

Université du Québec en Outaouais

Titre de l'essai : Impact de l'amélioration du sommeil de l'enfant évoluant en contexte de  
vulnérabilité sur le stress parental

Essai doctoral  
Présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

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

Par  
© Kim MERCIER

Mai 2023

## Composition du jury

Titre de l'essai : Impact de l'amélioration du sommeil de l'enfant évoluant en contexte de vulnérabilité sur le stress parental

Par © Kim MERCIER

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

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

Annie Bérubé, Ph. D., co-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.

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

Gabrielle Garon-Carrier, Ph.D., examinatrice externe, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

## Remerciements

Le dépôt de cet essai marque la fin d'un grand chapitre que constitue mon retour aux études universitaires. Les souvenirs que j'en garderai auront certainement été marqués par les personnes merveilleuses qui m'ont accompagnée durant ce parcours et je souhaite profiter de cette occasion pour les remercier.

Merci d'abord à toutes les familles qui ont rendu possible ce projet de recherche. Elles nous ont ouvert leurs portes et donné un accès privilégié à leur réalité qui est souvent difficile à porter. Elles ont été humbles et généreuses et nous ont offert le temps et l'énergie qui leur manque pourtant par moments. Je souhaite de tout cœur que les conclusions de cette étude puissent porter leurs fruits et qu'elles permettent de mettre en place des solutions nouvelles pour accompagner les familles vivant en contexte de vulnérabilité au Québec.

Je tiens ensuite à remercier mes deux directrices de recherche, Annie Bérubé et Geneviève Forest. Merci Annie pour ta générosité, ton ingéniosité, ton optimisme, ta bonne humeur contagieuse et ton soutien constant. Je ne compte plus les moments où tu as su trouver des solutions géniales à des problèmes existentiels ni les fois où je suis sortie de ton bureau le cœur léger et rempli de motivation à attaquer cet essai. Merci de m'avoir fait découvrir la population des familles vivant en contexte de vulnérabilité et d'avoir partagé ta passion à mieux les comprendre et les soutenir.

Merci Geneviève de m'avoir accompagnée patiemment durant ces 10 dernières années. C'est sous ton aile que j'ai découvert la recherche sur le sommeil (et qu'elle n'est pas à la portée des âmes sensibles) et que je me suis tournée vers la neuropsychologie. Ta passion débordante et ta rigueur de travail ont certainement forgé la professionnelle que je suis devenue. Je ne pourrai jamais assez te remercier de ton soutien, ton écoute, ton ouverture et ta bienveillance qui ont été déterminants pendant ce parcours ponctué d'éléments imprévisibles. Merci de m'avoir offert d'innombrables occasions d'apprentissage et de découvertes.

Merci à mes collègues universitaires qui ont partagé les efforts de recherche (Laura, Jérémie, Jean-François), avec qui j'ai passé d'incalculables heures à étudier (Joannie, Josiane), qui m'ont apporté leur soutien en cours de la rédaction (Adrienne, Aude, Olivier), mais avec qui surtout j'ai tissé des liens profonds que seule l'adversité sait créer. Un immense merci tout spécial à ma partenaire de doctorat Natasha, qui a été présente sur tous les fronts. Elle a été témoin de toutes les tempêtes et vécu toutes les surprises et les célébrations. Je suis tellement reconnaissante de l'avoir eue à mes côtés et d'avoir eu la chance de la voir devenir la magnifique femme et professionnelle qu'elle est aujourd'hui. Longue vie à notre amitié.

Merci à mes amis et ma famille. À tous ceux qui m'ont encouragé dans ce changement de carrière inhabituel, à ceux qui nous ont quittés en cours de route et qui je sais m'accompagnent encore depuis là-haut, à ceux qui m'ont ouvert leur foyer pendant les internats ou la rédaction, qui ont pris soin de mon petit homme pendant que j'avancerais dans l'essai, qui m'ont partagé leur temps, leurs ressources, leur soutien inconditionnel, MERCI! Quel privilège j'ai d'être si bien entourée. L'accomplissement d'une grande étape comme celle-ci permet certainement d'en réaliser la valeur.

Je termine en remerciant mon amoureux, qui ne se doutait sûrement pas qu'en acceptant de partager sa vie avec une étudiante, il s'embarquerait dans un contrat universitaire qui perdurerait aussi longtemps. Merci Jérôme de ta patience, de ton écoute et de ton amour. Merci d'avoir fait tous les sacrifices que cette étape de notre vie a demandés, merci d'avoir accepté que le plan initial des études sans bébé n'ait pas été respecté. Tu as été un partenaire plus qu'idéal durant cette traversée et j'ai bien hâte de poursuivre notre belle aventure à trois avec beaucoup plus de liberté. Un petit clin d'œil à notre Lévi d'amour, qui m'aura fait prendre la pleine mesure du proverbe "Les cordonniers sont toujours les plus mal chaussés". Un jour, j'espère, tu dormiras!

## Résumé

**Introduction** : Les parents ayant un enfant qui rencontre des difficultés de sommeil semblent avoir un sommeil plus perturbé et un stress parental plus élevé. Les problèmes de sommeil de l'enfant sont plus fréquents dans les familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, ce qui suggère que le bien-être parental dans ces familles est considérablement compromis. Par ailleurs, il est possible d'influencer la qualité du sommeil des enfants grâce à une intervention ciblée. Il pourrait donc être possible d'améliorer par le fait même le bien-être parental. Ainsi, l'objectif du présent projet d'essai doctoral était d'examiner le rôle du sommeil du parent et de celui de son enfant en tant que variables permettant d'expliquer le stress parental (Étude 1) et d'examiner les effets d'une intervention comportementale de groupe visant l'amélioration du sommeil des enfants sur le sommeil du parent et le stress parental (Étude 2) chez des familles d'enfants en bas âge et vivant en contexte de vulnérabilité. **Méthode** : Des modèles de régression hiérarchique ont été réalisés dans l'Étude 1 pour mesurer l'association entre des difficultés de sommeil des parents et des enfants sur le stress parental dans 138 familles ayant un enfant âgé de 3 à 79 mois. Ensuite, une intervention comportementale de groupe sur le sommeil de l'enfant a été développée pour l'Étude 2 afin d'explorer les liens entre l'amélioration du sommeil des enfants, ainsi que le sommeil des parents et le stress parental, respectivement, chez 11 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 ainsi que l'Indice de Qualité du Sommeil de Pittsburgh, tandis que le stress parental a été mesuré à l'aide de l'Indice de Stress Parental. **Résultats** : Les résultats de l'Étude 1 révèlent que chez le parent, une plus grande latence d'endormissement, une heure de réveil plus tardive et l'utilisation de substances favorisant le sommeil sont associées à un plus grand stress parental. Une résistance accrue au coucher chez l'enfant est également liée à un stress parental plus marqué, indépendamment du sommeil du parent. Les résultats de l'Étude 2 montrent qu'une brève intervention de groupe visant le sommeil des enfants a le potentiel d'améliorer le sommeil des enfants ainsi que le stress parental, alors qu'elle ne semble pas être en lien avec le sommeil du parent. **Conclusion** : Cet essai doctoral indique que les difficultés de sommeil des parents et des enfants sont associées de manière distincte au stress parental. De plus, cet essai soulève la faisabilité et les avantages d'offrir une brève intervention de groupe impliquant les enfants chez les familles vivant en contexte d'adversité. Une telle intervention, tout en visant les enfants, a le potentiel d'améliorer le bien-être des parents qui font face à un contexte d'adversité.

**Mots clés** : Sommeil de l'enfant, Sommeil du parent, Stress parental, Intervention comportementale de sommeil, Intervention de groupe, Familles vivant en contexte de vulnérabilité.

## Table des matières

Remerciements .....	i
Résumé .....	iii
Table des matières .....	iv
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures .....	vii
Liste des abréviations, sigles et acronymes .....	viii
Chapitre I — Contexte théorique .....	9
1.1 Le sommeil chez les enfants .....	11
1.1.1 Facteurs de risque des problèmes de sommeil.....	12
1.1.2 Sommeil des enfants et vulnérabilité.....	13
1.1.3 Conséquences des problèmes de sommeil des enfants .....	18
1.2 Le stress parental .....	19
1.2.1 Stress parental et variables associées .....	20
1.2.1.1 Variables liées au parent. ....	21
1.2.1.2 Variables liées à l'enfant.....	22
1.2.1.3 Variables liées à l'environnement.....	23
1.2.2 Conséquences associées au stress parental .....	24
1.2.2.1 Développement de l'enfant.....	24
1.2.2.2 Relation parent-enfant. ....	25
1.2.3 Stress parental et sommeil .....	27
1.2.3.1 Stress parental et sommeil du parent.....	27
1.2.3.2 Stress parental et sommeil de l'enfant. ....	28
1.3 Interventions .....	30
1.3.1 Interventions sur le sommeil des enfants .....	30
1.3.2 Format d'intervention.....	32
1.3.3 Efficacité des interventions chez les populations en contexte de vulnérabilité .....	34
1.3.4 Répercussions des interventions visant le sommeil sur le bien-être et le sommeil du parent .....	36
1.4 Objectifs et hypothèses de recherche .....	39
1.4.1 Hypothèses – Étude 1 .....	39
1.4.1.1 Hypothèse générale. ....	39
1.4.1.2 Hypothèses spécifiques.....	39
1.4.2 Hypothèses – Étude 2 .....	39
1.4.2.1 Hypothèse générale. ....	40
1.4.2.2 Hypothèses spécifiques.....	40
Chapitre II – Étude 1 : méthodologie et résultats .....	41
2.1 Méthodologie .....	41
2.1.1 Participants.....	41
2.1.2 Procédure .....	41
2.1.3 Instruments de mesure.....	42
2.1.3.1 Variables sociodémographiques. ....	42
2.1.3.2 Questionnaire sur le sommeil de l'enfant. ....	42

2.1.3.3	Questionnaire sur le sommeil du parent.....	42
2.1.3.4	Indice de stress parental .....	43
2.1.4	Démarches d'analyses .....	44
2.2	Résultats.....	45
Chapitre III – Étude 2 : méthodologie et résultats .....		50
3.1	Méthodologie .....	50
3.1.1	Participants.....	50
3.1.2	Procédure .....	50
3.1.2.1	Recrutement et collecte de données.....	50
3.1.2.2	Intervention sur le sommeil.....	51
3.1.3	Instruments de mesure.....	53
3.1.3.1	Variables sociodémographiques.....	53
3.1.3.2	Questionnaire sur le sommeil de l'enfant.....	53
3.1.3.3	Questionnaire sur le sommeil du parent.....	54
3.1.3.4	Indice de stress parental.....	55
3.1.4	Démarches d'analyse .....	55
3.2	Résultats.....	55
Chapitre IV — Discussion.....		60
4.1	Synthèse des résultats du premier volet .....	60
4.2	Synthèse des résultats du deuxième volet.....	63
4.3	Retombées .....	66
4.4	Limites et pistes futures.....	68
Chapitre V — Conclusion .....		74
Références .....		76
Annexe A – Questionnaire sur le sommeil des enfants de l'Étude 1.....		102
Annexe B – Indice de qualité du sommeil de Pittsburgh .....		104
Annexe C – Indice de stress parental.....		107
Annexe D – Questionnaire sur les habitudes de sommeil des enfants .....		112

## Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Caractéristiques de l'échantillon pour l'étude 1</i> .....	45
Tableau 2. <i>Statistiques descriptives et corrélation bivariées des variables : stress parental, revenu, sommeil du parent et de l'enfant</i> .....	47
Tableau 3. <i>Résultats des régressions hiérarchiques multiples mesurant la contribution du sommeil du parent et de l'enfant au stress parental</i> .....	49
Tableau 4. <i>Exemples de sujets discutés durant les interventions éducatives avec les parents et des activités effectuées avec les enfants</i> .....	53
Tableau 5. <i>Caractéristiques de l'échantillon pour l'étude 2</i> .....	57
Tableau 6. <i>Résultats des tests de rangs signés de Wilcoxon, comparant le stress parental et les paramètres de sommeil du parent et de l'enfant avant et après l'intervention</i> .....	59

## Liste des figures

Figure 1. <i>Schéma du recrutement et de l'attrition des participants au cours de l'étude.....</i>	56
--	----

## Liste des abréviations, sigles et acronymes

$\alpha$	Alpha de Cronbach
B	Coefficient standardisé
ES	Erreur standard
É.T.	Écart type
h	heures
IC	Intervalle de confiance
K\$	Milliers de dollars
M	Moyenne
Max.	Maximum
Mdn	Médiane
Min.	Minimum
min	Minutes
n	Nombre de participants
p	Seuil de signification
r	Taille d'effet
$R^2$	Coefficient de détermination
$\Delta R^2$	Variation du coefficient de détermination
T	Statistique de test
z	Cote standard

## Chapitre I — Contexte théorique

La parentalité représente une fonction complexe. Elle est composée d'une déclinaison de rôles différents et uniques que doit remplir un parent auprès de son enfant (Latuillière, 2015). On peut penser, par exemple, au rôle qui incombe au père ou à la mère de prendre soin de l'enfant. Tous les rôles que comprend la parentalité s'accompagnent d'une dimension expérientielle qui renvoie à la relation unissant le parent et son enfant, ainsi qu'au vécu subjectif qui en découle (Houzel & Dayan, 1999). Cette expérience peut s'avérer positive et agréable, mais elle peut également être vécue plus difficilement. Cela est particulièrement vrai pour les parents dont les enfants présentent des difficultés de sommeil. En effet, en conséquence de celles-ci, le sommeil du parent peut s'avérer compromis et engendrer chez ce dernier de la fatigue et des difficultés telles que de l'anxiété, de la dépression et du stress (Giallo et al., 2011). En outre, ces parents sont nombreux, puisque la proportion d'enfants qui présentent de mauvaises habitudes de sommeil est élevée. Des données récentes, recueillies aux États-Unis auprès de 200 enfants d'âge préscolaire et provenant de milieux sociodémographiques diversifiés, ont montré que plus de 80 % d'entre eux présentaient au moins une habitude de sommeil non optimale (Williamson & Mindell, 2019). Par ailleurs, la situation s'avère encore plus inquiétante pour les enfants et les parents qui évoluent dans un contexte socio-économique défavorable. En effet, ces enfants se trouvent plus à risque de développer des difficultés d'adaptation en réponse à des problèmes de sommeil, tandis que leurs parents doivent faire face à de nombreuses préoccupations (El-Sheikh et al., 2010). De plus, il est connu que les familles évoluant en contexte de vulnérabilité présentent de multiples facteurs de risque liés aux problèmes de sommeil chez les enfants. Ces familles seraient par le fait même plus susceptibles de vivre des difficultés liées au sommeil et de subir les répercussions négatives qui en résultent (Williamson & Mindell, 2019). À cet effet, le stress parental pourrait constituer une variable centrale associée à cette vulnérabilité de même qu'aux difficultés de sommeil chez l'enfant (De Stasio et al., 2020; U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Ainsi, il

semble important de trouver des façons de soutenir les familles vulnérables qui, déjà, sont confrontées à des difficultés d'accès aux soins (Thomas et al., 2019). L'objectif principal de cet essai doctoral vise donc à examiner les liens entre le sommeil et le stress parental vécu dans les familles évoluant dans un contexte de vulnérabilité. L'essai est composé de deux études qui portent sur des familles comportant des enfants d'âge préscolaire. L'intérêt pour cette tranche d'âge s'explique d'abord par le petit nombre d'études ayant ciblé cette population en lien avec le stress parental et le sommeil. Il s'explique également par l'importance d'intervenir sur le sommeil des enfants à cet âge, puisqu'il est démontré que les problèmes de sommeil des enfants durant la période préscolaire contribue à augmenter le risque de problèmes socio-émotionnels, tels que la dépression ou l'anxiété, à l'âge scolaire et à l'adolescence (Jung & Jin, 2019; Reynaud et al., 2018; Whalen et al., 2017). La première étude vise donc à cerner l'importance du sommeil du parent et de son enfant dans la variance du stress parental au sein d'une population en situation de vulnérabilité. Bien que le stress puisse être positionné tel un prédicteur du sommeil, le sommeil de l'enfant sera ici examiné en tant que prédicteur du stress parental. En effet, au cours de cet essai, le fonctionnement du parent constituera l'objet d'étude premier, d'autant plus que le rôle du sommeil de l'enfant dans la variance du stress du parent a été exploré par un très petit nombre d'études et qu'encore moins d'entre elles ont entrepris de vérifier cette relation chez une population en situation de vulnérabilité. La deuxième étude cible également une population vulnérable et a pour objectif d'examiner les effets d'une intervention comportementale de groupe visant l'amélioration du sommeil d'enfants d'âge préscolaire évoluant en contexte de vulnérabilité sur le sommeil du parent et le stress parental. Les groupes offrent aux parents l'avantage de fournir un soutien par les pairs et constituent une solution permettant d'offrir des traitements accessibles qui améliorent l'accès aux soins pour les familles (Meltzer et al., 2021; Singer et al., 2007; Steiner et al., 2012). La pertinence clinique de cette étude se révèle notamment par le manque de ressources disponibles afin d'accompagner les familles dans la résolution des difficultés de sommeil de leurs enfants. Ce manque est d'autant

plus criant chez les familles vivant en situation de vulnérabilité (Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), 2017).

Dans le premier chapitre, les différents thèmes sur lesquels repose le contexte théorique de l'essai seront présentés. Tout d'abord, le rôle prépondérant du sommeil chez les enfants, les facteurs qui mettent à risque leur sommeil ainsi que les impacts négatifs subis par les parents en conséquence des problèmes de sommeil des enfants seront abordés. Par la suite, la définition du stress parental de même que les facteurs qui y sont associés seront explorés. S'ensuivront des précisions quant aux interventions comportementales sur le sommeil des enfants, le format des interventions, leur efficacité ainsi que les répercussions qui sont attendues sur le sommeil et le bien-être des parents. Finalement, les objectifs et hypothèses qui sous-tendent les deux études qui forment cet essai seront exposés. Le second chapitre vise à détailler la méthodologie et les résultats de la première étude, alors que le troisième chapitre porte sur la méthodologie et les résultats de la deuxième étude. Pour conclure, les résultats obtenus par ces deux études seront discutés plus longuement. En premier lieu, afin de reconnaître la portée de cet essai, l'importance de se soucier du sommeil des enfants sera soulignée dans les prochains paragraphes.

