctions cognitives d'ordre supérieur sont vulnérables à une durée de sommeil insuffisante chez les enfants d'âge scolaire et ce, à très court terme (Sadeh *et al.*, 2003). Sadeh et ses collaborateurs (2003) ont montré que les enfants qui étaient privés d'une heure de sommeil par nuit pendant trois nuits consécutives présentaient des difficultés d'attention visuelle soutenue, d'inhibition, de mémoire de travail et de mise en place de stratégies d'apprentissages (Sadeh *et al.*, 2003). De plus, les résultats de ces chercheurs indiquent que la privation de sommeil affecterait la vigilance et les temps de réaction des enfants. D'autres auteurs ont aussi montré une association entre le manque de sommeil ainsi que des difficultés d'inhibition et d'attention chez des enfants âgés de 3 à 5 ans (Lam *et al.*, 2011; Paavonen *et al.*, 2009; Ravid *et al.*, 2009). De même, une étude plus récente a révélé qu'une

mauvaise qualité de sommeil à l'âge de 12 mois permettait de prédire des difficultés sur le plan de la régulation attentionnelle de 3 à 4 ans (Sadeh *et al.*, 2015). Enfin, une autre étude a révélé qu'une durée de sommeil insuffisante en bas âge (3 à 4 ans) était associée à une atteinte des processus neurocomportementaux à long terme (5 à 7 ans), incluant les fonctions exécutives, ainsi que la régulation comportementale et socioémotionnelle (Taveras *et al.*, 2017). En somme, les difficultés de sommeil en bas âge ont une incidence négative sur le fonctionnement cognitif des enfants à long terme.

En plus d'être associées à des défis sur le plan cognitif, les difficultés de sommeil seraient également associées à des échecs scolaires (Brown et Low, 2008; De Freitas Araújo et De Almondes, 2014; Dewald *et al.*, 2010; Ravid *et al.*, 2009). En effet, une étude a montré que des enfants qui n'avaient pas réussi leur maternelle avaient une durée de sommeil totale plus courte, une latence d'endormissement plus longue, une efficacité du sommeil réduite, des éveils nocturnes plus fréquents et une hygiène de sommeil moins bonne (Ravid *et al.*, 2009). Les résultats des auteurs indiquent qu'une somnolence excessive pendant la journée était associée à un score inférieur aux tests intellectuels (Ravid *et al.*, 2009).

Les difficultés de sommeil des enfants seraient associées à des problèmes de comportements et d'humeur (Sadeh, 2007). Une durée de sommeil insuffisante a été associée à des difficultés de régulation émotionnelles chez les enfants âgés de 0 à 4 ans (Jiang, 2020; Mindell *et al.*, 2017). En effet, des éveils nocturnes fréquents, des heures de coucher tardives, des difficultés d'endormissement et une durée de sommeil insuffisante ont été associés à des problèmes des comportements internalisés (timidité/inhibition, anxiété/dépression et anxiété de séparation) et externalisés (comportements agressifs, hyperactivité et comportements d'opposition) chez des enfants âgés de 1 à 6 ans (Bélanger *et al.*, 2018; Kelly et El-Sheikh, 2014; Mindell *et al.*, 2017; Paavonen *et al.*, 2009; Touchette *et al.*, 2007; Zaidman-Zait et Hall, 2015).

De plus, les difficultés émotionnelles et comportementales seraient accrues lorsque l'heure de coucher n'est pas régulière (Kelly *et al.*, 2013). De manière intéressante, un sommeil moins efficient, des éveils nocturnes fréquents ainsi que de la somnolence diurne et de la fatigue seraient également associés à des niveaux plus faibles de motivation en contexte scolaire et davantage de sautes d'humeur chez les enfants de maternelle (Ravid *et al.*, 2009). D'autre part, Berger et ses collaborateurs (2012) ont montré que le manque de sommeil chez des enfants âgés entre 30 et 36 mois diminuerait significativement la quantité d'émotions positives et augmenterait la probabilité d'émotions négatives (inquiétude et anxiété), surtout lorsque les enfants étaient face à une difficulté (tâche impossible à résoudre). Dans cette étude, le manque de sommeil a été induit en éliminant la sieste diurne pendant une période de 5 jours. Ainsi, les difficultés de sommeil ont des répercussions importantes sur les habiletés de régulation émotionnelle chez les jeunes enfants et ces répercussions peuvent être perçues à très court terme.

Par ailleurs, les études montrent que les difficultés de sommeil présentes chez les enfants vivant en contexte d'adversité auraient des répercussions plus importantes sur leur fonctionnement diurne comparé aux enfants provenant de familles n'étant pas exposées à l'adversité (Buckhalt, 2011; Buckhalt *et al.*, 2007; El-Sheikh *et al.*, 2010; Tininenko *et al.*, 2010). Par exemple, Tininenko et ses collaborateurs (2010) ont révélé qu'une durée de sommeil insuffisante était associée à des difficultés attentionnelles et des comportements hyperactifs plus importants chez des enfants âgés de 5 à 7 ans placés en famille d'accueil, comparativement à leurs pairs issus de la communauté. De même, Brown et Low (2008) ont montré que les difficultés de sommeil chez des enfants âgés de 36 à 60 mois vivant en contexte d'adversité présentaient plus de réponses négatives face à un défi (désespoir et impuissance), comparativement aux enfants qui n'étaient pas exposés à l'adversité. En outre, au même titre que pour les enfants issus de la communauté, les difficultés de sommeil chez les enfants âgés de 2 à

5 ans vivant en contexte d'adversité ont aussi été associées à des comportements externalisés (comportements agressifs, hyperactivité), internalisés (retrait), des habiletés sociales inférieures et des difficultés cognitives (p. ex. langage réceptif, stratégies d'apprentissages, habiletés de lectures, attention) (Brown et Low, 2008; Hoyniak *et al.*, 2019; Schlieber et Han, 2018; Sheridan *et al.*, 2013; Tininenko *et al.*, 2010).

En plus d'être associées aux difficultés cognitives, émotionnelles et comportementales chez les enfants, les difficultés de sommeil chez ces derniers seraient également liées à un fonctionnement diurne sous-optimal chez les parents.

1.5.2 L'impact des difficultés de sommeil des enfants sur le fonctionnement diurne des parents

Les études montrent que les difficultés de sommeil des enfants sont liées à un sommeil de mauvaise qualité chez les parents (Meltzer et Mindell, 2007; Mindell *et al.*, 2015b). Deux groupes de chercheurs ont montré que la quantité d'éveils nocturnes, leur durée, la latence d'endormissement et la durée totale du sommeil des enfants âgés de 0 à 14 ans prédiraient la qualité du sommeil parental (Meltzer et Mindell, 2007; Mindell *et al.*, 2015b). Ces résultats peuvent suggérer que les parents dorment moins bien lorsque leur enfant a des difficultés d'endormissement et présente des éveils nocturnes fréquents et prolongés. Or, les difficultés de sommeil chez les mères seraient associées à un niveau des stress plus élevé chez ces dernières (Kelly *et al.*, 2021a; McQuillan *et al.*, 2019; Meltzer et Mindell, 2007). Plus spécifiquement, les mères qui ont une durée totale de sommeil plus courte et variable, une heure de coucher plus tardive ainsi qu'une latence d'endormissement plus longue seraient plus susceptibles de présenter un niveau de stress plus élevé (McQuillan *et al.*, 2019).

En plus de leur incidence sur le sommeil du parent, les difficultés de sommeil des enfants auraient également un impact sur le fonctionnement diurne du parent ainsi que sur leur bien-être. En effet, les difficultés de sommeil des enfants seraient associées à plus de fatigue diurne chez les parents (Boergers *et al.*, 2007). La fatigue est un sentiment d'épuisement qui persiste malgré les opportunités de sommeil et peut nuire au fonctionnement quotidien, à la santé et au bien-être d'une personne (Giallo *et al.*, 2011). La fatigue affecte négativement le fonctionnement diurne des parents, en raison des effets qu'elle engendre sur le fonctionnement cognitif et l'humeur. D'ailleurs la fatigue chez les parents est associée à de moins bonnes capacités de concentration (Smith *et al.*, 2019) et à une humeur négative (Varma *et al.*, 2020).

1.5.3 Impact des difficultés de sommeil des enfants sur les pratiques parentales

Les perturbations du sommeil chez les parents, qui résultent des difficultés de sommeil des enfants, sont susceptibles d'avoir des répercussions sur les pratiques parentales (Kienhuis *et al.*, 2010). À titre d'exemple, les parents qui manquent de sommeil auraient tendance à montrer plus de frustrations, d'impatience et d'irritabilité envers leur enfant (Cooklin *et al.*, 2012; Giallo *et al.*, 2013; Smith *et al.*, 2019). De plus, les mères qui ont un sommeil perturbé, éprouveraient plus de sentiments négatifs à l'égard de leur enfant et de leur rôle parental, et percevraient le comportement de leur enfant comme étant plus exigeant (Cooklin *et al.*, 2012; Giallo *et al.*, 2013; Meltzer et Mindell, 2007). De plus, une durée insuffisante de sommeil et un sommeil de mauvaise qualité chez les parents seraient associés à des pratiques parentales négatives (McQuillan *et al.*, 2019). Les parents qui présentent des niveaux élevés de fatigue rapportent plus de pratiques parentales hostiles envers leur enfant (p. ex. se mettre en colère envers leur enfant ou élever la voix), ils montrent moins d'affection envers leur enfant et ils sont moins engagés dans

les interactions (p. ex. jouent moins avec l'enfant) (Giallo *et al.*, 2011, 2013). La fatigue chez les parents affecterait aussi leur capacité à être attentif aux besoins de leur enfant (Giallo *et al.*, 2013). L'ensemble de ces études montrent que les perturbations du sommeil chez les enfants seraient associées négativement au sommeil du parent, ce qui perturberait en retour ses pratiques parentales.

Par ailleurs, des recherches récentes suggèrent que les fonctions exécutives sont essentielles au développement et au maintien des pratiques parentales positives lorsque le parent est confronté à des situations difficiles avec son enfant (Chary *et al.*, 2020; Crandall *et al.*, 2015). Les fonctions exécutives représentent un ensemble de processus cognitifs d'ordre supérieur, incluant le contrôle inhibiteur, la mémoire de travail ainsi que la flexibilité cognitive, qui sont utilisés lorsque le recours aux processus automatiques est insuffisant ou impossible (Diamond, 2013). Les parents font appel à leurs fonctions exécutives lorsqu'ils orientent leur attention vers les signaux de leur enfant et lorsqu'ils régulent leurs propres émotions/comportements automatiques dans le but de répondre adéquatement à leur enfant (contrôle inhibiteur), lorsqu'ils interprètent les signaux de leur enfant en fonction du contexte et de leurs connaissances (mémoire de travail et flexibilité cognitive), lorsqu'ils planifient ou modifient leur réponse parentale en fonction des réactions de leur enfant (flexibilité cognitive) et lorsqu'ils résolvent des problèmes et prennent des décisions (Crandall *et al.*, 2015; Diamond, 2013; Kienhuis *et al.*, 2010). D'ailleurs, quelques études ont montré que les mères qui présentent de bonnes habiletés d'inhibition, de régulation émotionnelle et cognitive ainsi que de bonnes habiletés de mémoire de travail sont plus susceptibles d'utiliser des pratiques parentales positives lorsqu'elles font face à une situation complexe en interaction avec leur enfant (Deater-Deckard *et al.*, 2012b; Shaffer et Obradović, 2017; Sturge-Apple *et al.*, 2017). De plus, les fonctions exécutives des parents et leur habileté à réguler leurs émotions sont des prédicteurs de la qualité des pratiques parentales et des

interactions parents-enfants (Shaffer et Obradović, 2017). Les fonctions exécutives jouent donc un rôle important dans les pratiques parentales lorsque le parent est confronté à des situations difficiles avec son enfant (Chary *et al.*, 2020; Kienhuis *et al.*, 2010).

Or, les parents vivant en contexte d'adversité seraient plus susceptibles de rencontrer des défis sur le plan des fonctions exécutives (Azar *et al.*, 2017; Deater-Deckard *et al.*, 2010; Deater-Deckard et Bell, 2017; Kienhuis *et al.*, 2010; Shaffer et Obradović, 2017). En effet, plusieurs études montrent que les fonctions exécutives sont particulièrement sensibles au stress (Diamond, 2013). Par exemple, les parents exposés à une accumulation de facteurs de risques socioéconomiques, et au désordre familial (niveau élevé de bruit, distractions, surpeuplement, faible niveau de stabilité et manque de routines) présentent de moins bonnes performances sur le plan des fonctions exécutives (Deater-Deckard *et al.*, 2012a). D'autres chercheurs ont montré que le niveau d'éducation des parents, le stress financier et le manque de support social étaient des prédicteurs de difficultés d'inhibition et de régulation émotionnelle (Shaffer et Obradović, 2017). Les résultats d'Azar et ses collègues (2017) montrent que les mères négligentes avaient de moins bonnes performances sur le plan des fonctions exécutives, elles présentaient plus de biais d'attribution hostile et avaient moins d'attentes comportementales et sociales réalistes envers leur enfant. De plus, il est reconnu que les fonctions exécutives sont également sensibles au manque de sommeil (Diamond, 2013). En effet, de manière générale, les écrits scientifiques montrent que la privation de sommeil chez les adultes conduit à des réactions impulsives face aux stimuli émotionnels négatifs, donc engendre une difficulté à inhiber une réponse automatique face aux stimuli émotionnels négatifs (Anderson et Platten, 2011). De même, Chary et ses collègues (2020) ont montré que les parents qui ont des éveils nocturnes fréquents et un sommeil plus perturbé présentent des fonctions exécutives diminuées. En outre, l'accumulation de stressseurs (p. ex. : des comportements problématiques chez les enfants), de facteurs de risques associés au

contexte d'adversité et le manque de sommeil interfèreraient avec la capacité des parents à solliciter leurs fonctions exécutives afin de demeurer sensible, flexible et à répondre aux besoins changeants de leur enfant (Chary *et al.*, 2020; Cooklin *et al.*, 2012; Kienhuis *et al.*, 2010). Des études montrent que cette diminution ou atteinte des fonctions exécutives en raison du manque de sommeil et des stressés, prédit des pratiques parentales négatives (plus de comportements parentaux hostiles et moins de comportements parentaux chaleureux) (Chary *et al.*, 2020; Cooklin *et al.*, 2012; McQuillan *et al.*, 2019). Par exemple, les mères qui présentent des défis sur le plan des fonctions exécutives ont tendance à utiliser des pratiques parentales négatives lorsque leur enfant présente des comportements perturbateurs (Chary *et al.*, 2020; Deater-Deckard *et al.*, 2010, 2012b; Kienhuis *et al.*, 2010) ainsi qu'à interpréter les mauvais comportements de leur enfant comme étant intentionnels/intrinsèques et elles ne tiendraient pas compte des autres éléments du contexte/situation (Wang *et al.*, 2013).

En somme, ces études montrent que les difficultés de sommeil sont liées à des atteintes importantes sur le fonctionnement diurne de l'enfant, du parent et sur les pratiques parentales. Par conséquent, plusieurs auteurs ont tenté de développer des programmes ou interventions visant l'amélioration du sommeil des enfants.

1.6 Les interventions visant l'amélioration du sommeil des enfants

Il existe plusieurs écrits scientifiques robustes montrant l'efficacité des interventions pour améliorer les difficultés de sommeil chez les enfants d'âge préscolaire (Mindell *et al.*, 2006a). La majorité des programmes d'interventions qui ont été élaborés visent à modifier les connaissances parentales (éducation parentale) et les pratiques parentales néfastes (technique d'intervention spécifique) qui contribuent à maintenir les problèmes de sommeil des enfants (Meltzer, 2010;

Mindell *et al.*, 2006b; Sadeh, 2005; Vriend et Corkum, 2011; Weiss et Corkum, 2012). Les techniques d'intervention répertoriées dans les écrits scientifiques sont l'éducation parentale, l'hygiène de sommeil, l'extinction standard, l'extinction graduelle, l'heure de coucher différée et les éveils programmés (Mindell *et al.*, 2006a; Morgenthaler *et al.*, 2006). Selon les recommandations de l'*American Academy of Sleep Medicine*, ces techniques d'intervention sont efficaces, notamment pour traiter les problèmes en lien avec l'heure du coucher et les éveils nocturnes chez les enfants âgés de 0 à 4 ans 11 mois (Morgenthaler *et al.*, 2006). D'ailleurs, Mindell *et al.* (2006b) rapportent que 94 % des études publiées dans le domaine présentent des résultats positifs, avec plus de 80 % des enfants présentant une amélioration cliniquement significative s'étant maintenue pendant 3 à 6 mois (Mindell *et al.*, 2006b). De façon générale, les auteurs rapportent une diminution des difficultés d'endormissement, de la fréquence et de la durée des éveils nocturnes, suggérant un sommeil plus consolidé, ainsi qu'une diminution des comportements de résistance au coucher (Meltzer et Mindell, 2014; Sadeh, 2005). Par ailleurs, les recommandations générales des experts sont de privilégier la combinaison de plusieurs techniques afin de favoriser l'amélioration du sommeil chez les enfants, ce qui est également plus représentatif de la pratique clinique et permet de mieux adapter l'intervention à l'enfant et sa famille (Mindell *et al.*, 2006b; Morgenthaler *et al.*, 2006; Owens *et al.*, 2002).

Selon des travaux menés par l'*American Academy of Sleep Medicine* l'éducation auprès des parents est efficace et recommandée pour traiter la résistance au coucher et les éveils nocturnes chez les enfants d'âge préscolaire (Bathory et Tomopoulos, 2017; Morgenthaler *et al.*, 2006). L'éducation parentale vise le développement des connaissances entourant le sommeil, les causes des difficultés de sommeil et les conséquences du manque de sommeil chez les enfants (Gruber *et al.*, 2011; Mindell *et al.*, 2006b; Morgenthaler *et al.*, 2006; Weiss et Corkum, 2012). L'établissement d'une saine hygiène de sommeil est la deuxième étape recommandée dans le

traitement des difficultés de sommeil chez les enfants et englobe les pratiques parentales qui favorisent le sommeil, tels l'instauration d'une routine et un horaire de sommeil régulier (Meltzer, 2010; Ortiz et McCormick, 2007; Vriend et Corkum, 2011; Weiss et Corkum, 2012). L'instauration d'une routine est tout particulièrement favorable pour réduire la résistance au coucher, la latence d'endormissement, la quantité d'éveils nocturnes et leur signalement, les déplacements hors du lit et pour augmenter la durée du sommeil nocturne (Covington *et al.*, 2019; Mindell *et al.*, 2009, 2015a, 2016b; Wilson *et al.*, 2015).

Par ailleurs, les techniques d'extinction visent quant à elles à supprimer la réponse parentale envers les comportements indésirables de l'enfant qui surviennent à l'heure du coucher ou pendant la nuit (Meltzer, 2010; Morgenthaler *et al.*, 2006). Les techniques d'extinction reposent sur l'hypothèse que les comportements négatifs des enfants (p. ex., recherche d'attention) à l'heure du coucher ou lors des éveils nocturnes sont renforcés par la réponse parentale à ces comportements (Tikotzky et Sadeh, 2010). La technique d'extinction standard consiste à mettre l'enfant au lit à une heure fixe puis à ignorer les comportements indésirables jusqu'à une heure prédéterminée le lendemain matin, tout en veillant à la sécurité et la santé de l'enfant (Meltzer, 2010 ; Mindell et Owen, 2015; Morgenthaler *et al.*, 2006), tandis que dans la technique d'extinction graduelle, le parent répond aux comportements de l'enfant à des intervalles de temps fixe et progressivement plus long après l'heure du coucher ou au cours de la nuit (Meltzer, 2010; Mindell *et al.*, 2006b; Ortiz et McCormick, 2007). Les techniques d'extinction, lorsqu'elles sont bien appliquées par les parents, sont efficaces et recommandées pour diminuer les comportements de résistance au coucher et favoriser la régulation autonome du sommeil (à l'endormissement et les éveils nocturnes) chez les enfants âgés de 0 à 4 ans 11 mois (Adams et Rickert, 1989; Blunden, 2011; Minde *et al.*, 1994; Mindell *et al.*, 2006a, 2011a;

Mindell et Durand, 1993; Morgenthaler *et al.*, 2006; Pritchard et Appleton, 1988; Reid *et al.*, 1999; Rickert et Johnson, 1988; Rolider et Houten, 1984).

Les techniques du contrôle du stimulus visent quant à elles à augmenter les comportements appropriés et à contrôler l'activation physiologique de l'enfant au moment du coucher, plutôt que de chercher à réduire les comportements inappropriés (Mindell *et al.*, 2006b). Parmi ces techniques, on retrouve les éveils programmés ainsi que la restriction de sommeil. La technique des éveils programmés peut être appliquée avec les enfants qui présentent des éveils nocturnes fréquents et qui surviennent à des heures similaires d'une nuit à l'autre (Mindell *et al.*, 2006a; Morgenthaler *et al.*, 2006; Tikotzky et Sadeh, 2010). Les parents doivent ainsi réveiller leur enfant 15 à 30 minutes avant le moment habituel de l'éveil (Mindell *et al.*, 2006b; Morgenthaler *et al.*, 2006; Tikotzky et Sadeh, 2010). Ainsi, l'enfant étant encore dans un cycle de sommeil profond, ceci favorise un endormissement plus rapide que lors d'un éveil spontané (Mindell et Owens, 2015). La restriction de sommeil vise quant à elle à créer une pression de sommeil en retardant l'heure du coucher à un moment qui correspond davantage à l'heure de somnolence naturelle de l'enfant (Cooney *et al.*, 2018; Meltzer, 2010; Mindell *et al.*, 2006a; Morgenthaler *et al.*, 2006; Ortiz et McCormick, 2007; Tikotzky et Sadeh, 2010). Cette technique d'intervention, combinée à une routine de sommeil, a l'avantage de créer une association positive entre les signes de sommeil et les interactions parent-enfant positives à l'heure du coucher, ce qui contribue à diminuer les comportements de résistance à l'heure du coucher (Mindell *et al.*, 2006b). Toutefois, le fait de garder les enfants d'âge préscolaire éveillés plus tard le soir peut sembler contre-intuitif pour certains parents (Cooney *et al.*, 2018).

1.6.1 Le format des interventions visant l'amélioration du sommeil des enfants

Les interventions visant le sommeil des enfants existent en format individuel ou de groupe et sont offertes par divers professionnels (psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.) (Minde *et al.*, 1994; Stuttard *et al.*, 2015). Le recours à des interventions de groupe pour la gestion des problèmes de sommeil est toutefois une modalité relativement nouvelle (Wade *et al.*, 2007). Néanmoins, cette modalité présente des avantages considérables pour les familles vivant en contexte d'adversité. Tout d'abord, la modalité de groupe est plus économique pour les systèmes de santé, ce qui rend l'intervention plus accessible pour les familles (Austin *et al.*, 2013; Joachim *et al.*, 2010; Montgomery *et al.*, 2004; Stuttard *et al.*, 2015; Wade *et al.*, 2007). En outre, les parents vivant en contexte d'adversité prenant part à des interventions sur le sommeil des enfants sous forme de groupe perçoivent qu'ils apprennent de l'expérience des autres parents et ils se sentiraient moins isolés et plus soutenus dans la gestion des problèmes de sommeil de leur enfant (Ortiz et McCormick, 2007; Sanders, 1999; Wade *et al.*, 2007; Williamson *et al.*, 2020).

Par ailleurs, des études ont montré que l'implication des enfants dans les programmes d'interventions engendrerait une amélioration comportementale plus importante chez ces derniers (Neville *et al.*, 2013; Webster-Stratton et Hammond, 1997). Par exemple, Neville et ses collègues (2013) ont comparé l'efficacité de trois modalités d'intervention qui visait l'amélioration des capacités attentionnelles chez des enfants âgés de 3 à 5 ans issus d'un milieu familial présentant un faible statut socioéconomique. La première modalité était une intervention familiale (qui incluait un volet destiné aux parents et aux enfants séparément), la deuxième était une intervention adressée aux enfants seulement, et le dernier groupe ne recevait aucune intervention (groupe contrôle). Les résultats ont montré une amélioration significative du fonctionnement attentionnel chez les enfants qui ont participé au groupe d'intervention familial, alors que cette amélioration n'était pas significative chez les enfants qui ont participé aux deux autres groupes

d'intervention (Neville *et al.*, 2013). Un autre groupe de chercheur a comparé l'efficacité de trois modalités d'intervention offertes en groupe, soit une intervention parentale seulement, une intervention enfant seulement et une intervention familiale (parent et enfant). L'objectif de l'intervention était d'améliorer les difficultés comportementales chez des enfants âgés de 4 à 8 ans (Webster-Stratton et Hammond, 1997). La comparaison entre les 3 modalités d'intervention a révélé des gains plus importants chez les enfants provenant des familles qui avaient profité de l'intervention familiale. Les auteurs ont émis l'hypothèse que le format d'intervention familial était plus efficace parce qu'il permettait de cibler à la fois les facteurs de risques du parent et ceux de l'enfant, plutôt que seulement un ou l'autre (Webster-Stratton et Hammond, 1997). Les interventions familiales permettraient de cerner un contexte plus large dans lequel s'inscrivent et se développent les comportements problématiques et favoriseraient donc une plus grande amélioration (Neville *et al.*, 2013). Ainsi, le format d'intervention impliquant à la fois les parents et les enfants semble constituer un format d'intervention plus efficace pour adresser des comportements problématiques chez les enfants.