### **1.1 Le sommeil chez les enfants**

L'*American Academy of Sleep Medicine*, qui regroupe de nombreux spécialistes de la médecine du sommeil aux États-Unis, souligne l'importance du sommeil des enfants et des adolescents afin d'assurer un état de santé optimal. Ces spécialistes spécifient également l'importance que revêt le fait d'éduquer la population quant à la grande influence qu'exerce le sommeil sur la santé (Paruthi et al., 2016). Des chercheurs ont révélé que souvent, les parents ignorent quels sont les signes et les conséquences potentielles d'un sommeil de mauvaise qualité pour leur enfant et que ces derniers manquent de connaissances quant aux saines habitudes et aux besoins de sommeil de leur tout-petit (Honaker & Meltzer, 2016; Owens et al., 2011). Le sommeil des enfants constitue une activité importante du cerveau durant les

premières étapes de la vie et joue un rôle central dans le développement neuronal (Kurth et al., 2015). Pour que l'enfant puisse en retirer tous les bénéfices, le sommeil doit être d'un nombre d'heures suffisant, tout en respectant le stade développemental de l'enfant. De plus, cette période de sommeil devrait avoir lieu à un moment approprié et suivre un horaire constant (Paruthi et al., 2016). Finalement, la qualité du sommeil doit également être prise en compte. Celle-ci est établie selon l'efficacité du sommeil, la latence d'endormissement, la fréquence des éveils nocturnes et leur durée, ainsi que par l'absence de perturbation ou de trouble du sommeil (Ohayon et al., 2017; Paruthi et al., 2016). Les impacts d'un sommeil perturbé et inadéquat chez les enfants sont bien documentés et se répercutent à la fois sur leur santé physique ainsi que leurs sphères cognitives, comportementales et émotionnelles (O'Brien, 2011; Spruyt, 2019; Williamson et al., 2021).

Les parents portent ainsi une grande responsabilité quant au sommeil de leur enfant en bas âge, alors que les comportements du parent influencent directement le sommeil de l'enfant (Sadeh et al., 2010). Il n'est donc pas surprenant de constater que les facteurs qui influencent la survenue des perturbations du sommeil chez les tout-petits comprennent non seulement les caractéristiques propres à l'enfant, mais également des facteurs qui relèvent du parent (Newton et al., 2020). Ces facteurs seront abordés dans la section qui suit. Il est à noter que les termes « problèmes » et « difficultés » de sommeil référeront ici à un ensemble de perturbations n'ayant pas nécessairement atteint un seuil diagnostique, contrairement aux troubles du sommeil qui, eux, résultent d'un diagnostic.

### ***1.1.1 Facteurs de risque des problèmes de sommeil***

Newton, Honaker et Reid (2020) ont effectué une revue de la littérature afin de cibler les différents facteurs de risque et de protection des problèmes de sommeil chez les enfants âgés de 1 à 10 ans. Ces auteurs se sont inspirés du cadre théorique de la psychopathologie développementale pour comprendre comment les problèmes de sommeil sont influencés et maintenus dans le temps par des facteurs multiples et complexes. Ils ont ainsi classé les

facteurs qu'ils ont identifiés selon qu'ils étaient considérés comme étant prédisposant, précipitant, contribuant ou de protection. Ces auteurs ont également évalué la qualité du soutien empirique des études analysées. Seuls les prédicteurs ayant un soutien empirique bien établi, soit ceux pour lesquels plusieurs études ont démontré au moins une relation faible à moyenne avec le sommeil, seront ici résumés. Cette revue a donc permis de montrer que le tempérament de l'enfant, la présence de problèmes de sommeil antérieurs ainsi qu'un statut socio-économique signalant un milieu de vie plus défavorisé représentent des facteurs prédisposant aux problèmes de sommeil chez l'enfant. Un style parental négatif et une psychopathologie internalisée ou externalisée chez l'enfant représentent quant à eux des facteurs précipitants la survenue de problèmes de sommeil. Le style parental négatif est entre autres caractérisé par du laxisme ou une réactivité excessive (Newton et al., 2020). Le premier peut entraîner un manque de stabilité dans la routine entourant le coucher ainsi qu'une grande variabilité dans les heures de coucher, alors que le second peut accroître l'agitation chez l'enfant et nuire à son endormissement. La présence des parents lors du coucher ainsi que l'utilisation d'appareils électroniques constituent pour leur part des facteurs de maintien des problèmes de sommeil. Finalement, l'âge de l'enfant ainsi qu'une routine de sommeil effectuée avec régularité représentent pour leur part des facteurs de protection.

Les facteurs qui influencent la survenue des perturbations de sommeil comprennent donc des caractéristiques propres à l'enfant et à son parent, mais également celles qui définissent leur environnement. En effet, la prochaine section s'intéresse plus particulièrement au lien entre un contexte familial qui se distingue par sa vulnérabilité et les problèmes de sommeil chez l'enfant.

### **1.1.2 Sommeil des enfants et vulnérabilité**

Selon l'Organisation mondiale de la santé, le terme inégalité sociale de santé permet de dépeindre les différences qui existent entre l'état de santé de différentes populations, telles que celles ayant des niveaux de vulnérabilité inégaux (World Health Organization, 2018). Les

individus touchés par ces inégalités seraient exposés à des risques plus importants, et ce, de façon précoce (Le Blanc et al., 2012). À ce titre, le recours à des mesures objectives et subjectives du sommeil par les chercheurs a permis de mettre au jour la présence d'écarts significatifs entre le sommeil des enfants qui proviennent de différents milieux socio-économiques, alors que plusieurs aspects du sommeil des jeunes provenant de milieux plus défavorisés sont affectés (Doane et al., 2019; El-Sheikh et al., 2013). Ces jeunes ont des chances plus élevées de vivre le bouleversement de certains de leurs systèmes de régulation biologique primaires, tels que celui du sommeil, en plus d'avoir des probabilités plus faibles que leurs troubles du sommeil soient détectés en raison de leur accès plus restreint aux soins de santé (El-Sheikh et al., 2010; Owens, 2008).

Afin de déterminer le niveau socio-économique des familles et d'analyser la relation entre ce paramètre et le sommeil des enfants, une combinaison de facteurs tels le revenu, l'état civil des parents, leur statut d'emploi, leur niveau d'études et leur niveau professionnel, a été utilisée dans les études qui suivent. Notons que la majorité de ces études s'est intéressée à des populations d'enfant d'âge scolaire. À notre connaissance, seuls Williamson et Mindell (2019) ont ciblé une population préscolaire. Ces chercheuses ont étudié le lien entre le risque cumulatif que présente une famille et le sommeil de l'enfant en prenant en compte plusieurs des facteurs précédemment énumérés. Ce risque cumulatif était composé, d'une part, d'éléments relatifs au parent (p. ex. son statut d'emploi, son niveau d'éducation, la présence de symptômes dépressifs), et d'autre part à la famille (p. ex. le niveau de surpeuplement et de revenu, le quartier dans lequel elle vit). Elles ont trouvé qu'un enfant exposé à un niveau de risque cumulé plus grand est également plus à risque de présenter des habitudes de sommeil inadéquates ainsi que des symptômes d'insomnie pédiatrique et d'apnée obstructive du sommeil (Williamson et Mindell, 2019). Les autres études répertoriées se sont plutôt intéressées aux différents facteurs de risque de façon séparée et ont ciblé des enfants plus âgés. Tout d'abord, au sein d'un échantillon de parents d'enfants âgés de 8 à 13 ans, la situation socio-économique de la

famille, définie par le revenu et l'éducation des parents, a été reliée négativement à la durée du sommeil de l'enfant, celle-ci étant plus courte chez les familles dont les parents ont moins de revenu et d'éducation (Jarrin et al., 2014). Des résultats similaires ont été obtenus dans une étude au devis longitudinal, alors qu'un statut socio-économique faible mesuré lorsque l'enfant était âgé d'un an a été associé à une durée du sommeil plus courte ainsi qu'à un délai d'endormissement plus long, 7 ans plus tard (Doane et al., 2019). D'autres chercheurs ont plutôt montré que l'environnement socio-économique dans lequel évolue l'enfant est associé à la qualité de son sommeil et non à sa quantité (Barazzetta & Ghislandi, 2017). Ces résultats, trouvés au sein d'un échantillon de près de quatorze mille enfants âgés de moins de 9 ans au Royaume-Uni, ont montré qu'un faible niveau d'éducation de la mère, le manque de ressources matérielles ainsi qu'un faible revenu familial permettent de déterminer la probabilité qu'un enfant ait au moins un problème de sommeil, tel que refuser d'aller au lit, avoir de la difficulté à s'endormir ou des éveils nocturnes (Barazzetta et Ghislandi, 2017).

Les enfants d'âge scolaire provenant de milieux socio-économiques plus défavorisés vivent ainsi davantage de perturbations reliées à leur sommeil et ils en subissent de plus grandes répercussions. En effet, Buckhalt et ses collègues (2007) ont démontré que les performances cognitives d'enfants âgés de 7 à 11 ans issus des milieux plus nantis et moins nantis sont comparables lorsque la durée de leur sommeil est courte, mais non pas lorsqu'ils dorment plus longtemps. En ce sens, les enfants issus de milieux plus riches présentaient de meilleures habiletés intellectuelles et une plus grande vitesse de traitement de l'information que les enfants moins nantis lorsque le sommeil était de plus longue durée. Ces auteurs soulèvent l'hypothèse selon laquelle la relation entre un sommeil de plus longue durée et de meilleures performances cognitives pourrait exister seulement pour les enfants issus de foyers de statut économique élevé, car ces derniers n'ont pas à composer avec autant de facteurs de stress et de risque que ceux étant moins nantis (Buckhalt et al., 2007). Dans ce même échantillon d'enfants, ceux dont le statut socio-économique était plus faible manifestaient également

beaucoup plus de symptômes externalisés (p. ex. agressivité, impulsivité) lorsque l'efficacité de leur sommeil était faible, comparativement à ceux plus aisés (El-Sheikh et al., 2010).

Certains auteurs se sont intéressés à l'association directe existant entre les perturbations de sommeil des enfants et le niveau d'éducation des parents, lequel est une composante importante du statut socio-économique. Un sondage réalisé auprès de plus de 1 000 parents d'enfants âgés de 6 à 17 ans aux États-Unis a révélé que les enfants dont les parents détiennent des études collégiales dorment mieux que ceux dont l'éducation est d'un moindre niveau (Buxton et al., 2015). Ces résultats ont également été répliqués par Hale et James (2017), qui ont vérifié cette relation auprès d'une population de près de 2 600 enfants de 9 ans.

Certaines études ont tenté d'identifier un médiateur qui pourrait expliquer la relation entre le statut socio-économique et le sommeil des enfants. Bagley et ses collègues (2015) ont montré, dans un échantillon d'enfants de 10 à 13 ans, que le fait de dormir dans un environnement où les conditions physiques perturbent le sommeil (p. ex., bruit à l'extérieur de la maison, lit inconfortable, température de la pièce inappropriée) ainsi que les inquiétudes précédant le sommeil (p. ex., inquiétudes quant à la famille, les amis ou l'école) contribuent aux disparités socio-économiques en matière de sommeil. L'environnement ainsi que les inquiétudes vécues par ces enfants dont le statut socio-économique est plus faible expliquent une proportion significative de la variabilité de leur horaire de sommeil ainsi que de leurs perturbations de sommeil, tels que les difficultés d'endormissement, le maintien du sommeil ou la somnolence diurne. Sachant que la résidence des familles ayant un statut socio-économique faible comporte souvent des caractéristiques peu propices au sommeil (p.ex., lieu exigü et surpeuplé, ventilation et chauffage insuffisants, peu d'isolation acoustique et lits de qualité inférieure), ces dernières représentent une cible d'intervention possible pour améliorer le sommeil (El-Sheikh et al., 2010). Au-delà des caractéristiques de la maison, celles du quartier dans lequel vit une famille ont également un lien avec les perturbations de sommeil de l'enfant

(Singh & Kenney, 2013). Un sondage national effectué aux États-Unis entre 2003 et 2012 auprès de familles ayant un enfant âgé de 6 à 17 ans a révélé qu'en contrôlant pour le niveau socio-économique, les enfants qui demeurent dans un quartier ayant moins d'infrastructures pour faire la promotion de la santé ou ayant le plus grand désavantage social (p. ex., problèmes de sécurité, déchets dans les rues, logements insalubres ou délabrés, vandalisme) ont de 37 à 43% plus de probabilités de vivre de sérieux problèmes de sommeil que les enfants provenant des quartiers plus favorables (Singh et Kenney, 2013).

Le stress que vit l'enfant dû aux conditions de vie difficiles a également été mis en relation avec des problèmes de sommeil accrus. Lundahl et ses collègues (2013) ont montré, chez des enfants de 8 à 11 ans, que l'occurrence d'éléments psychosociaux générant du stress (p. ex. économiques, académiques ou familiaux) peut entraîner un effet défavorable sur les comportements de santé de l'enfant. Ces auteurs ont supposé que l'augmentation de l'anxiété vécue par l'enfant (p. ex. ruminations au moment du coucher) peut déranger sa routine quotidienne et entraîner des difficultés à s'endormir ou à demeurer endormi. Les conflits conjugaux étaient également associés à une réduction de la quantité de son sommeil, un sommeil de mauvaise qualité, une augmentation de la fragmentation de son sommeil et un plus haut niveau de somnolence autorapportée (El-Sheikh et al., 2006). Cette relation a également été retrouvée dans une étude longitudinale effectuée auprès d'enfants de 9 ans, alors qu'un niveau élevé de conflits conjugaux au premier temps de mesure a permis de prédire de plus nombreux problèmes de sommeil chez l'enfant 2 ans plus tard (Kelly & El-Sheikh, 2011). Il importe de mentionner que cette relation était plus robuste chez les enfants qui provenaient de foyers défavorisés (Kelly & El-Sheikh, 2011).

En somme, les enfants d'âge préscolaire ou d'âge scolaire qui évoluent dans un contexte désavantageux, qu'il soit associé à un faible statut socio-économique ou à des conditions de vie défavorables, ont des probabilités plus grandes de subir des perturbations de leur sommeil. Celles-ci peuvent par ailleurs influencer le fonctionnement du parent. Les

prochains paragraphes exposeront plus particulièrement les difficultés que peuvent éprouver les parents en conséquence des irrégularités rencontrées dans le sommeil chez l'enfant.

### **1.1.3 Conséquences des problèmes de sommeil des enfants**

Le manque de sommeil de l'enfant peut engendrer des répercussions négatives pour lui-même, mais celles-ci peuvent également être subies par ses parents (Meltzer & Montgomery-Downs, 2011). En effet, les difficultés de sommeil de l'enfant ont été associées à plusieurs facteurs en lien avec le fonctionnement dans la famille. Parmi les éléments soulevés dans les écrits scientifiques, on observe que les comportements problématiques liés au sommeil chez les enfants, tels qu'une heure de coucher tardive, une grande latence d'endormissement, des éveils nocturnes fréquents ou une heure de lever hâtive, sont associés chez le parent à une perte de sommeil (National Sleep Foundation, 2004), un sommeil de moindre qualité (Varma et al., 2020), de la somnolence diurne (Boergers et al., 2007), de la détresse psychologique et une mauvaise santé en général du parent (Martin et al., 2007). Une étude a également rapporté qu'en plus de la qualité du sommeil de la mère, son humeur, son niveau de stress parental, sa fatigue et la somnolence diurne qu'elle vit sont tous plus importants lorsque l'enfant a des perturbations de sommeil élevées (Meltzer & Mindell, 2007). Urfer-Maurer et ses collègues (2017) ont pour leur part montré que l'insomnie vécue par la mère, et non par le père, est associée à des mesures objectives du sommeil de l'enfant telles que la durée, l'architecture et le patron de sommeil de l'enfant mesuré par électroencéphalographie. Selon cette étude, les mères souffrant d'insomnie auraient des enfants qui dorment moins longtemps, ont plus de sommeil léger, moins de sommeil lent profond, s'endorment plus tard et se réveillent plus tôt.

Giallo, Rose et Vittorino (2011) ont également montré que les hauts niveaux de fatigue vécus par les parents d'enfants ayant des problèmes de sommeil peuvent également se répercuter négativement sur l'auto-efficacité parentale ainsi que la satisfaction du parent dans son rôle, alors que la motivation fait place à la frustration et de l'anxiété. Il apparaît donc clairement que le manque de sommeil chez l'enfant nuit non seulement à son développement

optimal, mais qu'il est également associé à un bien-être parental amoindri. Dans cet essai, l'intérêt sera porté particulièrement sur le stress parental, qui sera abordé en détail dans la section suivante.

## **1.2 Le stress parental**

Tout parent fait l'expérience du stress parental, quelle que soit sa condition (Deater-Deckard, 1998). Le stress parental se distingue d'autres types de stress, tels que ceux qui peuvent être vécus dans la vie courante ou engendrés par le travail, puisqu'il relève directement des obligations qui incombent au rôle de parent (Deater-Deckard, 1998). En ce sens, le fait de chercher à s'adapter aux demandes relatives à la parentalité peut susciter des réactions psychologiques et physiologiques aversives, qui seraient proportionnelles à l'écart perçu entre les demandes à satisfaire en lien avec les besoins de son enfant (p. ex., assouvir les besoins de base de l'enfant, en assurer l'éducation) et les ressources que le parent croit posséder ou auxquelles il a accès (Deater-Deckard, 2014; Goldstein & Kopin, 2007). Lorsque ce déséquilibre devient trop important, la survenue de l'épuisement parental est possible, entraînant avec lui l'épuisement et une distanciation émotionnelle envers les enfants (Mikolajczak et al., 2018). L'équation « demande-ressource » est influencée par plusieurs caractéristiques relatives au parent et à son enfant, lesquelles sont reliées entre elles. Parmi ces caractéristiques, on retrouve le bien-être psychologique du parent, les comportements du parent et de l'enfant, la qualité de la relation, ainsi que les habiletés adaptatives de l'enfant sur le plan psychosocial (Deater-Deckard, 1998).

Des recherches épidémiologiques sont effectuées annuellement aux États-Unis par l'*American Psychological Association* à l'aide du sondage *Stress in America*™ et elles démontrent bien l'ampleur du fardeau qui est porté par les parents. Raphael et ses collaborateurs (2010) ont utilisé les données de ce sondage mené auprès de 87 000 répondants au début des années 2000 afin de cibler précisément les parents qui vivaient un stress élevé dans la relation avec leur enfant. Ces chercheurs ont montré que 13% des enfants (âgés de 0 à

17 ans) cohabitaient avec au moins un parent vivant un stress élevé, alors que 9.3% des parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans mentionnaient être souvent stressés quant à des situations relatives à un enfant difficile (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Au Québec, les données recensées par l'Institut de la statistique en 2012 auprès de mères ont révélé que 41.1% d'entre elles rapportaient un niveau de stress parental élevé en raison du tempérament difficile de leur enfant, celui-ci étant alors âgé entre 3 à 5 ans (Institut de la statistique du Québec, 2012). En 2018, 39.2% des mères vivaient également un stress élevé, cette fois en raison de la conciliation des obligations familiales et extrafamiliales, ce qui constituait une hausse de 4.6% comparativement aux données de 2012 (Observatoire des tout-petits, 2019). Il est à noter que des différences méthodologiques peuvent être à la base des grandes différences observées quant aux prévalences mesurées au Québec et aux États-Unis, telles que l'utilisation d'outils différents pour mesurer le stress et de seuils pour déterminer un stress élevé. Les prochains paragraphes permettront de détailler plus précisément les contributions au stress parental de différents facteurs relatifs au parent, à l'enfant et à leur environnement.

### **1.2.1 *Stress parental et variables associées***

Östberg et Hagekull (2000) se sont intéressées, dans une première étude, à trouver les prédicteurs qui permettent d'expliquer la variance du stress parental dans un échantillon de mères d'enfants âgés de 6 mois à 3 ans. Elles ont montré que les mères vivant plus de stress parental sont plus avancées en âge, ont plusieurs enfants à leur charge et rapportent la présence de problèmes chez leur enfant, tels que des problèmes d'alimentation ou de sommeil. De plus, celles dont l'enfant a des besoins dont le rythme était irrégulier ou qui perçoivent chez ce dernier un tempérament capricieux ou difficile subissent également plus de stress parental (Östberg & Hagekull, 2000). Enfin, un stress parental élevé est associé à une grande charge de travaux domestiques et la survenue d'événements significatifs durant la dernière année, tels qu'une séparation, un décès, un mariage ou une nouvelle grossesse (Östberg & Hagekull,

2000). Dans une deuxième étude menée auprès d'une population de mères dont l'enfant était cette fois en début d'âge scolaire, Östberg et Hagekull (2013) ont révélé que plus de stress parental est rapporté chez les mères ayant vécu récemment des événements négatifs. En outre, cette étude a montré que la monoparentalité et le fait de souffrir de plus de problèmes de santé en général seraient associés à un stress parental plus grand. Finalement, cette étude a montré qu'un stress parental plus élevé serait également rapporté lorsque les enfants vivent des problèmes de santé ou qu'ils ont reçu des services cliniques durant la petite enfance.

L'étude nationale menée aux États-Unis par Raphael et ses collaborateurs (2010) a montré des résultats similaires à ceux d'Östberg et Hagekull. Cette étude, dont nous avons présenté une partie des résultats précédemment, a entre autres montré que les parents monoparentaux, ayant un état de santé mentale passable à mauvais, une faible éducation ou qui gèrent difficilement leurs responsabilités parentales ont de plus grandes probabilités de vivre du stress parental. Par ailleurs, l'importance du soutien social est également relevée dans plusieurs études, alors que plus de stress parental est rapporté par les mères qui ne bénéficient pas d'un réseau de soutien social optimal et dont le soutien émotionnel est plus faible (Östberg et al., 1997; Östberg & Hagekull, 2000, 2013; Raphael et al., 2010).

#### **1.2.1.1 Variables liées au parent.**

De nombreuses études ont permis de mettre en lumière les caractéristiques du parent étant associées au stress parental. Tout d'abord, sur le plan social et démographique, certaines études notent que les mères vivent plus de stress parental que les pères (Garelli & Wendland, 2017; Skreden et al., 2012). Un portrait des familles réalisé au Québec en 2019 par l'Observatoire des tout-petits appuie également cette affirmation (Observatoire des tout-petits, 2019). Les pères ne sont cependant pas à l'abri puisque d'autres auteurs ont également souligné la présence importante de stress parental chez ces derniers (Bronte-Tinkew et al., 2010; Deater-Deckard, 1998). Le stress parental augmenterait par ailleurs avec la naissance subséquente d'autres enfants (Skreden et al., 2012).

Au point de vue des conditions de santé physique et psychologique, les mères éprouvant un niveau de stress élevé présentent une mauvaise santé émotionnelle (Haskett et al., 2006) et plus de psychopathologies (Williford et al., 2007), telles que l'anxiété sociale (Garelli & Wendland, 2017) et la dépression postnatale (Leigh & Milgrom, 2008; Östberg et al., 1997) (Leigh et Milgrom, 2008; Östberg et al., 1997). Saisto et ses collègues (2008) ont pour leur part étudié le stress parental de façon longitudinale, et ont montré que chez les mères, un haut niveau de dépression ainsi que d'anxiété relié à la maternité, mesuré 2 à 3 mois après l'accouchement, permet de prédire plus de stress parental 2 à 3 ans après l'accouchement.

#### **1.2.1.2 Variables liées à l'enfant.**

Plusieurs variables relatives à l'enfant ont également été associées au stress parental. Tout d'abord, un tempérament perçu comme étant colérique est associé à un plus grand stress parental (Williford et al., 2007). De façon longitudinale, les mères qui perçoivent que leur nourrisson possède un tempérament plus difficile rapportent un plus haut niveau de stress lorsque celui-ci atteint l'âge de deux à trois ans (Saisto et al., 2008). Barroso et ses collègues (2018) ont observé dans leur étude que le stress parental est plus élevé dans l'échantillon clinique, composé d'enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme et de délais développementaux, comparativement aux échantillons mixtes ou issus de la communauté. Par ailleurs, le stress parental augmente en présence de problèmes comportementaux internalisés chez l'enfant, tels que l'anxiété et la dépression (Rodriguez, 2011), ainsi que de problèmes externalisés, tels que des comportements agressifs, oppositionnels et l'hyperactivité (Östberg & Hagekull, 2013; Williford et al., 2007). Une revue systématique des études ayant observé la relation entre le stress parental et les problèmes de comportement a révélé que le stress parental est davantage observé lorsque les enfants présentent des problèmes externalisés que des problèmes internalisés (Barroso et al., 2018).

Une mauvaise régulation des émotions chez l'enfant (Williford et al., 2007) ainsi qu'une plus grande difficulté à s'adapter aux demandes dans diverses situations (Cappa et al., 2011)

sont également associées à plus de stress parental. Plusieurs de ces caractéristiques ont également été observées au sein d'une population préscolaire considérée à haut risque de vivre des situations de maltraitance. Dans l'étude de Soltis et ses collègues (2015), les parents d'enfants rapportant un stress supérieur relèvent de plus faibles habiletés d'adaptation chez leur enfant. Les enfants de ces derniers éprouvaient plus de difficultés à accomplir des tâches basées sur des objectifs (p. ex. académiques), et à gérer des relations interpersonnelles ou sociales, ainsi que des situations hautement émotionnelles.

En plus des caractéristiques du parent et de l'enfant, des facteurs relatifs à l'environnement et aux conditions de vie ont également été liés au stress parental, tel qu'il sera présenté dans la section qui suit.

#### **1.2.1.3 Variables liées à l'environnement.**

En plus des facteurs mentionnés ci-haut, le portrait de l'environnement de certains parents peut malheureusement réunir des conditions défavorables, augmentant par le fait même leur probabilité de faire l'expérience de stress parental. C'est le cas notamment des parents qui vivent une situation de vulnérabilité. La vulnérabilité réfère à une difficulté certaine à affronter une situation critique ainsi qu'à trouver des façons d'assurer sa subsistance, et ce, en raison d'une insuffisance de moyens dont dispose un individu (Soulet, 2014, p.63). Mechanic et Tanner (2007, p.1220) proposent une description des diverses causes sous-jacentes au phénomène de vulnérabilité: « Elle résulte de problèmes développementaux, d'incapacités personnelles, d'un statut social défavorisé, du caractère inadéquat du réseau interpersonnel et de soutien, d'un environnement et d'un voisinage défavorable, ainsi que de l'interaction complexe de ces facteurs au cours d'une vie. » En d'autres termes, les caractéristiques personnelles d'un individu, mais également celles qui définissent son contexte de vie, ont pour effet de déterminer son niveau de vulnérabilité. Plusieurs de ces caractéristiques liées à la vulnérabilité sont par ailleurs également associées au stress parental. À cet effet, de nombreuses études se sont intéressées à l'association entre le niveau socio-économique d'un

parent et son stress parental, révélant qu'une situation économique précaire est liée à plus de stress parental (Chien & Mistry, 2013; Conger & Conger, 2002; Conger & Donnellan, 2007; Deater-Deckard & Scarr, 1996; Gershoff et al., 2007; Parkes et al., 2015; Rafferty & Griffin, 2010; Raphael et al., 2010; D. T. Williams et al., 2015). Deux études nationales menées aux États-Unis, l'une en 2003-2004 et l'autre en 2011-2012, ont montré une association entre un niveau élevé de stress parental et un plus faible revenu (Raphael et al., 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Gershoff et ses collègues (2007) ont précisé par leurs recherches que plutôt que le faible revenu, une lacune relative aux ressources matérielles, telles que l'insécurité alimentaire ou résidentielle, est associée au stress parental, ce qui a également été répliqué par d'autres auteurs (Chien & Mistry, 2013). Les répercussions négatives du stress parental sont ainsi plus prononcées chez les mères qui doivent composer avec de plus faibles ressources financières et qui, par exemple, peuvent difficilement payer le loyer et les factures, ou se voient confrontées à la nécessité de recevoir des repas gratuits ou d'emprunter de l'argent à leurs proches (Rafferty & Griffin, 2010; D. T. Williams et al., 2015).

Sachant que le stress parental peut toucher tous les parents, mais qu'il est plus grand chez les familles vivant en situation de vulnérabilité, il importe de comprendre quelles en sont les répercussions possibles sur le fonctionnement familial.

### **1.2.2 Conséquences associées au stress parental**

Le stress parental fait partie d'un fonctionnement psychosocial non souhaitable puisqu'il compromet indéniablement le bien-être du parent. En outre, de nombreuses études ont montré l'association entre le stress parental et des difficultés chez les enfants, telles que des écueils dans leur développement, ainsi que dans la relation entre le parent et son enfant.

#### **1.2.2.1 Développement de l'enfant.**

Des recherches longitudinales ont permis de montrer que le stress parental vécu durant la période de la petite enfance permet de prédire la fréquence ultérieure des problèmes comportementaux chez l'enfant (Benzies et al., 2004). De la même façon, Pesonen et ses

collègues (2008) ont révélé que le stress parental chez la mère représente un prédicteur important du développement du tempérament de l'enfant 5 ans plus tard. Plus précisément, le fait qu'une mère rapporte plus de stress alors que son enfant est nourrisson permet de prédire de plus faibles capacités d'autorégulation (p. ex., habiletés attentionnelles et capacité à s'apaiser par soi-même) et une réactivité accrue (p. ex., colère) chez l'enfant d'âge préscolaire. Hattangadi et ses collègues (2020) ont également démontré la présence d'une association entre le stress parental vécu par la mère face à son nourrisson et un risque élevé que l'enfant présente des problèmes émotionnels et comportementaux à l'âge de 3 ans.

#### **1.2.2.2 Relation parent-enfant.**

Le lien entre le stress parental et les comportements du parent envers son enfant a également été maintes fois établi, alors qu'un stress élevé est associé à des comportements parentaux défavorables dans la relation parent-enfant ainsi qu'au point de vue de la discipline (Anthony et al., 2005; Booth et al., 2018; Crnic et al., 2005; Haskett et al., 2006; Rafferty & Griffin, 2010). Lors d'une étude où des chercheurs ont pu observer les interactions entre le parent et son enfant à domicile, ils ont montré que davantage de stress était associé à moins d'affects positifs chez la mère dans la relation avec son enfant et moins de plaisir dans la dyade 60 mois plus tard (Crnic et al., 2005). Ces auteurs émettent l'hypothèse que le stress parental inhibe les interactions positives entre le parent et son enfant plutôt que d'accentuer le climat négatif dans la relation (p. ex., conflits) (Crnic et al., 2005). De plus, Respler-Herman et ses collègues (2012) ont montré que les parents rapportant un plus haut niveau de stress confèrent plus d'importance aux pratiques parentales négatives, tel que ne pas porter attention à son enfant, et en accordent moins aux pratiques positives (p. ex., lire à son enfant, répondre adéquatement à son enfant). Rafferty et Griffin (2010) ont pour leur part observé que les mères issues de milieux plus modestes et qui rapportent de hauts niveaux de stress parental et de conflits familiaux offrent moins de soutien à leur enfant lors des interactions que les mères moins vulnérables (p. ex. plus faible sensibilité, stimulation cognitive moindre et regard positif

moins présent). Une méta-analyse réalisée par Booth, Macdonald et Youssef (2018) a également permis de montrer le lien existant entre un stress parental élevé et une sensibilité plus faible envers l'enfant, la sensibilité étant la capacité du donneur de soin à évaluer correctement les besoins de l'enfant et à y répondre de façon appropriée (Ainsworth et al., 1974). Ces auteurs proposent que le stress puisse nuire aux ressources émotionnelles du parent et que ce dernier ne soit alors plus disposé à accorder son attention à son enfant. Par ailleurs, une discipline autoritaire est également associée à plus de stress parental (Deater-Deckard & Scarr, 1996). Dans cette même veine, Anthony et ses collègues (2005) ainsi que Haskett et ses collègues (2006) ont trouvé que les parents vivant plus de stress ont des pratiques parentales punitives, telles qu'une discipline plus stricte. Ces parents ont également de plus faibles attentes envers leurs enfants, en prennent moins soin et démontrent moins de chaleur parentale et de réciprocité (Anthony et al., 2005; Haskett et al., 2006). La maltraitance a de plus été mise en relation avec le stress parental, alors que de nombreuses études ont lié un stress parental élevé à un risque de maltraitance accru (Burrell et al., 1994; Chan, 1994; Rodriguez & Green, 1997; Rodriguez & Richardson, 2007; Stith et al., 2009). Récemment, une étude effectuée dans une population d'immigrants a montré que le stress parental est associé plus particulièrement à des comportements d'abus psychologique, d'agression physique et de négligence (Yoo, 2019). Crouch et Behl (2001) apportent pour leur part une nuance à cette association, alors que leurs résultats suggèrent plutôt que le stress parental est lié à la maltraitance, mais seulement chez les parents qui ont une attitude positive envers la punition corporelle. Cette association a également été étudiée auprès d'une population de familles évoluant en contexte de vulnérabilité, alors qu'un niveau plus élevé de stress parental était associé positivement au risque de maltraitance envers l'enfant (Taylor et al., 2009). Au Québec, cette relation entre un stress élevé chez la mère et les conduites à caractère violent envers les enfants a également été observée. En effet, les mères vivant un stress plus grand en réponse au tempérament difficile de leur enfant ou à la conciliation ardue entre les obligations familiales

et extrafamiliales ont de plus grandes probabilités d'agresser leur enfant psychologiquement ou physiquement en comparaison à celles qui vivent un niveau de stress plus faible (Clément et al., 2019). Finalement, la pandémie de COVID-19 ayant causé une augmentation du stress parental dans la population, des chercheurs ont identifié les différents facteurs de stress qui pourraient avoir eu un impact sur les familles américaines pour ensuite s'intéresser à leur association à la maltraitance. Ces auteurs ont soulevé l'importance des ressources détenues par les parents, de leurs perceptions ainsi que leurs habiletés d'adaptation dans l'évaluation du risque de maltraitance des enfants (Wu & Xu, 2020).

Plusieurs caractéristiques propres au parent ou à son enfant ont ainsi été mises en relation avec le stress parental. L'une des problématiques, généralement reconnue comme étant associée au stress, mais qui n'a pas été abordée spécifiquement jusqu'ici, est la perturbation du sommeil du parent.

### **1.2.3 Stress parental et sommeil**

La relation bidirectionnelle qui existe entre le système neuroendocrinien qui contrôle la réponse au stress et le sommeil est bien établie (van Dalen & Markus, 2018; Van Reeth et al., 2000). Le stress aurait pour effet de nuire au sommeil en réduisant sa quantité (p. ex., plus d'éveils nocturnes) et sa qualité (p. ex., sommeil plus léger), tandis qu'il est aussi vrai que le manque de sommeil réduirait les ressources disponibles chez un individu pour gérer le stress (Mikolajczak et al., 2018).

#### **1.2.3.1 Stress parental et sommeil du parent.**

Meltzer et Mindell (2007) ont montré que la qualité du sommeil chez la mère permet de prédire un peu plus du quart de la variance du stress parental et de la surcharge ressentie par la mère quant aux soins à prodiguer à son enfant. Dans leur échantillon, les mères qui rapportent plus de difficultés de sommeil indiquent un plus grand sentiment de surcharge et d'épuisement sur le plan des responsabilités quotidiennes de soins. De façon similaire, Sinai et Tikotzky (2012) ont rapporté que ce sont les mères qui vivent les plus hauts niveaux de stress

parental qui font l'expérience de plus d'éveils nocturnes, tandis que Bacaro et ses collègues (2019) ont montré un lien entre une durée de sommeil totale plus courte et plus de stress parental chez les mères comparativement aux pères. McQuillan et ses collègues (2019) ont également observé une association positive entre le stress vécu par la mère et la présence de problèmes de sommeil chez ces dernières. Soulignons que ces auteurs ont considéré non seulement le stress relatif au rôle de parent, mais également plusieurs facteurs de risque liés au stress tels que le statut socio-économique, les comportements de l'enfant, etc. La relation entre le sommeil et le stress parental est également soulevée dans les populations de parents d'enfants touchés par des troubles de développement, alors que le stress parental est associé à une qualité de sommeil moindre chez le parent (Gallagher et al., 2010). Cette relation entre un stress élevé et un sommeil fragilisé a notamment été retrouvée récemment dans une population de parents d'enfants touchés par une cardiopathie congénitale (Bishop et al., 2019). Par ailleurs, il est à noter que certains chercheurs n'ont pas réussi à établir de lien entre le sommeil du parent et le stress parental dans une population clinique ou non (Byars et al., 2011; Hoffman et al., 2008), alors qu'au sein de ces études, les caractéristiques relatives au fonctionnement de l'enfant étaient plus fortement associées au stress parental que l'était le sommeil du parent.

### **1.2.3.2 Stress parental et sommeil de l'enfant.**

Les associations entre le stress parental et le sommeil du jeune enfant sont rapportées par plusieurs auteurs. Dans un premier temps, les études menées auprès des parents de nourrissons soulèvent que de mauvaises habitudes de sommeil chez l'enfant sont rapportées par les parents vivant plus de stress parental (Hughes et al., 2015; Millikovsky-Ayalon et al., 2015). Cela demeure vrai même lorsque les analyses contrôlent pour d'autres éléments pouvant également être reliés au stress, tels que l'histoire et l'état actuel de santé de l'enfant ou la survenue d'évènements de vie graves qui peuvent avoir touché la famille (Sepa et al., 2004). Une étude effectuée auprès d'enfants de 4 à 5 mois a également permis de montrer que les parents percevant le sommeil de leur enfant comme étant problématique vivent davantage de

stress parental (Sinai & Tikotzky, 2012). Des résultats similaires sont rapportés par Bacaro et ses collègues (2019). Dans leur échantillon de parents d'enfants âgés de 2 à 36 mois, les parents dont les enfants présentaient des problèmes de sommeil vivaient plus de stress parental que ceux dont les enfants n'avaient pas ces difficultés. De Stasio et ses collègues (2018) ont permis de préciser l'association entre un sommeil perturbé et le stress parental en montrant que, chez des bambins de 18 à 36 mois, la routine de sommeil est rapportée comme étant plus problématique par des mères et des pères qui vivent de plus hauts niveaux de stress parental. De plus, ces auteures ont montré qu'une partie de la variance du stress parental est expliquée par les éveils nocturnes et la latence d'endormissement des tout-petits (De Stasio et al., 2020). La persistance des problèmes de sommeil chez l'enfant est également associée à un stress parental élevé, comparativement aux problèmes de sommeil transitoires (Wake et al., 2006).