1.6.2 L'amélioration du sommeil des enfants vivant en contexte d'adversité

Même si leur efficacité a été démontrée, il y a à ce jour peu d'études ayant utilisé une intervention de groupe ciblant les difficultés de sommeil des enfants d'âge préscolaire vivant en contexte d'adversité (Joachim *et al.*, 2010; Ortiz et McCormick, 2007; Perrin *et al.*, 2014; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2004). La majorité de ces études (75 %) dans le domaine ont été effectuées auprès de familles ayant un statut socioéconomique modéré à élevé (Schwichtenberg *et al.*, 2019). Or, plusieurs études suggèrent le besoin de vérifier l'efficacité des programmes d'intervention pour améliorer le sommeil des enfants auprès d'échantillons plus variés,

notamment parce qu'il est reconnu que le sommeil des enfants vivant en contexte d'adversité est plus problématique et peut avoir des répercussions d'autant plus importantes sur le contexte des interactions parent-enfant (Schwichtenberg *et al.*, 2019).

Wade, Ortiz et Gorman (2007) ont mené une des premières études visant à vérifier les effets de deux séances d'intervention de groupe adressant les comportements de résistance au coucher auprès de 5 familles ayant un enfant âgé de 3 à 6 ans et vivant en contexte d'adversité. Une première séance d'une durée de 2 heures était composée d'une combinaison de techniques d'intervention, dont l'éducation parentale, l'hygiène de sommeil et une technique d'extinction modifiée (supportée de jeux de rôle). À la suite de la première nuit, les chercheurs effectuaient un contact téléphonique auprès des familles afin de réviser la procédure d'extinction modifiée, pour offrir des conseils et du support supplémentaire au besoin. Une deuxième séance d'une durée d'une heure prenait place 2 jours après la première, et consistait à faire un suivi de groupe en adressant les questions et les défis rencontrés par les parents. Les chercheurs ont utilisé des mesures autorapportées pour mesurer le sommeil, le bien-être des parents et le fonctionnement diurne des enfants. Les résultats ont montré une diminution des comportements de résistance au coucher, de la latence d'endormissement, des difficultés de sommeil de manière générale et des comportements diurnes problématiques chez les enfants, immédiatement après l'intervention ainsi que deux mois après l'intervention. Bien que ces résultats montrent des effets positifs de l'intervention sur le sommeil des enfants, la petite taille de l'échantillon limite la généralisation des résultats (Wade *et al.*, 2007).

À la suite de cette étude, d'autres chercheurs se sont intéressés à l'impact de l'amélioration du sommeil des enfants dans des familles vivant en contexte d'adversité, mais avec un plus grand échantillon. Wilson et ses collègues (2014) ont ainsi évalué l'impact du programme *Sweet Dreamzzz*, auprès de 152 familles provenant de milieux socioéconomiques

faibles et ayant un enfant âgé de 2 à 5 ans présentant des difficultés de sommeil. *Sweet Dreamzzz* est un programme d'intervention qui consiste à offrir une séance d'éducation parentale d'une durée de 45 minutes concernant le sommeil et l'hygiène de sommeil. Des séances d'éducation sont également offertes aux enfants en parallèle, en classe ou en garderie, par l'entremise d'activités quotidiennes ludiques d'une durée de 20 minutes pendant 2 semaines (donc 10 séances au total). Immédiatement après l'intervention, les résultats recueillis à l'aide d'un agenda de sommeil complété par les parents ont montré que les enfants se couchaient 22 minutes plus tôt et dormaient 30 minutes de plus par nuit. Les résultats ont montré également une amélioration des connaissances, des attitudes, de l'auto-efficacité et des croyances des parents concernant le sommeil de leur enfant. L'amélioration du sommeil des enfants s'est maintenue un mois post-intervention, contrairement à l'amélioration des connaissances, des attitudes, du sentiment d'auto-efficacité et des croyances parentales concernant le sommeil des enfants. Les auteurs proposent que l'implication des enfants dans l'intervention puisse avoir contribué au maintien de l'amélioration du sommeil puisque l'amélioration des cognitions parentales n'était pas maintenue 1 mois post intervention. Ce résultat montre encore une fois l'avantage d'inclure les enfants dans l'intervention. Ils recommandent tout de même d'intégrer des séances ou des stratégies de renforcement (p.ex. document contenant l'information de la séance d'éducation parentale) dans le programme d'intervention pour favoriser le maintien des acquis chez les parents.

Un autre groupe de chercheurs ont vérifié l'impact du programme *Sleepwise*. Ce programme d'intervention offert en groupe a été élaboré pour les parents d'enfants d'âge préscolaire (âgés de 1 à 6 ans) qui présentent un retard de développement accompagné de difficultés de sommeil (O'Connell et Vannan, 2008). Par conséquent, bien que cette étude n'ait pas été réalisée auprès de familles en situation d'adversité, elle présente des résultats intéressants.

Ainsi, le programme a été offert à 6 familles ayant un enfant âgé de 2 à 6 ans qui présentait des défis développementaux (p. ex. déficience intellectuelle, retard de développement ou trouble du spectre de l'autisme) (Austin *et al.*, 2013). Le programme *Sleepwise* inclut 3 ateliers d'éducation parentale en groupe d'une durée de 2 heures, une évaluation individuelle du sommeil de l'enfant, un soutien familial et une planification individuelle du traitement (O'Connell et Vannan, 2008). Le plan de traitement offert est personnalisé en fonction des besoins de l'enfant (c.-à-d. difficultés de sommeil, comportements et problèmes médicaux, préférences sensorielles), de son environnement et des besoins des autres membres de sa famille. Suite aux 3 ateliers d'éducation parentale, le plan d'intervention personnalisé était ensuite mis en place pour une durée de 6 semaines. Les parents profitaient d'un suivi téléphonique hebdomadaire pour assurer le respect du plan d'intervention pendant la durée de l'intervention. Les auteurs ont mesuré le sommeil des enfants avec un questionnaire et un agenda de sommeil complété par les parents ainsi qu'un questionnaire pour mesurer le fonctionnement diurne des enfants, avant l'intervention, après l'intervention et 1 mois après l'intervention. Les résultats de cette étude ont montré une diminution significative des problèmes de sommeil immédiatement après l'intervention, caractérisée par une baisse de la durée et de la quantité des éveils nocturnes, des comportements de résistance au coucher et de la latence d'endormissement. Ces améliorations se sont maintenues 1 mois post-intervention. Les résultats de cette étude montrent l'efficacité d'une intervention de groupe personnalisée aux besoins de la famille sur l'amélioration du sommeil des enfants. Toutefois, la petite taille de l'échantillon limite encore une fois la généralisation des résultats, tout comme l'étude de Wade et ses collaborateurs (Wade *et al.*, 2007). La complexité de l'intervention diminue également la possibilité d'implanter ce type de programme facilement dans les milieux de santé.

Malgré, qu'il y ait peu d'études ayant menée une intervention de groupe ciblant les difficultés de sommeil chez les enfants d'âge préscolaire vivant en contexte d'adversité, les études décrites ci-dessus montrent tout de même l'efficacité des interventions de sommeil auprès de cette population. De plus, plusieurs des études examinant l'efficacité des programmes d'interventions (tous formats confondus) sur le sommeil des enfants ont montré des bénéfices secondaires sur le fonctionnement de l'enfant, du parent ainsi que sur le contexte des interactions parent-enfant (Moore et Mindell, 2013).

1.6.3 Les bienfaits de l'amélioration du sommeil des enfants sur le contexte des interactions parent-enfant

Tout d'abord, les études montrent les bienfaits de l'amélioration du sommeil des enfants sur le fonctionnement diurne de l'enfant. En effet, l'amélioration du sommeil des enfants est associée à des effets positifs sur leur comportement et leur fonctionnement socioémotionnel (Kelly *et al.*, 2013). À titre d'exemple, une augmentation de la durée du sommeil serait associée à un niveau plus faible de problèmes émotionnel et comportemental ainsi qu'à une diminution des comportements anxieux, dépressifs et agressifs chez les enfants (Zheng *et al.*, 2020). De plus, des auteurs ont montré qu'une intervention de sommeil contribuerait à améliorer la qualité du sommeil ainsi que le fonctionnement diurne des enfants d'âge préscolaire: les enfants seraient plus heureux, alertes, sécurisés et accommodants (Eckerberg, 2004). D'autres auteurs ont montré qu'une intervention de sommeil a permis non seulement de diminuer les comportements de résistance au coucher, la latence d'endormissement ainsi que de la durée et de la fréquence des éveils nocturnes, mais également d'améliorer le fonctionnement diurne des enfants, en diminuant la quantité de comportements problématiques (Austin *et al.*, 2013). En outre, Minde *et al.* (1994)

ont montré que les enfants qui présenteraient un fonctionnement diurne plus problématique avant une intervention seraient ceux qui montreraient les plus grandes améliorations dans leurs interactions avec leurs parents 6 semaines après un traitement (Minde *et al.*, 1994). Dans cette étude, suite à l'intervention améliorant significativement le sommeil des enfants, ces derniers présentaient de meilleures capacités d'organisation, d'attention, de meilleures habiletés sociales et de régulation émotionnelle, ils étaient moins irritables et présentaient moins de comportements négatifs (Minde *et al.*, 1994).

Les études montrent en outre que l'instauration de bonnes habitudes de sommeil est favorable pour le meilleur fonctionnement diurne chez les enfants. Par exemple, les enfants âgés de 36 mois issus de famille à faible revenu qui ont une routine constante, soit 4 nuits par semaine, présentent une meilleure régulation émotionnelle et comportementale (Zajicek-Farber *et al.*, 2014). Les résultats des deux études menées par Mindell et ses collaborateurs (2009, 2011b) ont indiqué également que l'instauration d'une routine de sommeil régulière favorise une humeur matinale plus positive chez les enfants d'âge préscolaire. De plus, les enfants dont l'heure du coucher se régularise entre l'âge de 3 et 7 ans présentent une amélioration sur le plan comportemental (Kelly *et al.*, 2013). Ces études montrent que de tous les bienfaits secondaires à l'amélioration du sommeil chez l'enfant, l'amélioration comportementale est bien étudiée et représente le bénéfice secondaire le plus robuste (Moore et Mindell, 2013).

Plusieurs études montrent que l'amélioration du sommeil des enfants engendre également des bienfaits secondaires sur le fonctionnement des parents (Moore et Mindell, 2013). Les parents rapporteraient être moins fatigués deux semaines après l'amélioration du sommeil de leur enfant (Eckerberg, 2004). Dans une autre étude, une intervention de sommeil a contribué à améliorer le sommeil des enfants ainsi qu'à diminuer la latence d'endormissement, les éveils nocturnes ainsi qu'à augmenter la durée, l'efficacité et la qualité du sommeil des parents (Mindell *et al.*, 2009,

2011b; Moore et Mindell, 2013). Plusieurs études ont montré que les interventions de sommeil qui visent l'amélioration du sommeil des enfants seraient également bénéfiques pour diminuer les symptômes dépressifs et le niveau de stress parental (Hall *et al.*, 2017; Wade *et al.*, 2007; Zajicek-Farber *et al.*, 2014), de même que pour améliorer l'humeur matinale chez les mères (Mindell *et al.*, 2009, 2011b). Les mères se sentiraient également plus confiantes face à la gestion des problèmes de sommeil de leur enfant, ce qui suggère des avantages pour le sentiment d'auto-efficacité parentale (Mindell *et al.*, 2011b; Wilson *et al.*, 2014). Ainsi, les mères ne percevraient plus le sommeil de leur enfant comme étant problématique (Mindell *et al.*, 2009). Ces études montrent que l'amélioration du sommeil des enfants affecterait positivement le fonctionnement parental, incluant, la fatigue, le sommeil et le bien-être parental.

D'autre part, l'amélioration du sommeil des enfants apporterait des bénéfices sur le contexte des interactions parent-enfant (Moore et Mindell, 2013). En effet, les résultats de Minde et ses collaborateurs (1994) ont montré qu'une intervention de sommeil a contribué à améliorer le sommeil chez des enfants âgés entre 12 et 36 mois et à améliorer la qualité des interactions parent-enfant (augmentation de la mutualité et réciprocité dyadiques, diminution de la tension dyadique) (Minde *et al.*, 1994). De même, un autre groupe de chercheurs a montré qu'une intervention de sommeil a contribué à améliorer le sommeil des enfants âgés de 16 à 48 mois, à diminuer certaines pratiques parentales inappropriées (p.ex. verbosité parentale : le parent offre une longue réponse verbale inefficace à son enfant, soit en le suppliant, en l'amadouant) et à diminuer les interactions parent-enfant dysfonctionnelles, comparativement aux enfants dont le sommeil ne s'est pas amélioré (Reid *et al.*, 1999). D'un autre côté, cette étude a montré que l'amélioration du sommeil des enfants n'a pas eu d'effet sur les pratiques parentales négatives (c.-à-d. réactions colériques, impulsives et irritables) et sur la difficulté des parents à fixer des limites (Reid *et al.*, 1999).

Parmi les études qui se sont intéressées aux effets de l'amélioration du sommeil des enfants vivant en contexte d'adversité, une seule a vérifié l'impact de l'amélioration du sommeil des enfants sur le fonctionnement diurne des enfants et des parents (Wade *et al.*, 2007). Les résultats ont montré que l'amélioration du sommeil des enfants par le biais d'une intervention (résistance au coucher, latence d'endormissement et difficultés de sommeil de manière générale) avait contribué à diminuer les comportements diurnes problématiques chez les enfants, immédiatement après l'intervention. Deux mois après l'intervention, l'amélioration du sommeil des enfants était maintenue, alors que les comportements diurnes problématiques avaient augmenté légèrement. D'autre part, les résultats de cette étude ont montré que l'amélioration du sommeil de l'enfant avait contribué à diminuer les symptômes dépressifs chez la mère ainsi que le stress parental immédiatement après l'intervention et 2 mois après. Puisque les comportements problématiques des enfants semblent avoir légèrement augmenté 2 mois après l'intervention, et ce, malgré une amélioration du sommeil de l'enfant et du bien-être du parent, d'autres études semblent nécessaires afin de mieux comprendre le lien entre le sommeil des enfants et le contexte des interactions parent-enfant chez les familles vivant en contexte d'adversité. De plus, les auteurs ont mesuré le fonctionnement diurne de l'enfant et du parent, mais n'ont malheureusement pas inclus de mesures concernant le contexte des interactions parent-enfant (Wade *et al.*, 2007).

En résumé, plusieurs études montrent que les interventions visant l'amélioration du sommeil des enfants engendrent des bienfaits secondaires chez l'enfant, chez le parent, alors que seulement quelques études ont montré des bienfaits sur le contexte des interactions parents enfants ou les pratiques parentales. De façon plus spécifique, l'amélioration du sommeil des enfants serait liée à l'amélioration sur le plan émotionnel et comportemental chez les enfants, et permettrait aussi d'améliorer le sommeil chez les parents (durée, qualité et éveils nocturnes) et

leur bien-être. De plus, les effets positifs de l'amélioration du sommeil des enfants conduiraient à améliorer le contexte des interactions parent-enfant et de certaines pratiques parentales. Par contre, il y a très peu d'études sur le sommeil des enfants et les pratiques parentales chez des familles vivant en contexte d'adversité. Étant donné que les parents de famille vivant en contexte d'adversité éprouvent plus de défis en ce qui concerne leurs pratiques parentales et que l'amélioration du sommeil des enfants semble avoir des effets positifs sur le contexte des interactions parent-enfant, il apparaît nécessaire de réaliser davantage d'études afin de mieux étudier cette problématique auprès de ces familles.

1.7 Objectifs et Hypothèses

Nous avons vu que les difficultés de sommeil chez les enfants ont des répercussions sur le fonctionnement diurne de l'enfant, du parent ainsi que sur le contexte des interactions parent-enfant. Or, il semble qu'au sein des familles vivant en contexte d'adversité, les enfants présenteraient plus de difficultés de sommeil et les parents rencontreraient davantage de défis au niveau des pratiques parentales que dans la population générale. Malheureusement, il existe à l'heure actuelle très peu d'études s'étant intéressées spécifiquement au lien entre les difficultés de sommeil des enfants ou leur amélioration et les pratiques parentales diurnes chez les familles vivant en contexte d'adversité. Par conséquent, l'objectif général de cet essai doctoral visait à étudier la relation entre le sommeil des enfants et les pratiques parentales diurnes au sein de familles vivant en contexte d'adversité. Les objectifs spécifiques sont détaillés dans les prochains paragraphes.

1.7.1 Étude 1

L'objectif de la première étude était de vérifier dans quelle mesure les difficultés de sommeil des enfants d'âge préscolaire expliquent les pratiques parentales au sein des familles vivant en contexte d'adversité. Il était attendu que les difficultés de sommeil de l'enfant permettraient de prédire des pratiques parentales inadéquates. Plus spécifiquement, il était attendu que des éveils nocturnes fréquents, des comportements de résistance au coucher et de la somnolence diurne permettraient de prédire une difficulté du parent à percevoir et à répondre aux besoins de son enfant.

1.7.2 Étude 2

L'objectif initial de la deuxième étude était d'étudier de manière exploratoire l'impact de l'amélioration du sommeil des enfants, par l'entremise d'une intervention, sur les pratiques parentales. Les objectifs et hypothèses ont cependant été révisés en raison de l'attrition importante, limitant ainsi le type d'analyses pouvant être effectuées avec les données. Par conséquent, l'objectif de la deuxième étude était de vérifier d'une part les changements dans le sommeil des enfants et, d'autre part, les modifications dans les pratiques parentales, suite à la mise en place de l'intervention. Il était tout d'abord attendu que le sommeil des enfants serait meilleur, tel que mesuré par une diminution de la quantité des éveils nocturnes, des comportements de résistance au coucher et de la somnolence diurne. Ensuite, en partant du principe que les difficultés de sommeil ont un impact sur le contexte des interactions parent-enfant (Sadeh et Anders, 1993), il était attendu que les pratiques parentales s'améliorent, telles qu'identifier par une meilleure perception et réponse parentale aux besoins de l'enfant, suite à l'intervention.

CHAPITRE II – ÉTUDE 1 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

2.1. Participants et procédure

L'échantillon de la première étude était composé de 88 dyades mères-enfants, dont les données ont été recueillies dans le cadre d'un projet de plus grande envergure et dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité de programmes communautaires offerts dans la région de l'Outaouais. La collecte a été réalisée auprès de mères ayant un enfant âgé de 0 à 5 ans et recevant des services du programme Avenir d'Enfants (AE) et du Programme d'Aide Personnelle, Familiale et Communautaire (PAPFC). Le programme AE contribue au développement global des enfants âgés de 5 ans et moins vivants en situation de pauvreté, afin d'optimiser le début de leur cheminement scolaire (avenirdenfants.org, maintenant agirtot.org). Le programme PAPFC s'adresse aux familles qui vivent en situation de détresse sociale (pauvreté sociale, familiale, économique et culturelle) et ayant des difficultés importantes d'intégration à la communauté (Lacharité, 2014a). Ce programme offre des services et des activités qui ciblent le développement des enfants âgés de 0 à 12 ans, le renforcement de la disponibilité psychologique des parents et l'intégration de la famille dans la communauté.

Les dyades mères-enfants incluses dans l'étude plus vaste devaient être en mesure de comprendre le français ou l'anglais. Parmi ces dyades, celles ayant complété les mesures concernant le sommeil des enfants et les pratiques parentales ont été incluses dans l'échantillon de la présente étude ($n = 88$). Par ailleurs, les dyades qui présentaient des valeurs extrêmes pour les variables mesurant les pratiques parentales ont été exclues de l'échantillon, tel qu'identifié par la méthode des distances de Mahalanobis ($n = 8$). Les enfants présentant des problèmes de santé ou des troubles neurodéveloppementaux diagnostiqués étaient aussi exclus de l'étude. Les enfants de l'échantillon devaient également être âgés entre 12 mois et 6 ans moins un jour. Les enfants de

11 mois et moins ont été exclus de l'échantillon ($n = 6$) puisque les patrons et le développement de la consolidation et de la régulation du sommeil ne sont pas atteints et les besoins de sommeil sont différents (Burnham *et al.*, 2002; Dias *et al.*, 2018; Mindell *et al.*, 2016a; Paavonen *et al.*, 2020). De plus, des études ont suggéré qu'avant l'âge de 12 mois, il est trop tôt pour mesurer le lien entre le contexte des interactions parent-enfant et le sommeil (Bordeleau *et al.*, 2012; Tétreault *et al.*, 2017). L'échantillon final était donc composé de 74 dyades mères-enfants.

Les mères qui étaient intéressées à participer au projet de recherche initial étaient rencontrées par un assistant de recherche. Le consentement des mères participantes était obtenu lors de cette rencontre, à l'aide d'un formulaire de consentement qui devait être signé. Ensuite, les données étaient recueillies auprès de la mère et de l'enfant à l'aide des instruments de mesure qui seront décrits ci-dessous. Cette rencontre était d'une durée approximative de deux heures. Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) de l'UQO.

2.2 Mesures

2.2.1 Données sociodémographiques (Bérubé et al., 2015)

Les données sociodémographiques des mères ont été recueillies à l'aide de la section « *Informations générales* » de l'outil Place aux Parents (Bérubé *et al.*, 2015) (Annexe I). Cette section du questionnaire vise à obtenir des informations concernant l'âge des mères, de l'enfant (en mois), le revenu annuel de la mère (1 = 0 \$ à 32 999 \$, 2 = 33 000 \$ à 45 999 \$, 3 = 46 000 \$ et plus) et son dernier niveau d'étude complété (1 = primaire, 2 = secondaire, 3 = diplôme d'études professionnel - DEP, 4 = Collégial, 5 = universitaire). Ces données ont été utilisées afin de caractériser l'échantillon.

2.2.2 Grille d'évaluation du développement de l'enfant (Moreau et al., 2020)

La grille d'évaluation du développement (GED) de l'enfant permet de mesurer le développement de l'enfant en fonction de trois sphères : cognitive/langagière, motrice et socioaffective. L'outil possède un nombre variable d'items (de 8 à 24 items) selon la sphère développementale évaluée et le niveau d'âge (14 niveaux d'âge, de 0 à 5 ans), ce qui lui concède une plus grande sensibilité et des normes qui définissent l'évolution à différents intervalles développementaux. Il est administré par un intervenant ou une intervenante à l'enfant et la durée de passation varie de 15 à 60 minutes selon l'âge de l'enfant. Le score obtenu à chacune des sphères développementales est exprimé en pourcentage, qui représente la proportion d'items réussis par l'enfant en fonction du nombre total d'items. Plus le pourcentage est élevé, moins l'enfant rencontre de défis développementaux dans la sphère évaluée. De plus, une grille d'interprétation des résultats permet de situer le score obtenu à chaque sphère développementale en fonction du score moyen attendu pour l'âge chronologique selon 3 catégories : adéquat (résultat qui se situe entre le score maximum obtenu au GED (100) et le score correspondant à 1 écart type sous la moyenne), à surveiller (résultat qui se situe entre la borne inférieure de la zone adéquate et le score correspondant à 2 écarts types sous la moyenne) ou problématique (résultat situé entre la borne inférieure de la zone à surveiller et le score minimum au GED). Les qualités psychométriques du GED ont été étudiées au Québec et présentent une fidélité interjuge élevée ($r = .87$ à $r = .94$ selon l'échelle), une fidélité test-retest acceptable ($r = .41$ à $r = .71$ selon l'échelle) et une bonne cohérence interne ($\alpha = .52$ à $\alpha = .80$ selon l'échelle et l'âge) (Moreau *et al.*, 2020). Le score total en pourcentage à chacune des trois sphères développementales a été utilisé dans les analyses.

2.2.3 Questionnaire sur les Habitudes de Sommeil des Enfants (Owens et al., 2000)

Le sommeil des enfants a été mesuré à l'aide du questionnaire sur les habitudes de sommeil des enfants (QHSE, joint à l'Annexe II, traduction et adaptation françaises du Child Sleep Habits Questionnaires; Owens, Spirito, McGuinn et Nobile, 2000), un instrument qui permet d'obtenir un portrait des habitudes de sommeil et de dépister les problèmes de sommeil des enfants âgés de 2 à 10 ans, en se basant sur les symptômes cliniques communs, définis dans la Classification internationale des troubles du sommeil en pédiatrie (International classification of sleep disorder - ICSD, 1990) (Goodlin-Jones *et al.*, 2008; Owens *et al.*, 2000; Sneddon *et al.*, 2013). Les parents répondent aux items du questionnaire rétrospectivement, en se basant sur le sommeil de leur enfant dans la dernière semaine. Les items sont mesurés sur une échelle de Likert en trois points selon la fréquence du comportement : 1 = rarement (0-1 fois par semaine), 2 = parfois (2-4 fois par semaine) et 3 = souvent (5-7 fois par semaine). Le questionnaire est composé de 56 items, dont 33 permettent de calculer un score global et un score pour 8 échelles. Ces échelles représentent les principaux troubles de sommeil médicaux et comportementaux retrouvés chez les enfants, soit la (1) résistance au coucher, (2) la latence d'endormissement, (3) la durée du sommeil, (4) l'anxiété liée au sommeil, (5) les éveils nocturnes, (6) les parasomnies, (7) les désordres respiratoires et (8) la somnolence diurne (Owens *et al.*, 2000). Un score élevé obtenu aux échelles ou au score global est indicateur de problèmes de sommeil. En plus des échelles, des items spécifiques du questionnaire permettent d'obtenir des mesures concernant l'heure moyenne du coucher, l'heure moyenne du lever, la durée moyenne totale du sommeil en minutes et la latence moyenne d'endormissement en minutes.

Les propriétés psychométriques de l'outil ont été évaluées par Owens et ses collègues (2000) auprès d'enfants âgés de 4 à 10 ans inclusivement qui proviennent de la communauté (464) et d'un échantillon clinique anglophone (154 enfants qui avaient reçu un diagnostic de troubles du sommeil). Les analyses révèlent une consistance interne acceptable pour le score global ($\alpha = .68$ pour l'échantillon dans la communauté et $\alpha = .78$ pour l'échantillon clinique) ainsi qu'une consistance interne variant entre le niveau faible (sous-échelle des parasomnies $\alpha = .36$ dans l'échantillon communautaire et $\alpha = .56$ dans l'échantillon clinique) et acceptable (sous-échelle de résistance au coucher $\alpha = .70$ dans l'échantillon communautaire et $\alpha = .83$ dans l'échantillon clinique) pour les échelles (Owens *et al.*, 2000). La validité test-retest de l'outil est acceptable, variant de .62 à .79 pour les différentes échelles (échantillons combinés) (Owens *et al.*, 2000). La validité psychométrique des échelles de l'outil est similaire pour les enfants plus jeunes. En effet, la cohérence interne des échelles varie entre le niveau faible ($\alpha = .55$ somnolence diurne) et acceptable ($\alpha = .81$ résistance au coucher) dans un échantillon d'enfants âgés de 2 à 5 ans (Sneddon *et al.*, 2013). Les résultats aux échelles et le score global permettent également de distinguer les enfants qui présentent des difficultés significatives de sommeil (Goodlin-Jones *et al.*, 2008; Owens *et al.*, 2000; Sneddon *et al.*, 2013).

Dans le cadre de la présente étude, le QHSE n'a pas été administré en entier. Puisque cette étude s'insérait dans une étude de plus grande envergure, les parents devaient remplir une grande quantité de questionnaires. Ainsi, une priorisation dans les items utilisés a dû être faite afin de ne pas surcharger les familles. Par conséquent, les items portant sur les informations nominatives liées au sommeil (heure de coucher et de lever moyenne, durée moyenne de sommeil, latence d'endormissement moyenne) ainsi que quatre échelles ont été administrés : résistance au coucher, anxiété liée au sommeil, éveils nocturnes et somnolence diurne. Ces quatre échelles ont été identifiées à cause de leur relation étroite avec les comportements problématiques liés au

sommeil chez les enfants d'âge préscolaire (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Petit *et al.*, 2007, 2010; Reynaud *et al.*, 2018a; Smith *et al.*, 2019; Williamson *et al.*, 2019). Par contre, l'échelle d'anxiété liée au sommeil a été délaissée, car elle présentait un dédoublement important d'items avec l'échelle résistance au coucher. Ainsi, les scores obtenus aux trois échelles résistance au coucher, éveils nocturnes et somnolence diurne ont été utilisés dans les analyses statistiques.

2.2.4 Place aux Parents (Bérubé *et al.*, 2015)

Les pratiques parentales ont été mesurées à l'aide de la version courte du questionnaire Place aux parents, un outil développé par un groupe de chercheurs de l'UQO (Bérubé *et al.*, 2015). Cet outil mesure les pratiques parentales, telles que perçues par les parents, sans égard au sexe des parents (Bérubé *et al.*, 2015). La version originale du questionnaire est basée sur le cadre d'analyse écosystémique de la négligence (Bérubé *et al.*, 2015; Lacharité, 2014b). Ce cadre de référence permet de considérer la complexité du contexte des familles vivant en contexte d'adversité en évaluant les besoins de l'enfant spécifiques à chaque période développementale, la capacité des parents à répondre aux besoins de l'enfant et un ensemble de facteurs environnementaux (Bérubé *et al.*, 2015; Lacharité, 2014b). Le questionnaire Place aux parents contient 66 items et est composé de 3 échelles principales, soit l'échelle besoins de l'enfant, l'échelle réponses aux besoins de l'enfant et l'échelle environnement de l'enfant. Pour chaque item, le parent choisit une réponse sur une échelle de Likert en trois points : 1 = très vrai, 2 = plus ou moins vrai et 3 = pas vraiment pour l'échelle besoins de l'enfant, et 1 = facilement, 2 = parfois difficilement, et 3 = difficilement pour l'échelle réponse aux besoins. Le score pour chaque échelle est obtenu en additionnant l'ensemble des items. L'échelle besoins de l'enfant mesure les

besoins tel que perçus par les parents (santé physique, éducation, développement cognitif, langagier, comportemental et émotif). Un score élevé à cette échelle indique que le parent perçoit de manière subjective plusieurs besoins chez son enfant. L'échelle réponse aux besoins permet de vérifier si le parent éprouve de la facilité ou de la difficulté à répondre aux besoins de son enfant. Un score élevé à cette échelle suggère que le parent éprouve de la difficulté à répondre aux besoins de son enfant. L'échelle environnement mesure les facteurs qui sont susceptibles de compromettre le développement de l'enfant. Un score élevé à cette échelle indique que plusieurs facteurs environnementaux peuvent compromettre le développement de l'enfant. Dans le cadre de la présente étude, les scores totaux aux échelles besoins de l'enfant et réponse aux besoins ont été utilisés dans les analyses, ces deux échelles étant reliées aux pratiques parentales, tel que défini par Lacharité et ses collègues (2015).

L'outil a fait l'objet d'une analyse de validité apparente (Bérubé *et al.*, 2015) et a été utilisé dans le cadre d'une étude qui visait à vérifier les pratiques parentales, telles que perçues par les intervenantes, chez des enfants d'âge préscolaire et scolaire vivant en contexte d'adversité (Bérubé *et al.*, 2017). Récemment, Bérubé et ses collaborateurs (2015) ont développé une version courte du questionnaire dans le but d'augmenter la cohérence interne des échelles. Dans cette version courte, l'échelle besoins de l'enfant est composée de 10 items et l'échelle réponse aux besoins en contient 13 (Annexe III). Des analyses de cohérence interne effectuées sur la version courte montre que pour l'échelle besoins de l'enfant, les résultats indiquent une cohérence interne acceptable ($\alpha = .62$) lorsque les 10 items sont comptabilisés pour 92 dyades mère-enfant (analyses effectuées auprès de l'échantillon de l'étude plus vaste réalisée par l'équipe de la Professeure Annie Bérubé). Pour ce qui est de l'échelle réponse aux besoins, les analyses suggèrent une bonne cohérence interne ($\alpha = .84$) lorsque les 13 items sont comptabilisés pour 82 dyades mère-enfant.

2.3 Analyses statistiques

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été réalisées sur les données sociodémographiques (revenu de la mère dans la dernière année, dernier niveau d'études complétées par la mère, l'âge de la mère, de l'enfant et sexe des enfants de l'échantillon) ainsi que sur les données nominatives de sommeil des enfants (heure de coucher et de lever, latence d'endormissement en minutes, durée du sommeil) afin de caractériser les familles de l'échantillon. Ensuite, des corrélations bivariées ont été réalisées entre les variables à l'étude: échelles de développement de l'enfant (sphère cognitive/langagière, motrice et socioaffective), échelles du QHSE (résistance au coucher, éveils nocturnes et somnolence diurne) et échelles du Place aux Parents (besoins de l'enfant et réponse aux besoins). Finalement, deux régressions multiples hiérarchiques ont été effectuées afin de mesurer la contribution unique des difficultés de sommeil des enfants aux pratiques parentales. Étant donné qu'il est reconnu que les enfants présentant des défis développementaux connaissent plus de difficultés de sommeil (Bathory et Tomopoulos, 2017; Morrell et Steele, 2003; Owens, 2007; Sadeh et Anders, 1993; Touchette *et al.*, 2009), le score total (en pourcentage) de chaque sphère développementale a été entré dans la première étape des régressions hiérarchiques afin de contrôler pour les défis développementaux de l'enfant. Les variables représentant les difficultés de sommeil des enfants ont été entrées à la deuxième étape dans les analyses de régression. Les analyses de régressions ont été calculées séparément pour les besoins de l'enfant et la réponse aux besoins de l'enfant. De plus, les valeurs de Durbin Watson ont été calculées pour s'assurer que la prémisse de l'indépendance des erreurs était respectée. L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS, version 23 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA).

2.4 Résultats

Les analyses descriptives effectuées sur les données sociodémographiques révèlent que les enfants étaient âgés en moyenne de 45 mois ($M = 45.08$, $É.T. = 17.62$) et 51,40 % de l'échantillon était composé de filles. Les mères de l'échantillon étaient âgées en moyenne de 33 ans ($M = 33.22$, $É.T. = 5.55$), 33 % avaient un revenu inférieur à 33 000 \$ et 30 % détenaient un niveau d'éducation équivalent ou inférieur à un diplôme d'études secondaires. Les données sociodémographiques de l'échantillon sont illustrées dans le tableau 1.

Tableau 1. *Données sociodémographiques des familles*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Enfants		
Filles	38	51.40
Garçons	36	48.60
Mères		
Revenu annuel de la mère dans la dernière année		
0 à 32 999 \$	33	46.60
33 000 à 45 999 \$	5	6.80
46 000 et plus	34	45.90
Dernier niveau d'étude complété		
Primaire	10	13.50
Secondaire	20	27.00
Collégial ou Diplôme d'étude professionnelle	12	16.20
Universitaire	31	41.90

Les données nominatives collectées sur le sommeil montrent que les enfants se couchaient en moyenne vers 20h15 ± 54 minutes et se levaient en moyenne vers 6h45 ± 40 minutes. De plus, la latence d'endormissement moyenne était de 26 minutes ± 32 minutes et ils dormaient en moyenne 10h15 ± 1h30 par nuit.

Le tableau 2 présente les corrélations bivariées entre les 3 sphères développementales évaluées (cognitif/langagier, motrice et socioaffective), les scores des échelles de l'outil Place

aux parents (perception des besoins et réponses aux besoins) et les scores des échelles du QHSE (résistance au coucher, d'éveils nocturnes et somnolence diurne), ainsi que les statistiques descriptives pour ces données. Les sphères développementales sont corrélées significativement et positivement entre elles. Les analyses révèlent une corrélation significative et négative entre le développement moteur et l'échelle réponse aux besoins ainsi qu'une corrélation négative significative entre le développement socioaffectif et la résistance au coucher. Les résultats indiquent que l'échelle de perception des besoins de l'enfant est corrélée significativement et positivement avec les échelles réponse aux besoins, résistance au coucher et éveils nocturnes. Une corrélation significative et positive est retrouvée entre l'échelle réponse aux besoins ainsi que l'échelle somnolence diurne. Finalement, une corrélation positive significative est retrouvée entre la résistance au coucher et les éveils nocturnes.

Tableau 2. Corrélations bivariées et *statistiques descriptives des variables incluses dans les régressions.*

Variables	Corrélations								M	É.T.
	1	2	3	4	5	6	7	8		
1. Dév. cognitif / langagier	-	-	-	-	-	-	-	-	55.31	24.53
2. Dév. moteur	.49 **	-							55.05	22.85
3. Dév. socioaffectif	.44**	.38 **	-						91.02	9.71
4. Besoins de l'enfant	-.11	-.16	-.18	-	-	-	-	-	12.82	2.30
5. Réponse aux besoins	-.18	-.28**	-.16	.50**	-	-	-	-	14.22	1.33
6. Résistance au coucher	-.04	-.18	-.24*	.44**	.22	-	-	-	7.85	2.56
7. Éveils nocturnes	-.07	.02	-.03	.36**	.00	.41**	-	-	4.20	1.26
8. Somnolence diurne	.12	-.04	.05	.19	.31*	.20	.03	-	11.24	2.60

Note : * = $p < .05$, ** = $p < .01$, Dév. = Développement

Les postulats d'homoscédasticité et de linéarité étaient respectés pour chacune des variables observées. De plus, les valeurs de Durbin Watson étaient de 2.21 pour la première

régression et de 2.62 pour la deuxième (voir tableau 3 et 4), suggérant que la prémisse de l'indépendance des erreurs était respectée (les valeurs résiduelles n'étaient pas corrélées entre elles).

Tout d'abord, les résultats de la première analyse de régression hiérarchique sur l'échelle de perception des besoins de l'enfant indiquent que le premier modèle n'est pas significatif et explique seulement 4.3% de la variance ($F(3, 70) = 1.04; p = .379$). L'ajout des difficultés de sommeil explique 23% supplémentaire de la variance et ce changement dans le R^2 est significatif ($F(6, 67) = 4.01; p = .002$). Le modèle final est significatif et explique 26.4% de la variance ($F(3, 67) = 6.710; p = .001$). Les comportements de résistance au coucher et les éveils nocturnes sont des prédicteurs significatifs de la perception des besoins de l'enfant, suggérant que plus l'enfant présente des comportements de résistance au coucher et des éveils nocturnes fréquents, plus le parent perçoit un nombre élevé de besoins chez son enfant. Les résultats de cette régression sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3. Régression hiérarchique de la contribution unique des difficultés de sommeil des enfants sur la perception des parents des besoins de leur enfant.

	Étape 1				Étape 2			
	<i>b</i>	95 % IC	β	<i>p</i>	<i>b</i>	95 % IC	β	<i>p</i>
Constante	16.53	[11.34, 21.72]			9.80	[4.17, 15.42]		
Dév. langagier et cognitif	0.00	[-0.03, 0.03]	0.01	.96	-0.00	[-0.03, 0.02]	-0.04	.78
Dév. moteur	-0.01	[-0.04, 0.02]	-0.11	.44	-0.01	[-0.03, 0.02]	-0.06	.63
Dév. socioaffectif	-0.04	[-0.10, 0.03]	-0.15	.28	-0.02	[-0.08, 0.04]	-0.08	.54
Résistance au coucher					0.26	[0.03, 0.48]	0.28	.03
Éveils nocturnes					0.43	[0.01, 0.86]	0.24	.05
Somnolence diurne					0.12	[-0.07, 0.31]	0.14	.21
R^2		.04				.27**		
ΔR^2						.23*		

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, test d'autocorrélation Durbin-Watson = 2.21, Dév. = développement

Les résultats de la deuxième analyse de régression hiérarchique sur la réponse parentale aux besoins de l'enfant indiquent que le premier modèle n'est pas significatif et explique seulement 8.3% de la variance ($F(3, 70) = 2.104; p = .11$). L'ajout des difficultés de sommeil explique 11% supplémentaire de la variance et ce changement dans le R^2 est significatif ($F(6, 67) = 2.724; p = .02$). Le modèle final est significatif et explique 19.6% de la variance ($F(3, 67) = 3.149; p = .03$). La somnolence diurne est un prédicteur significatif de la réponse parentale aux besoins, suggérant que plus l'enfant présente de la somnolence diurne, plus le parent éprouve de la difficulté à répondre aux besoins de son enfant. Les résultats de cette régression sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4. *Régression hiérarchique de la contribution unique des difficultés de sommeil des enfants sur la réponse des parents aux besoins de son enfant.*

	Étape 1				Étape 2			
	<i>b</i>	95 % IC	β	<i>p</i>	<i>b</i>	95 % IC	β	<i>p</i>
Constante	15.67	[12.72, 18.61]			13.33	[9.92, 16.73]		
Dév. langagier et cognitif	-0.00	[-0.02, 0.01]	-0.05	.75	-0.01	[-0.02, 0.01]	-0.12	.36
Dév. moteur	-0.01	[-0.03, 0.00]	-0.24	.08	-0.01	[-0.03, 0.01]	-0.18	.19
Dév. socioaffectif	-0.01	[-0.04, 0.03]	-0.04	.74	-0.00	[-0.04, 0.03]	-0.01	.93
Résistance coucher					0.08	[-0.05, 0.22]	0.16	.22
Éveils nocturnes					-0.08	[-0.34, 0.18]	-0.08	.53
Somnolence diurne					0.15	[0.03, 0.33]	0.28	.02
R^2		.08				.20*		
ΔR^2						.11*		

* = $p < .05$, test d'autocorrélation Durbin-Watson = 2.62, Dév. = développement

CHAPITRE III – ÉTUDE 2 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

3.1 Participants

Les familles participantes ont été recrutées au Centre de Pédiatrie sociale de Gatineau (CPSG) par le biais des intervenantes qui les accompagnaient. Dans cette étude, le terme famille incluait un enfant accompagné d'un de ses parents ou des deux parents. Pour une des familles de cet échantillon, la grand-mère était présente en plus du parent. Ces familles devaient avoir un enfant âgé de 3 à 5 ans qui présentait des difficultés de sommeil, identifiées subjectivement par les parents ou les intervenantes. Pour être admissibles, les participants (parents et enfant) devaient comprendre et s'exprimer en français et ne devaient pas avoir un diagnostic de déficience intellectuelle ou de trouble du spectre de l'autisme. Initialement, 21 familles ont complété les mesures préintervention. Sept familles ont par la suite abandonné le projet. Quatorze familles ont participé aux groupes d'intervention. Suivant l'intervention, deux autres familles ont abandonné l'étude, pour un total de 9 abandons. Douze familles ont complété les mesures postintervention. La figure 2 illustre l'attrition des familles à travers le protocole.

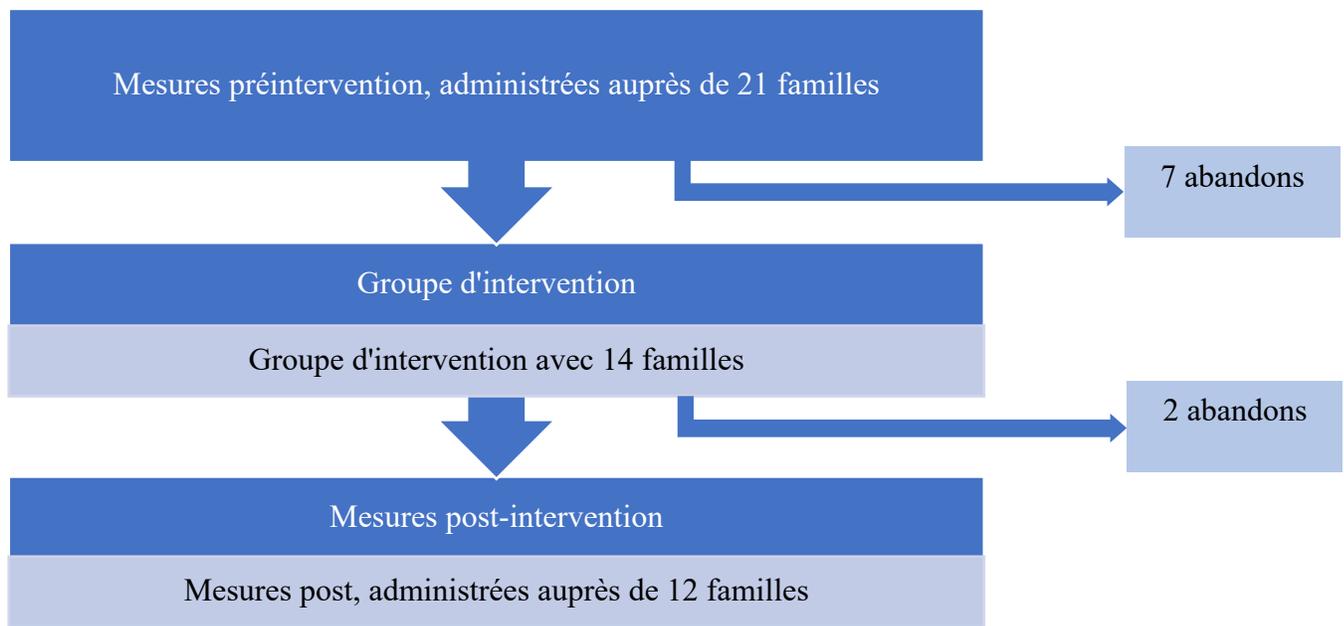


Figure 2. Schéma des familles qui ont participé

Des analyses réalisées à l'aide de tests non paramétriques (Test U Mann-Withney), ont été faites afin de vérifier les différences entre les familles ayant abandonné l'étude et celles ayant participé. Les résultats montrent qu'il n'y a aucune différence au niveau des mesures préintervention (c.-à-d. caractéristiques sociodémographiques des parents, le niveau de développement cognitif/langagier, moteur, socioaffectif des enfants, les pratiques parentales et les mesures de sommeil) entre les 9 familles qui ont abandonné le projet et celles qui ont poursuivi la collecte de données (voir le Tableau 5).

Tableau 5. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques, du développement des enfants, du sommeil des enfants et des pratiques parentales avant l'intervention entre les familles participantes et les familles qui ont abandonné l'étude.

	Échantillon				Abandons				Test non paramétrique			
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Données sociodémographiques												
Revenu dernière année	12	1.50	1.00	6.00	9	1.00	1.00	5.00	29.51	-2.00	.08	.44
Niveau d'études	12	2.00	1.00	5.00	9	2.00	1.00	4.00	50.00	-0.31	.81	.07

Âge mère (années)	11	35.00	26.00	48.00	5	30.00	22.00	38.00	14.50	-1.48	.15	.37
Âge enfant (mois)	12	52.00	39.00	68.00	9	57.00	38.00	69.00	66.00	0.85	.39	.19
Échelles GED	12				6							
Cognitif/langagier		43.00	6.00	95.00		39.00	8.00	71.00	36.50	0.05	1.00	.01
Moteur		41.50	14.00	80.00		58.00	40.00	90.00	51.50	1.46	.15	.34
Socioaffectif		79.00	34.00	100.00		83.50	67.00	100.00	41.50	0.53	.62	.12
Pratiques parentales	12				9							
Perception besoins		15.50	12.00	26.00		15.00	14.00	21.00	61.50	-0.28	.97	.01
Réponse aux besoins		17.00	13.00	24.00		15.00	13.00	19.00	52.00	-0.87	.27	.25
Paramètres sommeil	12				9							
Heure du coucher		20.00	18.75	21.50		19.50	19.00	22.50	49.50	-1.03	.65	.10
Endormissement (min.)		35.00	7.50	180.00		45.00	12.50	270.00	77.50	1.12	.60	.13
Heure de lever		6.25	4.75	8.25		6.75	5.00	7.00	77.00	0.68	.55	.14
Durée du sommeil (h)		9.00	5.00	11.00		9.00	5.00	11.00	57.00	0.22	.86	.05
Échelles QHSE	12				9							
Résistance coucher		11.00	6.00	16.00		12.00	7.00	15.00	63.00	-0.19	.81	.06
Endormissement		3.00	1.00	3.00		2.00	2.00	3.00	73.50	0.52	.86	.04
Éveils nocturnes		6.50	3.00	7.00		5.00	3.00	7.00	44.00	-1.42	.31	.24
Somnolence diurne		12.00	9.00	20.00		15.00	9.00	20.00	50.00	-0.29	.78	.06
Durée du sommeil		6.00	3.00	9.00		3.00	3.00	9.00	51.00	-0.94	.10	.38

3.2 Procédure

Lors du recrutement, les intervenantes du CPSG transmettaient les coordonnées des familles intéressées et qui correspondaient aux critères de sélection à l'équipe de recherche du Laboratoire de sommeil de l'UQO afin qu'un premier contact téléphonique soit établi. Ensuite, une première visite à domicile était prévue afin de compléter le formulaire de consentement auprès des parents et pour recueillir les mesures préintervention. Une à deux semaines après cette rencontre, les parents et les enfants débutaient l'intervention. Les mesures postintervention ont été administrées entre 6 à 12 semaines après la dernière rencontre d'intervention. Les mesures pré et post intervention ont été prises par deux assistantes de recherche, auprès de l'enfant et d'un des parents, dans le cadre de visites à domicile qui duraient environ deux heures. Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) de l'UQO. La figure 2 illustre le déroulement de la procédure de recherche.