D'autres études se sont plutôt intéressées à des populations cliniques d'enfants. Entre autres, Byars et ses collègues (2011) ont examiné l'expérience vécue par les parents d'enfants référés en clinique pour des problèmes d'insomnie (1.5 à 10 ans). Leurs résultats ont montré que près de la moitié d'entre eux rapportent un niveau de stress parental cliniquement significatif. Plus précisément, la résistance au sommeil et la somnolence diurne de l'enfant sont associées au stress parental. Cette relation entre les problèmes de sommeil et le stress parental a également été démontrée au sein d'un échantillon de mères qui recherchaient de l'aide auprès d'un centre de ressources pour parents afin de résoudre les problèmes de sommeil de leurs enfants d'âge préscolaire (Gelman & King, 2001).

Les recherches sur le stress parental ont ainsi permis de soulever les caractéristiques qui lui sont associées, autant chez le parent que chez l'enfant. Elles révèlent les potentielles conséquences néfastes qu'il entraîne, entre autres, sur la relation entre le parent et son enfant. Notons que très peu de ces études permettent de se prononcer quant à la direction des liens entre ces variables et le stress parental puisque seules trois études longitudinales ont été

relevées jusqu'à aujourd'hui. Par ailleurs, le stress parental est vécu de façon plus importante chez les parents en situation de vulnérabilité ainsi que chez ceux qui doivent eux-mêmes composer avec des perturbations de sommeil, ou qui doivent subir celles de leur enfant. Chez ces familles, la mise en place d'une intervention sur le sommeil des enfants apparaît donc une solution appropriée et possiblement nécessaire pour plusieurs. À notre connaissance, les études qui se sont intéressées au lien entre le stress parental et le sommeil des enfants chez des familles faisant l'expérience de vulnérabilité l'ont observé en relation avec une intervention de sommeil. Ces études seront présentées dans la section qui suit.

### **1.3 Interventions**

#### ***1.3.1 Interventions sur le sommeil des enfants***

Les interventions comportementales sont principalement employées afin de mettre fin aux difficultés d'initiation et de maintien du sommeil, lesquelles constituent les principaux problèmes rencontrés chez les enfants (Allen et al., 2016; Meltzer & Mindell, 2014). Elles se basent sur des principes d'apprentissage et s'opèrent en changeant les réponses des parents face aux comportements de leur enfant relativement au sommeil (Meltzer & Mindell, 2014). Ce faisant, elles visent essentiellement à réduire l'implication et les interactions excessives du parent durant l'endormissement et lors des éveils nocturnes de l'enfant, ces comportements ne permettant pas à l'enfant de développer ses habiletés d'autorégulation (Sadeh et al., 2010). Ces interventions sont communément utilisées dans la pratique clinique et détiennent un appui scientifique, alors que plusieurs méta-analyses ont évalué leur efficacité (Byars & Simon, 2016; Galland & Mitchell, 2010). En plus de la psychoéducation aux parents quant à l'hygiène de sommeil de leur enfant (p. ex., nombre d'heures de sommeil recommandées, horaire à respecter, environnement favorisant le sommeil, etc.) certaines interventions ont reçu un soutien empirique fort, telles la mise en place d'une routine de sommeil ainsi que les interventions visant à promouvoir l'autonomie de l'enfant pour s'apaiser et s'endormir (p. ex., ne pas demeurer auprès de l'enfant au moment de l'endormissement, réduire la réponse aux

demandes de l'enfant après le coucher ou à ses pleurs) (Allen et al., 2016; Hall & Nethery, 2019; Mindell et al., 2006).

Parmi les études ayant vérifié l'efficacité des interventions comportementales, une méta-analyse basée sur 52 études expérimentales, effectuée par Mindell et ses collègues (2006), révèle que les interventions visant à réduire les difficultés à l'endormissement et les éveils nocturnes chez les jeunes enfants entraînent des changements fiables et durables. En effet, la presque totalité des études examinées par les auteurs, soit 49 d'entre elles, rapporte que les interventions comportementales analysées sont efficaces et que leurs effets sont maintenus dans le temps, puisque la grande majorité des enfants y ayant participé démontrent une amélioration clinique significative maintenue trois à six mois plus tard (Mindell et al., 2006). En outre, une méta-analyse plus récente, qui incluait 16 essais contrôlés ainsi que 12 études intrasujets, a permis d'obtenir des conclusions similaires (Meltzer & Mindell, 2014). Cette analyse montrait qu'à la suite d'interventions comportementales chez des enfants âgés de moins de 5 ans, des améliorations significatives sont observées pour la latence d'endormissement, la fréquence des éveils nocturnes et la durée de ces éveils. Parmi ces interventions, la majorité d'entre elles visaient à fournir de l'information aux parents quant à un sommeil normal ainsi qu'aux conditions pour promouvoir un sommeil de qualité, tant au point de vue de l'environnement qu'aux comportements parentaux. Par exemple, l'instauration d'une routine de sommeil ainsi que les façons d'aider l'enfant à s'endormir au moment du coucher ou lors des éveils nocturnes étaient abordées (Meltzer & Mindell, 2014).

Kuhn et Elliot (2003), tout comme Mindell et ses collègues (2006), ont également revu les écrits scientifiques afin de décrire les différentes interventions comportementales sur le sommeil des enfants et d'apprécier l'efficacité de chacune d'entre elles. Ces auteurs ont conclu que la méthode de l'extinction (c.-à-d. ignorer les comportements inappropriés de l'enfant tels les pleurs, les cris et les demandes injustifiées une fois qu'il est couché) de même que les interventions éducatives précoces destinées aux parents et visant à promouvoir l'établissement

d'habitudes de sommeil saines sont des procédures démontrées efficaces afin de prévenir les difficultés de sommeil. Elles entraînent des résultats supérieurs à un autre traitement ou à une condition placebo. La mise en place d'une routine positive au moment du coucher ainsi que l'ajustement de l'heure du coucher afin que l'enfant s'endorme rapidement ont également été reconnus comme des techniques ayant un soutien empirique suffisant selon l'analyse de Mindell et ses collègues (2006). L'implémentation d'une routine avant le coucher a aussi fait l'objet d'une méta-analyse menée par Mindell et Williamson (2018), qui ont conclu que cette pratique entraîne des bienfaits sur le sommeil de l'enfant, mais également sur son développement, tel que celui des habiletés langagières ou de régulation émotionnelle et comportementale.

Il apparaît donc que les interventions comportementales sur le sommeil constituent une méthode efficace afin de réduire les perturbations du sommeil chez les jeunes enfants. Celles-ci doivent être déployées auprès des parents et plusieurs modes de prestation sont possibles, soit par rencontre individuelles, par vidéoconférences, à l'aide de brochures ou sous forme de groupe. Cette dernière méthode, qui permet de rejoindre un grand nombre de parents tout en offrant l'avantage de fournir un soutien par les pairs, sera explorée dans la prochaine section.

### **1.3.2 Format d'intervention**

Comparativement à de nombreuses interventions comportementales visant à outiller les parents vivant différents types de difficultés avec leur enfant, l'utilisation de séances de groupe pour intervenir auprès du sommeil des enfants est moins courante et très peu d'études ont évalué son efficacité (Stuttard et al., 2015). À cet effet, Mindell et ses collègues (2006) soulèvent le besoin que des chercheurs s'y intéressent afin de comparer les résultats d'une intervention en format individuel au format de groupe. Dans leur méta-analyse, ces auteurs ont relevé trois études ayant étudié le format de groupe et dont les répercussions se sont avérées positives. Plus récemment, Cooney et ses collègues (2018) ont utilisé ce format afin d'évaluer l'efficacité d'une intervention visant à repousser l'heure du coucher d'enfants d'âge préscolaire

afin de réduire les difficultés liées au sommeil. Leur courte intervention, composée de deux séances de 90 minutes, s'est traduite par une amélioration du délai d'endormissement de même qu'une réduction des éveils nocturnes et des crises de colère avant le coucher. Ces gains se sont maintenus, lorsqu'évalués à nouveau deux ans plus tard et les mères se sont montrées satisfaites du format de groupe. Parmi les rares études s'étant intéressées aux interventions de groupe pour améliorer le sommeil des enfants, certaines ont plutôt visé des populations d'enfant ayant divers désordres, tels que la déficience intellectuelle ainsi que le trouble du spectre de l'autisme (Kirkpatrick et al., 2019). Elles ont rapporté des résultats positifs, soit une réduction des perturbations de sommeil des enfants (Austin et al., 2013; Malow et al., 2014; Moss et al., 2014; Stuttard et al., 2015).

Bien que les interventions de groupe menées afin d'intervenir sur le sommeil des enfants aient été peu étudiées, les interventions parentales effectuées en groupe ont appuyé la pertinence de leur utilisation dans d'autres domaines du comportement des enfants (Buchanan-Pascall et al., 2018; Mingeback et al., 2018). Elles permettent aux familles de partager leurs difficultés avec d'autres qui vivent des situations similaires et ainsi normaliser leurs craintes et appréhensions quant à la mise en place des interventions (Singer et al., 2007; Steiner et al., 2012). Les situations d'apprentissage en groupe permettent une multitude d'interprétations de l'expérience qui est partagée, augmentant le potentiel d'un apprentissage plus significatif pour chaque individu, tout en stimulant et soutenant le processus d'apprentissage nécessaire au changement (Marienau & Segal, 2006). Par ailleurs, les interventions de groupe qui impliquent la participation de l'enfant en plus de celle du parent permettent des gains quant à l'efficacité du traitement. En effet, lorsque comparée à d'autres modalités d'intervention en groupe, telle qu'une intervention où seuls les parents ou les enfants sont présents, ou à un groupe contrôle, l'intervention familiale résulte en des améliorations comportementales plus importantes (Neville et al., 2013; Webster-Stratton & Hammond, 1997). Bien que l'efficacité des interventions de groupe visant à améliorer le sommeil des enfants ait été démontrée majoritairement auprès de

familles ayant un profil socio-économique typique de la population générale, certaines études se sont plutôt intéressées à la population vivant une situation de vulnérabilité.

### **1.3.3 Efficacité des interventions chez les populations en contexte de vulnérabilité**

Les programmes qui visent à soutenir les jeunes enfants en situation de vulnérabilité entraînent de nombreux bénéfices pour leur développement cognitif ou social en plus de prévenir certaines maladies plus tard dans la vie et de promouvoir la santé (Campbell et al., 2014; Hahn et al., 2016). Par ailleurs, les jeunes enfants issus de familles à faibles revenus bénéficient davantage de ce type de soutien que ceux dont la famille présente un niveau socio-économique plus fortuné. En effet, au cours de l'étude menée par Duncan et Sojourner (2013), les interventions offertes à des enfants âgés d'un à 3 ans ont été davantage aidantes pour ceux dont la famille avait un revenu plus modeste. Cette mesure de soutien a ainsi permis à ces enfants d'éliminer l'écart qui résidait entre leur maturité scolaire et celle de leurs pairs mieux nantis (Duncan et Sojourner, 2013). L'importance de faire des investissements auprès des jeunes enfants provenant de milieux défavorisés apparaît donc capitale, d'autant plus que ces investissements ont des retombées économiques et sociales importantes, tout en promouvant la justice sociale (Heckman, 2006; Ramon et al., 2018). En suivant cette logique, les interventions portant spécifiquement sur le sommeil des enfants pourraient également profiter grandement à cette population. À cet effet, certains auteurs soulignent qu'un horaire de sommeil adéquat (Hoyniak et al., 2019) ainsi qu'une saine routine du coucher (Mindell et Williamson, 2018) pourraient permettre de réduire les conséquences développementales négatives qui y sont associées, alors que la routine pourrait également offrir une certaine protection face au stress familial chez les familles plus vulnérables (Mindell et Williamson, 2018).

Un petit nombre d'études se sont penchées sur l'efficacité des interventions sur le sommeil des enfants dans la population dite vulnérable. Parmi celles-ci, Wilson et ses collègues (2014) se sont intéressés à évaluer l'efficacité d'un programme visant à améliorer les

comportements de sommeil chez des enfants d'âge préscolaire vivant dans des quartiers défavorisés. Ce programme s'adressait directement aux enfants ainsi qu'à leurs parents et enseignants lors de séances séparées. Leurs résultats suggèrent que le programme a donné lieu à une augmentation de 30 minutes de la durée du sommeil nocturne des enfants, tel que rapporté par les parents un mois après l'intervention. De plus, les connaissances des parents se sont améliorées immédiatement après l'intervention, mais ne se sont pas maintenues lorsqu'évaluées un mois plus tard (Wilson et al., 2014). Ces auteurs suggèrent qu'un renforcement supplémentaire au-delà de la première séance offerte aux parents aurait pu être nécessaire afin de maintenir les améliorations notées quant aux connaissances, attitudes et croyances ainsi qu'à l'efficacité personnelle des parents face au sommeil de leur enfant. Mindell et ses collègues (2016) ont pour leur part examiné l'efficacité d'une brève campagne d'éducation sur le sommeil à des parents provenant de milieux socio-économiques faibles. Les enfants étaient âgés de 2 à 12 ans et la moitié d'entre eux était d'âge préscolaire. Les résultats obtenus ont montré que de simples directives relatives à une saine hygiène de sommeil (coucher avant 21h00, éviter les appareils électroniques dans la chambre à coucher, éviter les produits caféinés) permettent une réduction importante des appareils électroniques dans la chambre en plus d'améliorer la durée de sommeil nocturne telle que rapportée par les parents (Mindell et al., 2016).

Les diverses études citées précédemment montrent ainsi que les interventions comportementales, incluant celles effectuées en groupe et qui comprennent un petit nombre de séances, permettent d'améliorer efficacement le sommeil des enfants en réduisant notamment la durée de l'endormissement et les éveils nocturnes, tout en augmentant la durée du sommeil. Quelques auteurs ont également évalué cette efficacité auprès de la population vulnérable, obtenant des résultats encourageants. Certaines études ont par ailleurs permis d'établir un lien entre l'amélioration du sommeil des enfants et un bien-être parental accru ainsi qu'un meilleur sommeil pour le parent, tel qu'il sera abordé dans les prochains paragraphes.

### **1.3.4 Répercussions des interventions visant le sommeil sur le bien-être et le sommeil du parent**

Dès l'âge de 6 mois, les stratégies comportementales s'avèrent efficaces pour améliorer le sommeil de l'enfant, mais également la santé mentale des parents (Hiscock & Davey, 2012). Avant cet âge, de nombreuses études ont noté l'absence de changement à l'humeur maternelle (p. ex., dépression et anxiété) à la suite d'interventions ayant amélioré le sommeil des nourrissons ou ne pouvaient lier les changements positifs à l'humeur maternelle à l'intervention (Douglas & Hill, 2013). Cependant, des améliorations significatives, bien que faibles, ont été trouvées quant à l'humeur maternelle à la suite d'interventions visant le sommeil d'enfants âgés de 6 à 12 mois, effectuées au sein de trois études contrôlées et randomisées (Kempler et al., 2016). En regard des enfants âgés de plus de 12 mois, Mindell et al. (2006) ont relevé sept études, publiées avant janvier 2005, ayant recueilli des données quant au bien-être du parent à la suite d'intervention ayant permis l'amélioration du sommeil de l'enfant. Celles-ci montrent des changements positifs de l'état de santé global (Pritchard & Appleton, 1988), du niveau de dépression (Durand & Mindell, 1990; Eckerberg, 2004; Mindell & Durand, 1993), de la satisfaction conjugale (Adams & Rickert, 1989; Mindell & Durand, 1993) et du stress parental (Eckerberg, 2004; Reid et al., 1999). De plus, à la suite de l'intervention mise en place par Eckerberg (2004), les parents ont rapporté se sentir moins fatigués, être plus joyeux et avoir plus d'optimisme, ce que les auteurs attribuent à l'amélioration des variables de sommeil des enfants, soit des éveils nocturnes moins nombreux et plus courts et une durée de sommeil nocturne et totale plus grande. Le fait que les mères rapportaient avoir plus de temps pour répondre à leurs propres besoins et ressentir moins de stress après l'intervention peut également avoir influencé l'amélioration de la fatigue et l'humeur. Toujours au cœur de la méta-analyse de Mindell et ses collègues (2006), trois études ont intégré des mesures du sommeil du parent. Parmi celles-ci, l'étude de cas de Durand et Mindell (1990) a permis de montrer un effet positif modeste sur le sommeil de la mère, et non du père, alors que les éveils nocturnes étaient

moins fréquents. Ces deux chercheurs ont plus tard observé une réduction plus importante de la fréquence et de la durée des éveils nocturnes chez les deux parents, et ce, un mois après l'intervention effectuée auprès de six enfants. Il est à noter que davantage d'études ayant mesuré le sommeil des parents ont ciblé des populations de nourrissons ou d'adolescents plutôt que les enfants d'âge préscolaire (Meltzer & Montgomery-Downs, 2011).

Toujours chez les jeunes enfants, Mindell et ses collègues (2009) se sont intéressés à l'effet d'une routine spécifique et d'une heure du coucher constante sur le sommeil des nourrissons et des bambins (18-36 mois). Les mères participant à l'intervention ont été invitées à établir une routine comprenant un bain, un massage et des activités tranquilles avec leur enfant. En plus de rapporter une latence d'endormissement et une durée des éveils nocturnes plus courte, les mères ont également estimé que le sommeil de leurs enfants était moins problématique et que leur propre humeur était meilleure (p. ex., tension, colère, fatigue et confusion) 2 à 3 semaines après l'intervention, et ce, contrairement au groupe contrôle (Mindell et al., 2009). Les auteurs émettent l'hypothèse que les améliorations de l'humeur du parent auraient pu être induites par une amélioration de leur propre sommeil suivant l'amélioration du sommeil de leur enfant, bien que le sommeil du parent n'ait pas été mesuré. Ils soulèvent également la possibilité de l'accroissement du sentiment de contrôle chez les mères par le fait de mettre en place une routine pour encadrer leur enfant, ce qui aurait pu influencer positivement leur humeur (Mindell et al., 2009). Wade, Ortiz et Gorman (2007) ont montré l'efficacité d'une courte intervention de deux séances afin de réduire la résistance au moment du coucher ainsi que la latence d'endormissement dans une population de jeunes enfants âgés de 3 à 6 ans provenant de familles à faible revenu et issus de minorités ethniques. Bien que l'étude n'ait inclus qu'un petit groupe de participants (n=5), la méthode d'extinction graduée présentée aux parents a permis d'améliorer le sommeil des enfants tel que rapporté par les parents, mais était également associée à une réduction du stress parental chez ces derniers.