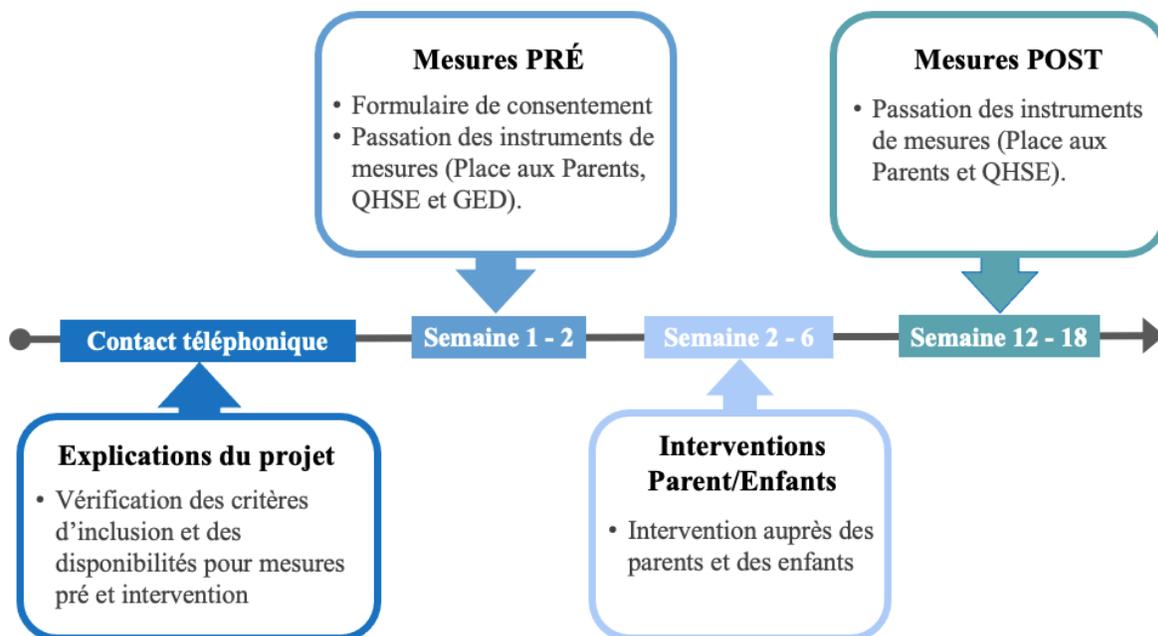


Figure 3. *Déroulement de la recherche*

Notre équipe de recherche a élaboré un intervention de groupe, en se basant sur les données probantes montrant des changements significatifs et positifs dans le sommeil des enfants (Austin *et al.*, 2013; Joachim *et al.*, 2010; Mindell *et al.*, 2006 ; Mindell et Owens, 2015; Morgenthaler *et al.*, 2006; Perrin *et al.*, 2014; Sanders, 1999 ; Sanders *et al.*, 2004 ; Wade *et al.*, 2007 ; Wilson *et al.*, 2014). L'intervention a été développée selon les modèles d'intervention participative, un modèle qui favorise la participation des parents et qui est mieux adapté à la réalité des familles évoluant en contexte de vulnérabilité (Bérubé *et al.*, 2015). Cette intervention visait l'éducation parentale et l'enseignement de l'hygiène du sommeil et elle a eu lieu dans les locaux du Centre de Pédiatrie Sociale de Gatineau. L'intervention a été offerte soit sous un format en deux séances, soit un format en quatre séances. Les familles ont toutes participé à un ou l'autre des formats. Les deux formats offraient le même contenu, mais la durée des rencontres variait. Les interventions de groupe auprès des parents étaient menées par une des chercheuses de l'équipe et visaient à améliorer le sommeil de l'enfant via l'acquisition de connaissances ainsi que de pratiques

parentales saines en lien avec le sommeil des enfants. Quatre thématiques étaient abordées avec les parents: 1) l'hygiène de sommeil chez les enfants, 2) la routine entourant le moment du coucher, 3) l'anxiété au moment du coucher et la gestion des éveils nocturnes, 4) les cauchemars et les terreurs nocturnes chez les enfants. Ces thématiques sont les éléments qui devraient habituellement être abordés dans le cadre d'une éducation parentale concernant le sommeil des enfants (Mindell *et al.*, 2006a; Morgenthaler *et al.*, 2006; Weiss et Corkum, 2012), et elles englobent les principales difficultés de sommeil qui sont retrouvées chez les enfants d'âge préscolaire (Petit *et al.*, 2007). En plus de cet aspect éducationnel, différentes stratégies d'interventions comportementales spécifiques étaient partagées avec les parents, lesquelles sont souvent un défi pour les parents de familles vivant en contexte d'adversité. Pendant les rencontres, les parents étaient invités à partager leurs défis concernant le sommeil de leur enfant et leurs réussites quant aux stratégies mises en place pour gérer les difficultés de sommeil de leur enfant. Les discussions étaient guidées par l'intervenant(e) afin de favoriser le développement d'habiletés parentales concernant la gestion du sommeil des enfants. Si un des thèmes identifiés n'était pas spécifiquement mentionné par les parents, l'intervenant(e) soulevait lui-même ou elle-même la thématique et guidait une discussion sur le sujet, pour que tous les groupes de parents puissent bénéficier du même contenu. Des cartons fiches-mémoires étaient distribués aux parents afin de reprendre en termes simples chacune des thématiques. L'objectif des ou de la rencontre de suivi était de consolider les apprentissages des parents et de leur fournir des recommandations pour faciliter l'application des stratégies nocturnes.

En parallèle au groupe des parents, les enfants participaient à des activités ludiques et éducatives, animés par une autre intervenante. Les thèmes abordés correspondaient à ceux discutés dans les ateliers des parents. Les activités pour les enfants ont été élaborées dans le but d'impliquer ces derniers dans la gestion de leur propre sommeil et pour favoriser leur autonomie

(Neville *et al.*, 2013; Wilson *et al.*, 2014). Plusieurs recherches ont montré que l'implication des enfants dans une intervention comportementale optimise les bienfaits de l'intervention (Neville *et al.*, 2013; Wilson *et al.*, 2014). À la fin des activités, les enfants partageaient leurs apprentissages avec leurs parents, avec le soutien de l'intervenante. Un résumé des objectifs et des thèmes abordés dans le cadre des ateliers réalisés avec les parents et les enfants peuvent être consultés à l'annexe V.

Huit familles ont participé au format qui offrait 4 rencontres et 4 familles ont participé au format qui offrait 2 rencontres. Par ailleurs, il s'est avéré que le format de 4 rencontres était trop exigeant et certaines familles n'ont pu assister à toutes les rencontres, alors que le format à 2 rencontres a bien fonctionné pour la majorité des familles. Le format plus court a favorisé l'engagement des parents dans le processus d'intervention et a répondu davantage aux besoins des familles évoluant en contexte d'adversité.

3.3 Mesures

Les instruments de mesure utilisés dans le cadre de cette étude sont les mêmes qui ont été utilisés dans le cadre de l'étude précédente, soit la GED (Moreau *et al.*, 2020), la version courte de l'outil Place aux Parents (Bérubé *et al.*, 2015), incluant la section intitulée « *Informations générales* » qui permet de recueillir les données sociodémographiques, ainsi que le QHSE (Owens *et al.*, 2000). Le lecteur est invité à se référer au chapitre II pour une description détaillée des outils et de leur qualité psychométrique.

Pour la GED, les scores aux trois sphères développementales ont été utilisés dans les analyses de la présente étude. Ensuite, les scores totaux des échelles besoins de l'enfant et réponses aux besoins de la version courte de Place aux Parents ont été utilisés dans les analyses

de la présente étude. D'autre part, les informations nominatives sur le sommeil des enfants collectées dans le QHSE (heure de coucher et de lever moyenne, durée moyenne de sommeil, latence d'endormissement moyenne) ont été utilisées afin d'obtenir un portrait du sommeil des enfants avant et après l'intervention. En plus des trois échelles du QHSE utilisées dans la première étude (résistance au coucher, éveils nocturnes et somnolence diurne), les scores aux échelles latence d'endormissement et durée du sommeil ont été utilisées. En effet, pour l'étude 2, le QSHE a été administré en entier, permettant ainsi de collecter les scores à l'ensemble des échelles. Les échelles parasomnies et désordres respiratoires n'ont pas été considérés compte tenu de leur association étroite avec des conditions médicales, lesquelles n'étaient pas visées par l'intervention proposée (Bonuck *et al.*, 2017; Duraccio *et al.*, 2018). De même, l'échelle d'anxiété liée au sommeil a été délaissée, car elle présentait un dédoublement important d'items avec l'échelle résistance au coucher.

3.4 Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont été effectuées sur les données sociodémographiques (revenu de la mère dans la dernière année, dernier niveau d'étude complétée de la mère, âge de la mère, âge de l'enfant et sexe de l'enfant) ainsi que sur les données nominatives du sommeil des enfants (heure de coucher et de lever, latence d'endormissement en minutes, et durée du sommeil en minutes) afin de caractériser les familles au moment du recrutement. Ensuite, des analyses statistiques ont été effectuées afin d'examiner si des changements significatifs pouvaient être observés au niveau du sommeil de l'enfant (échelles du QHSE et paramètres de sommeil rapportés par les parents) et des pratiques parentales (échelles besoins de l'enfant et réponse aux besoins) suite à l'intervention. Étant donné la nature exploratoire de cette étude, de la petite taille

de l'échantillon et de l'impossibilité d'assurer le respect des postulats de tests paramétriques, des analyses non paramétriques ont été utilisées à l'aide des tests signés des rangs de Wilcoxon.

3.5 Résultats

Les analyses descriptives effectuées sur les données sociodémographiques montrent que l'âge moyen des enfants était de 51 mois ($M = 51.33$, $É.T. = 9.30$) et 66.7 % de l'échantillon était composé de filles. L'âge moyen des mères était de 35 ans ($M = 35.55$, $É.T. = 7.05$) et 66.70 % d'entre elles avaient un revenu inférieur à 33 000 \$. Plus de la moitié (66.60%) des mères avaient un niveau d'éducation équivalent ou inférieur à un diplôme d'études secondaires et 66.70 % n'avaient pas d'emploi. Le tableau 6 présente les données sociodémographiques des familles participantes.

Tableau 6. *Caractéristiques des familles de l'échantillon.*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Enfants		
Sexe		
Filles	8	66.70
Garçons	4	33.30
Mères		
Revenu annuel de la mère dans la dernière année		
0 à 32 999 \$	8	66.70
33 000 \$ à 45 999 \$	0	0.00
46 000 et plus	4	33.30
Dernier niveau d'étude complété		
Primaire	4	33.30
Secondaire	4	33.30
Collégial ou Diplôme d'études professionnel	3	25.00
Universitaire	1	8.30

Les analyses descriptives sur les données nominatives collectées sur le sommeil montrent qu'au moment du recrutement, les enfants des familles participantes se couchaient vers 20h (min

= 18h45, max = 21h30) et se levaient vers 6h22 (min = 4h45, max = 8h22). De plus, les enfants mettaient environ 35 minutes pour s'endormir (min = 7.50 minutes, max = 180.00 minutes), alors que la durée totale de leur sommeil était d'environ 9h00 (min = 5 heures, max = 11 heures). Ces données peuvent être visualisées dans le tableau 7.

Les résultats des tests signés des rangs de Wilcoxon sur les variables de sommeil montrent une amélioration significative des scores aux échelles de résistance au coucher ($T = 6.00, z = -2.21, p = .03, r = .64$) et de la durée du sommeil ($T = 0.00, z = -2.54, p = .01, r = .73$). Les scores des échelles latence d'endormissement ($T = 5.00, z = -1.18, p = .24, r = .34$), éveils nocturnes ($T = 1.00, z = -1.58, p = .13, r = .44$) et somnolence diurne ($T = 22.00, z = -0.99, p = .33, r = .28$) n'ont pas montré d'amélioration significative. Les résultats aux analyses n'ont pas non plus montré d'amélioration significative au niveau des variables nominatives du sommeil, soit l'heure du coucher ($T = 25.00, z = -0.73, p = .47, r = .15$), l'heure du lever ($T = 29.00, z = 0.77, p = .44, r = .16$), la latence d'endormissement ($T = 15.50, z = -1.23, p = .22, r = .25$) et la durée du sommeil ($T = 21.00, z = -1.08, p = .28, r = .22$). Par ailleurs, les résultats sur les pratiques parentales montrent une amélioration du score de l'échelle réponse aux besoins ($T = 6.00, z = -2.21, p = .05, r = .57$), alors que les résultats n'indiquent pas de changement significatif concernant le score à l'échelle besoins de l'enfant ($T = 38.50, z = -0.72, p = .47, r = .21$). Le tableau 7 présente les résultats des tests non paramétriques pour chacune des variables étudiées en plus de leurs statistiques descriptives avant et après l'intervention.

Tableau 7. *Mesures pré et post intervention des pratiques parentales et du sommeil des enfants.*

	Mesures pré				Mesures post				Tests non paramétriques			
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>T</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Pratiques parentales	12				12							
Perception des besoins		15.50	12.00	26.00		15.00	11.00	27.00	25.50	-0.72	0.47	0.21
Réponse parentale		17.00	13.00	24.00		14.00	13.00	22.00	6.00	-2.21	0.05	0.57

Paramètres Sommeil					12							
Heure du coucher	12	20.00	18.75	21.50		20.00	19.00	21.00	25.00	-0.73	0.47	0.15
Latence d'endormissement (min.)	11	35.00	7.50	180.00		17.50	0.00	150.00	15.50	-1.23	0.22	0.25
Heure de lever	12	6.25	4.75	8.25		6.50	5.50	8.00	29.00	0.77	0.44	0.16
Durée du sommeil (min.)	12	9.00	5.00	11.00		9.75	5.00	11.00	21.00	-1.08	0.28	0.22
Échelles QHSE	12				12							
Résistance coucher		11.00	6.00	16.00		8.50	6.00	16.00	6.00	-2.21	0.03	0.64
Endormissement		3.00	1.00	3.00		2.00	1.00	3.00	5.00	-1.18	0.24	0.34
Éveils nocturnes		6.50	3.00	7.00		6.00	3.00	7.00	1.00	-1.51	0.13	0.44
Durée du sommeil		6.00	3.00	9.00		3.00	3.00	7.00	0.00	-2.54	0.01	0.73
Somnolence diurne		12.00	9.00	20.00		13.00	8.00	18.00	22.00	-0.99	0.33	0.28

CHAPITRE IV - DISCUSSION

L'objectif général du présent essai doctoral était d'examiner le lien entre les difficultés de sommeil des enfants, leur amélioration et les pratiques parentales en contexte d'adversité. Plus spécifiquement, l'objectif de la première étude était de vérifier la contribution des difficultés de sommeil des enfants d'âge préscolaire aux pratiques parentales, telles que la perception et la réponse parentale aux besoins. L'objectif de la deuxième étude était de vérifier de manière exploratoire, l'impact de l'amélioration du sommeil des enfants, par l'entremise d'une intervention, sur ces mêmes composantes des pratiques parentales. Cependant, la petite taille de l'échantillon de la deuxième étude a grandement limité le type d'analyses pouvant être réalisées avec les données. Ainsi, les changements dans le sommeil des enfants d'une part, et les modifications dans les pratiques parentales, d'autre part, ont été observés suite à la mise en place de l'intervention.

En somme, les résultats de la première étude indiquent que les difficultés de sommeil des enfants prédisent significativement les pratiques parentales, et ce, au-delà des défis développementaux que présente l'enfant. En effet, on observe que plus l'enfant présente des comportements de résistance au coucher et des éveils nocturnes fréquents, plus le parent perçoit un niveau élevé de besoins chez son enfant. De même, les résultats suggèrent que plus l'enfant présente de la somnolence diurne, plus le parent éprouve de la difficulté à répondre à ses besoins. En ce qui concerne les résultats exploratoires de l'étude 2, une amélioration significative a été obtenue concernant certains aspects du sommeil des enfants et des pratiques parentales, suite à l'intervention visant l'amélioration du sommeil des enfants. Plus spécifiquement, les résultats révèlent d'une part une amélioration significative des comportements de résistance au coucher et de la durée du sommeil des enfants. D'autre part, les résultats indiquent une amélioration significative de la réponse parentale aux besoins, alors que la perception parentale des besoins

demeure inchangée. La prochaine section présente un retour sur les hypothèses de recherche en lien avec les résultats obtenus et propose des pistes d'explications. Enfin, les principales forces, les limites ainsi que les retombées anticipées seront abordées.

4.1 Étude 1 : La contribution des difficultés de sommeil des enfants aux pratiques parentales

L'hypothèse de l'étude 1 présupposait que les difficultés de sommeil des enfants prédiraient les pratiques parentales mesurées, c'est-à-dire la perception et la réponse parentale aux besoins de l'enfant. Nos résultats confirment cette hypothèse, montrant que les comportements de résistance au coucher et les éveils nocturnes prédisent la perception parentale des besoins alors que la somnolence diurne prédit la réponse parentale aux besoins. Ces résultats suggèrent par ailleurs que des sous-composantes des pratiques parentales sont prédites par des aspects différents du sommeil des enfants. Ces résultats pourraient possiblement permettre de mieux comprendre l'impact des difficultés de sommeil des enfants sur les pratiques parentales chez les familles vivant en contexte d'adversité. Des pistes d'explications sont suggérées dans les prochains paragraphes, en commençant par les comportements de résistance au coucher ainsi que les éveils nocturnes, et en poursuivant avec la somnolence diurne.

4.1.1 Les comportements de résistance au coucher et les éveils nocturnes, des prédicteurs de la perception parentale des besoins

Tout d'abord, nos résultats indiquent que les comportements de résistance au coucher et les éveils nocturnes prédisent la perception parentale des besoins, mais pas la réponse aux besoins de l'enfant. À titre de rappel, la perception parentale des besoins est une sous-composante des pratiques parentales, qui représente les hypothèses ou inférences que le parent fait à propos des

besoins développementaux de son enfant (Lacharité *et al.*, 2015). Ainsi, nos résultats indiquent que les parents perçoivent plus de besoins développementaux chez leur enfant, tels que des problèmes de santé physique, des difficultés d'apprentissage, de communication, de motricité et de gestion des émotions, lorsque leur enfant présente des comportements de résistance au coucher et des éveils nocturnes fréquents. D'un autre côté, nos résultats suggèrent que les comportements de résistance au coucher et les éveils nocturnes ne contribuent pas à la réponse que le parent offrira aux besoins de son enfant. Les prochains paragraphes se penchent sur les mécanismes pouvant expliquer cette relation.

Dans un premier temps, il ne faut pas écarter la possibilité que nos résultats puissent suggérer que la présence plus importante de certaines difficultés de sommeil chez l'enfant pourrait amener le parent à percevoir plus de besoins chez son enfant que ce qu'il présente en réalité. En d'autres mots, le parent percevrait son enfant comme étant plus exigeant que ce qu'il est réellement en termes de besoins développementaux lorsque l'enfant présente une forte résistance au coucher et lorsqu'il se réveille souvent la nuit. Cette hypothèse est d'autant plus intéressante dans le contexte où les familles étudiées évoluaient principalement en contexte d'adversité. En effet, les parents issus d'un contexte d'adversité auraient tendance à attribuer les difficultés de sommeil de leur enfant âgé de 2 à 5 ans à leurs caractéristiques intrinsèques individuelles, comme le fait d'être un enfant difficile, plein d'énergie, orgueilleux ou un mauvais dormeur naturel (Williamson *et al.*, 2020). De même, les parents vivant en contexte d'adversité auraient tendance à interpréter les comportements négatifs d'autrui comme étant délibérément hostiles (Griffith *et al.*, 2021). Ces parents seraient donc plus susceptibles d'avoir une perception négative lorsque leur enfant présente des problèmes de comportement (Aring et Renk, 2010).

Dans un deuxième temps, nos résultats appuient le fait que certaines difficultés de sommeil chez les enfants vivant en contexte d'adversité seraient associées à des difficultés sur le

plan physique, cognitif et émotionnel et donc à une augmentation des besoins chez l'enfant (Fuligni *et al.*, 2021). Nos résultats s'ajoutent ainsi aux écrits scientifiques qui montrent que les difficultés de sommeil des enfants peuvent engendrer des problèmes de santé physique, des difficultés d'apprentissage, de langage, de motricité et de gestion des émotions (Berger *et al.*, 2012; Chaput *et al.*, 2017; Hysing *et al.*, 2016; Mindell *et al.*, 2017; Paavonen *et al.*, 2009; Petit et Montplaisir, 2012; Ravid *et al.*, 2009; Sadeh, 2007; Sadeh *et al.*, 2015; Tauman *et al.*, 2017, 2011; Vaughn *et al.*, 2015; Zaidman-Zait et Hall, 2015). Par ailleurs, nos résultats indiquent que le parent perçoit plus de besoins chez son enfant lorsque ce dernier présente des comportements de résistance au coucher et des éveils nocturnes fréquents, ce qui démontre plus spécifiquement des difficultés à réguler son sommeil de manière autonome. La résistance au coucher se manifeste surtout par des comportements d'opposition et d'évitement visant à retarder l'heure du coucher et peut engendrer une durée de sommeil plus courte (Turnbull *et al.*, 2013). Les éveils nocturnes problématiques se produisent lorsque l'enfant se réveille la nuit et qu'il n'est pas en mesure de se rendormir rapidement et de manière autonome (Turnbull *et al.*, 2013). Ainsi, la difficulté de l'enfant à réguler son comportement à l'heure du coucher et lors des éveils nocturnes pourrait provenir d'une difficulté de régulation comportementale plus générale, laquelle engendrerait un niveau de besoins plus important dans la journée, tel que perçu par les parents. En d'autres mots, durant la journée, l'enfant pourrait aussi rencontrer des défis lorsqu'il doit réguler son comportement, son attention et ses émotions, comme cela se produit au moment du coucher et pendant la nuit. En outre, la présence de difficultés de sommeil significatives pourrait à son tour agir comme frein au développement et à la maturation des habiletés d'autorégulation chez l'enfant (Williams *et al.*, 2017). Cette hypothèse est appuyée par des études ayant montré que les difficultés de sommeil en bas âge seraient associées à des difficultés de régulation comportementale, émotionnelle et cognitive (Bélangier *et al.*, 2018; Bernier *et al.*, 2010a, 2010b,

2013a; Hoyniak *et al.*, 2020; Mindell *et al.*, 2017; Smithson *et al.*, 2018; Taveras *et al.*, 2017; Touchette *et al.*, 2009, 2012; Williams *et al.*, 2016, 2017). À cet effet, des chercheurs ont montré un lien entre les comportements de l'enfant pendant la journée et les comportements qui se produisent la nuit (Coulombe *et al.*, 2010). Ces auteurs ont montré que les comportements hyperactifs pendant la journée étaient associés à une hyperactivité avant le coucher, laquelle empêchait une régulation autonome du sommeil. D'autres études ont également montré que les difficultés de sommeil persistantes chez les enfants engendreraient des difficultés de régulation émotionnelles et attentionnelles, et ce, au-delà des difficultés normalement présentes en bas âge, contrairement aux enfants qui ne présentent pas de difficultés de sommeil (Williams *et al.*, 2016, 2017). Certains auteurs mentionnent à cet effet que les difficultés de sommeil chez les enfants affecteraient le fonctionnement du cortex préfrontal et du cortex cingulaire antérieur, des régions cérébrales impliquées dans les habiletés d'autorégulation, ce qui se manifeste par des comportements diurnes inadaptés (Beebe et Gozal, 2002).

Par ailleurs, nos résultats suggèrent que les comportements de résistance au coucher et les éveils nocturnes ne contribuent pas à la réponse parentale aux besoins. Il est intéressant de noter que ces difficultés de sommeil sont associées à la perception, mais non à la réponse parentale. Or, nos résultats montrent que la perception et la réponse parentale aux besoins sont corrélées entre elles, indiquant qu'un parent qui perçoit plus de besoins a plus de difficultés à répondre aux besoins de son enfant. Ainsi, nos résultats pourraient suggérer qu'il n'y a pas de lien direct entre les comportements de résistance au coucher, les éveils nocturnes et la réponse parentale aux besoins, mais qu'il pourrait plutôt y avoir une relation indirecte. En d'autres mots, le parent pourrait avoir de la difficulté à répondre aux besoins de son enfant lorsqu'il le perçoit comme étant plus exigeant en raison des comportements de résistance au coucher et des éveils nocturnes

(Renk, 2011). Cependant, cette hypothèse n'a pu être vérifiée dans le cadre de cet essai et des études supplémentaires seraient nécessaires pour confirmer ou infirmer celle-ci.

L'absence de relation entre la résistance au coucher, les éveils nocturnes et la réponse aux besoins pourrait également suggérer que les difficultés comportementales qui se produisent la nuit n'ont pas nécessairement d'impact sur la réponse du parent aux besoins développementaux de son enfant qui se produisent en majorité le jour. En effet, comme la résistance au coucher et les éveils nocturnes sont des difficultés comportementales qui se produisent la nuit, il est possible qu'elles affectent plutôt la réponse nocturne du parent, ce qui n'était pas mesuré par l'outil utilisé dans la présente étude. Ceci dit, la résistance au coucher et les éveils nocturnes peuvent affecter significativement la durée et la qualité du sommeil de l'enfant (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Mindell *et al.*, 2006a; Petit *et al.*, 2007, 2010; Reynaud *et al.*, 2018a; Williamson *et al.*, 2019). Or, un sommeil insuffisant et de mauvaise qualité chez les enfants sont associés à de la somnolence, laquelle est un comportement qui se manifeste durant le jour (Fallone *et al.*, 2002; Givan, 2004; Kallambella et Hussain, 2015; Moreira et Pradella-Hallinan, 2017). Ainsi, ceci pourrait expliquer pourquoi les comportements de résistance au coucher et les éveils nocturnes ne contribuent pas en soi à prédire les difficultés du parent à répondre aux besoins de son enfant, et que c'est plutôt la somnolence, qui se manifeste durant la journée, qui les prédit.

4.1.2. La somnolence diurne, un prédicteur de la difficulté du parent à répondre aux besoins de son enfant

Nos résultats ont permis de souligner qu'en contexte d'adversité, la somnolence diurne des enfants contribue à la difficulté du parent à répondre aux besoins de son enfant (p. ex. s'assurer

qu'il mange bien, qu'il est propre, intégrer une routine stable, s'engager dans les activités de son enfant et l'aider dans la résolution de problème), alors qu'elle ne contribue pas à la perception parentale des besoins. Quelques raisons pouvant expliquer ces résultats sont discutées dans les prochains paragraphes.