Enfin, chez une population de parents dont l'enfant était en première année de scolarité, Quach et ses collègues (2011) ont rapporté une amélioration temporaire du niveau de dépression des parents suivant l'intervention sur le sommeil des enfants, alors qu'un progrès initial a été noté après 3 mois, sans toutefois se maintenir lors du suivi effectué 6 mois après l'intervention. Aucune amélioration quant au stress et à l'anxiété n'a été observée dans cette étude.

En terminant, plusieurs études suggèrent donc que les interventions sur le sommeil des enfants pourraient permettre d'améliorer le bien-être du parent, notamment l'humeur globale du parent, les symptômes dépressifs, le stress parental, ainsi que le sommeil du parent. On note cependant que très peu d'études se sont intéressées aux bénéfices d'une intervention ciblant le sommeil des enfants d'âge préscolaire, alors qu'il a été démontré que le maintien d'un horaire de sommeil régulier est primordial durant ces années (Mindell et al., 2009) et que cette période offre aux enfants une fenêtre d'apprentissage particulièrement sensible (Fox et al., 2010). Ainsi, les interventions précoces afin d'assurer que l'environnement de l'enfant soit optimal prennent toute leur importance (Heckman, 2006). En outre, il est reconnu que les sommes investies dans les programmes d'éducation de la petite enfance destinés aux enfants à faibles revenus entraînent des bénéfices importants et des répercussions positives sur la réussite future de ces jeunes (Black et al., 2017; Duncan & Magnuson, 2013). Les parents qui font l'expérience de difficultés de sommeil chez leur enfant semblent avoir un sommeil plus perturbé ainsi qu'un stress parental plus élevé. Or, les problèmes de sommeil chez les enfants sont plus fréquents au sein des familles vulnérables, ce qui laisse croire que le bien-être des parents dans ces familles est amoindri considérablement. Ceci s'ajoute à la complexité de la parentalité, qui fait partie de la réalité des individus qui évoluent dans un contexte de vulnérabilité. Sachant qu'il est possible d'améliorer certaines variables du bien-être des parents par le biais de l'amélioration du sommeil de leur enfant, l'importance d'intervenir précocement auprès de ces familles s'avère

déterminante et a été soulignée jusqu'à récemment par d'autres chercheurs (Bocknek et al., 2018; Katz & Malow, 2014; Rafferty & Griffin, 2010; Williamson & Mindell, 2019).

#### **1.4 Objectifs et hypothèses de recherche**

Le présent essai vise à étudier la relation entre, d'une part, le sommeil de l'enfant et celui de son parent, et d'autre part, le stress parental. Cet essai se divise en deux études et il vise une population de familles vulnérables ayant un enfant d'âge préscolaire.

La première étude vise à définir le lien respectif du sommeil du parent et de celui de son enfant avec le stress parental au sein d'une population vulnérable, alors que la deuxième étude a pour objectif d'examiner les effets d'une intervention comportementale de groupe visant l'amélioration du sommeil d'enfants d'âge préscolaire évoluant en contexte de vulnérabilité sur le sommeil du parent et sur le stress parental. À notre connaissance, il n'existe aucune étude publiée à ce jour s'intéressant à la fois aux retombées de l'amélioration du sommeil des enfants d'âge préscolaire sur le sommeil des parents ainsi que le stress parental dans une population vulnérable. Les hypothèses de recherche retenues sont présentées ci-après.

##### **1.4.1 Hypothèses – Étude 1**

###### **1.4.1.1 Hypothèse générale.**

Le sommeil de l'enfant et celui de son parent seront associés au stress parental au sein d'une population vulnérable.

###### **1.4.1.2 Hypothèses spécifiques.**

Hypothèse Spécifique 1 (H1). Le sommeil de l'enfant (heure de coucher tardive, résistance au coucher accrue, heure de lever hâtive, courte durée du sommeil, somnolence diurne accrue) et le sommeil du parent (heure de coucher tardive, latence d'endormissement accrue, heure de lever tardive, courte durée du sommeil, prise de substance pour s'endormir) contribueront chacun à expliquer une proportion significative de l'augmentation du stress parental.

##### **1.4.2 Hypothèses – Étude 2**

#### **1.4.2.1 Hypothèse générale.**

Une intervention visant l'amélioration du sommeil des enfants aura comme conséquence l'amélioration du sommeil du parent et aura des retombées positives sur le stress parental.

#### **1.4.2.2 Hypothèses spécifiques.**

Hypothèse Spécifique 2 (H2). Une intervention visant l'amélioration du sommeil de l'enfant permettra, par ricochet, d'améliorer le sommeil du parent (heure de coucher moins tardive, heure de lever plus tardive, diminution de la latence d'endormissement, augmentation de la durée totale du sommeil, diminution de la prise de substances favorisant le sommeil).

Hypothèse spécifique 3 (H3). À la suite de l'intervention visant l'amélioration du sommeil des enfants, il y a aura une diminution du stress parental chez le parent impliqué dans les soins à l'enfant lors du coucher.

## **Chapitre II – Étude 1 : méthodologie et résultats**

### **2.1 Méthodologie**

#### **2.1.1 Participants**

L'échantillon de la première étude était constitué de 138 familles issues d'un projet de recherche évaluative financé par les regroupements locaux de partenaires soutenus par l'organisme Avenir d'enfants et ayant pour but de mieux comprendre les services offerts aux familles en contexte de vulnérabilité et favoriser le développement des jeunes enfants qui y grandissent. Les organismes communautaires de huit secteurs de la région de l'Outaouais, offrant des services aux enfants de 0 à 5 ans, ont été sollicités pour participer à l'étude. Toutes les familles en mesure de comprendre le français ou l'anglais à l'oral ont été considérées pour l'étude. Seuls les enfants présentant des problèmes de santé ou neurodéveloppementaux sérieux étaient exclus. De toutes les familles ayant participé à l'étude plus large, seules celles ayant répondu aux questions sur le sommeil de l'enfant, du parent et sur le stress parental ont été retenues (n=138). Le consentement des mères participantes a été obtenu lors de la première rencontre avec ces dernières, à l'aide d'un formulaire de consentement qu'elles devaient signer et qui était parcouru conjointement avec l'assistant de recherche afin d'en assurer la bonne compréhension. Ce projet a obtenu l'approbation du comité éthique de l'Université du Québec en Outaouais (numéro de certificat : 2016-37,2171).

#### **2.1.2 Procédure**

Les mères et l'un de leurs enfants qui prenaient part à des activités communautaires en Outaouais ont été recrutés par les intervenants des groupements participants. Dans tous les cas, l'étude était d'abord expliquée aux intervenants, qui présentaient ensuite les buts de l'étude aux familles. Ces familles étaient libres de contacter directement l'équipe de recherche ou elles pouvaient signaler leur intérêt à participer à leur intervenant. L'équipe de recherche établissait ensuite un premier contact téléphonique avec la famille pour confirmer son intérêt et prendre

rendez-vous pour une rencontre à domicile. Durant celle-ci, les questionnaires ont été passés sous forme dirigée afin d'assurer la bonne compréhension des questions par les mères.

### **2.1.3 Instruments de mesure**

#### **2.1.3.1 Variables sociodémographiques.**

La section sociodémographique du questionnaire Place aux Parents (Bérubé et al., 2015) a été utilisée afin de recueillir des informations sur les parents et la famille, telles que: (a) date de naissance des parents, (b) niveau d'éducation des parents, (c) âge des parents à la naissance de l'enfant, (d) date de naissance, âge et sexe de l'enfant, et (e) revenu familial. Cette dernière variable a été utilisée en tant que variable contrôle dans les analyses, alors que les autres variables sociodémographiques ont permis de caractériser l'échantillon.

#### **2.1.3.2 Questionnaire sur le sommeil de l'enfant.**

Le questionnaire sur le sommeil de l'enfant (**Annexe A**) a été construit à partir de questions tirées de l'Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ÉLDEQ), ce dernier ayant été conçu spécialement pour l'Étude des jumeaux nouveau-nés du Québec (ÉJNQ) et des nourrissons simples de l'ÉLDEQ 1998-2002 par Jacques Montplaisir, chercheur du Centre d'étude du sommeil de l'Hôpital Sacré-Cœur de l'Université de Montréal (Thibault et al., 2001). Les variables indépendantes extraites de ce questionnaire et utilisées dans les analyses de la présente étude sont l'heure de coucher, l'heure de lever, la durée du sommeil nocturne, la résistance à l'endormissement (« est-ce que l'enfant éprouve de la difficulté au moment du coucher »), ainsi que la présence de somnolence diurne. Les réponses pour ces deux dernières variables ont été données sur une échelle de type Likert en trois points (1 = jamais ou rarement, 2 = souvent, 3 = presque tout le temps).

#### **2.1.3.3 Questionnaire sur le sommeil du parent.**

Le questionnaire sur le sommeil du parent a été construit à partir de questions tirées de la traduction française validée du *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI; Blais et al., 1997; Buysse et al., 1989). Il s'agit d'un questionnaire autorapporté qui permet d'évaluer la qualité et

les perturbations du sommeil chez l'adulte (**Annexe B**). Puisque la présente étude s'intéresse à des comportements particuliers des parents, seulement certains items spécifiques du questionnaire ont été analysés, plutôt que de favoriser une interprétation du score total ou des scores aux sous-échelles (Mindell et al., 2015). Ainsi, cinq variables ont été extraites du PSQI, soit l'heure de coucher, la latence d'endormissement en minutes, l'heure de lever ainsi que la durée du sommeil nocturne en heures. Une question évaluant la prise de substances (*c.-à-d.* médicaments, alcool ou autres) pour favoriser le sommeil du parent a également été utilisée (où 1 = jamais ou rarement, 2 = parfois, 3 = souvent, et 4 = presque tout le temps). L'outil a été validé auprès de populations cliniques et non-cliniques et présente de bonnes propriétés psychométriques (Mollayeva et al., 2016), dont une consistance interne acceptable ( $\alpha = .76$ ), une fiabilité test-retest élevée pour des intervalles variant de deux à 14 semaines ainsi qu'une bonne validité permettant de différencier les bons et mauvais dormeurs (Fabbri et al., 2021).

#### **2.1.3.4 Indice de stress parental**

L'Indice de Stress Parental-version courte a été utilisé (Abidin, 1983; Bigras et al., 1996). Il est composé de 36 items utilisant une échelle de Likert allant de 0 (très d'accord) à 5 (très en désaccord) et est complété par le parent. Cette forme courte de l'outil original présente une excellente validité de contenu (Holly et al., 2019). Elle permet de recueillir un score total de stress parental qui détermine le niveau de stress vécu par le parent dans sa relation parent-enfant (**Annexe C**). Elle mesure notamment le stress associé aux exigences du rôle parental, de même que le stress perçu par le parent en lien avec certaines caractéristiques de l'enfant. Un score total élevé représente un faible niveau de stress perçu. Cette mesure que génère l'outil présente notamment une excellente sensibilité au traitement, ayant témoigné des changements à la suite de différentes interventions (Holly, 2019). Il est à noter que l'ISP a été utilisé dans des milieux de recherche différents, auprès de groupes cliniques variés et au sein de populations diverses, ce qui permet de généraliser sa validité (Holly, 2019). Le coefficient de fidélité de l'outil original est de .95 pour le résultat de stress total (Abidin, 1995). L'analyse de la fidélité test-

retest confirme la stabilité temporelle de la version originale, entre .55 et .96 pour le score total (Abidin, 1995; Holly, 2019). Haskett et ses collègues (Haskett et al., 2006) ont pour leur part validé la version courte de l'outil auprès d'une population clinique dont les mères participantes provenaient de milieux vulnérables. Ils ont pu démontrer de bonnes propriétés psychométriques quant à la validité test-retest, la validité prédictive ainsi que la validité de construit du questionnaire. La consistance interne démontrée par les données recueillies auprès de l'échantillon de la présente étude, pour le score total de stress parental, est bonne ( $\alpha = .92$ ). Le score total obtenu à cette échelle sera utilisé comme variable dépendante dans les analyses pour l'étude 1. Un stress élevé est représenté par un faible score.

#### **2.1.4 Démarches d'analyses**

Tout d'abord, des analyses corrélationnelles ont été effectuées afin de connaître le degré d'association entre les diverses variables étudiées. Ensuite, des analyses de régressions hiérarchiques multiples ont été réalisées afin de vérifier si le sommeil de l'enfant et du parent permettait d'expliquer une proportion significative du stress parental. Dans une première étape, les données sociodémographiques du parent ont été incluses dans l'analyse afin de contrôler pour leur effet sur le stress parental. Notons qu'afin d'éviter la multicollinéarité, seul le revenu familial a été retenu en tant que variable de contrôle afin de représenter la vulnérabilité de chaque famille. Dans une étape subséquente, les variables de sommeil du parent ont été ajoutées à l'analyse de régression. Enfin, les variables de sommeil de l'enfant ont été ajoutées dans une dernière étape. Les variables de sommeil du parent et de l'enfant ont été entrées séparément dans le modèle afin de mesurer leur contribution respective au stress parental. Finalement, une méthode de ré-échantillonnage (*bootstrap*) a été utilisée afin d'assurer la robustesse de l'analyse de régression linéaire. L'ensemble des analyses statistiques a été effectué à l'aide du logiciel IBM® SPSS® version 21.

## 2.2 Résultats

L'objectif de cette première étude consistait à définir le rôle du sommeil du parent et celui de son enfant en tant que prédicteurs du stress parental. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le Tableau 1. L'âge moyen des enfants se situait à 39.07 mois (écart-type de 19.50, intervalle de 3 à 79 mois). Un peu plus de la moitié des enfants participants (52.55%) étaient des filles. Les mères de ces enfants étaient quant à elles âgées en moyenne de 31.03 ans (écart-type de 6.45) et 65.21% d'entre elles ont déclaré avoir un revenu familial annuel de moins de 30 000\$ (avoisinant le seuil du faible revenu). Plus de la moitié des mères participantes (60.16%) avait un diplôme d'études primaire ou secondaire comme dernier diplôme complété.

**Tableau 1**

*Caractéristiques de l'échantillon pour l'étude 1*

	Nombre de réponses	Valeur
Enfants	138	
Âge, moyenne (E.T.)	138	39.07 (19.50)
Genre n (%)	137	
Filles		72 (52.55)
Garçons		65 (47.45)
Mères	138	
Âge, moyenne (E.T.)	132	31.03 (6.45)
Dernier niveau d'études complété, n (%)	128	
Primaire		30 (23.44)
Secondaire		47 (36.72)
Collégial		16 (12.50)
Universitaire		35 (27.34)
Revenu de la mère	138	
0-30K\$		90 (65.21)
30-45K\$		8 (5.79)
45K\$ et plus		40 (28.99)

Le Tableau 2 montre les corrélations entre les différentes variables à l'étude. De façon intéressante, on observe que le revenu du parent est associé significativement à son horaire de sommeil, alors qu'un parent qui a un revenu moindre se couche plus tard ( $r = -.19$ ;  $p = .01$ ) et se

lève également plus tard ( $r = -.19$ ;  $p = .01$ ). L'horaire de sommeil du parent est pour sa part associé significativement à l'horaire de sommeil de son enfant. Ainsi, les heures de lever ( $r = .43$ ;  $p < .001$ ) et de coucher ( $r = .20$ ;  $p = .01$ ) de l'enfant varient dans le même sens que celles de son parent. Par exemple, un parent qui se lève plus tard et se couche plus tard a un enfant qui se lève et se couche également plus tard. Une heure de lever et de coucher plus tardive chez le parent est également associée significativement à une durée de sommeil plus longue pour lui-même, alors que seule l'heure de lever du parent est associée positivement à la durée de sommeil de son enfant.

D'autre part, une relation positive est retrouvée entre la résistance au coucher de l'enfant et la latence d'endormissement du parent ( $r = .30$ ;  $p < .001$ ). Ainsi, davantage de difficultés à mettre son enfant au lit est significativement associé à une plus grande latence d'endormissement chez le parent. Enfin, des corrélations significatives sont présentes entre le stress parental et le revenu annuel du parent, ( $r = .19$ ;  $p = .01$ ), sa latence d'endormissement, ( $r = -.35$ ;  $p < .001$ ) son heure de lever ( $r = -.22$ ;  $p = .01$ ) ainsi que la prise de médication ou d'autres substances pour favoriser son sommeil ( $r = -.24$ ;  $p < .01$ ). Par ailleurs, la résistance au coucher est la seule variable relative au sommeil de l'enfant qui corrèle significativement avec le stress parental ( $r = -.34$ ;  $p < .001$ ).

**Tableau 2**

*Statistiques descriptives et corrélations bivariées des variables : stress parental, revenu, sommeil du parent et de l'enfant*

Variables	M	(E.T.)	Coefficients de corrélation (n=138)											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1. Stress Parental	3.89	0.57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Revenu annuel	1.64	0.90	.19*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sommeil du parent														
3. Heure de coucher	22.70	1.35	-.01	-.19*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Latence endormissement	27.43	31.85	-.35**	-.08	-.16	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Heure de lever	6.62	1.14	-.22**	-.19*	.23**	.05	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Durée du sommeil	7.02	1.68	.05	.01	-.40**	-.07	.47**	-	-	-	-	-	-	-
7. Prise de substances	1.61	1.14	-.24**	-.00	.07	.10	.11	-.03	-	-	-	-	-	-
Sommeil de l'enfant														
8. Heure de coucher	19.95	1.31	.00	.07	.20*	.04	.02	-.03	.11	-	-	-	-	-
9. Résistance coucher	1.43	0.68	-.34**	-.11	.01	.30**	.02	-.14	.02	.16	-	-	-	-
10. Heure de lever	6.81	0.88	.00	-.09	.34**	.08	.43**	.10	-.01	.07	.00	-	-	-
11. Durée du sommeil	10.25	1.71	.11	.06	.15	.12	.24**	.21*	.03	-.13	-.11	.54**	-	-
12. Somnolence diurne	1.37	0.66	-.10	-.15	.15	.13	.03	-.05	.04	.15	.17	.04	-.02	-

*Note.* M et E.T. sont utilisés pour représenter la moyenne et l'écart-type, respectivement.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . Signification bilatérale

Le Tableau 3 présente les résultats des analyses de régressions hiérarchiques linéaires multiples visant à expliquer la variance du stress parental. Dans un premier temps, en considérant seulement le sommeil du parent comme prédicteur, tout en contrôlant pour le revenu familial annuel, le modèle utilisé explique 23.6% de la variance du stress parental. Parmi les variables qui composent ce modèle, trois d'entre elles permettent d'expliquer une proportion significative de la variance du stress parental. Une latence d'endormissement plus grande ( $\beta = -.25$ ;  $p < .01$ ), une heure de lever plus tardive ( $\beta = -.28$ ;  $p = .01$ ) ainsi qu'une plus grande utilisation de substances pour favoriser le sommeil chez les parents ( $\beta = -.19$ ;  $p = .02$ ) prédisent un stress parental plus élevé. Dans une deuxième étape, lorsque les variables reliées au sommeil de l'enfant sont ajoutées au modèle de régression, la résistance au coucher chez les enfants s'ajoute aux trois variables du sommeil du parent précédemment mises en évidence en tant que prédicteurs significatifs dans le modèle. Ainsi, plus il y a de résistance de l'enfant au coucher plus le stress parental est élevé ( $\beta = -.23$ ;  $p = .01$ ). Le modèle final de régression augmente la variance expliquée de 7% ( $\Delta R^2 = .07$ ,  $p = .03$ ).