Tout d'abord, l'enfant qui présente de la somnolence diurne pourrait avoir de la difficulté à coopérer avec son parent pendant la journée, ce qui ferait en sorte que le parent éprouve de la difficulté à répondre à ses besoins. D'ailleurs, les enfants qui présentent de la somnolence diurne seraient plus hyperactifs, irritables, ils auraient de la difficulté à réguler leur émotion et pourraient avoir de la difficulté à se concentrer (Fallone *et al.*, 2002; Givan, 2004). La somnolence diurne est généralement une conséquence d'un sommeil insuffisant ou d'une mauvaise qualité, ce qui affecte la capacité d'un individu à demeurer suffisamment éveillé/en état d'alerte pour réaliser les activités de la vie quotidienne (Fallone *et al.*, 2002; Givan, 2004; Kallambella et Hussain, 2015; Moreira et Pradella-Hallinan, 2017). À ce titre, un enfant qui souffre de somnolence pourrait avoir de la difficulté à se lever le matin et à suivre sa routine, il pourrait s'endormir et être désintéressé pendant certaines activités. Ceci pourrait amener le parent à devoir déployer plus d'efforts pour répondre aux besoins de son enfant ou encore à ne pas être en mesure d'y répondre si ses ressources sont insuffisantes. Quelques études permettent d'appuyer cette hypothèse en montrant que les enfants âgés entre 6 et 36 mois qui ont de la difficulté à s'endormir ou demeurer endormis sont plus susceptibles de présenter des comportements inappropriés ou perturbateurs à l'heure des repas, de refuser le repas offert, d'avoir un apport alimentaire insuffisant, ou d'être sélectifs sur le plan alimentaire, comparativement aux enfants qui n'ont pas de difficultés de sommeil (Tauman *et al.*, 2011, 2017). Les études montrent également que la somnolence diurne chez les enfants a un impact sur la santé physique, les apprentissages, le comportement et l'humeur (Givan, 2004; Kallambella et

Hussain, 2015; Sasser *et al.*, 2021). Or, une humeur négative chez l'enfant amènerait l'enfant à rejeter les interactions de son parent le matin, ce qui mènerait à de la fatigue, de l'impatience et à l'absence de réponse du parent en après-midi (Kochanska et Aksan, 2004). En outre, les enfants qui ne coopèrent pas avec leur parent susciteraient des interactions moins positives avec leur parent, de sorte que les parents utiliseraient davantage des pratiques parentales négatives, moins de renforcement positif et leur offriraient moins d'attention (Owen *et al.*, 2012). Il est également possible que le parent ait besoin d'encadrer davantage son enfant en raison des difficultés diurnes secondaires à la somnolence (Aring et Renk, 2010). Ces interventions parentales fréquentes pourraient possiblement engendrer une fatigue parentale, rendant le parent moins disponible à offrir de l'attention positive à son enfant, à jouer avec son enfant et à proposer des activités stimulantes pendant la journée (Giallo *et al.*, 2013). Il est également possible que le parent devienne moins tolérant, patient et plus impulsif face aux comportements problématiques que manifeste son enfant (Cooklin *et al.*, 2012; Giallo *et al.*, 2013). Il serait ainsi possible qu'un parent éprouve plus de difficultés à répondre aux besoins de son enfant qui manifeste des comportements diurnes problématiques, secondaire à la somnolence diurne.

En outre, nos résultats ont également montré que la somnolence diurne ne semble pas être un prédicteur de la perception parentale des besoins. La somnolence diurne est une difficulté de sommeil qui se manifeste généralement chez les enfants d'âge préscolaire par de l'hyperactivité, de l'irritabilité, des difficultés de régulation émotionnelle ainsi que des difficultés de concentration (Fallone *et al.*, 2002; Givan, 2004). La somnolence diurne serait plus fréquente chez les enfants vivant en contexte d'adversité (Bagley *et al.*, 2015). Il est donc possible que le parent reconnaisse bien les manifestations comportementales découlant de la somnolence et qu'il soit donc en mesure de bien reconnaître que ce sont des signes d'un manque de sommeil. En outre, ceci n'empêche pas que l'ampleur des difficultés comportementales causées par la

somnolence chez son enfant puisse devenir trop importante pour que le parent soit en mesure de se sentir efficace, compétent et bien outillé pour « gérer » la situation. En d'autres mots, les parents sauraient identifier les conséquences de la somnolence sur les comportements diurnes de leur enfant et les attribueraient correctement à des besoins précis de manque de sommeil, ce qui n'aurait pas d'impact sur la perception des autres besoins développementaux qu'ils percevraient. Par exemple, le parent interprète le refus de son enfant de s'alimenter comme étant une conséquence de sa somnolence diurne, plutôt qu'étant une réelle difficulté alimentaire. Le parent pourrait toutefois avoir de la difficulté à appliquer des pratiques parentales adéquates dans ce genre de situation.

En conclusion, nos résultats s'ajoutent aux études qui ont montré que les difficultés de sommeil des enfants prédisent des pratiques parentales inappropriées (Bell et Belsky, 2008; Zaidman-Zait et Hall, 2015), en spécifiant que les comportements de résistance au coucher et les éveils nocturnes prédisent la perception parentale des besoins alors que la somnolence diurne prédit la réponse parentale aux besoins chez les familles vivant en contexte d'adversité. La prochaine section se penche des explications par rapport aux résultats de l'étude 2.

4.2 Étude 2 : L'amélioration du sommeil des enfants et des pratiques parentales, par l'entremise d'une intervention visant le sommeil des enfants

Comme plusieurs études ont montré que les interventions de sommeil sont efficaces pour améliorer le sommeil des enfants et engendrent des bienfaits secondaires sur le fonctionnement diurne de l'enfant, du parent et sur le contexte des interactions parent-enfant, l'hypothèse initiale prévoyait que l'amélioration du sommeil des enfants aurait des effets positifs directs sur les pratiques parentales. Toutefois, la nature exploratoire du protocole de recherche de la deuxième

étude ainsi que le petit échantillon final de l'étude ont grandement limité les possibilités d'analyses. Ainsi, nous n'avons pas pu vérifier directement si l'amélioration du sommeil des enfants a contribué à améliorer les pratiques parentales. Nous avons plutôt examiné si l'intervention proposée était accompagnée à la fois par des changements dans le sommeil des enfants et par des changements dans les pratiques parentales. Nos résultats montrent une amélioration significative des comportements de résistance au coucher et de la durée du sommeil nocturne. Les données indiquent également une amélioration de la réponse parentale aux besoins de l'enfant, alors que la perception parentale des besoins demeure inchangée.

4.2.1 L'amélioration du sommeil des enfants vivant en contexte d'adversité

L'interprétation des résultats doit se faire prudemment en raison du petit échantillon et du protocole en développement. En outre, l'absence de groupe contrôle et de liste d'attente peut également limiter la généralisation des résultats. Certains éléments nous permettent par ailleurs de poser l'hypothèse que c'est l'acquisition de nouveaux outils sur la gestion du sommeil qui a été l'ingrédient actif et non d'autres facteurs, comme le fait d'avoir rencontré un intervenant. En effet, toutes les familles participantes bénéficiaient déjà d'un suivi rapproché avec divers intervenants (médecin, travailleuse sociale, éducatrice) au Centre de Pédiatrie Sociale de Gatineau afin de les aider au niveau des habiletés parentales. Durant toute la durée de l'étude, les familles n'ont pas participé à d'autres interventions. De plus, une analyse qualitative de nos questionnaires indique qu'avant l'intervention, les parents de l'échantillon détenaient peu de connaissances concernant le sommeil normal chez les enfants et peu d'entre eux appliquaient des stratégies nocturnes de façon adéquate, alors que les parents rapportaient se sentir beaucoup plus confiants suite à l'étude. Finalement, nos résultats vont dans le même sens que d'autres études

similaires ayant fait une intervention sur le sommeil d'enfants d'âge préscolaire vivant en contexte d'adversité (Wade *et al.*, 2007; Wilson *et al.*, 2014).

Dans un premier temps, notre intervention visait, entre autres, à outiller les parents et les enfants afin qu'ils utilisent une routine et un horaire de sommeil régulier. L'instauration d'une routine est reconnue comme étant favorable pour réduire la résistance au coucher, la latence d'endormissement et pour augmenter la durée du sommeil nocturne des enfants d'âge préscolaire issus de la communauté (Covington *et al.*, 2019; Mindell *et al.*, 2009, 2015a, 2016b; Wilson *et al.*, 2015). Ainsi, nos résultats indiquent que l'instauration d'une routine et d'un horaire de sommeil régulier permet d'améliorer les comportements de résistance au coucher ainsi que la durée du sommeil chez les enfants vivant en contexte d'adversité. L'analyse visuelle de nos résultats indique également que suite à l'instauration d'une routine, les enfants s'endormaient plus rapidement et ils se levaient plus tard le matin, ce qui a pu contribuer à l'amélioration significative de la durée du sommeil. Ces résultats suggèrent donc que ce seraient des difficultés de sommeil qui répondraient très bien aux interventions chez les familles vivant en contexte d'adversité.

Un autre aspect du sommeil des enfants qui était visé par l'intervention était l'amélioration des éveils nocturnes. Cependant, nos résultats suggèrent que l'intervention n'a pas contribué à améliorer significativement les éveils nocturnes chez les enfants vivant en contexte d'adversité. Pourtant, il était attendu que l'instauration d'une routine et de techniques d'extinction appliquées lors des éveils nocturnes contribuerait à améliorer les éveils nocturnes et favoriseraient la régulation autonome du sommeil chez les enfants (Blunden, 2011; Covington *et al.*, 2019; Mindell *et al.*, 2006b, 2009, 2011a, 2015a, 2016b; Wilson *et al.*, 2015). Le fait qu'il y a eu peu d'amélioration suite à l'intervention par rapport à la fréquence des éveils nocturnes pourrait indiquer que les parents ont éprouvé plus de difficultés à appliquer de manière

consistante et cohérente les stratégies d'intervention comportementales spécifiques lors des éveils nocturnes (Ortiz et McCormick, 2007; Williamson *et al.*, 2020). Par exemple, certains parents de l'échantillon ont rapporté qu'ils éprouvaient une fatigue importante ou qu'ils avaient consommé des substances illicites et n'avaient donc pas eu conscience que leur enfant les avait rejoints dans leur lit suite à un éveil nocturne. Cette inconstance dans l'application des stratégies d'interventions à l'heure du coucher et lors des éveils nocturnes a également été rapportée par les familles de l'échantillon monoparentales et les familles dont les relations conjugales étaient conflictuelles. Étant donné les défis personnels importants que ces parents vivaient, ils ont donc éprouvé davantage de difficultés à appliquer les techniques d'intervention comportementales spécifiques pendant la nuit. Ceci suggère que des interventions ou un accompagnement différents ou mieux adaptés pourraient être nécessaires pour améliorer cet aspect du sommeil chez les enfants vivant dans des familles en contexte d'adversité. À titre d'exemple, des chercheurs ont montré une meilleure amélioration du sommeil chez des enfants âgés entre 4 à 45 mois lorsque les parents instaurent une routine de sommeil dans un premier temps et qu'ils appliquaient la technique d'extinction dans un second temps, soit deux semaines après avoir intégré la routine (Eckerberg, 2004). Plus précisément, lorsque cette combinaison particulière était utilisée, les chercheurs rapportaient une diminution plus importante de la quantité d'éveils nocturnes, la latence d'endormissement, le temps d'éveil après l'endormissement, les signalements lors des éveils nocturnes et une augmentation de la qualité du sommeil (Eckerberg, 2004). Selon les auteurs, cet étalement dans l'application des interventions permettrait d'éviter de surcharger les familles, en plus d'instaurer des changements graduels dans le sommeil des enfants. Ceci pourrait être d'autant plus important pour les familles vivant en contexte d'adversité qui rencontrent déjà plusieurs défis dans leur fonctionnement à la maison (Bérubé *et al.*, 2017; Hoyniak *et al.*, 2021b; Marsh *et al.*, 2020).

D'autre part, il ne faut pas écarter la possibilité que l'amélioration de l'endormissement, des éveils nocturnes et de la somnolence diurne aurait pu être observée avec un plus grand échantillon. On note à cet égard certaines tendances dans les données qui démontrent des changements positifs, mais non significatifs. De plus, les familles de notre échantillon présentaient plusieurs facteurs de risque dans le contexte familial immédiat qui ne pouvaient pas être modifiés par l'intervention et qui sont reconnus pour avoir un impact négatif important sur le sommeil de l'enfant (Boag-Munroe et Evangelou, 2012; Tichovolsky *et al.*, 2013). Par exemple, certaines caractéristiques de l'environnement ne pouvaient pas être modifiées en raison de contraintes spatiales ou économiques (p.ex. partage de chambre ou du même lit avec plusieurs membres de la famille et/ou de la fratrie) et peuvent avoir nui à l'amélioration du sommeil de l'enfant (Williamson *et al.*, 2020). Pour certaines familles, des enjeux liés à l'enfant, tel que l'anxiété de séparation, ou aux parents, tels que la difficulté à instaurer une discipline en général avec les enfants ou un horaire de travail de nuit, ont grandement interféré avec la mise en place des stratégies d'intervention. Ceci vient encore une fois renforcer le besoin d'adapter les interventions « classiques » aux besoins de chaque enfant, chaque parent et de chaque famille. Malgré ces obstacles, les résultats exploratoires de cette étude sont encourageants et soulèvent la possibilité d'améliorer le sommeil chez les enfants vivant en contexte d'adversité.

4.2.2 L'amélioration des pratiques parentales suite à une intervention de sommeil

Les résultats exploratoires de la présente étude montrent que l'intervention a été accompagnée d'un effet positif sur un des deux aspects des pratiques parentales que nous avons mesurés, nos résultats indiquant une amélioration significative de la réponse parentale aux besoins, alors que l'amélioration de la perception parentale des besoins ne change pas. Comme mentionnée ci-haut, l'absence de groupe contrôle et de liste d'attente nous empêche de

déterminer hors de tout doute si l'intervention et si l'amélioration du sommeil des enfants ont eu un effet positif sur la capacité du parent à percevoir les besoins de son enfant. Cela étant dit, nous pouvons tout de même émettre quelques hypothèses par rapport aux mécanismes potentiels sous-tendant les résultats obtenus. Ces hypothèses devront être vérifiées dans le cadre d'études futures.

Premièrement, l'amélioration de la capacité du parent à répondre aux besoins suite à l'intervention visant le sommeil des enfants pourrait peut-être être expliquée par le fait que les outils et stratégies offerts aux parents dans le cadre de l'intervention pourraient avoir contribué à rendre le parent plus apte, de façon générale, à répondre aux besoins de son enfant. En effet, l'intervention visait spécifiquement à offrir des outils aux parents afin qu'ils puissent intervenir sur les comportements de l'enfant au moment du coucher et lors des éveils nocturnes. Or, ces stratégies d'intervention se basent principalement sur l'encadrement du comportement de l'enfant et sur la mise en place de limites. Ainsi, il est possible que pour ces familles, l'acquisition de ces nouveaux outils ait pu être également bénéfique pour la gestion des comportements problématiques diurnes de l'enfant. Ceci pourrait alors expliquer pourquoi une amélioration de la réponse aux besoins de l'enfant a été observée suite à l'intervention visant le sommeil de l'enfant (Kane *et al.*, 2007; Sanders et Mazzucchelli, 2013). Cette hypothèse est appuyée par des études qui ont montré que les programmes d'intervention qui visent l'amélioration des pratiques parentales contribuent à la généralisation des acquis des parents à d'autres situations de la vie quotidienne des familles (Boyle et Lutzker, 2011; Joachim *et al.*, 2010). Par exemple, Joachim et ses collègues (2010) ont élaboré une brève intervention parentale de groupe (durée de 2 heures) qui visait à modifier les comportements perturbateurs lors d'une séance de magasinage chez des enfants âgés de 2 à 6 ans. Suite à l'intervention, les enfants présentaient moins de comportements perturbateurs dans cette situation bien précise, mais également de manière générale. En plus, les parents utilisaient moins de pratiques parentales négatives et présentaient un meilleur sentiment

de confiance quant à leurs habiletés à gérer les comportements problématiques de leur enfant. D'autre part, l'intervention proposée dans la présente étude a utilisé un fonctionnement reconnu pour favoriser la généralisation des acquis chez les parents dans le cadre des programmes d'interventions qui visent l'amélioration des pratiques parentales (p. ex. les discussions de groupes, les directives concernant la mise en place des stratégies d'intervention ainsi que les rétroactions verbales données par les intervenantes) (Boyle et Lutzker, 2011). Le format de groupe qui a été privilégié est également reconnu comme étant bénéfique pour le sentiment d'efficacité parentale, et un meilleur sentiment d'efficacité parental serait associé à des pratiques parentales plus positives (Colalillo et Johnston, 2016; Joachim *et al.*, 2010; Kane *et al.*, 2007; Sanders et Woolley, 2005; Wittkowski *et al.*, 2016). La participation des enfants à l'intervention est une autre caractéristique qui a pu contribuer à l'amélioration de la réponse parentale aux besoins de l'enfant. En effet, l'implication des enfants dans un programme d'intervention a pour effet de diminuer leurs comportements problématiques de manière générale, et l'amélioration comportementale chez l'enfant diminuent les pratiques parentales négatives et augmentent les pratiques parentales positives (Webster-Stratton *et al.*, 2004).

En outre, nos résultats montrent que la perception des besoins ne s'améliore pas après l'intervention. Ceci pourrait suggérer que puisque l'intervention vise spécifiquement l'amélioration du sommeil de l'enfant, il n'y a pas d'impact significatif sur les difficultés comportementales, émotionnelles et développementales présentes pendant la journée, lesquelles sont reflétées par les besoins diurnes de l'enfant et mesurés par notre outil. Ceci est compatible avec les études qui montrent que les enfants vivant en contexte d'adversité sont susceptibles de présenter des défis plus importants sur le plan développemental, comportemental et émotionnel (Bradley et Corwyn, 2002; Fuligni *et al.*, 2021) ce qui expliquerait que, malgré l'amélioration du sommeil observée suite à l'intervention, la perception des besoins des enfants pendant la journée

a subi peu d'amélioration de son côté. Il est par ailleurs également possible que le changement sur le plan difficultés de régulation émotionnelle, comportementale et cognitive soit perceptible à plus long terme seulement, ce qui devra être vérifié dans le cadre d'études futures. Cette dernière hypothèse s'inscrit tout à fait dans le cadre de l'explication proposée pour l'étude 1 ou des problèmes d'autorégulation générale chez les enfants pourraient être associés à des difficultés de sommeil ainsi qu'à plus de besoins chez ces derniers.

L'intervention proposée aux parents visait par ailleurs à offrir des connaissances en regard des besoins des enfants au niveau des comportements nocturnes et non au niveau des comportements diurnes, ce qui était majoritairement mesuré par l'outil utilisé. Ceci peut par conséquent expliquer en partie pourquoi nous n'avons pas obtenu de résultats significatifs suite à l'intervention concernant la perception parentale des besoins. Il est également possible que la perception parentale des besoins représente une composante des pratiques parentales qui serait plus difficile à améliorer chez les familles vivant en contexte d'adversité par l'entremise d'une intervention visant le sommeil des enfants. À ce titre, des études ont montré que des caractéristiques maternelles, telles que la dépression, l'anxiété, le stress parental et les difficultés de régulation des émotions seraient susceptibles d'influencer la perception des besoins de l'enfant (Zachary *et al.*, 2019). Or, ces problématiques seraient plus présentes dans les familles vivant en contexte d'adversité (Caldwell et Redeker, 2015; Cronin *et al.*, 2008; Evans *et al.*, 2013; Japel, 2008; Pinel-Jacquemin *et al.*, 2016; Sameroff, 2010). Des chercheurs ont montré que les mères qui ont des niveaux de dépression et de stress parental plus élevés sont plus susceptibles de percevoir des difficultés de comportements chez leur enfant (Renk, 2011; Renk *et al.*, 2007). De même, d'autres chercheurs ont montré que les mères qui présentaient des symptômes dépressifs et anxieux étaient plus susceptibles d'attribuer des intentions et des pensées négatives aux comportements de leur enfant (Arikan *et al.*, 2019; Arikan et Kumru, 2021). Ces études appuient

donc l'hypothèse que des facteurs liés aux parents pourraient possiblement expliquer pourquoi il serait plus difficile de modifier la perception des besoins dans le cadre d'une intervention ne les visant pas précisément.

L'ensemble des résultats semblent indiquer la nécessité d'adresser les difficultés de sommeil chez les enfants vivant en contexte d'adversité et simultanément les facteurs de risques qui sont susceptibles d'affecter le contexte des interactions parent-enfant (Axford *et al.*, 2012; Martin *et al.*, 2011).

4.3 Limites méthodologiques

Malgré sa contribution, le présent essai doctoral présente des limites qui doivent être considérées dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, le devis de recherche transversale de l'étude 1 ne permet pas d'inférer la direction de la relation entre le contexte des interactions parent-enfant et les difficultés de sommeil des enfants vivant en contexte d'adversité. De plus, la taille de l'échantillon a limité la quantité de variables qui pouvaient être introduites dans les régressions, empêchant notamment de vérifier la contribution du sommeil du parent.

D'autre part, les résultats de l'étude 2 doivent être interprétés prudemment considérant la nature exploratoire de cette étude et le petit échantillon. De plus, il n'y avait pas de groupe contrôle inclus dans le protocole, ce qui limite les conclusions qui peuvent être tirées des résultats obtenus suite à l'intervention. Ensuite, le petit échantillon de l'étude 2 a également limité les possibilités d'analyses statistiques, ce qui nous a empêchés de vérifier directement l'impact de l'amélioration du sommeil des enfants sur les pratiques parentales. Des observations sur les changements dans le sommeil et les pratiques parentales seulement ont pu être réalisées. Par ailleurs, le présent projet ayant offert une intervention adaptée aux besoins des familles, dans un

format qui a varié d'une famille à l'autre, d'autres études sont nécessaires pour valider les résultats obtenus. Une autre limite provient des outils utilisés pour mesurer le sommeil des enfants, lesquels étaient des mesures autorapportées et n'incluaient pas de mesures objectives du sommeil. Ainsi, les prochaines études profiteraient d'intégrer des mesures de sommeil objectives et subjectives pour mieux comprendre le lien entre les difficultés de sommeil des enfants et les pratiques parentales.

4.4 Retombées anticipées

À notre connaissance, cette étude est une des premières à vérifier les relations entre les difficultés de sommeil des enfants, leur amélioration et la perception et la réponse parentale aux besoins de l'enfant chez des familles vivant en contexte d'adversité. Cet essai contribue à l'avancement des connaissances en montrant que les difficultés de sommeil des enfants vivant en contexte d'adversité expliquent différentes composantes des pratiques parentales. Cette avancée pourrait permettre aux intervenants et intervenantes de mieux identifier les familles à risque de présenter des interactions inadéquates en identifiant les difficultés de sommeil de l'enfant. Ce projet montre également le besoin d'adapter les interventions « classiques » visant le sommeil aux besoins des familles vivant en contexte d'adversité. Enfin, cette étude a montré la faisabilité et les avantages d'intégrer des programmes d'intervention qui vise l'amélioration du sommeil des enfants auprès de ces familles.

De plus, notre étude soutient le fait que les interventions de groupe ciblant l'amélioration du sommeil des enfants auraient avantage à être plus utilisées. En effet, ce format d'intervention présente des avantages considérables au sein de notre système de santé public, où les enjeux de manque de ressources humaines tendent à se multiplier et à affecter l'accessibilité aux services

(Dubois, 2020). Les interventions de groupe permettent d'optimiser les ressources humaines et sont plus économiques pour les systèmes de santé, ce qui rend l'intervention plus accessible pour les familles (Austin *et al.*, 2013; Joachim *et al.*, 2010; Montgomery *et al.*, 2004; Stuttard *et al.*, 2015; Wade *et al.*, 2007). Les résultats de notre étude semblent suggérer que des groupes de parents ciblant les habiletés parentales au niveau du sommeil sont prometteurs et répondent à des besoins importants des familles tout en ayant un impact significatif positif au niveau de leur fonctionnement.

CHAPITRE V- CONCLUSION

Il est reconnu que les difficultés de sommeil des enfants affectent significativement le contexte des interactions parent-enfant, et ce, de façon plus marquée dans les familles vivant en contexte d'adversité. L'objectif de cet essai doctoral était de vérifier les relations entre les difficultés de sommeil des enfants, leur amélioration et les pratiques parentales chez les familles vivant en contexte d'adversité. Nous nous sommes intéressés spécifiquement à la perception et la réponse parentale des besoins des enfants, deux composantes des pratiques parentales. Cet essai doctoral a permis de montrer que les difficultés de sommeil des enfants prédisent différents aspects des pratiques parentales. En effet, la résistance au coucher et les éveils nocturnes expliquent la perception parentale des besoins, alors que la somnolence diurne explique la réponse du parent aux besoins de son enfant. Nous croyons que les difficultés de régulation du sommeil chez les enfants d'âge préscolaire peuvent faire partie d'une problématique plus globale de difficultés de régulation. Cet essai doctoral montre également de façon exploratoire qu'une intervention visant le sommeil de l'enfant permet d'améliorer la résistance au coucher, la durée de sommeil ainsi que la réponse parentale aux besoins de l'enfant chez les familles vivant en contexte d'adversité. De plus, cette étude soulève la faisabilité et les avantages de mener une intervention de sommeil chez les familles vivant en contexte d'adversité ainsi que l'importance d'adapter les interventions de sommeil pour cette population. Les études futures devraient tenter de mieux comprendre de quelle façon les différents aspects du sommeil des enfants sont liés à différentes pratiques parentales et les mécanismes sous-jacents chez les familles vivant en contexte d'adversité compte tenu de leurs besoins particuliers.

RÉFÉRENCES

- Acebo, C., Sadeh, A., Seifer, R., Tzischinsky, O., Hafer, A. et Carskadon, M. A. (2005). Sleep/wake patterns derived from activity monitoring and maternal report for healthy 1- to 5-year-old children. *Sleep*, 28(12), 1568-1577. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.12.1568>
- Adams, L. A. et Rickert, V. I. (1989). Reducing bedtime tantrums: Comparison between positive routines and graduated extinction. *Pediatrics*, 84(5), 756-761.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International classification of sleep disorders*. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-6578-6_27
- Anderson, C. et Platten, C. R. (2011). Sleep deprivation lowers inhibition and enhances impulsivity to negative stimuli. *Behavioural Brain Research*, 217(2), 463-466. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2010.09.020>
- Arikan, G. et Kumru, A. (2021). Patterns of Associations Between Maternal Symptoms and Child Problem Behaviors: The Mediating Role of Mentalization, Negative Intentionality, and Unsupportive Emotion Socialization. *Child Psychiatry and Human Development*, 52(4), 640-653. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01046-w>
- Arikan, G., Kumru, A., Korkut, B. et Ilhan, A. O. (2019). Examining Toddlers' Problem Behaviors: The Role of SES, Parenting Stress, Perceived Support and Negative Intentionality. *Journal of Child and Family Studies*, 28(12), 3467-3478. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01529-y>
- Aring, S. et Renk, K. (2010). Associations Among Young Children ' s Temperament , Parents ' Perceptions of Their Young Children , and Characteristics of the Parent-Young Child Relationship. *Journal of Early Childhood & Infant Psychology*, 6, 60-83.
- Astill, R. G., Van der Heijden, K. B., Van Ijzendoorn, M. H. et Van Someren, E. J. W. (2012).

- Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: A century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin*, 138(6), 1109-1138.
<https://doi.org/10.1037/a0028204>
- Austin, K. L., Gordon, J. E. et O'Connell, A. (2013). Preliminary Evaluation of Sleepwise Program for Children With Sleep Disturbance and Developmental Delay. *Child and Family Behavior Therapy*, 35(3), 195-211. <https://doi.org/10.1080/07317107.2013.818886>
- Axford, N., Lehtonen, M., Kaoukji, D., Tobin, K. et Berry, V. (2012). Engaging parents in parenting programs: Lessons from research and practice. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 2061-2071. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.06.011>
- Azar, S. T., McGuier, D. J., Miller, E. A., Hernandez-Mekonnen, R. et Johnson, D. R. (2017). Child neglect and maternal cross-relational social cognitive and neurocognitive disturbances. *Journal of Family Psychology*, 31(1), 8-18.
<https://doi.org/10.1037/fam0000268>
- Bagley, E. J., Kelly, R. J., Buckhalt, J. A. et El-Sheikh, M. (2015). What keeps low-SES children from sleeping well: The role of presleep worries and sleep environment. *Sleep Medicine*, 16(4), 496-502. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.10.008>
- Bathory, E. et Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), 29-42.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Beebe, D. W. et Gozal, D. (2002). Obstructive sleep apnea and the prefrontal cortex: Towards a comprehensive model linking nocturnal upper airway obstruction to daytime cognitive and behavioral deficits. *Journal of Sleep Research*, 11(1), 1-16. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.2002.00289.x>

- Bélanger, M. È., Bernier, A., Simard, V., Desrosiers, K. et Carrier, J. (2018). Sleeping Toward Behavioral Regulation: Relations Between Sleep and Externalizing Symptoms in Toddlers and Preschoolers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(3), 366-373. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1079782>
- Bell, B. G. et Belsky, J. (2008). Parents, parenting, and children's sleep problems: Exploring reciprocal effects. *British Journal of Developmental Psychology*, 26(4), 579-593. <https://doi.org/10.1348/026151008X285651>
- Berger, R. H., Miller, A. L., Seifer, R., Cares, S. R. et Lebourgeois, M. K. (2012). Acute sleep restriction effects on emotion responses in 30- to 36-month-old children. *Journal of Sleep Research*, 21(3), 235-246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2011.00962.x>
- Bernier, A., Beauchamp, M. H., Bouvette-Turcot, A. A., Carlson, S. M. et Carrier, J. (2013a). Sleep and cognition in preschool years: Specific links to executive functioning. *Child Development*, 84(5), 1542-1553. <https://doi.org/10.1111/cdev.12063>
- Bernier, A., Bélanger, M. ève, Bordeleau, S. et Carrier, J. (2013b). Mothers, fathers, and toddlers: Parental psychosocial functioning as a context for young children's sleep. *Developmental Psychology*, 49(7), 1375-1384. <https://doi.org/10.1037/a0030024>
- Bernier, A., Carlson, S. M., Bordeleau, S. et Carrier, J. (2010a). Relations Between Physiological and Cognitive Regulatory Systems: Infant Sleep Regulation and Subsequent Executive Functioning. *Child Development*, 81(6), 1739-1752. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01507.x>
- Bernier, A., Carlson, S. M. et Whipple, N. (2010b). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81(1), 326-339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x>
- Bernier, A., Matte-Gagné, C. et Bouvette-Turcot, A. A. (2014). Examining the Interface of

- Children's Sleep, Executive Functioning, and Caregiving Relationships: A Plea Against Silos in the Study of Biology, Cognition, and Relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 23(4), 284-289. <https://doi.org/10.1177/0963721414534852>
- Bérubé, A., Coutu, S., Dubeau, D., Lafantaisie, V. et Devault, A. (2013). Propositions théoriques et Pratiques pour L'Évaluation De Programmes en Négligence. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 27(1), 93-115.
- Bérubé, A., Lafantaisie, V., Clément, M. È., Coutu, S., Dubeau, D., Caron, J. et Lacharité, C. (2017). Caseworkers' perspective on risk factors in the family environment influencing mothers' difficulties in meeting children's needs. *Children and Youth Services Review*, 82(June), 365-372. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.038>
- Bérubé, A., Lafantaisie, V., Coutu, S., Dubeau, D., Caron, J., Couvillon, L. et Giroux, M. (2015). Élaboration d'un outil écosystémique et participatif pour l'analyse des besoins des enfants en contexte de négligence : L'outil Place aux parents Development of an ecosystemic and participatory tool for the analysis of children's need in the context of chi. *Revue de psychoéducation*, 44(1), 105. <https://doi.org/10.7202/1039273ar>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E. et Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Blair, P. S., Humphreys, J. S., Gringras, P., Taheri, S., Scott, N., Psy, D. C., Emond, A., Henderson, J. et Fleming, P. J. (2012). *Childhood Sleep Duration and Associated Demographic Characteristics in an English Cohort*, 35(3).
- Blunden, S. (2011). Behavioural treatments to encourage solo sleeping in pre-school children: An

- alternative to controlled crying. *Journal of Child Health Care*, 15(2), 107-117.
<https://doi.org/10.1177/1367493510397623>
- Boag-Munroe, G. et Evangelou, M. (2012). From hard to reach to how to reach: A systematic review of the literature on hard-to-reach families. *Research Papers in Education*, 27(2), 209-239. <https://doi.org/10.1080/02671522.2010.509515>
- Boergers, J., Hart, C., Owens, J. A., Streisand, R. et Spirito, A. (2007). Child sleep disorders: Associations with parental sleep duration and daytime sleepiness. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 88-94. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.88>
- Boles, R. E., Halbower, A. C., Daniels, S., Gunnarsdottir, T., Whitesell, N. et Johnson, S. L. (2017). Family Chaos and Child Functioning in Relation to Sleep Problems Among Children at Risk for Obesity. *Behavioral Sleep Medicine*, 15(2), 114-128.
<https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1104687>
- Bonuck, K. A., Goodlin-Jones, B. L., Schechter, C. et Owens, J. (2017). Modified Children's sleep habits questionnaire for behavioral sleep problems: A validation study. *Sleep Health*, 3(3), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.03.009>
- Bordeleau, S., Bernier, A. et Carrier, J. (2012). Longitudinal associations between the quality of parent-child interactions and children's sleep at preschool age. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 254-262. <https://doi.org/10.1037/a0027366>
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S. et Haynes, O. M. (2011). Maternal personality, parenting cognitions, and parenting practices. *Developmental Psychology*, 47(3), 658-675.
<https://doi.org/10.1037/a0023181>
- Boyle, C. L. et Lutzker, J. R. (2011). A quantitative analysis of generalization outcomes found in behavioral parent training programs for reduction of child problem behavior. *Int J Child Adolesc Health*, 4(1), 7-15.

- Bradley, R. H. et Corwyn, R. F. (2002). SES and Child Development. *Annual review of psychology*, 53, 371-99. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135233>
- Brown, E. D. et Low, C. M. (2008). Chaotic Living Conditions and Sleep Problems Associated With Children's Responses to Academic Challenge. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 920-923. <https://doi.org/10.1037/a0013652>
- Buckhalt, J. A. (2011). Insufficient Sleep and the Socioeconomic Status Achievement Gap. *Child Development Perspectives*, 5(1), 59-65. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2010.00151.x>
- Buckhalt, J. A., El-Sheikh, M. et Keller, P. (2007). Children's sleep and cognitive functioning: Race and socioeconomic status as moderators of effects. *Child Development*, 78(1), 213-231. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00993.x>
- Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., Gaylor, E. E. et Anders, T. F. (2002). Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: A longitudinal intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43(6), 713-725. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00076>
- Byars, K. C., Yeomans-Maldonado, G. et Noll, J. G. (2011). Parental functioning and pediatric sleep disturbance: An examination of factors associated with parenting stress in children clinically referred for evaluation of insomnia. *Sleep Medicine*, 12(9), 898-905. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.05.002>
- Caldwell, B. A. et Redeker, N. S. (2015). Maternal stress and psychological status and sleep in minority preschool children. *Public Health Nursing*, 32(2), 101-111. <https://doi.org/10.1111/phn.12104>
- Camerota, M., Propper, C. B. et Teti, D. M. (2019). Intrinsic and extrinsic factors predicting infant sleep: Moving beyond main effects. *Developmental Review*, 53(July). <https://doi.org/10.1016/j.dr.2019.100871>

- Chaput, J. P., Gray, C. E., Poitras, V. J., Carson, V., Gruber, R., Birken, C. S., MacLean, J. E., Aubert, S., Sampson, M. et Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*, 17(Suppl 5). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4850-2>
- Chary, M., McQuillan, M. E., Bates, J. E. et Deater-Deckard, K. (2020). Maternal Executive Function and Sleep Interact in the Prediction of Negative Parenting. *Behavioral Sleep Medicine*, 18(2), 203-216. <https://doi.org/10.1080/15402002.2018.1549042>
- Chen, X., Velez, J. C., Barbosa, C., Pepper, M., Gelaye, B., Redline, S. et Williams, M. A. (2015). Evaluation of actigraphy-measured sleep patterns among children with disabilities and associations with caregivers' educational attainment: Results from a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008589>
- Cimon-Paquet, C., Tétreault, É. et Bernier, A. (2019). Early parent-child relationships and child sleep at school age. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 64(September 2018), 101057. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101057>
- Clément, M. È., Bérubé, A., Goulet, M. et Hélie, S. (2020). Family Profiles in Child Neglect Cases Substantiated by Child Protection Services. *Child Indicators Research*, 13(2), 433-454. <https://doi.org/10.1007/s12187-019-09665-z>
- Colalillo, S. et Johnston, C. (2016). Parenting Cognition and Affective Outcomes Following Parent Management Training: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 216-235. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0208-z>
- Cooklin, A. R., Giallo, R. et Rose, N. (2012). Parental fatigue and parenting practices during early childhood: An Australian community survey. *Child: Care, Health and Development*, 38(5), 654-664. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01333.x>
- Cooney, M. R., Short, M. A. et Gradisar, M. (2018). An open trial of bedtime fading for sleep

- disturbances in preschool children: a parent group education approach. *Sleep Medicine*, 46, 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.03.003>
- Coulombe, J. A. et Reid, G. J. (2014a). How Do Mothers Help Their Children Sleep at Night? Night-waking Strategy Use Among Mothers of Preschool-aged Children. *Infant and Child Development*, 23(5), 494-517. <https://doi.org/10.1002/icd.1844>
- Coulombe, J. A. et Reid, G. J. (2014b). What Do Preschool-Aged Children Do When They Wake at Night: Toward an Understanding of Night-Waking Behaviors Among Community Children. *Behavioral Sleep Medicine*, 12(2), 89-105. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.764527>
- Coulombe, J. A., Reid, G. J., Boyle, M. H. et Racine, Y. (2010). Concurrent associations among sleep problems, indicators of inadequate sleep, psychopathology, and shared risk factors in a population-based sample of healthy Ontario children. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(7), 790-799. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp097>
- Covington, L. B., Rogers, V. E., Armstrong, B., Storr, C. L. et Black, M. M. (2019). Toddler bedtime routines and associations with nighttime sleep duration and maternal and household factors. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15(6), 865-871. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7838>
- Crandall, A. A., Deater-Deckard, K. et Riley, A. W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review*, 36, 105-126. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.004>
- Crnic, K. A., Gaze, C. et Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14(2), 117-132. <https://doi.org/10.1002/icd.384>
- Cronin, A., Halligan, S. L. et Murray, L. (2008). Maternal psychosocial adversity and the

- longitudinal development of infant sleep. *Infancy*, 13(5), 469-495.
<https://doi.org/10.1080/15250000802329404>
- Dahl, R. E. et El-Sheikh, M. (2007). Considering sleep in a family context: Introduction to the special issue. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 1-3. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.1>
- Datta, A. et Vella, S. (2009). Le sommeil de l'enfant - troubles du sommeil et investigations. *Paediatrica*, 20(5), 30-40.
- Davis, K. F., Parker, K. P. et Montgomery, G. L. (2004). Sleep in infants and young children: Part two: Common sleep problems. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(3), 130-137.
[https://doi.org/10.1016/S0891-5245\(03\)00150-0](https://doi.org/10.1016/S0891-5245(03)00150-0)
- De Freitas Araújo, D. et De Almondes, K. M. (2014). Sleep and cognitive performance in children and pre-adolescents: A review. *Biological Rhythm Research*, 45(2), 193-207.
<https://doi.org/10.1080/09291016.2013.790136>
- Deater-Deckard, K. et Bell, M. A. (2017). Maternal executive function, heart rate, and EEG alpha reactivity interact in the prediction of harsh parenting. *Journal of Family Psychology*, 31(1), 41-50. <https://doi.org/10.1037/fam0000286>
- Deater-Deckard, K., Chen, N., Wang, Z. et Bell, M. A. (2012a). Socioeconomic risk moderates the link between household chaos and maternal executive function. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 391-399. <https://doi.org/10.1037/a0028331>
- Deater-Deckard, K., Sewell, M. D., Petrill, S. A. et Thompson, L. A. (2010). Maternal Working Memory and Reactive Negativity in Parenting. *Psychological Science*, 21(1), 75-79.
<https://doi.org/10.1177/0956797609354073>
- Deater-Deckard, K., Wang, Z., Chen, N. et Bell, M. A. (2012b). Maternal executive function, harsh parenting, and child conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,

53(10), 1084-1091. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02582.x>

Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A. et Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 14(3), 179-189.

<https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.004>

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.

<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

Dias, C. C., Figueiredo, B., Rocha, M. et Field, T. (2018). Reference values and changes in infant sleep-wake behaviour during the first 12 months of life: a systematic review. *Journal of Sleep Research*, 27(5), 1-23. <https://doi.org/10.1111/jsr.12654>

Doane, L. D., Breitenstein, R. S., Beekman, C., Clifford, S., Smith, T. J. et Lemery-Chalfant, K. (2019). Early Life Socioeconomic Disparities in Children's Sleep: The Mediating Role of the Current Home Environment. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(1), 56-70.

<https://doi.org/10.1007/s10964-018-0917-3>

Dubois, C. A. (2020). COVID-19 et main-d'oeuvre en santé. *Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels*, ((No. 2020rb-05).), Cirano.

Dumas, J. E., Nissley, J., Nordstrom, A., Smith, E. P., Prinz, R. J. et Levine, D. W. (2005). Home Chaos: Sociodemographic, Parenting, Interactional, and Child Correlates. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 93-104.

https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_9

Duraccio, K. M., Carbine, K. A., Barnett, K. A., Stevens, K. S. et Jensen, C. D. (2018). The utility of the Children's Sleep Habits Questionnaire: Associations between parental report and an objective measure of sleep behavior. *Children's Health Care*, 47(2), 119-135.

<https://doi.org/10.1080/02739615.2017.1316198>

- Dutil, C., Walsh, J. J., Featherstone, R. B., Gunnell, K. E., Tremblay, M. S., Gruber, R., Weiss, S. K., Cote, K. A., Sampson, M. et Chaput, J. P. (2018). Influence of sleep on developing brain functions and structures in children and adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 42, 184-201. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.08.003>
- Eckerberg, B. (2004). Treatment of sleep problems in families with young children: Effects of treatment on family well-being. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 93(1), 126-134. <https://doi.org/10.1080/08035250310007754>
- El-Sheikh, M., Buckhalt, J. A., Mize, J. et Acebo, C. (2006). Marital conflict and disruption of children's sleep. *Child Development*, 77(1), 31-43. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00854.x>
- El-Sheikh, M. et Kelly, R. J. (2017). Family Functioning and Children's Sleep. *Child Development Perspectives*, 11(4), 264-269. <https://doi.org/10.1111/cdep.12243>
- El-Sheikh, M., Kelly, R. J., Buckhalt, J. A. et Benjamin Hinnant, J. (2010). Children's sleep and adjustment over time: The role of socioeconomic context. *Child Development*, 81(3), 870-883. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01439.x>
- El-Sheikh, M. et Sadeh, A. (2015). I. sleep and development: Introduction to the monograph. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80(1), 1-14. <https://doi.org/10.1111/mono.12141>
- Evans, G. W., Gonnella, C., Marcynyszyn, L. A., Gentile, L. et Salpekar, N. (2005). The role of chaos in poverty and children's socioemotional adjustment. *Psychological Science*, 16(7), 560-565. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01575.x>
- Evans, G. W., Li, D. et Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342-1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
- Fallone, G., Owens, J. A. et Deane, J. (2002). Sleepiness in children and adolescents: Clinical

implications. *Sleep Medicine Reviews*, 6(4), 287-306.

<https://doi.org/10.1053/smr.2001.0192>

Fuligni, A. J., Chiang, J. J. et Tottenham, N. (2021). Sleep disturbance and the long-term impact of early adversity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 126(November 2020),

304-313. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.021>

Gaylor, E. E., Goodlin-Jones, B. L. et Anders, T. F. (2001). Classification of young children's sleep problems: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 61-67. <https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00017>

Giallo, R., Rose, N., Cooklin, A. et McCormack, D. (2013). In survival mode: mothers and fathers' experiences of fatigue in the early parenting period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(1), 31-45. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.751584>

Giallo, R., Rose, N. et Vittorino, R. (2011). Fatigue, wellbeing and parenting in mothers of infants and toddlers with sleep problems. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 236-249. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.593030>

Givan, D. C. (2004). The sleepy child. *Pediatric Clinics of North America*, 51(1), 15-31. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(03\)00175-5](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(03)00175-5)

Goodlin-Jones, B. L., Sitnick, S. L., Tang, K., Liu, J. et Anders, T. F. (2008). The Children's Sleep Habits Questionnaire. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 5(11), 1086-1091. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01435.x>.

Goodlin-Jones, B., Tang, K., Liu, J. et Anders, T. F. (2009). Sleep problems, sleepiness and daytime behavior in preschool-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50(12), 1532-1540. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02110.x>

Griffith, R. L., Cho, B., Gusler, S., McGuire, A. et Jackson, Y. (2021). Effects of parents'

adversity exposure on general and child-specific hostile attribution bias. *Journal of Family Trauma, Child Custody and Child Development*.

<https://doi.org/10.1080/26904586.2021.1970689>

Gruber, R., Cassoff, J. et Knäuper, B. (2011). Sleep Health Education in Pediatric Community Settings: Rationale and Practical Suggestions for Incorporating Healthy Sleep Education into Pediatric Practice. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 735-754.

<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.006>

Hackman, D. A., Farah, M. J. et Meaney, M. J. (2010). Socioeconomic status and the brain: Mechanistic insights from human and animal research. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(9), 651-659. <https://doi.org/10.1038/nrn2897>

Hale, L., Berger, L. M., Lebourgeois, M. K. et Brooks-Gunn, J. (2009). Social and demographic predictors of preschoolers bedtime routines. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(5), 394-402. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181ba0e64>

Hall, W. A., Moynihan, M., Bhagat, R. et Wooldridge, J. (2017). Relationships between parental sleep quality, fatigue, cognitions about infant sleep, and parental depression pre and post-intervention for infant behavioral sleep problems. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1284-x>

Hall, W. A., Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Parsons, D. E. et Kurinczuk, J. J. (2007). A Model for Predicting Behavioural Sleep Problems in a Random Sample of Australian Pre-schoolers. *Infant and Child Development*, 16, 509-523. <https://doi.org/10.1002/icd>

Hash, J. B., Oxford, M. L., Ward, T. M., Fleming, C. B. et Spieker, S. J. (2020). Sleep patterns, problems and ecology among toddlers in families with a child protective services maltreatment referral. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 85-91.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.12.015>

- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, *312*(5782), 1900-1902. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>
- Henderson, J. M. T., France, K. G. et Blampied, N. M. (2011). The consolidation of infants nocturnal sleep across the first year of life. *Sleep Medicine Reviews*, *15*(4), 211-220. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2010.08.003>
- Hoyniak, C. P., Bates, J. E., McQuillan, M. E., Albert, L. E., Staples, A. D., Molfese, V. J., Rudasill, K. M. et Deater-Deckard, K. (2021a). The Family Context of Toddler Sleep: Routines, Sleep Environment, and Emotional Security Induction in the Hour before Bedtime. *Behavioral Sleep Medicine*, *19*(6), 795-813. <https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1865356>
- Hoyniak, C. P., Bates, J. E., McQuillan, M. E., Staples, A. D., Petersen, I. T., Rudasill, K. M. et Molfese, V. J. (2020). Sleep across early childhood: implications for internalizing and externalizing problems, socioemotional skills, and cognitive and academic abilities in preschool. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *61*(10), 1080-1091. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13225>
- Hoyniak, C. P., Bates, J. E., Staples, A. D., Rudasill, K. M., Molfese, D. L. et Molfese, V. J. (2019). Child Sleep and Socioeconomic Context in the Development of Cognitive Abilities in Early Childhood. *Child Development*, *90*(5). <https://doi.org/10.1111/cdev.13042>
- Hoyniak, C. P., Quiñones-Camacho, L. E., Camacho, M. C., Chin, J. H., Williams, E. M., Wakschlag, L. S. et Perlman, S. B. (2021b). Adversity is Linked with Decreased Parent-Child Behavioral and Neural Synchrony. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *48*. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2021.100937>
- Hysing, M., Sivertsen, B., Garthus-Niegel, S. et Eberhard-Gran, M. (2016). Pediatric sleep problems and social-emotional problems. A population-based study. *Infant Behavior and*

- Development*, 42, 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.12.005>
- Ivanenko, A., Crabtree, V. M., O'Brien, L. M. et Gozal, D. (2006). Sleep complaints and psychiatric symptoms in children evaluated at a pediatric mental health clinic. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2(1), 42-48.
- Jackson, A. P. et Choi, J.-K. (2018). Parenting stress, Harsh Parenting, and Children's Behavior. *Journal of Family Medicine & Community Health*, 5(3), 1150. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-60984-5.00062-7>
- Japel, C. (2008). *Risques, vulnérabilité et adaptation : les enfants à risque au Québec* », 14(8), 1-46.
- Jarrin, D. C., McGrath, J. J. et Quon, E. C. (2014). Objective and subjective socioeconomic gradients exist for sleep in children and adolescents. *Health Psychology*, 33(3), 301-305. <https://doi.org/10.1037/a0032924>
- Jiang, F. (2020). Sleep and Early Brain Development. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 75(Suppl1), 44-53. <https://doi.org/10.1159/000508055>
- Joachim, S., Sanders, M. R. et Turner, K. M. T. (2010). Reducing preschoolers' disruptive behavior in public with a brief parent discussion group. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(1), 47-60. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0151-z>
- Johnson, N. et McMahon, C. (2008). Preschoolers' sleep behaviour: Associations with parental hardiness, sleep-related cognitions and bedtime interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(7), 765-773. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01871.x>
- Jones, C. H. D. et Ball, H. (2014). Exploring Socioeconomic Differences in Bedtime Behaviours and Sleep Duration in English Preschool Children. *Infant and Child Development*, 23(5), 518-531. <https://doi.org/10.1002/icd.1848>

- Jones Harden, B., Denmark, N., Holmes, A. et Duchene, M. (2014). Detached parenting and toddler problem behavior in early head start families. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 529-543. <https://doi.org/10.1002/imhj.21476>
- Jung, E., Molfese, V. J., Beswick, J., Jacobi-Vessels, J. et Molnar, A. (2009). Growth of cognitive skills in preschoolers: Impact of sleep habits and learning-related behaviors. *Early Education and Development*, 20(4), 713-731. <https://doi.org/10.1080/10409280802206890>
- Kallambella, K. et Hussain, N. (2015). Approach to a child with excessive daytime sleepiness. *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition*, 100(6), 288-294. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307291>
- Kane, G. A., Wood, V. A. et Barlow, J. (2007). Parenting programmes: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 784-793. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00750.x>
- Keefe-Cooperman, K. et Brady-Amoon, P. (2014). Preschooler Sleep Patterns Related to Cognitive and Adaptive Functioning. *Early Education and Development*, 25(6), 859-874. <https://doi.org/10.1080/10409289.2014.876701>
- Kelly, R. J. et El-Sheikh, M. (2014). Reciprocal relations between children's sleep and their adjustment over time. *Developmental Psychology*, 50(4), 1137-1147. <https://doi.org/10.1037/a0034501>
- Kelly, R. J., Erath, S. A., Martin-Piñón, O. et El-Sheikh, M. (2021a). Longitudinal relations between parents' sleep problems and harsh parenting. *Journal of Family Psychology*. <https://doi.org/10.1037/fam0000851>
- Kelly, R. J., Martin-Cuellar, A., Bagley, E. J., Lemberger-Truelove, M. E. et Mayer, H. N. (2021b). Maternal Harsh Parenting, SES, and Young Children's Sleep. *Journal of Child and Family Studies*, 30(6), 1528-1539. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01952-0>

- Kelly, Y., Kelly, J. et Sacker, A. (2013). Changes in Bedtime Schedules and Behavioral Difficulties in 7 Year Old Children. *Pediatrics*, 132(5), e1184-e1193.
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-1906>
- Kienhuis, M., Rogers, S., Giallo, R., Matthews, J. et Treyvaud, K. (2010). A proposed model for the impact of parental fatigue on parenting adaptability and child development. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4), 392-402.
<https://doi.org/10.1080/02646830903487383>
- Kochanska, G. et Aksan, N. (2004). Development of mutual responsiveness between parents and their young children. *Child Development*, 75(6), 1657-1676. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00808.x>
- Koopman-Verhoeff, M. E., Serdarevic, F., Kocevaska, D., Bodrij, F. F., Mileva-Seitz, V. R., Reiss, I., Hillegers, M. H. J., Tiemeier, H., Cecil, C. A. M., Verhulst, F. C. et Luijk, M. P. C. M. (2019). Preschool family irregularity and the development of sleep problems in childhood: a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 60(8), 857-865. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13060>
- Lacharité, C. (2014a). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire: PAPFC2* (éd. rév.). Trois-Rivières, QC : CEIDDEF/UQTR.
- Lacharité, C. (2014b). Transforming a wild world: Helping children and families to address neglect in the province of Quebec, Canada. *Child abuse review*, 23, 286-296.
<https://doi.org/10.1002/car.2347>
- Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., Baker, M. et Pronovost, M. (2015). Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents. Dans *Les Cahiers du CEIDDEF* (Vol. 3). Trois-Rivières, QC: CEIDDEF/UQTR.
- Lam, J. C., Mahone, E. M., Mason, T. et Scharf, S. M. (2011). The effects of napping on

- cognitive function in preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(2), 90-97. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318207ecc7>
- Léveillé, S. et Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review*, 32(7), 929-944. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.03.009>
- Marsh, S., Dobson, R. et Maddison, R. (2020). The relationship between household chaos and child, parent, and family outcomes: A systematic scoping review. *BMC Public Health*, 20(1), 1-27. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08587-8>
- Martin, A., Barajas, R. G., Brooks-Gunn, J. et Hale, L. (2011). Parenting Services May Be an Opportunity for Improving Bedtime Routines Among At-Risk Preschoolers. *Behavioral Sleep Medicine*, 9(4), 237-242. <https://doi.org/10.1080/15402002.2011.606771>
- McMahon, C. A. et Meins, E. (2012). Mind-mindedness, parenting stress, and emotional availability in mothers of preschoolers. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(2), 245-252. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2011.08.002>
- McQuillan, M. E., Bates, J. E., Staples, A. D. et Deater-Deckard, K. (2019). Maternal Stress, Sleep, and Parenting. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 349-359. <https://doi.org/10.1037/fam0000516>
- Meltzer, L. J. (2010). Clinical management of behavioral insomnia of childhood: Treatment of bedtime problems and night wakings in young children. *Behavioral Sleep Medicine*, 8(3), 172-189. <https://doi.org/10.1080/15402002.2010.487464>
- Meltzer, L. J., Johnson, C., Crosette, J., Ramos, M. et Mindell, J. A. (2010). Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics*, 125(6).