En somme, le modèle final montre que le stress parental est expliqué de manière significative par une plus grande difficulté de sommeil chez les parents, caractérisée par de plus longs délais avant de s'endormir, une tendance à utiliser des substances pour favoriser le sommeil, une heure de lever plus tardive, ainsi que par des comportements de résistance des enfants au moment du coucher. Le sommeil de l'enfant contribue également de façon unique et modifie de manière significative la proportion de variance expliquée par le modèle.

**Tableau 3**

*Résultats des régressions hiérarchiques multiples mesurant la contribution du sommeil du parent et de l'enfant au stress parental*

Variable	B	95% BC, IC		ES $\beta$	$\beta$	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	
		BI	BS					
<b>Étape 1</b>							.04	.04*
Constante	3.69	3.49	3.88	0.10				
Revenu annuel	0.12*	0.02	0.22	0.05	.19*			
<b>Étape 2</b>							.24	.20**
Constante	3.13	1.10	5.34	1.05				
Revenu annuel	0.08**	-0.01	0.17	0.05	.13			
Sommeil du parent								
Heure de coucher	0.06	-0.03	0.14	0.04	.14			
Latence endormissement	-0.01**	-0.01	0.01	0.01	-.27**			
Heure de lever	-0.15**	-0.25	-0.05	0.05	-.29**			
Durée du sommeil	0.07	-0.01	0.16	0.04	.22			
Prise substances	-0.09*	-0.18	0.01	0.05	-.18*			
<b>Étape 3</b>							.31	.07*
Constante	3.34	-0.19	5.31	1.34				
Revenu annuel	0.05	-0.04	0.15	.05	.08			
Sommeil du parent								
Heure de coucher	0.02	-0.08	0.11	.05	.04			
Latence endormissement	-0.00**	-0.01	-0.01	.01	-.25**			
Heure de lever	-0.14**	-0.26	-0.03	.06	-.28*			
Durée du sommeil	0.04	-0.05	0.14	.05	.11			
Prise substances	-0.10*	-0.19	-0.01	.05	-.19*			
Sommeil de l'enfant								
Heure de lever	0.03	-0.13	0.17	.08	.04			
Durée du sommeil	0.05	-0.02	0.12	.03	.14			
Heure de coucher	0.03	-0.02	0.18	.05	.08			
Résistance coucher	-0.19*	-0.36	-0.05	.08	-.23**			
Somnolence diurne	-0.01	-0.17	0.14	.08	-.01			

*Note.* [95% BC, IC] = bornes inférieures et supérieures d'un intervalle de confiance à 95% obtenu par une méthode de ré-échantillonnage, faisant intervenir 1000 échantillons générés; BI = borne inférieure; BS = borne supérieure. \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . Signification bilatérale.

## **Chapitre III – Étude 2 : méthodologie et résultats**

### **3.1 Méthodologie**

#### **3.1.1 Participants**

Vingt et une familles fréquentant les Centres de Pédiatrie Sociale de Hull et de Gatineau ont participé à l'étude. Onze d'entre elles ont complété la totalité de l'étude. Les critères d'inclusion étaient l'âge de 3 à 6 ans moins un jour pour l'enfant. Les parents devaient également se montrer volontaires à participer à des interventions sur le sommeil de leur enfant. Lorsqu'une famille avait plus d'un enfant dans cette tranche d'âge, seul l'un d'eux était admissible à l'étude. Les critères d'exclusion étaient un parent ou un enfant présentant un retard développemental ou intellectuel les empêchant de participer à une activité de groupe. Le consentement des parents participant à l'étude a été obtenu par la signature d'un formulaire qui leur a été présenté lors de la première rencontre et qui leur était expliqué pour en assurer la bonne compréhension. Le projet a été approuvé par le comité éthique de l'Université du Québec en Outaouais.

#### **3.1.2 Procédure**

##### **3.1.2.1 Recrutement et collecte de données.**

À la suite d'une entente établie avec l'équipe du Centre de Pédiatrie sociale de Gatineau (CPSG), cette dernière a identifié des familles fréquentant l'établissement de Hull ou Gatineau pouvant bénéficier du programme d'intervention développé pour cette étude. Cet organisme poursuit un but non lucratif et a pour mandat de soutenir les familles et les enfants dans le besoin (p. ex. vivant une situation de vulnérabilité, de souffrance, de maladie, de victimisation, d'exclusion ou d'abandon par la communauté). La vaste majorité des familles fréquentant le CPSG évolue dans un milieu socio-économique faible.

Dans un premier temps, les intervenants ou intervenantes de l'organisme prenaient contact avec les familles potentielles et leur présentaient brièvement le projet de recherche. Si elles se montraient intéressées, les familles pouvaient consentir à recevoir un appel d'un

assistant ou d'une assistante de recherche afin de leur donner davantage de détails concernant le projet de recherche. Suivant cet appel, une première rencontre à domicile était effectuée et avait pour objectif de procéder à la signature du formulaire de consentement, ainsi qu'à la complétion du questionnaire de renseignements généraux et de santé servant à évaluer l'admissibilité de la famille au projet de recherche. Une deuxième rencontre à domicile permettait subséquemment de répondre à une série de questionnaires, lesquels seront décrits dans la section « Instruments de mesure ». L'ensemble des mesures effectuées auprès des enfants et des mères a été administré une à deux semaines précédant le début de l'intervention et six à 12 semaines suivant la fin de l'intervention (c.-à-d., pour une durée d'administration d'environ 90 à 120 minutes à chaque fois). L'écart observé quant au moment de collecte des mesures post intervention s'explique principalement par la difficulté à entrer en contact avec les familles. En cours d'étude, une subvention de recherche a permis d'offrir aux familles une compensation financière de 20 dollars par moment de collecte, soit 20 dollars pour la rencontre pré-intervention et 20 dollars pour la rencontre post-intervention. Le recrutement et la collecte de données se sont effectués sur une période de deux ans, soit d'avril 2017 à avril 2019.

Il est à noter que cette étude s'inscrit au sein d'un projet plus vaste, qui a initialement été inspiré d'une demande effectuée par des intervenants du réseau de la santé à Gatineau. Ces derniers manquaient d'outils pour répondre aux besoins de nombreuses familles dont les enfants présentaient des problèmes de sommeil. Une intervention de groupe sur le sommeil des enfants et s'adressant à la population préscolaire a ainsi été élaborée. Dans une première phase de ce grand projet, l'intervention sous forme de projet-pilote a été présentée au Centre de Pédiatrie sociale, dont la clientèle présente plusieurs besoins et pour laquelle l'accès aux services peut être plus complexe. Il est prévu que cette intervention soit éventuellement présentée à d'autres populations d'enfants.

### **3.1.2.2 Intervention sur le sommeil.**

L'intervention a été développée spécifiquement pour ce projet de recherche en respect des interventions comportementales démontrées comme étant efficaces (Durand, 2008). Elle vise à partager des connaissances avec les parents et leurs enfants afin de créer une base commune de connaissances qui puissent permettre aux parents d'intervenir sur le sommeil de leur enfant, tout en impliquant plus facilement ce dernier dans la mise en place de ces interventions. L'intervention a été offerte aux familles en deux formats, soit deux rencontres plus longues ou quatre rencontres plus courtes, afin de répondre aux besoins des parents. L'équipe de recherche et les intervenants se sont toutefois assurés que le contenu de la formation demeure le même dans les deux formats, et que l'information transmise aux parents soit équivalente quant aux notions importantes. Des notions en lien avec le sommeil des enfants telles que les besoins et l'hygiène de sommeil, la routine de sommeil ainsi que les interventions possibles pour les difficultés reliées au sommeil étaient discutées avec les parents. Les enfants étaient pour leur part réunis dans un groupe séparé de leurs parents, et participaient à des activités ludiques leur permettant de se familiariser à des notions connexes à celles qui étaient présentées aux parents. La description des objectifs de chaque séance se trouve dans le Tableau 4. Bien que la participation des deux parents était sollicitée, la majorité des séances ont été effectuées en présence des mères seulement. Deux couples, un duo composé du père et de la grand-mère, ainsi qu'un père seul, ont également été présents lors des séances. À la fin de chaque rencontre, les parents et les enfants étaient réunis pour une mise en commun des acquis durant une dizaine de minutes. Un guide décrivant la procédure exacte des ateliers (matériel nécessaire, informations de base à maîtriser par l'intervenant, éléments clés devant être communiqués) pour le parent et pour l'enfant était suivi avec attention par les intervenantes animant chacun des groupes. Il est à noter que chacun des groupes a été animé par la même intervenante pour tous les participants (une intervenante pour les groupes de parents et une intervenante pour les groupes d'enfants). Les rencontres d'intervention ont eu lieu aux Centres de Pédiatrie Sociale de Hull et de Gatineau.

## Tableau 4

*Exemples de sujets discutés durant les interventions éducatives avec les parents et des activités effectuées avec les enfants*

### Thèmes abordés avec les parents

1. Les besoins de sommeil selon l'âge.
2. Établissement des bonnes habitudes de sommeil.
3. Les causes de l'anxiété au coucher chez l'enfant, les éveils nocturnes et leurs principales pistes de solutions.
4. L'heure de coucher à privilégier et les éléments clé de la routine de sommeil
5. Différencier les cauchemars des terreurs nocturnes et leurs principales pistes de solutions.

### Thèmes abordés avec les enfants

1. Identification des activités qui sont appropriées avant l'heure du coucher à partir d'un dessin animé.
2. Construction d'une routine du sommeil à l'aide de pictogrammes.
3. Apprentissage de l'importance de la détente et la relaxation avant le moment du coucher par la lecture du livre de Yogi l'Ours, conçu spécialement pour l'intervention.
4. Pratique des différentes positions de yoga permettant la relaxation avant le coucher décrites dans le livre d'histoire de Yogi l'Ours.
5. Apprentissage de la possibilité de changer le déroulement d'un cauchemar à l'aide du livre d'histoire de Julie et Mathieu, conçu spécialement pour l'intervention.

### **3.1.3 Instruments de mesure**

#### **3.1.3.1 Variables sociodémographiques.**

Des données descriptives ont été recueillies à l'aide de la portion sociodémographique du questionnaire Place aux Parents (Bérubé et al., 2015). Cet outil comprend des informations sur les parents et la famille, telles que: (a) date de naissance des parents, (b) niveau d'éducation des parents, (c) âge et sexe de l'enfant, et (d) revenu familial. Ces variables ont été utilisées afin de caractériser l'échantillon.

#### **3.1.3.2 Questionnaire sur le sommeil de l'enfant.**

La traduction et adaptation française du *Child Sleep Habits Questionnaire* (Owens et al., 2000) a été remplie par le parent qui prodigue les soins relatifs au sommeil de l'enfant, avant et après l'intervention afin de mesurer les habitudes de sommeil de l'enfant (**Annexe D**). Cet outil rétrospectif est composé de 45 items regroupés en huit sous-échelles : 1) résistance au coucher, 2) endormissement, 3) manque de sommeil, 4) anxiété face au sommeil, 5) éveils nocturnes, 6) parasomnies, 7) désordres respiratoires pendant le sommeil, et 8) somnolence diurne. Les variables tirées de ce questionnaire aux fins des analyses ont été choisies conformément aux variables de l'Étude 1. Seules les échelles de résistance au coucher et de somnolence diurne ont donc été utilisées dans la présente étude. Un score plus élevé à ces échelles représente des problèmes de sommeil plus importants. Les questions individuelles quant à l'heure de coucher, de lever, ainsi qu'à la durée de sommeil nocturne de l'enfant en heures ont également été utilisées dans les analyses. Ces questions permettaient d'obtenir des données quantitatives quant au sommeil de l'enfant, dans l'objectif d'observer de façon plus précise les effets de l'intervention. La consistance interne de l'outil est acceptable (.68 pour l'échantillon dans la communauté et de .78 pour l'échantillon clinique), et la validité test-retest de l'outil est aussi acceptable, présentant des corrélations de .62 à .79 pour les différentes sous-échelles. De plus, les items individuels, les sous-échelles et les scores totaux permettent de différencier de façon systématique les enfants provenant de la population normale de ceux démontrant des problèmes de sommeil, résultat d'une bonne cohérence interne.

### **3.1.3.3 Questionnaire sur le sommeil du parent.**

La traduction française validée du *Pittsburgh Sleep Quality Index* (Blais et al., 1997 ; Buysse et al., 1989), décrite à la section Instruments de mesure de l'Étude 1, a été administrée au parent avant et après l'intervention (**Annexe B**). Les mêmes variables que celles utilisées lors de l'Étude 1 ont été extraites et utilisées dans les analyses statistiques pour l'Étude 2, soit : l'heure de coucher, la latence d'endormissement en minutes, l'heure de lever, la durée du

sommeil nocturne en heures et la prise de substances (*c.-à-d.* médicaments, alcool ou autres) pour favoriser le sommeil du parent.

#### **3.1.3.4 Indice de stress parental.**

L'Indice de Stress Parental-version courte (Abidin, 1983; Bigras et al., 1996) également décrite à la section Instruments de mesure de l'Étude 1, a été complétée par le parent avant et après l'intervention (**Annexe C**). Le score total de stress parental a été utilisé aux fins des analyses, où un score total élevé représente un faible niveau de stress perçu. La consistance interne du score de stress total, démontrée par les données recueillies auprès de l'échantillon de la présente étude, est bonne ( $\alpha = .84$ ).

#### **3.1.4 Démarches d'analyse**

Étant donné la visée exploratoire de cette étude, le petit nombre de participants ainsi que la distribution asymétrique des données entraînant l'impossibilité d'assurer le respect des postulats de tests paramétriques, des analyses non-paramétriques ont été privilégiées. Les scores des participants aux mesures prises avant et après l'intervention ont donc été comparés à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon. Il est à noter que la puissance statistique des tests non-paramétriques n'est pas considérée comme étant moindre que celle des tests paramétriques lorsque les données analysées ne sont pas normalement distribuées (Field, 2013), tel qu'il en est le cas pour l'échantillon actuel. Étant donné le caractère exploratoire de cette étude et le petit nombre de participants, l'hypothèse nulle a été rejetée lorsque la valeur de  $p$  était plus petite que .05. Une correction de Bonferroni devrait être appliquée aux analyses, ce qui équivaut à une valeur corrigée de .0045. Ainsi, dans la présente étude, les résultats inférieurs ou égaux à .05 seront discutés, même si on ne peut assurer qu'ils sont statistiquement significatifs.

### **3.2 Résultats**

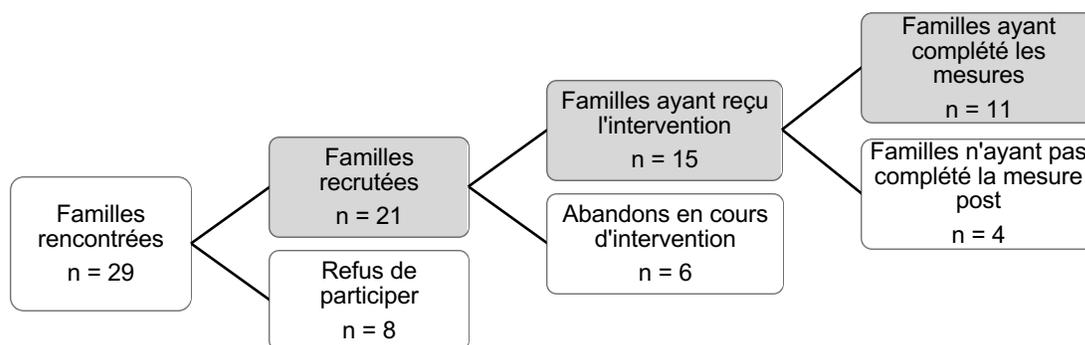
L'objectif de cette deuxième étude était d'examiner les effets d'une intervention comportementale de groupe visant l'amélioration du sommeil d'enfants d'âge préscolaire

évoluant en contexte de vulnérabilité sur le sommeil du parent et le stress parental. Des 21 familles qui ont été recrutées et ayant débuté l'étude, seulement 11 d'entre elles ont complété l'ensemble des instruments de mesure (voir **Figure 1**). Certaines familles ayant refusé de participer à l'étude ou l'ayant abandonné en cours de route ont mentionné que le haut degré d'implication qu'exigeait leur participation a contribué à leur désengagement. Entre autres, le port des montres d'actigraphie, la présence aux séances d'intervention ou les rencontres à domicile pour remplir les questionnaires étaient mentionnés comme étant des engagements trop grands à rencontrer. La charge parentale que portaient souvent seules les mères faisait en sorte qu'elles pouvaient se sentir rapidement dépassées par le protocole de l'étude. De plus, la vulnérabilité que démontraient certaines familles rendait leur participation trop accablante.

Les caractéristiques sociodémographiques des familles qui ont complété l'étude ont été comparées à celles des familles ayant abandonné en cours de l'étude à l'aide de tests-T pour échantillons indépendants. Les familles ne diffèrent pas significativement quant au dernier niveau d'étude complété par la mère [ $t(19)=1.09, p=.29$ ] ainsi qu'au revenu familial de la dernière année [ $t(15.82)=1.89, p=.08$ ]. Une différence a cependant été retrouvée quant à l'âge des mères au moment de participer à l'étude [ $t(14)=2.52, p=.03$ ]. Les mères ayant complété l'étude étaient plus âgées ( $M=36.9, \acute{E}.T.=5.72$ ) que les mères ayant abandonné ( $M=29.17, \acute{E}.T.=6.34$ ).

**Figure 1**

*Schéma du recrutement et de l'attrition des participants au cours de l'étude*



Les caractéristiques sociodémographiques complètes des familles ayant complété l'étude sont présentées dans le Tableau 5. Les enfants étaient âgés de 39 à 68 mois et près du trois-quart d'entre eux étaient de sexe féminin. En outre, l'âge moyen, le dernier niveau d'études complété et le revenu des mères étaient similaires à ceux des mères ayant participé à la première étude.