<https://doi.org/10.1542/peds.2009-2725>

- Meltzer, L. J. et Mindell, J. A. (2007). Relationship between child sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: A pilot study. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 67-73. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.67>
- Meltzer, L. J. et Mindell, J. A. (2014). Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions for pediatric insomnia. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 932-948. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu041>
- Minde, K., Faucon, A. et Falkner, S. (1994). Sleep Problems in Toddlers: Effects of Treatment on Their Daytime Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1114-1121. <https://doi.org/10.1097/00004583-199410000-00007>
- Mindell, J. A., Du Mond, C. E., Sadeh, A., Telofski, L. S., Kulkarni, N. et Gunn, E. (2011a). Long-term efficacy of an internet-based intervention for infant and toddler sleep disturbances: One year follow-up. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(5), 507-511. <https://doi.org/10.5664/JCSM.1320>
- Mindell, J. A. et Durand, V. M. (1993). Treatment of childhood sleep disorders: Generalization across disorders and effects on family members. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(6), 731-750. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/18.6.731>
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J. et Sadeh, A. (2006a). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1263-1276.
- Mindell, J. A., Leichman, E. S., Composto, J., Lee, C., Bhullar, B. et Walters, R. M. (2016a). Development of infant and toddler sleep patterns: real-world data from a mobile application. *Journal of Sleep Research*, 25(5), 508-516. <https://doi.org/10.1111/jsr.12414>
- Mindell, J. A., Leichman, E. S., DuMond, C. et Sadeh, A. (2017). Sleep and Social-Emotional

- Development in Infants and Toddlers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(2). <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1188701>
- Mindell, J. A., Li, A. M., Sadeh, A., Kwon, R. et Goh, D. Y. T. (2015a). Bedtime Routines for Young Children: A Dose-Dependent Association with Sleep Outcomes. *Sleep*, 38(5), 717-722. <https://doi.org/10.5665/sleep.4662>
- Mindell, J. A., Mond, C. E. Du, Sadeh, A., Telofski, L. S., Kulkarni, N. et Gunn, E. (2011b). Efficacy of an Internet-Based Intervention for Infant and Toddler Sleep Disturbances. *Sleep*, 34(4), 451-458.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kohyama, J. et How, T. H. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: A cross-cultural comparison. *Sleep Medicine*, 11(4), 393-399. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.11.011>
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kwon, R. et Goh, D. Y. T. (2015b). Relationship Between Child and Maternal Sleep: A Developmental and Cross-Cultural Comparison. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(7), 689-696. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv008>
- Mindell, J. A., Sedmak, R., Boyle, J. T., Butler, R. et Williamson, A. A. (2016b). Sleep Well!: A pilot study of an education campaign to improve sleep of socioeconomically disadvantaged children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(12), 1593-1599. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6338>
- Mindell, J. A., Telofski, L. S., Wiegand, B. et Kurtz, E. S. (2009). A nightly bedtime routine: Impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep*, 32(5), 599-606. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.5.599>
- Mindell, J. A. et Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 93-108. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.10.007>

- Mindell, J., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J. et Sadeh, A. (2006b). Practice Parameters for Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children. *Sleep*, 29(10). <https://doi.org/10.1093/sleep/29.10.1277>
- Montgomery, P., Stores, G. et Wiggs, L. (2004). 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*, 89(2), 125-130. <https://doi.org/10.1136/adc.2002.017202>
- Moore, M. et Mindell, J. A. (2013). The impact of behavioral interventions for sleep problems on secondary outcomes in young children and their families. *The Oxford handbook of infant, child, and adolescent sleep and behavior.*, 547-558.
- Moreau, J., Latulippe, R., Poirier, M. et Vaillancourt, C. (2020). *La Grille d'évaluation du développement de l'enfant de 0 à 5 ans. L'échange de connaissances en petite enfance.* <https://doi.org/10.2307/j.ctv18ph64k.8>
- Moreira, G. A. et Pradella-Hallinan, M. (2017). Sleepiness in Children: An Update. *Sleep Medicine Clinics*, 12(3), 407-413. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.03.013>
- Morgenthaler, T. I., Owens, J., Alessi, C., Boehlecke, B., Brown, T. M., Coleman, J., Friedman, L., Kapur, V. K., Lee-Chiong, T., Pancer, J. et Swick, T. J. (2006). Practice Parameters for Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children. *Sleep*, 29(10), 1277-1281. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.10.1277>
- Morrell, J. et Cortina-Borja, M. (2002). The Developmental Change in Strategies Parents Employ to Settle Young Children to Sleep, and their Relationship to Infant Sleeping Problems, as Assessed by a New Questionnaire: The Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant and Child Development*, 11(1), 17-41. <https://doi.org/10.1002/icd.251>
- Morrell, J. et Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal

- perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health Journal*, 24(5), 447-468. <https://doi.org/10.1002/imhj.10072>
- Murthy, C. L. S., Bharti, B., Malhi, P. et Khadwal, A. (2015). Sleep Habits and Sleep Problems in Healthy Preschoolers. *Indian Journal of Pediatrics*, 82(7), 606-611. <https://doi.org/10.1007/s12098-015-1728-0>
- Nathanson, A. I. et Beyens, I. (2018). The Relation Between Use of Mobile Electronic Devices and Bedtime Resistance, Sleep Duration, and Daytime Sleepiness Among Preschoolers. *Behavioral Sleep Medicine*, 16(2), 202-219. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1188389>
- Neville, H. J., Stevens, C., Pakulak, E., Bell, T. A., Fanning, J., Klein, S. et Isbell, E. (2013). Family-based training program improves brain function, cognition, and behavior in lower socioeconomic status preschoolers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(29), 12138-12143. <https://doi.org/10.1073/pnas.1304437110>
- Newton, A. T., Honaker, S. M. et Reid, G. J. (2020). Risk and protective factors and processes for behavioral sleep problems among preschool and early school-aged children: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 52, 101303. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101303>
- Nicholson, J. M., Lucas, N., Berthelsen, D. et Wake, M. (2012). Socioeconomic inequality profiles in physical and developmental health from 0-7 years: Australian national study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(1), 81-87. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.103291>
- O'Connell, A. et Vannan, K. (2008). Sleepwise: Addressing sleep disturbance in young children with developmental delay. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(3), 212-214. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00717.x>

- O'Connor, T. G., Caprariello, P., Blackmore, E. R., Gregory, A. M., Glover, V. et Fleming, P. (2007). Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development*, 83(7), 451-458.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.08.006>
- Ortiz, C. et McCormick, L. (2007). Behavioral parent-training approaches for the treatment of bedtime noncompliance in young children. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 4(2), 511-525. <https://doi.org/10.1037/h0100388>
- Owen, D. J., Slep, A. M. S. et Heyman, R. E. (2012). The Effect of Praise, Positive Nonverbal Response, Reprimand, and Negative Nonverbal Response on Child Compliance: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(4), 364-385.
<https://doi.org/10.1007/s10567-012-0120-0>
- Owens, J. (2007). Classification and Epidemiology of Childhood Sleep Disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 2(3), 353-361. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.05.009>
- Owens, J. A., Jones, C. et Nash, R. (2011). Caregivers' knowledge, behavior, and attitudes regarding healthy sleep in young children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(4), 345-350. <https://doi.org/10.5664/JCSM.1186>
- Owens, J. A., Palermo, T. M. et Rosen, C. L. (2002). Overview of current management of sleep disturbances in children: II - Behavioral interventions. *Current Therapeutic Research - Clinical and Experimental*, 63(Suppl B), B38-B52. [https://doi.org/10.1016/S0011-393X\(02\)80102-3](https://doi.org/10.1016/S0011-393X(02)80102-3)
- Owens, J., Spirito, A. et McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep*, 23(8), 1-9. <https://doi.org/10.1037/t33022-000>
- Paavonen, E. J., Porkka-Heiskanen, T. et Lahikainen, A. R. (2009). Sleep quality, duration and

- behavioral symptoms among 5-6-year-old children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18(12), 747-754. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0033-8>
- Paavonen, E. J., Saarenpää-Heikkilä, O., Morales-Munoz, I., Virta, M., Häkälä, N., Pölkki, P., Kylliäinen, A., Karlsson, H., Paunio, T. et Karlsson, L. (2020). Normal sleep development in infants: findings from two large birth cohorts. *Sleep Medicine*, 69, 145-154. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.01.009>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M. et Wise, M. S. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6). <https://doi.org/10.5664/jcsm.5866>
- Perrin, E. C., Sheldrick, R. C., McMenamy, J. M., Henson, B. S. et Carter, A. S. (2014). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 168(1), 16-24. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2919>
- Petit, D. et Montplaisir, J. (2012). Conséquences d'un court ou mauvais sommeil chez le jeune enfant. Dans *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (Centre d'e, p. 1-8).
- Petit, D., Paquet, J., Touchette, É. et Montplaisir, J. Y. (2010). Le sommeil : un acteur méconnu dans le développement du jeune enfant. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 5(2), 1-20.
- Petit, D., Touchette, É., Tremblay, R. E., Boivin, M. et Montplaisir, J. (2007). Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics*, 119(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2132>
- Philbrook, L. E. et Teti, D. M. (2016). Associations between bedtime and nighttime parenting and infant cortisol in the first year. *Developmental Psychobiology*, 58(8), 1087-1100.

<https://doi.org/10.1002/dev.21442>

Pinderhughes, E. E., Dodge, K. A., Zelli, A., Bates, J. E. et Pettit, G. S. (2000). Indeed, SES and ethnic differences have been found consistently in physical punishment. *J Fam Psychol*, *14*(3), 380-400.

Pinel-Jacquemin, S., Zaouche Gaudron, C., Troupel, O., Raynaud, J.-P. et Kelly-irving, M. (2016). Adversités, enfance et famille: Apports d'une approche écosystémique. *Éducation, Santé, Sociétés*, *2*(2), 1-19.

Pritchard, A. A. et Appleton, P. (1988). Management of Sleep Problems in Pre-School Children. *Early Child Development and Care*, *34*(1), 227-240.

<https://doi.org/10.1080/0300443880340117>

Rafferty, Y. et Griffin, K. W. (2010). Parenting behaviours among low-income mothers of preschool age children in the USA: Implications for parenting programmes. *International Journal of Early Years Education*, *18*(2), 143-157.

<https://doi.org/10.1080/09669760.2010.494428>

Ravid, S., Afek, I., Suraiya, S., Shahar, E. et Pillar, G. (2009). Kindergarten children's failure to qualify for first grade could result from sleep disturbances. *Journal of Child Neurology*, *24*(7), 816-822. <https://doi.org/10.1177/0883073808330766>

Reid, G. J., Hong, R. Y. et Wade, T. J. (2009). The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2- and 3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology: Sleep in toddlers. *Journal of Sleep Research*, *18*(1), 49-59.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00692.x>

Reid, M. J., Walter, A. L. et O'Leary, S. G. (1999). Treatment of young children's bedtime refusal and nighttime wakings: A comparison of « standard » and graduated ignoring procedures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *27*(1), 5-16.

<https://doi.org/10.1023/A:1022606206076>

Renk, K. (2011). Mothers' perceptions of young children, parenting, and young children's behavior problems. *Child and Family Behavior Therapy*, 33(2), 123-138.

<https://doi.org/10.1080/07317107.2011.571139>

Renk, K., Roddenberry, A., Oliveros, A. et Sieger, K. (2007). The relationship of maternal characteristics and perceptions of children to children's emotional and behavioral problems. *Child and Family Behavior Therapy*, 29(1), 37-57. https://doi.org/10.1300/J019v29n01_03

Reynaud, E., Forhan, A., Heude, B., Charles, M. A., Plancoulaine, S., Annesi-Maesano, I., Bernard, J. Y., Botton, J., Charles, M. A., Dargent-Molina, P., de Lauzon-Guillain, B., Ducimetière, P., de Agostini, M., Foliguet, B., Forhan, A., Fritel, X., Germa, A., Goua, V., Hankard, R., ... Thiebaugeorges, O. (2018a). Night-waking and behavior in preschoolers: a developmental trajectory approach. *Sleep Medicine*, 43, 90-95.

<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.10.008>

Reynaud, E., Vecchierini, M. F., Heude, B., Charles, M. A. et Plancoulaine, S. (2018b). Sleep and its relation to cognition and behaviour in preschool-aged children of the general population: a systematic review. *Journal of Sleep Research*, 27(3), 1-13.

<https://doi.org/10.1111/jsr.12636>

Rickert, V. I. et Johnson, C. M. (1988). Reducing nocturnal awakening and crying episodes in infants and young children: A comparison between scheduled awakenings and systematic ignoring. *Pediatrics*, 81(2), 203-212.

Rolider, A. et Houten, R. Van. (1984). Training Parents To Use Extinction To Eliminate Nighttime Crying By Gradually Increasing the Criteria for Ignoring Crying. *Source: Education and Treatment of Children*, 717421(2), 119-124.

Sadeh, A. (2005). Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical*

- Psychology Review*, 25(5), 612-628. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.006>
- Sadeh, A. (2007). Consequences of Sleep Loss or Sleep Disruption in Children. *Sleep Medicine Clinics*, 2(3), 513-520. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.05.012>
- Sadeh, A. et Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 17-34. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199321\)14:1<17::AID-IMHJ2280140103>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199321)14:1<17::AID-IMHJ2280140103>3.0.CO;2-Q)
- Sadeh, A., De Marcas, G., Guri, Y., Berger, A., Tikotzky, L. et Bar-Haim, Y. (2015). Infant sleep predicts attention regulation and behavior problems at 3-4 years of age. *Developmental Neuropsychology*, 40(3), 122-137. <https://doi.org/10.1080/87565641.2014.973498>
- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T. et Tikotzky, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 74-87. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.74>
- Sadeh, A., Gruber, R. et Raviv, A. (2003). The Effects of Sleep Restriction and Extension on School-Age Children: What a Difference an Hour Makes. *Child Development*, 74(2), 444-455. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.7402008>
- Sadeh, A., Mindell, J. A., Luedtke, K. et Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: A web-based study. *Journal of Sleep Research*, 18(1), 60-73. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x>
- Sadeh, A., Tikotzky, L., Scher, A., Hiscock, H., Sadeh, A., Tikotzky, L. et Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.05.003>
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-positive parenting program: Towards an empirically validated

- multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71-90.
<https://doi.org/10.1023/A:1021843613840>
- Sanders, M. R. et Mazzucchelli, T. G. (2013). The Promotion of Self-Regulation Through Parenting Interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1007/s10567-013-0129-z>
- Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G. et Studman, L. J. (2004). Stepping Stones Triple P: The theoretical basis and development of an evidence-based positive parenting program for families with a child who has a disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(3), 265-283. <https://doi.org/10.1080/13668250412331285127>
- Sanders, M. R. et Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 65-73. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x>
- Sasser, J., Oshri, A., Duprey, E. B., Doane, L. D. et Peltz, J. S. (2021). Daytime sleepiness underlies the link between adverse parenting and youth psychopathology among adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 90(May), 32-44.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.05.010>
- Schlieber, M. et Han, J. (2018). The sleeping patterns of Head Start children and the influence on developmental outcomes. *Child: Care, Health and Development*, 44(3), 462-469.
<https://doi.org/10.1111/cch.12522>
- Schwichtenberg, A. J., Abel, E. A., Keys, E. et Honaker, S. M. (2019). Diversity in pediatric behavioral sleep intervention studies. *Sleep Medicine Reviews*, 47, 103-111.
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.07.004>
- Shaffer, A. et Obradović, J. (2017). Unique contributions of emotion regulation and executive

- functions in predicting the quality of parent-child interaction behaviors. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 150-159. <https://doi.org/10.1037/fam0000269>
- Sheridan, A., Murray, L., Cooper, P. J., Evangelini, M., Byram, V. et Halligan, S. L. (2013). A longitudinal study of child sleep in high and low risk families: Relationship to early maternal settling strategies and child psychological functioning. *Sleep Medicine*, 14(3), 266-273. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.11.006>
- Shetty, J., Bs, C., Newton, A. T., Ms, C. et Reid, G. J. (2021). Parenting Practices, Bedtime Routines, and Consistency: Associations with Pediatric Sleep Problems. *Journal Of Pediatric Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab072>
- Simard, V., Nielsen, T. A., Tremblay, R. E., Boivin, M. et Montplaisir, J. Y. (2008). Longitudinal Study of Preschool Sleep Disturbance The Predictive Role of Maladaptative Parental Behaviors, Early Sleep Problems, and Child/Mother Psychological Factors. *Archive of Pediatric and Adolescent medicine*, 162(4), 360-367. <https://doi.org/10.1177/001440297103700704>
- Simola, P., Niskakangas, M., Liukkonen, K., Virkkula, P., Pitkäranta, A., Kirjavainen, T. et Aronen, E. T. (2010). Sleep problems and daytime tiredness in Finnish preschool-aged children-a community survey. *Child: Care, Health and Development*, 36(6), 805-811. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01112.x>
- Smith, L., Galland, B. et Lawrence, J. (2019). A Qualitative Study of How Preschoolers' Problematic Sleep Impacts Mothers. *Behavioral Sleep Medicine*, 17(3), 314-326. <https://doi.org/10.1080/15402002.2017.1357118>
- Smithson, L., Baird, T., Tamana, S. K., Lau, A., Mariasine, J., Chikuma, J., Lefebvre, D. L., Subbarao, P., Becker, A. B., Turvey, S. E., Sears, M. R., Beal, D. S., Pei, J. et Mandhane, P. J. (2018). Shorter sleep duration is associated with reduced cognitive development at two

- years of age. *Sleep Medicine*, 48, 131-139. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.04.005>
- Sneddon, P., Peacock, G. G. et Crowley, S. L. (2013). Assessment of Sleep Problems in Preschool Aged Children: An Adaptation of the Children's Sleep Habits Questionnaire. *Behavioral Sleep Medicine*, 11(4), 283-296. <https://doi.org/10.1080/15402002.2012.707158>
- Staples, A. D., Hoyniak, C., McQuillan, M. E., Molfese, V. et Bates, J. E. (2021). Screen use before bedtime: Consequences for nighttime sleep in young children. *Infant Behavior and Development*, 62, 101522. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101522>
- Sturge-Apple, M. L., Jones, H. R. et Suor, J. H. (2017). When stress gets into your head: Socioeconomic risk, executive functions, and maternal sensitivity across childrearing contexts. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 160-169. <https://doi.org/10.1037/fam0000265>
- Stuttard, L., Beresford, B., Clarke, S., Beecham, J. et Curtis, J. (2015). A preliminary investigation into the effectiveness of a group-delivered sleep management intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(4), 342-355. <https://doi.org/10.1177/1744629515576610>
- Tauman, R., Avni, H., Drori-Asayag, A., Nehama, H., Greenfeld, M. et Leitner, Y. (2017). Sensory profile in infants and toddlers with behavioral insomnia and/or feeding disorders. *Sleep Medicine*, 32, 83-86. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.12.009>
- Tauman, R., Levine, A., Avni, H., Nehama, H., Greenfeld, M. et Sivan, Y. (2011). Coexistence of sleep and feeding disturbances in young children. *Pediatrics*, 127(3), 615-621. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2309>
- Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Bub, K. L., Gillman, M. W. et Oken, E. (2017). Prospective Study of Insufficient Sleep and Neurobehavioral Functioning Among School-Age Children. *Academic Pediatrics*, 17(6), 625-632. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.02.001>

- Teti, D. M. et Crosby, B. (2012). Maternal Depressive Symptoms, Dysfunctional Cognitions, and Infant Night Waking: The Role of Maternal Nighttime Behavior. *Child Development, 83*(3), 939-953. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01760.x>
- Teti, D. M., Kim, B. R., Mayer, G. et Countermeine, M. (2010). Maternal Emotional Availability at Bedtime Predicts Infant Sleep Quality. *Journal of Family Psychology, 24*(3), 307-315. <https://doi.org/10.1037/a0019306>
- Tétreault, É., Bernier, A., Matte-Gagné, C. et Carrier, J. (2019). Normative developmental trajectories of actigraphic sleep variables during the preschool period: A three-wave longitudinal study. *Developmental Psychobiology, 61*(1), 141-153. <https://doi.org/10.1002/dev.21805>
- Tétreault, É., Bouvette-Turcot, A.-A., Bernier, A. et Bailey, H. (2017). Associations between early maternal sensitivity and children's sleep throughout early childhood. *Infant and Child Development, 26*(4), 1-16. <https://doi.org/10.1002/icd.2004>
- Tichovolsky, M. H., Arnold, D. H. et Baker, C. N. (2013). Parent predictors of changes in child behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology, 34*(6), 336-345. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2013.09.001>
- Tikotzky, L. (2017). Parenting and sleep in early childhood. *Current Opinion in Psychology, 15*, 118-124. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.016>
- Tikotzky, L. et Sadeh, A. (2009). Maternal sleep-related cognitions and infant sleep: A longitudinal study from pregnancy through the 1st year. *Child Development, 80*(3), 860-874. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01302.x>
- Tikotzky, L. et Sadeh, A. (2010). The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Medicine, 11*(7), 686-691. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.11.017>

- Tikotzky, L. et Shaashua, L. (2012). Infant sleep and early parental sleep-related cognitions predict sleep in pre-school children. *Sleep Medicine*, 13(2), 185-192.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.07.013>
- Tininenko, J. R., Fisher, P. A., Bruce, J. et Pears, K. C. (2010). Associations Between Sleep and Inattentive/Hyperactive Problem Behavior Among Foster and Community Children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(8), 668-674.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181f1773b>
- Touchette, E., Chollet, A., Galéra, C., Fombonne, E., Falissard, B., Boivin, M. et Melchior, M. (2012). Prior sleep problems predict internalising problems later in life. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.049>
- Touchette, É., Petit, D., Paquet, J., Boivin, M., Japel, C., Tremblay, R. E. et Montplaisir, J. Y. (2005). Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(3), 242-249.
<https://doi.org/10.1001/archpedi.159.3.242>
- Touchette, E., Petit, D., Séguin, J. R., Boivin, M., Tremblay, R. E. et Montplaisir, J. Y. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*, 30(9), 1213-1219. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.9.1213>
- Touchette, É., Petit, D., Tremblay, R. E. et Montplaisir, J. Y. (2009). Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives. *Sleep Medicine Reviews*, 13(5), 355-361. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.12.001>
- Turnbull, K., Reid, G. J. et Morton, J. B. (2013). *Behavioral Sleep Problems and their Potential Impact on Developing Executive Function in Children*, 36(7), 1077-1084.
- Varma, P., Conduit, R., Junge, M. et Jackson, M. L. (2020). Examining sleep and mood in parents of children with sleep disturbances. *Nature and Science of Sleep*, 12, 865-874.

<https://doi.org/10.2147/NSS.S271140>

Vaughn, B. E., Elmore-Staton, L., Shin, N. et El-Sheikh, M. (2015). Sleep as a Support for Social Competence, Peer Relations, and Cognitive Functioning in Preschool Children. *Behavioral Sleep Medicine, 13*(2), 92-106. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.845778>

Vriend, J. et Corkum, P. (2011). Clinical management of behavioral insomnia of childhood. *Psychology Research and Behavior Management, 4*, 69-79.