**Tableau 5**

*Caractéristiques de l'échantillon pour l'étude 2*

	Nombre de réponses	Valeur
<b>Enfants</b>		
Âge (mois), moyenne (E.T.)	11	51.91 (9.50)
Genre <i>n</i> (%)	11	
Filles		8 (72.72)
Garçons		3 (27.27)
<b>Mères</b>		
Âge de la mère, moyenne (E.T.)	10	36.9 (5.72)
Dernier niveau d'études complété, <i>n</i> (%)	11	
Primaire		3 (27.27)
Secondaire		4 (36.36)
Collégial et universitaire		4 (36.36)
Revenu de la mère	11	
0-24K\$		5 (45.45)
24-33K\$		2 (18.18)
46K\$ et plus		4 (36.36)

Une réduction du score de stress parental chez le parent est observée à la suite de l'intervention. Les résultats démontrent que, même si leur propre sommeil n'a pas changé d'un point de vue statistique, neuf parents sur 11 (81.81% des parents) ont rapporté un niveau de stress parental moindre après l'intervention. Le Tableau 6 permet de constater l'absence de changement statistiquement significatif quant aux variables de sommeil parental au terme de l'intervention. On note cependant que les parents dorment plus longtemps la nuit en post-intervention, soit une heure de plus, et utilisent moins de substances pour les aider à dormir. Par ailleurs, les résultats indiquent une amélioration du score de résistance au coucher pour

l'enfant, passant d'un score considéré comme étant cliniquement élevé selon la cotation de l'outil, à un score dans la moyenne. Les parents rapportent donc avoir moins de difficultés lorsque vient le temps de mettre l'enfant au lit après avoir participé à l'intervention.

**Tableau 6**

*Résultats des tests de rangs signés de Wilcoxon, comparant le stress parental et les paramètres de sommeil du parent et de l'enfant avant et après l'intervention*

	Pré-intervention (n=11)			Post-intervention (n=11)			Tests non-paramétriques			
	Mdn	Min.	Max.	Mdn	Min.	Max.	<i>T</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Stress parental	3.42	2.83	4.31	3.91	3.25	4.47	55.00	1.96	.05	.42
Sommeil du parent										
Heure de coucher	22.00	19.50	26.50	22.50	19.75	27.00	34.00	0.09	.93	.02
Latence d'endormissement (min)	1	0	90	10	0	23	22.00	-0.06	.95	-.01
Heure de lever	6.25	5.25	7.00	6.25	5.00	8.00	25.00	-0.26	.80	-.06
Durée du sommeil (h)	4.50	2.50	9.00	6.00	2.00	10.50	44.00	1.69	.09	-.36
Prise de substances	1	1	4	1	1	4	.00	-1.63	.10	-.35
Sommeil de l'enfant										
Heure de coucher	20.00	18.75	21.50	20.00	19.00	21.00	22.00	-0.57	.57	-.12
Résistance au coucher	10	6	15	8	6	12	6.00	-2.21	.03	-.47
Heure de lever	6.00	4.75	8.25	6.50	5.50	8.00	28.00	1.41	.16	.30
Durée du sommeil (h)	9.00	5.00	10.00	9.50	5.00	11.00	15.00	-1.29	.20	-.27
Somnolence diurne	12	9	20	13	8	18	20.50	-0.72	.47	-.15

## Chapitre IV — Discussion

Cette étude, qui comporte deux volets, a permis d'étudier la relation qu'ont le sommeil de l'enfant et celui de son parent avec le stress parental, en s'intéressant plus précisément à celle-ci lorsqu'elle se déploie au sein des familles vulnérables. Le premier volet de l'étude a ainsi été consacré à cerner l'importance distincte du sommeil du parent et de celui de son enfant dans la variance du stress parental chez ces familles, alors que le deuxième volet visait plutôt à mieux comprendre en quoi l'amélioration du sommeil des enfants, par le biais d'une intervention comportementale de groupe, ainsi que les caractéristiques de sommeil du parent sont reliées au stress parental.

### 4.1 Synthèse des résultats du premier volet

Dans un premier temps, les résultats du segment initial de l'étude permettent de confirmer l'hypothèse selon laquelle la variabilité du stress que vivent les parents en situation de vulnérabilité peut s'expliquer, en partie, par le sommeil. Ainsi, les difficultés de sommeil du parent expliquent à elles seules près du quart de la variance du stress parental. Lorsque les difficultés de sommeil de l'enfant sont ajoutées au modèle explicatif, c'est maintenant près du tiers de la variance du stress parental vécu chez ces familles vulnérables qui est expliquée.

Notre recherche montre donc que pour les parents en contexte de vulnérabilité, le fait de prendre plus de temps à s'endormir, de se réveiller plus tardivement le matin et de prendre des substances pour favoriser le sommeil est relié à un stress parental plus grand. Cette constatation s'inscrit dans le sillon des études précédemment menées auprès de populations de parents d'enfants ayant un développement atypique (Bishop et al., 2019; Gallagher et al., 2010). En regard des études s'étant intéressées à des populations issues de la communauté, Sinai et Tikotzky (2012) ont fait état d'une association entre des éveils nocturnes plus fréquents chez les parents de nourrissons et plus de stress parental. Mindell et Meltzer (2007) ont pour leur part montré que les mères dont l'enfant âgé de 3 à 14 ans présente plus de perturbations de sommeil, tel que défini par le *Child Sleep Health Questionnaire*, font état d'un plus grand

stress parental. À notre connaissance, seuls McQuillan et ses collègues (2019) ont ciblé l'âge préscolaire précisément, tel que nous l'avons fait. Ces derniers ont conclu que les mères qui vivent plus de stress parental, mesuré par un indice de risque cumulatif, ont un sommeil plus court, plus tardif et plus variable, une latence d'endormissement plus longue et vivent davantage de problèmes de sommeil. Notons que les quelques études qui se sont intéressées aux indices de sommeil du parent en lien avec le stress parental n'ont pas ciblé spécifiquement de population vulnérable. Par ailleurs, bien que les éveils nocturnes du parent n'aient pas été évalués par le questionnaire validé que nous avons utilisé pour caractériser le sommeil des parents, les indices que nous avons ciblés aux fins des analyses correspondent aux résultats obtenus par McQuillan et ses collègues (2019). Ils sont également en adéquation avec la littérature existante, qui s'appuie plutôt sur la qualité du sommeil comme variable indépendante dans la relation au stress parental. En effet, la latence d'endormissement, l'horaire de sommeil ainsi que la prise de substances pour aider à l'endormissement font partie de l'Indice global de qualité du sommeil du questionnaire de Pittsburgh qui a, entre autres, été utilisé par Gallagher et ses collègues (2010) ainsi que Bishop et ses collègues (2019).

Afin de comprendre comment les perturbations de sommeil chez le parent peuvent influencer le stress parental vécu, il est possible de s'appuyer sur les effets négatifs du manque de sommeil sur le fonctionnement cognitif du parent. En effet, tel que mentionné précédemment, le stress parental résulte de la perception qu'a un parent de ne pas détenir les ressources nécessaires afin de répondre aux exigences reliées à son rôle de parent (Deater-Deckard, 2014). Son interprétation de la situation vécue avec son enfant influence donc directement la présence, ou non, de stress (Tsai et al., 2019). Cette évaluation cognitive qui a été proposée par Lazarus et Folkman (1984) dans leur modèle transactionnel du stress, repose, entre autres, sur diverses fonctions cognitives telles que les fonctions exécutives (p.ex. attention et la régulation émotionnelle), qui elles, peuvent être altérées par des perturbations de sommeil (Killgore, 2010; P. G. Williams et al., 2009). Du point de vue des mécanismes

biologiques, la qualité du sommeil jouerait également un rôle important quant à l'ajustement des systèmes neuronaux qui sous-tendent l'humeur, l'affect et la sensibilité au stress chez un individu (Prather et al., 2013). Les difficultés de sommeil peuvent de ce fait provoquer l'exacerbation du stress parental vécu en biaisant l'évaluation cognitive qu'un parent fait de l'interaction entre ses propres capacités d'adaptation et les défis que présente la situation avec son enfant.

En regard de la raison pour laquelle les parents dont les enfants manifestent une résistance au coucher rapportent plus de stress parental, une hypothèse possible serait la présence d'un écart plus marqué entre la perception par le parent des besoins de l'enfant, tel que le défi élevé que présente la gestion du coucher, et les ressources qu'il détient pour y faire face. Un parallèle est possible entre la réalité vécue par les parents à l'étude et ceux qui doivent prendre soin d'un enfant ayant des besoins plus grands (p. ex. difficultés comportementales ou qui souffrent d'une condition médicale). En effet, il a maintes fois été démontré que ces parents font l'expérience d'un stress parental plus important (Barroso et al., 2018).

Notons que peu d'études ont ciblé spécifiquement la population préscolaire et aucune ne s'est intéressée à la population vulnérable à notre connaissance. Les recherches effectuées à ce jour ont démontré l'association entre plusieurs composantes différentes du sommeil de l'enfant et le stress parental, tel que de mauvaises habitudes de sommeil, les éveils nocturnes, la durée du sommeil diurne et la somnolence diurne (Byars et al., 2011; Hughes et al., 2015; Millikovsky-Ayalon et al., 2015; Sepa et al., 2004; Sinai & Tikotzky, 2012; Wake et al., 2006). De Stasio et ses collègues (2018) ont montré dans une population de bambins que la routine de sommeil est rapportée comme étant plus problématique par les parents vivant de plus hauts niveaux de stress parental et que la latence d'endormissement ainsi que les éveils nocturnes des enfants expliquent une partie de la variance du stress parental, ce qui appuie la décision de cibler ces éléments dans les interventions. Toutefois, seuls les résultats de Byars et ses collègues (2011) ont mis en évidence la composante de la résistance au coucher tel que nous

l'avons fait. L'échantillon étudié par cet auteur était clinique puisque composé de parents qui recherchaient de l'aide pour résoudre l'insomnie de leur enfant. L'étude en cours permet ainsi de revalider l'influence de ce facteur auprès d'une nouvelle population, soit la population vulnérable. Il est intéressant de rappeler que les enfants issus de milieux socio-économiques plus faibles sont moins susceptibles d'avoir des routines de sommeil régulières à l'heure du coucher (Hoyniak et al. 2020). En effet, il peut s'avérer plus complexe pour les parents vivant une situation de vulnérabilité de mettre en place et d'exécuter des routines familiales adéquates et systématiques pour leur enfant (Bocknek et al., 2018). Cette pratique, qui est associée à un meilleur sommeil chez l'enfant, diminue notamment la résistance au coucher (Mindell & Williamson, 2018 ; Mindell et al., 2015). L'absence de routine chez la population vulnérable pourrait ainsi expliquer pourquoi, parmi les autres variables de sommeil, la résistance au coucher constitue une variable importante dans l'explication du stress parental et représente ainsi une cible d'intervention à considérer.

Le mécanisme exact qui relie le sommeil avec le stress parental n'est cependant pas encore compris, puisque les études qui s'y sont intéressées ont eu recours à une approche transversale réalisée à partir d'un seul point dans le temps, ce qui signifie que la direction de l'effet ne peut pas être facilement déterminée. Ces résultats soulignent par ailleurs que l'indice de sommeil des enfants qui influence le stress parental s'appuie sur des comportements spécifiques. Cela représente ainsi une opportunité d'intervention intéressante, puisque les données probantes qui appuient les interventions comportementales permettant de réduire la résistance au coucher chez l'enfant sont nombreuses et les techniques qui les composent sont à la portée des parents (Meltzer et al., 2021). La réalisation d'une étude visant à améliorer le sommeil de l'enfant, et particulièrement la résistance au coucher, permettrait d'en vérifier l'impact sur le stress parental.

#### **4.2 Synthèse des résultats du deuxième volet**

Le deuxième volet de l'étude avait pour but de vérifier, de façon exploratoire à l'aide d'un devis pré-expérimental, la relation entre l'amélioration du sommeil des enfants évoluant au sein de familles vulnérables et deux variables parentales, soit le sommeil du parent et le stress parental.

Au terme d'une intervention ciblant le sommeil des enfants, effectuée auprès de 11 familles en situation de vulnérabilité, une réduction du stress parental a été observée en comparaison à la mesure de base. Ces résultats sont conformes à ceux obtenus dans le premier volet de l'étude ainsi qu'à l'hypothèse de recherche. Soulignons que bien qu'une réduction du stress parental ait été trouvée en concomitance avec l'amélioration du sommeil des enfants, le devis de recherche utilisé ne permet pas de lier cette réduction à l'intervention qu'ont reçue les familles. Les résultats de ce deuxième volet de l'étude sont en ligne avec ceux obtenus par Reid et ses collègues (1999) ainsi qu'Eckgerb (2004), qui ont mesuré une amélioration du stress parental au terme d'une intervention de sommeil menée auprès d'enfants d'âge préscolaire. Ces résultats sont également complémentaires à ceux présentés par Wade et ses collègues (2007), qui ont étudié une population de jeunes enfants issus de minorités ethniques à faibles revenus. Ces derniers ont observé une réduction du stress parental après avoir offert aux familles une courte intervention de groupe. Les résultats de l'étude en cours ont ainsi été obtenus dans un échantillon similaire, mais plus grand et composé de familles caucasiennes. De plus, à la différence de Wade et ses collègues, l'intervention de sommeil proposée aux familles incluait la participation active des enfants.

L'hypothèse selon laquelle l'amélioration du sommeil des enfants est associée au sommeil du parent impliqué dans les soins relatifs au sommeil de l'enfant n'a pu être confirmée par les analyses statistiques. En effet, les indices de sommeil du parent n'ont pas changé de façon statistiquement significative après l'intervention, même si une réduction de la résistance au coucher des enfants a été observée. Cependant, une tendance est notée puisqu'on observe un prolongement de la durée du sommeil des parents d'une heure après l'intervention, ce qui

représente une amélioration clinique importante. Par ailleurs sept des 11 parents ont indiqué dormir plus longtemps à la suite de l'intervention. Un manque de puissance statistique pourrait être à la source de ce résultat statistiquement non significatif dans l'étude actuelle. Rappelons que le nombre d'études qui a été fait sur le sommeil des parents après la petite enfance est très faible, ce qui soutient la contribution des résultats obtenus par cette étude au champ de recherche (Meltzer et al., 2021). Parmi celles-ci, Mindell et ses collaborateurs (2011, 2018) ont trouvé, au cours d'études randomisées contrôlées, une amélioration significative du sommeil du parent à la suite d'interventions de sommeil se rapportant aux soins offerts aux enfants durant la routine du coucher, ce qui soutient notre hypothèse de recherche initiale. De façon intéressante, McQuillan et ses collègues (2022) ont constaté lors d'une récente étude que la présence de pratiques parentales positives dans la routine du coucher permettait de prédire un meilleur sommeil de la mère six mois après, ce qui permettait à son tour de prédire un niveau de stress perçu plus faible, lorsque mesuré six mois plus tard. Ces résultats confirment l'intérêt de l'ajout d'une deuxième mesure post-intervention dans une étude future, puisque les changements dans le sommeil du parent pourraient prendre plus de temps avant de se manifester. En effet, l'intervention sur le sommeil vise à encourager les parents à prendre des actions dirigées vers leurs enfants plutôt que de demeurer passifs devant les difficultés vécues. Ces actions peuvent nuire à leur propre sommeil à court terme puisqu'ils doivent, par exemple, se réveiller durant la nuit pour remettre l'enfant dans son lit ou rester éveillés au moment du coucher pour s'assurer que l'enfant demeure dans sa chambre. Les effets sur leur propre sommeil peuvent donc prendre plus de temps à se concrétiser, ce qu'une mesure à plus long terme après l'intervention pourrait permettre de vérifier.

Les résultats de cette étude permettent ainsi de penser que l'amélioration du sommeil de l'enfant pourrait constituer une façon d'intervenir auprès des familles vulnérables afin de réduire le stress vécu par les parents. Sachant qu'un nombre important de familles ne détiennent pas les connaissances de base pour accompagner le sommeil de leur enfant, cette cible

d'intervention pourrait être visée systématiquement par les intervenants et permettrait du même coup d'influencer positivement le stress parental.

### **4.3 Retombées**

Il importe de rappeler que le deuxième volet de cette étude est exploratoire et que les résultats qui ont été obtenus ne peuvent être généralisés. Toutefois, sa pertinence clinique ainsi que les résultats préliminaires obtenus soulignent l'intérêt que ces objectifs soient étudiés à nouveau. De plus, les conclusions tirées permettent d'élaborer des pistes pour de prochaines recherches de plus grande envergure. À ce titre, la présente étude a notamment constitué un projet-pilote pour un projet subséquent, dont la portée est plus grande, et a contribué à ce que ce projet subséquent reçoive une subvention de recherche au sein de l'un des programmes du Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH).

Ainsi, la constatation qu'une réduction du stress parental au sein d'une population vulnérable est possible au terme d'une intervention de groupe sur le sommeil de l'enfant effectué dans un format très bref et qui comportait à la fois la participation des parents et celle des enfants est intéressante à plusieurs égards. En premier lieu, cette étude est, à notre connaissance, la première à suggérer qu'une intervention de groupe visant à améliorer le sommeil des enfants puisse être associée à des changements positifs chez une population vulnérable. Les études précédentes ont montré l'efficacité des interventions de sommeil : a) chez les enfants, b) sous forme de groupe, ainsi que c) auprès de familles vulnérables. Cette étude serait ainsi une pionnière quant au fait d'intégrer toutes ces variables en plus de soulever les effets positifs de l'implication des enfants d'âge préscolaire lors d'une intervention sur le sommeil. Soulignons que le fait que les enfants prennent part à une séance séparée de celle des parents, destinée à leur transmettre des connaissances sur leur sommeil, représente une opportunité pour ces derniers de développer des habiletés d'autonomie. Par exemple, au cours de l'intervention, les enfants ont pris part à la fabrication de la routine du coucher, ce qui leur permet d'utiliser par eux-mêmes cette stratégie et par le fait même, de devenir moins

dépendants de leur entourage pour favoriser leur bien-être. Cette façon de redonner le pouvoir aux enfants est un concept important pour les familles vulnérables. En effet, en offrant l'opportunité aux enfants d'une participation significative, il leur est alors possible de réaliser des gains personnels importants tels que l'acquisition de nouvelles habiletés, connaissances et compétences ainsi que l'accroissement de leur confiance (UNICEF, 2018). Ceci est en ligne avec le concept d'investissement dans la prévention chez les familles vulnérables qui, plutôt que de mettre l'accent sur la résolution des problèmes et lacunes, vise à consolider leurs facteurs de protection tout en s'appuyant sur les forces dont disposent les enfants pour ultimement enrichir le milieu dans lequel ils évoluent (Stagner & Lansing, 2009). Cette valorisation des capacités de l'enfant est d'autant plus importante chez les familles vulnérables, sachant que plusieurs facteurs qui caractérisent leur situation familiale, telle que l'absence d'organisation physique et temporelle du foyer, un statut monoparental et instable ainsi qu'un faible statut socio-économique, sont des freins à l'établissement d'un sommeil sain chez l'enfant (Covington et al., 2021). De plus, il est possible que la participation active des enfants ainsi que la supervision par les intervenants de la mise en commun des acquis par les enfants et les parents lors d'une dyade à la toute fin de l'intervention aient pu permettre de faciliter l'implantation de l'intervention pour les parents. En effet, on peut penser que les bonnes pratiques de sommeil qui ont été acquises par le parent durant les séances d'éducation puissent être plus facilement mises en œuvre une fois à la maison, alors que l'enfant est familier avec ces connaissances. Cela pourrait avoir pour effet d'éviter une part d'opposition chez l'enfant, alors qu'il a été convié à collaborer dans le processus de création de la routine et qu'il sera à nouveau appelé à collaborer lors de sa mise en pratique (Larzelere et al., 2022). De plus, l'accompagnement par les intervenants lors de la dyade parent-enfant ainsi que le fait que tous les parents soient réunis lors de ces dyades pourrait avoir permis d'insuffler aux parents un sentiment de confiance face aux nouvelles pratiques qu'ils ont à adopter au quotidien. En effet, l'influence de l'environnement est importante dans la croyance qu'a un individu en ses

capacités (Bandura et al., 2019). Observer les autres parents partageant leur routine avec leur enfant ainsi que les encouragements donnés par les intervenants peuvent avoir eu pour effet d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle du parent et ainsi renforcer ses comportements positifs envers son enfant.