Wade, C. M., Ortiz, C. et Gorman, B. S. (2007). Two-Session Group Parent Training for Bedtime Noncompliance in Head Start Preschoolers. *Child & Family Behavior Therapy, 29*(3), 23-55. https://doi.org/10.1300/J019v29n03_03

Wang, Z., Deater-Deckard, K. et Bell, M. A. (2013). Household Chaos Moderates the Link between Maternal Attribution Bias and Parenting. *Parenting, 13*(4), 233-252. <https://doi.org/10.1080/15295192.2013.832569>

Webster-Stratton, C. et Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(1), 93-109. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.1.93>

Webster-Stratton, C., Reid, M. J. et Hammond, M. (2004). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 105-124. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_11

Weinraub, M., Bender, R. H., Friedman, S. L., Susman, E. J., Knoke, B., Bradley, R., Houts, R. et Williams, J. (2012). *Patterns of Developmental Change in Infants ' Nighttime Sleep Awakenings from 6 through 36 Months of Age, 48*(6), 1511-1528. <https://doi.org/10.1037/a0027680>

Weiss, S. et Corkum, P. (2012). Pediatric Behavioural Insomnia – “Good Night, Sleep Tight” for

- Child and Parent. *Insomnia Rounds*, 1(5), 150-155.
- Whitesell, C. J., Teti, D. M., Crosby, B. et Kim, B. R. (2015). Household chaos, sociodemographic risk, coparenting, and parent-infant relations during infants' first year. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 211-220. <https://doi.org/10.1037/fam0000063>
- Williams, K. E., Berthelsen, D., Walker, S. et Nicholson, J. M. (2017). A Developmental Cascade Model of Behavioral Sleep Problems and Emotional and Attentional Self-Regulation Across Early Childhood. *Behavioral Sleep Medicine*, 15(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1065410>
- Williams, K. E., Nicholson, J. M., Walker, S. et Berthelsen, D. (2016). Early childhood profiles of sleep problems and self-regulation predict later school adjustment. *British Journal of Educational Psychology*, 86(2), 331-350. <https://doi.org/10.1111/bjep.12109>
- Williamson, A. A., Milaniak, I., Watson, B., Cicalese, O., Fiks, A. G., Power, T. J., Barg, F. K., Beidas, R. S., Mindell, J. A. et Rendle, K. A. (2020). Early childhood sleep intervention in urban primary care: Caregiver and clinician perspectives. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 933-945. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa024>
- Williamson, A. A. et Mindell, J. A. (2020). Cumulative socio-demographic risk factors and sleep outcomes in early childhood. *Sleep*, 43(3), 1-13. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz233>
- Williamson, A. A., Mindell, J. A., Hiscock, H. et Quach, J. (2019). Child sleep behaviors and sleep problems from infancy to school-age. *Sleep Medicine*, 63, 5-8. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.05.003>
- Wilson, K. E., Lumeng, J. C., Kaciroti, N., Chen, S. Y.-P., LeBourgeois, M. K., Chervin, R. D. et Miller, A. L. (2015). Sleep Hygiene Practices and Bedtime Resistance in Low-Income Preschoolers: Does Temperament Matter? *Behavioral Sleep Medicine*, 13(5), 412-423. <https://doi.org/10.1080/15402002.2014.940104>

- Wilson, K. E., Miller, A. L., Bonuck, K., Lumeng, J. C. et Chervin, R. D. (2014). Evaluation of a Sleep Education Program for Low-Income Preschool Children and Their Families. *Sleep*, 37(6), 1117-1125. <https://doi.org/10.5665/sleep.3774>
- Wittkowski, A., Dowling, H. et Smith, D. M. (2016). Does Engaging in a Group-Based Intervention Increase Parental Self-efficacy in Parents of Preschool Children? A Systematic Review of the Current Literature. *Journal of Child and Family Studies*, 25(11), 3173-3191. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0464-z>
- Ystrom, H., Nilsen, W., Hysing, M., Sivertsen, B. et Ystrom, E. (2017). Sleep problems in preschoolers and maternal depressive symptoms: An evaluation of mother- and child-driven effects. *Developmental Psychology*, 53(12). <https://doi.org/10.1037/dev0000402>
- Zachary, C., Jones, D. J., McKee, L. G., Baucom, D. H. et Forehand, R. L. (2019). The Role of Emotion Regulation and Socialization in Behavioral Parent Training: A Proof-of-Concept Study. *Behavior Modification*, 43(1), 3-25. <https://doi.org/10.1177/0145445517735492>
- Zaidman-Zait, A. et Hall, W. A. (2015). Children's night waking among toddlers: Relationships with mothers' and fathers' parenting approaches and children's behavioural difficulties. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1639-1649. <https://doi.org/10.1111/jan.12636>
- Zajicek-Farber, M. L., Mayer, L. M., Daugherty, L. G., Rodkey, E., Mayer, L. M. et Daugherty, L. G. (2014). *The Buffering Effect of Childhood Routines : Longitudinal Connections Between Early Parenting and Prekindergarten Learning Readiness of Children in Low-Income Families* *The Buffering Effect of Childhood Routines : Longitudinal Connections Between Early Par*, (April 2015), 37-41. <https://doi.org/10.1080/01488376.2014.930946>
- Zheng, M., Rangan, A., Olsen, N. J. et Heitmann, B. L. (2020). Longitudinal association of nighttime sleep duration with emotional and behavioral problems in early childhood: results from the Danish Healthy Start Study. *Sleep*, 44(1), 1-10.

<https://doi.org/10.1093/sleep/zsaa138>

ANNEXE I – Formulaire sociodémographique

PLACE aux PARENTS

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

numéro d'identification :

date :

INFORMATIONS GÉNÉRALES

nom de l'enfant

date de naissance

jour	mois	année
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ville et secteur de résidence

La plupart du temps, l'enfant vit :

(Cochez plus d'une réponse dans le cas d'un enfant en garde partagée)

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> avec ses 2 parents | 5. <input type="checkbox"/> avec son père dans une famille monoparentale |
| 2. <input type="checkbox"/> avec sa mère dans une famille recomposée | 6. <input type="checkbox"/> avec une famille d'accueil |
| 3. <input type="checkbox"/> avec son père dans une famille recomposée | |
| 4. <input type="checkbox"/> avec sa mère dans une famille monoparentale | Autre : <input type="text"/> |

nom de la mère

date de naissance

année
<input type="text"/>

Dernier niveau d'étude complété :

- Primaire
- Secondaire
- Diplôme d'études professionnelles (DEP)
- Collégial
- Universitaire

Revenu familial (dernière année) :

- 0 à 23 999 \$
- 24 000 \$ à 32 999 \$
- 33 000 \$ à 39 999 \$
- 40 000 \$ à 45 999 \$
- 46 000 \$ à 51 999 \$
- 52 000 \$ et plus

Votre emploi est :

- Temps plein
- Temps partiel
- Occasionnel ou saisonnier
- Sans emploi

Quel est votre groupe ethnique?

Quel est votre groupe ethnique?

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Caucasien | 4. <input type="checkbox"/> Asiatique |
| 2. <input type="checkbox"/> Afro-Américain | 5. <input type="checkbox"/> Hispanique |
| 3. <input type="checkbox"/> Amérindien | |

Quel est votre lieu de naissance? _____

nom du père

date de naissance

année
<input type="text"/>

Dernier niveau d'étude complété :

- Primaire
- Secondaire
- Diplôme d'études professionnelles (DEP)
- Collégial
- Universitaire

Revenu familial (dernière année) :

- 0 à 23 999 \$
- 24 000 \$ à 32 999 \$
- 33 000 \$ à 39 999 \$
- 40 000 \$ à 45 999 \$
- 46 000 \$ à 51 999 \$
- 52 000 \$ et plus

Votre emploi est :

- Temps plein
- Temps partiel
- Occasionnel ou saisonnier
- Sans emploi

Quel est votre groupe ethnique?

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Caucasien | 4. <input type="checkbox"/> Asiatique |
| 2. <input type="checkbox"/> Afro-Américain | 5. <input type="checkbox"/> Hispanique |
| 3. <input type="checkbox"/> Amérindien | |

Quel est votre lieu de naissance? _____

ANNEXE II – Traduction française du QHSE

QUESTIONNAIRE SUR LES HABITUDES DE SOMMEIL DES ENFANTS

Traduit et adapté de Owens et al. 2000

Par Geneviève Forest, Ph.D. et Kim Mercier, B.Sc. 2015

Voici des questions qui portent sur les habitudes de sommeil de votre enfant et sur des difficultés possibles qu'il peut avoir avec son sommeil. Répondez **à TOUTES les questions** du mieux que vous pouvez, en repensant à ce qui s'est passé durant la dernière semaine. Si la dernière semaine a été inhabituelle pour une raison spécifique (tel qu'une infection d'oreille de votre enfant ou si vous étiez en vacances), choisissez ce qui arrive habituellement.

Pour répondre aux questions, choisissez « **souvent** » si un comportement arrive 5 À 7 fois par semaine, « **parfois** » s'il arrive 2 à 4 fois par semaine et « **rarement** » si c'est un comportement qui n'est jamais arrivé ou un comportement que vous avez observé au maximum une fois dans la semaine. Vous devez **DE PLUS** indiquer si vous pensez que ce comportement est un problème en entourant « oui » ou « non » ou « ne s'applique pas » (na) si le comportement n'est jamais arrivé.

I. COUCHER

1. Votre enfant s'est couché à quelle heure le soir habituellement? _____ heures _____ minutes

2. Combien de temps a-t-il pris pour s'endormir le soir ?

a. Nombre de minutes environ : _____ minutes

b. Mon enfant tombe endormi avant que j'aie à le coucher

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 rarement (0-1)	Problème ?		
3. L'enfant se couche à la même heure à chaque soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
4. L'enfant s'endort en moins de 20 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
5. L'enfant s'endort :						
a. dans son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
b. sur le sofa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
c. dans le lit de ses parents, d'un frère ou d'une soeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
d. ailleurs (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
6. L'enfant s'endort en se balançant ou à l'aide de mouvements rythmiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 rarement (0-1)	Problème ?		
7. L'enfant a besoin d'un objet spécial pour s'endormir (poupée, toutou, doudou, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
8. L'enfant a besoin de la présence de ses parents dans la chambre pour s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
9. L'enfant est prêt à aller au lit au moment du coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
10. L'enfant refuse d'aller au lit au moment du coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
11. L'enfant éprouve de la difficulté au moment du coucher (pleure, refuse de rester coucher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
12. L'enfant a peur de dormir dans le noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
13. L'enfant a peur de dormir seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
14. L'enfant a la même routine avant de se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

2. CARACTÉRISTIQUES DU SOMMEIL

15. Combien d'heures de sommeil a-t-il eues par nuit la semaine et la fin de semaine (ceci peut être différent du nombre d'heures passées au lit) ?

a. Heures de sommeil par nuit la semaine : _____heures_____minutes

b. Heures de sommeil par nuit la fin de semaine : _____heures_____minutes

16. Quelles ont été les habitudes de siestes de votre enfant ?

a. Mon enfant ne fait pas de sieste (passez à la question 17)

b. Mon enfant fait environ _____ (spécifiez le nombre de siestes par jour)

c. Ses siestes durent environ _____min./ _____min./ _____min.

↳ (spécifiez la durée de chaque sieste en min.)

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 rarement (0-1)	Problème ?		
17. L'enfant ne dort pas suffisamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
18. L'enfant dort trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
19. L'enfant dort suffisamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
20. L'enfant dort environ la même quantité de sommeil chaque jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
21. L'enfant mouille son lit la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
22. L'enfant parle durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
23. L'enfant est agité et bouge beaucoup pendant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
24. L'enfant est somnambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
25. L'enfant se déplace dans le lit d'une autre personne durant la nuit (parents, frère, sœur, etc.), ou ailleurs (si ailleurs indiquer où _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
26. L'enfant se plaint de douleurs pendant le sommeil. (si oui, indiquez où _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
27. L'enfant grince des dents durant son sommeil (le dentiste peut vous en avoir parlé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
28. L'enfant ronfle bruyamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
29. L'enfant semble arrêter de respirer durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
30. L'enfant grogne ou halète durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
31. L'enfant éprouve de la difficulté à dormir ailleurs qu'à la maison (visite chez des parents, en vacances)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
32. L'enfant se plaint d'avoir de la difficulté à dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
33. L'enfant se réveille durant la nuit en criant, est en sueur et est inconsolable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
34. L'enfant se réveille la nuit à cause d'un rêve effrayant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

3. ÉVEILS NOCTURNES

35. Combien de fois s'éveille-t-il la nuit environ ?

- a. Mon enfant ne se réveille pas la nuit (passez à la question 36)
- b. Mon enfant se réveille environ _____ fois la nuit.
- En combien de temps se rendort-il habituellement? _____ minutes environ.

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 rarement (0-1)	Problème ?		
36. L'enfant se réveille à une seule occasion durant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
37. L'enfant se réveille à plus d'une reprise durant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
38. L'enfant se rendort seul après s'être réveillé la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

4. ÉVEILS MATINAUX

39. À quelle heure votre enfant s'est-il habituellement levé le matin la semaine et la fin de semaine ?

- a. Heure habituelle du lever la semaine: _____ heures _____ minutes
- b. Heure habituelle du lever la fin de semaine: _____ heures _____ minutes

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 rarement (0-1)	Problème ?		
40. L'enfant se réveille par lui/elle-même le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
41. L'enfant se réveille avec un réveille-matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
42. L'enfant se réveille de mauvaise humeur le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
43. Les adultes ou d'autres membres de la famille réveillent l'enfant le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
44. L'enfant a de la difficulté à sortir du lit le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
45. Il faut un long moment à l'enfant pour devenir alerte le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 rarement (0-1)	Problème ?		
46. L'enfant se réveille très tôt le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
47. L'enfant a un bon appétit le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

5. SOMNOLENCE DIURNE

	3 Souvent (5-7)	2 Parfois (2-4)	1 rarement (0-1)	Problème ?		
48. L'enfant fait des siestes durant la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
49. L'enfant tombe soudainement endormi au milieu d'une activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
50. L'enfant a l'air fatigué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na

Dans la dernière semaine, veuillez indiquer si votre enfant était bien éveillé/pas fatigué, plutôt somnolent/très fatigué ou est même tombé endormi pendant une des activités suivantes :

	1 pas fatigué	2 très fatigué	3 tombé endormi
51. Pendant qu'il joue seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. En regardant la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. En se promenant en voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. En mangeant un repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Le questionnaire est complété par : mère père autre (précisez) _____

Date où le questionnaire est complété : (jj-mm-aaaa) _____

Âge de l'enfant : _____ ans _____ mois

Sexe de l'enfant : garçon fille

Diagnostic primaire : _____ na

Diagnostic(s) secondaire(s) : _____ na

ANNEXE III – Version courte de l’outil Place aux parents

VERSION COURTE - Recherche

PLACE aux PARENTS

**LES BESOINS DE MON ENFANT
MES RÉPONSES AUX BESOINS DE MON ENFANT**

identification : âge de l'enfant : date :

Besoins de l'enfant		PAS VRAIMENT	PLUS OU MOINS VRAI	TRÈS VRAI			
1. Mon enfant a des problèmes de santé. (ex : asthme, diabète, déficit d'attention, hyperactivité (TDA/H), dépression, ...) <small>[maladies chroniques]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2. Mon enfant est souvent malade. (ex : rhume, grippe, gastro, otite, ...) <small>[infections]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3. Mon enfant a de la difficulté à dormir. (ex : prend beaucoup de temps à s'endormir, se réveille pendant la nuit, ne dort pas beaucoup, ...) <small>[sommeil]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
ATTENTION >> L'ordre est inversé.		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">TRÈS VRAI</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">PLUS OU MOINS VRAI</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">PAS VRAIMENT</td> </tr> </table>			TRÈS VRAI	PLUS OU MOINS VRAI	PAS VRAIMENT
TRÈS VRAI	PLUS OU MOINS VRAI	PAS VRAIMENT					
4. Mon enfant apprend bien. (ex : est éveillé, joue avec des blocs, fait des casses-têtes, apprend à lire et à écrire, réussit bien à l'école, ...) <small>[développement cognitif]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
5. Mon enfant communique bien. (ex : pointer, parler, faire la conversation, ...) <small>[développement langagier]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6. Mon enfant se développe bien. (ex : tenir sa tête, se tenir assis, ramper, marcher, sauter, faire des sports, ...) <small>[développement moteur global]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7. Mon enfant est habile. (ex : pour prendre de petits objets, pour tenir un crayon, pour découper, pour dessiner, pour faire des legos, ...) <small>[développement moteur fin]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
8. Mon enfant exprime ses émotions : sa joie, sa tristesse, sa colère. (ex : reste dans son coin, ne réagit pas, ...) <small>[expression des émotions]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
9. Mon enfant contrôle ses émotions. (ex : pas de crises, pas de grosses chicanes, ...) <small>[maîtrise des émotions]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
10. Mon enfant n'a pas de besoins spéciaux. (ex : diagnostic, grandes difficultés, ...) <small>[besoins spéciaux]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			



Bénubé, A., Lafantaisie, V., Caron, J., Couvillon, L., Sirot, M.C., Dubeau, D., Coutu, S., Devault, A., Lacharité, C., Houde, J.P. (2014).
Outil élaboré dans le cadre de l'évaluation du PAPFC² de la région de Gatineau (2011-2014) à partir du cadre d'évaluation des besoins des enfants défini par Ward, H., & Rose, W. (2002).
Approaches to Needs Assessment in Children's Services. London : Jessica Kingsley Publishers.
Merci aux groupes de parents PAPFC² de Gatineau qui ont contribué à l'élaboration de cet outil. Mise en page : CBDEF * dernière modification : septembre 2021

Réponses aux besoins		FACILEMENT	PARFOIS DIFFICILEMENT	DIFFICILEMENT	
11.	Je m'assure que la nourriture est suffisante et correcte pour mon enfant. (ex : mon enfant mange bien pour son âge) <small>[alimentation]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Je m'assure que mon enfant est propre. <small>[hygiène corporelle]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Je m'assure que mon enfant est en sécurité en tout temps. (ex : surveillance, bien choisir le gardien, ...) <small>[sécurité de l'enfant]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Je m'assure que mon enfant ne vit pas de violence ou d'abus. (ex : à la maison, à l'école, à la garderie, ...) <small>[violence et abus]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Je m'assure que mon enfant n'est pas témoin de violence. <small>[témoin de violence]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Je fais des demandes que mon enfant peut comprendre. <small>[exigences adaptées aux capacités de l'enfant]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Je m'assure que mon enfant a une routine stable. <small>[routine]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	J'utilise une discipline et des moyens corrects. (ex : pas de punitions trop longues, ne pas le laisser faire tout ce qu'il veut, pas de coups, pas de cris ...) <small>[discipline / méthodes éducatives]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Je m'assure que mon logement est sécuritaire. (ex : barrières, pas d'objets dangereux, pas de moisissure, détecteur de fumée, ...) <small>[logement sécuritaire]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Je m'assure que mon enfant connaît les dangers possibles. (ex : ne pas parler aux étrangers, jouer à des endroits sécuritaires, ...) <small>[enseignement de comportements sécuritaires]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Je joue avec mon enfant. (ex : faire coucou, jouer dehors, dessiner, bricoler, jouer à des jeux de société, ...) <small>[stimulation générale]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	J'accompagne/je m'intéresse aux activités de mon enfant. (ex : amis, loisirs, jeux, goûts, ...) <small>[intérêt]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Je m'assure que mon enfant apprend à bien réagir en situation difficile. (ex : rester calme, aller chercher un adulte, trouver des solutions, ...) <small>[aide à la résolution de problèmes]</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Environnement			TRÈS VRAI	PLUS OU MOINS VRAI	PAS VRAIMENT
24.	J'ai un revenu suffisant pour ma famille. <small>(situation économique)</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Je garde mon logement longtemps. <small>(ex : pas de déménagements fréquents)</small> <small>(déménagements fréquents)</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Il y a tout ce qu'il faut dans mon logement pour ma famille. <small>(ex : frigo, poêle, lits, chauffage, bassinet, laveuse, ...)</small> <small>(commodités de base)</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Mon logement est dans un quartier sécuritaire. <small>(ex : on ne voit pas de criminalité, il n'y a pas d'objets dangereux qui traînent dans les rues et les parcs, ...)</small> <small>(sécurité du quartier)</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Ma famille et mes amis sont aidants. <small>(ex : aide, soutien financier, conseils, écoute, ...)</small> <small>(réseau social)</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Je suis bien entouré. <small>(ex : Je ne me sens pas seul, ...)</small> <small>(isolement social)</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Je me sens bien émotionnellement. <small>(ex : bonne humeur, pas de dépression, pas d'anxiété, ...)</small> <small>(bonne santé mentale)</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Les services sont proches. <small>(ex : épicerie, hôpital, clinique, garderie, transport, loisirs, magasins, ...)</small> <small>(accessibilité des ressources)</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATTENTION >> L'ordre est Inversé.			PAS VRAIMENT	PLUS OU MOINS VRAI	TRÈS VRAI
32.	Je consomme. <small>(ex : alcool, drogue, médicament, ...)</small> <small>(consommation (alcool, drogue, médicament))</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Je dois faire des démarches judiciaires. <small>(ex : garde légale, demande de pardon, ...)</small> <small>(démarches judiciaires)</small>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			NON	OUI	
34.	La DPJ est intervenue chez moi lorsque j'étais enfant.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
35.	La DPJ est intervenue auprès d'un des mes enfants.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



ANNEXE IV – Séances de l'intervention du premier protocole de l'étude 2

TITRES DES SÉANCES	OBJECTIFS DE LA SESSION - ADULTES	OBJECTIFS DE LA SESSION - ENFANTS
Séance 1 – Évaluation pré-intervention, planification des prochaines séances et hygiène de sommeil	<ul style="list-style-type: none"> - Définition des problèmes de sommeil rencontrés par les parents - Évaluation pré-intervention et définition des objectifs des parents - Explication de la planification - Comment établir de bonnes habitudes de sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les enfants au sommeil (avantages, plaisir) - Définir ce qui se passe dans le corps quand on dort - Définir les choses à faire ou ne pas faire avant de se coucher - Établir sa propre routine
Séance 2 – L'heure du coucher et autres troubles du sommeil soulevés par les parents du groupe (ex : pipi au lit, somnambulisme, somnolence diurne, troubles liés à la respiration, mouvements périodiques nocturne des jambes, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les interventions possibles pour les problèmes qui surviennent au moment du coucher - Reconnaître les autres troubles du sommeil et leurs principales pistes de solution. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apprendre à préparer son corps pour le sommeil - Activités de relaxation pour l'enfant
Séance 3 – Les éveils nocturnes, les cauchemars et les terreurs nocturnes	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les interventions possibles pour réduire les éveils nocturnes - Différencier les cauchemars des terreurs nocturnes - Connaître les interventions possibles pour réduire les cauchemars et les terreurs nocturnes 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître le jour et la nuit. - Apprendre ce que je peux faire le jour, ce que je peux faire la nuit - Apprendre qu'il est possible de changer le cours d'une histoire - Faire comprendre à l'enfant qu'il a un contrôle sur ses cauchemars.
Séance 4 – Impact de l'anxiété et de la dépression sur le sommeil de l'enfant, et insomnie chez l'adulte.	<ul style="list-style-type: none"> - Déceler l'anxiété et la dépression chez l'enfant et leurs impacts sur le sommeil. - Survol des lignes directrices du traitement de l'insomnie chez l'adulte. - Proposer des ressources aux parents qui souffrent d'insomnie. - Retour sur les objectifs de l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Construction de son propre tableau d'émulation - Retour sur les notions apprises pendant l'intervention

ANNEXE V – Thématiques de l'intervention du deuxième protocole de l'étude 2

Thématique	Objectifs volet parents	Objectifs volet enfants
1. Hygiène de sommeil	<ul style="list-style-type: none"> - Donner des informations de base concernant le sommeil normal des enfants d'âge préscolaire (besoin de sommeil en fonction de l'âge, petits et grands dormeurs, rythmes biologiques) - Enseigner les bonnes habitudes de sommeil (horaire, environnement, utilisation des appareils électroniques, limiter les stimulants). 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les activités qu'ils peuvent faire et qu'ils ne peuvent pas faire avant d'aller se coucher en visionnant un vidéo et en classant des pictogrammes.
2. La routine du coucher	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les interventions entourant le moment du coucher. - Enseigner aux parents comment adopter et maintenir une routine de sommeil avec leur enfant - Aider les parents à reconnaître les signes de fatigue chez leur enfant pour déterminer l'heure adéquate du coucher selon leur besoin de sommeil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apprendre aux enfants ce qu'est une routine de sommeil - Impliquer les enfants dans la construction de leur routine de sommeil en réalisant un bricolage.
3. L'anxiété au coucher et les éveils nocturnes	<ul style="list-style-type: none"> - Aider le parent à comprendre l'anxiété à l'heure du coucher et lors des éveils nocturnes. - Enseigner aux parents comment gérer l'anxiété et favoriser l'endormissement autonome de leur enfant au moment du coucher ou lors des éveils nocturnes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apprendre aux enfants les techniques de respiration. - Apprendre aux enfants des positions de yoga qui favorisent la détente. - Apprendre aux enfants l'importance de la relaxation pour favoriser l'endormissement à l'heure du coucher et lors des éveils nocturnes
4. Les cauchemars et terreurs nocturnes	<ul style="list-style-type: none"> - Enseigner aux parents à diminuer la fréquence des cauchemars et des terreurs nocturnes de leurs enfants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseigner aux enfants, par le jeu et le dessin, comment contrôler les cauchemars.