Dans un deuxième temps, le fait que cette étude ait permis de démontrer qu'une brève intervention de groupe visant le sommeil des enfants puisse être associée à une diminution du stress parental présente une opportunité d'intervention supplémentaire pour les acteurs qui œuvrent auprès des familles en contexte de vulnérabilité. En effet, peu d'interventions en personne sur le sommeil sont facilement accessibles, et encore moins pour ces familles, alors que l'accès aux services de santé publique au Québec est un enjeu majeur (Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), 2017). Soulignons également que jusqu'à 20% des enfants âgés de 5 à 12 ans présentent des symptômes d'insomnie et tout laisse croire que cette proportion est plus élevée au sein des familles vulnérables (Ravi et al., 2009; Williamson & Mindell, 2019). L'intervention utilisée dans cette étude a été adaptée aux besoins particuliers de la population vulnérable et représente une façon supplémentaire de leur venir en aide en plus de permettre des gains à la fois pour l'enfant et son parent. Ces résultats soutiennent l'importance, également signalée par d'autres auteurs, d'agir au niveau communautaire en outillant les parents afin qu'ils puissent offrir à leurs enfants de saines habitudes de sommeil (Williamson et al., 2021). Rappelons que ces parents, bien qu'ils rencontrent plus de difficultés de sommeil chez leur enfant, sont moins susceptibles de rapporter ces dernières et par le fait même de demander du soutien.

#### **4.4 Limites et pistes futures**

Le second volet de cette étude est exploratoire et il a été mené en l'absence de groupe contrôle et de randomisation. Cela suscite la nécessité qu'une étude randomisée contrôlée incluant un plus grand nombre de participants soit effectuée dans le futur afin d'en appuyer les conclusions et d'assurer que les résultats obtenus ne sont pas influencés par des facteurs

confondants non contrôlés ou un manque de puissance statistique. En effet, bien que les résultats semblent prometteurs, certains facteurs en limitent la portée et les conclusions qui peuvent en être tirées. Notons d'abord que plusieurs facteurs de risque ont été mentionnés dans le contexte théorique en lien avec le stress parental et le sommeil. Bien qu'il aurait été intéressant de pouvoir en ajouter certains à titre de variables de contrôle supplémentaires, tel que le tempérament de l'enfant par exemple, la taille de l'échantillon a limité le nombre de variables que nous avons pu inclure. Soulignons également que plusieurs autres facteurs ou événements survenus dans les semaines précédant les moments de collecte de données auprès des parents peuvent avoir affecté le stress parental ou le sommeil du parent et de son enfant. L'utilisation d'un questionnaire sur les événements de vie ainsi que l'ajout de variables de contrôle supplémentaires devrait être considéré lors d'études futures afin de limiter l'impact de tels facteurs confondants. La présence d'un groupe contrôle dans un protocole de recherche futur est également souhaitable puisque celui-ci permettrait d'éliminer certaines hypothèses alternatives expliquant la réduction du stress parental observée après l'intervention. En effet, un groupe en liste d'attente ou qui recevrait une intervention ne portant pas sur le sommeil des enfants permettrait d'exclure que l'amélioration du stress parental soit liée à d'autres facteurs que l'intervention elle-même ou que des éléments de l'intervention autres que ceux reliés au sommeil aient contribué à cette amélioration (p.ex. soutien parental). Par ailleurs, le petit nombre de participants dans l'échantillon du deuxième volet de l'étude constitue une limite quant à la validité externe, ne permettant pas de généraliser les résultats obtenus. Cette faiblesse de l'étude s'explique par les difficultés qui ont été rencontrées lors du recrutement des participants ainsi qu'aux difficultés qu'ont eues les familles à respecter le protocole de recherche. Le défi posé par l'engagement des familles dans l'intervention est une préoccupation majeure souvent décrite dans la littérature, autant dans la population issue de la communauté que dans la population vulnérable (Girvin et al., 2007; Hackworth et al., 2018; Nock & Kazdin, 2005). Dans le cas présent, la population ciblée lors du recrutement était composée de familles

présentant de grands besoins et un niveau de vulnérabilité élevé, souvent caractérisées par un manque de ressources ainsi qu'un environnement chaotique, ce qui a contribué à l'attrition des participants. Plusieurs parents ont confié être très submergés par leur rôle parental et les problématiques qu'ils vivaient au quotidien. En conséquence, alors que certaines familles ont manifesté un intérêt envers l'étude auprès de l'intervenant les ayant sollicités, peu de parents ont finalement accepté de prendre part à l'étude et près de la moitié des familles rencontrées par l'équipe de recherche ont abandonné le projet en cours d'étude. Dans ce dernier cas, la raison évoquée était le plus souvent un manque de temps à consacrer aux visites à domicile ainsi qu'aux interventions. Il apparaît ainsi primordial de démontrer une sensibilité particulière aux besoins de ces familles lors de l'établissement du protocole de recherche ainsi que d'adapter les interventions qui leur sont proposées.

Mentionnons également que le petit nombre de participants n'a pas permis de tenir compte de leur niveau de participation aux ateliers. Certains parents ont été présents à l'ensemble des ateliers. D'autres parents se sont absentés lors d'une seule séance et des contacts ont été assurés pour leur transmettre le contenu de la rencontre manquée. Dans une étude subséquente, il serait important de tenir compte du degré de participation des parents et de le mettre en lien avec les effets du programme (Durlak & DuPre, 2008). Par ailleurs, il est important de se questionner sur les meilleures façons de recruter et de maintenir la participation de ces familles dans nos interventions. Plusieurs actions ont été prises pour essayer d'assurer la réussite du recrutement et de l'engagement des parents afin de favoriser la mise en œuvre de l'étude. Ces actions se sont avérées être en concordance avec les facteurs soulevés par Houle et ses collègues (2022) dans leur effort de cerner les éléments qui influencent positivement le recrutement des parents à risque dans les programmes de prévention durant la petite enfance. En ce sens, il a été assuré que le premier contact soit effectué par un intervenant connu des parents afin d'assurer qu'ils soient à l'aise de refuser ou de poser des questions. Une grande flexibilité a été démontrée quant aux préférences des parents pour la

cueillette des informations, puisque les rencontres avaient lieu à domicile pour la majeure partie des familles et pour d'autres, les rencontres avaient lieu au centre communautaire qu'ils fréquentaient puisqu'ils étaient plus à l'aise de cette façon. Dans ce même souci du sentiment de sécurité du parent, les interventions se déroulaient au centre communautaire et des intervenantes du centre étaient présentes, tant pour la rencontre de parents que pour l'atelier avec les enfants. Cet endroit représentait un lieu connu pour les parents et était souvent facile d'accès pour eux. Le transport était offert aux parents qui n'avaient pas de moyen de se déplacer, avec la collaboration du centre et de ses intervenantes. Des collations étaient également offertes aux enfants lorsque les ateliers avaient lieu en avant-midi, alors qu'un repas était offert à toute la famille lorsque la rencontre avait lieu en soirée. De plus, des intervenantes étaient présentes pour s'occuper de la fratrie afin que les parents soient libres de participer même s'ils avaient plusieurs enfants à leur charge au moment de l'atelier.

Par ailleurs, afin de s'ajuster à la réalité des parents et afin de s'adapter à la faible adhérence au traitement des familles, le format de l'intervention a été modifié en cours de l'étude. En effet, le premier format de rencontre se faisait en de plus nombreuses séances et a été transformé en deux cafés-rencontres afin de réduire le nombre de fois où les parents devaient se présenter et ainsi essayer d'améliorer le taux de présence aux rencontres. À la lumière des résultats obtenus lors de la première étude, le contenu des séances pourrait être revu pour ne conserver que les informations visant à réduire la résistance au coucher, telles que celle concernant la routine et les interventions au moment du coucher. Cela pourrait permettre de réduire davantage la durée des séances et les simplifier afin de potentiellement augmenter l'adhérence des parents. Bien que cet essai ne visait pas à cibler les éléments actifs de l'intervention proposée aux familles, il serait intéressant d'éventuellement en faire la vérification. Rappelons qu'une compensation financière était offerte aux parents qui participaient, celle-ci étant divisée selon les étapes de l'étude qui étaient accomplies par les familles. Toutes les adaptations apportées ont été effectuées en tenant compte des facteurs qui

influencent favorablement le recrutement de familles évaluant en contexte de vulnérabilité, alors que ceux-ci ont été montrés comme étant importants pour les parents (Houle et al., 2018).

Une autre limite de l'étude relève du fait que toutes les mesures prises étaient de nature subjective, recueillies par des questionnaires autorapportés. Bien que cette méthode de collecte soit peu coûteuse et facile d'utilisation, elle comporte également des désavantages. Dans un premier temps, certains auteurs ont démontré que les scores à des questionnaires autorapportés mesurant l'humeur ou l'état tendent à diminuer lors de passations multiples, particulièrement lorsque la fréquence est élevée (p.ex. chaque semaine) (Longwell & Truax, 2005; Sharpe & Gilbert, 1998). Les résultats de telles études rappellent ainsi que l'on ne peut complètement écarter la possibilité que la diminution des scores de stress parental observée au cours de l'étude ait pu être biaisée par la validité de l'outil. Par ailleurs, un biais du participant, tel que la désirabilité sociale, a pu être induit par la perception des parents au moment de consigner leurs réponses dans les questionnaires. Dans le deuxième volet de l'étude, il a été tenté de réduire la subjectivité des mesures de sommeil en utilisant parallèlement des montres d'actigraphie. Malheureusement, l'intérêt démontré par un grand nombre de parents était faible et celui des enfants à se conformer au protocole était au minimum, résultant en l'impossibilité d'utiliser les données obtenues, dû au grand nombre de données manquantes (p. ex. montres perdues ou non-portées). Un plus grand nombre de participants aurait pu permettre de recueillir un échantillon de données suffisant. Il est à noter que d'autres chercheurs ayant travaillé avec une population vulnérable ont également soulevé cette difficulté à obtenir des données actigraphiques (Covington et al., 2019). Plusieurs actions ont été prises en cours d'étude pour favoriser l'adhésion des familles au port des montres d'actigraphie. En plus des rappels téléphoniques fréquents et d'une rémunération suivant chaque période de port de la montre, des efforts pour intéresser particulièrement l'enfant ont été tentés, en vain. L'obtention de données objectives quant au sommeil aurait pu permettre de déceler une influence significative d'autres caractéristiques du sommeil du parent ou de l'enfant sur le stress parental, ce qui n'a

peut-être pas été possible avec les données rapportées par les parents. En effet, il a été montré que des différences importantes existent entre les mesures objectives, issues d'actigraphie, et les mesures de sommeil autorapportées par les parents (Covington et al., 2019). Rappelons cependant que le résultat d'intérêt de cette étude est l'influence de la résistance au coucher des enfants sur le stress parental. Cette variable du sommeil des enfants reflète davantage les tentatives de l'enfant de retarder l'heure du coucher et ne peut pas être mesurée par une montre d'actigraphie. L'utilisation d'un questionnaire est ainsi une méthode appropriée pour cerner la présence ou non d'une telle difficulté au moment du coucher. Par ailleurs, l'expérience subjective des mères demeure un élément fondamental à considérer, puisque la perception de ces dernières à l'égard de leur enfant représente un prédicteur important des problèmes comportementaux de l'enfant (Renk, 2011).

Enfin, les résultats de cette étude sont également limités par le fait que la majorité des répondants étaient les mères. Bien que les deux parents aient été invités à participer à l'étude, peu de pères ont répondu à l'appel. Sachant que les mères et les pères sont tous deux affectés par les problèmes de sommeil de l'enfant, il serait important que les impacts spécifiques de l'intervention soient étudiés sur les deux parents afin d'en souligner les différences. Comprendre l'expérience subjective des pères permettrait d'adapter les interventions existantes sur le sommeil de l'enfant, qui sont principalement destinées aux mères, augmentant ainsi l'accessibilité des interventions sur le sommeil de l'enfant. De plus, il a été montré que la participation des pères à un programme de formation parental n'affectait pas les résultats immédiats de l'intervention, mais permettait de maintenir les effets à plus long terme de celui-ci, ce qui soulève le rôle complémentaire qu'ont les pères dans les soins apportés par la mère et appuie à nouveau l'importance que les pères soient impliqués activement dans les interventions destinées à leurs enfants (Bagner & Eyberg, 2003).

## Chapitre V — Conclusion

Ces travaux ont permis, dans un premier temps, de confirmer le rôle du sommeil du parent et celui de son enfant d'âge préscolaire en tant que prédicteurs du stress parental au sein d'une population en contexte de vulnérabilité. En effet, certaines caractéristiques liées au sommeil du parent, telles qu'une latence d'endormissement plus grande, une heure de lever plus tardive ainsi que la prise de substance favorisant l'endormissement, ont été associées à un stress parental plus grand. Davantage de résistance au coucher chez l'enfant a également été reliée, et ce, de façon distincte du sommeil du parent, à un stress parental accru. Dans un deuxième temps, les résultats obtenus au cours de l'étude nous permettent de penser qu'il puisse être possible de réduire le stress parental chez des familles évoluant en contexte de vulnérabilité par l'amélioration du sommeil des enfants d'âge préscolaire au moyen d'une intervention comportementale de groupe. De plus, à la lumière des résultats, l'amélioration du sommeil des parents à la suite de l'amélioration du sommeil des enfants demeure une hypothèse plausible qui mérite d'être explorée à nouveau. Il est à noter qu'aucune autre étude auparavant n'a exploré ces hypothèses à la suite d'une intervention de groupe impliquant les enfants, en plus de leurs parents. Par ailleurs, la participation des enfants dans le groupe d'intervention pourrait s'avérer un élément central de l'intervention chez la population vulnérable, en offrant aux enfants l'opportunité d'acquérir de l'autonomie quant à leur propre hygiène de sommeil et augmentant par le fait même la probabilité de succès de l'intervention ainsi que le maintien des gains dans le temps. L'importance clinique de cette étude, et notamment du second volet, soutient l'intérêt qu'elle soit répliquée à l'aide d'un essai randomisé contrôlé impliquant un plus grand nombre de familles et comportant des mesures à plus long terme. Le fait que des changements favorables au sommeil de l'enfant ainsi qu'une réduction du stress parental aient été observés à la suite d'une brève intervention de groupe représente une perspective encourageante afin de définir de nouvelles façons d'intervenir efficacement auprès de ces familles qui ont un accès restreint aux services de santé. Il serait également intéressant

de vérifier comment les parents utiliseront les nouveaux outils de transfert des connaissances sur le sommeil des enfants qui sont disponibles en ligne et si ces outils pourraient aussi permettre d'améliorer le stress parental (Touchette, 2023). Les résultats de cette étude abondent ainsi dans le sens d'autres chercheurs quant à l'importance de faire des investissements quant à la protection du sommeil des jeunes enfants qui évoluent dans un contexte de vulnérabilité (Mancz & Wigley, 2017; Mindell & Williamson, 2018; Williamson & Mindell, 2019). Davantage d'interventions devraient être orientées vers le soutien des familles et des enfants en bas âge afin de leur permettre d'acquérir de saines habitudes de sommeil. Par ailleurs, l'évaluation de la présence de problèmes de sommeil chez les enfants d'âge préscolaire issus de ces milieux devrait être l'un des objectifs poursuivis par les intervenants qui œuvrent auprès de ces familles lorsque les parents recherchent du soutien quant au stress parental.

## Références

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index*. Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index, 3rd Edition : Test manual*. Pediatric Psychology Press.
- Adams, L. A. & Rickert, V. I. (1989). Reducing Bedtime Tantrums: Comparison Between Positive Routines and Graduated Extinction. *Pediatrics*, 84(5), 756.  
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). The integration of a child into a social world. Dans M. P. M. Richards (Éd.), *Infant–mother attachment and social development: “Socialisation” as a product of reciprocal responsiveness to signals*. (p. 99-135). London: Cambridge University Press.
- Allen, S. L., Howlett, M. D., Coulombe, J. A. & Corkum, P. V. (2016). ABCs of SLEEPING: A review of the evidence behind pediatric sleep practice recommendations. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.08.006>
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C. & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14(2), 133-154. <https://doi.org/10.1002/icd.385>
- Austin, K. L., Gordon, J. E. & 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>
- Bacaro, V., Feige, B., Balleisio, A., De Bartolo, P., Johann, A. F., Buonanno, C., Mancini, F., Lombardo, C., Riemann, D. & Baglioni, C. (2019). Considering Sleep, Mood, and Stress in a Family Context: A Preliminary Study. *Clocks & Sleep*, 1(2), 259-272.  
<https://doi.org/10.3390/clockssleep1020022>
- Bagley, E. J., Kelly, R. J., Buckhalt, J. A. & 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>

Bagner, D. M. & Eyberg, S. M. (2003). Father Involvement in Parent Training: When Does It Matter? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32(4), 599-605.

[https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204\\_13](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204_13)

Bandura, A. 1925-2021, Carré, P. & Lecomte, J. 1955-. (2019). Auto-efficacité : comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie. Dans *Ouvertures psychologiques*, 2030-420X TA - TT - (3e édition). de Boeck supérieur.

Barazzetta, M. & Ghislandi, S. (2017). Family Income and Material Deprivation: Do They Matter for Sleep Quality and Quantity in Early Life? Evidence From a Longitudinal Study. *Sleep*, 40(3). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsw066>

Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A. & Bagner, D. M. (2018). Parenting Stress through the Lens of Different Clinical Groups: a Systematic Review & Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(3), 449-461. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6>

Benzies, K. M., Harrison, M. J. & Magill-Evans, J. (2004). Parenting Stress, Marital Quality, and Child Behavior Problems at Age 7 Years. *Public Health Nursing*, 21(2), 111-121.

<https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.021204.x>

Bérubé, A., Lafantaisie, V., Caron, J., Couvillon, L., Sirois, M.-C., Dubeau, D., Coutu, S., Devault, A., Lacharité, C. & Houde, J.-P. (2015). *Place aux Parents : Analyse participative des besoins de l'enfant et de sa famille dans le cadre de la rencontre de dialogue avec la famille et les partenaires.*

Bigras, M., Lafrenière, P. J. & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental: Manuel francophone en complément à l'édition américaine.* Multi-Health Systems.

Bishop, M. N., Gise, J. E., Donati, M. R., Shneider, C. E., Aylward, B. S. & Cohen, L. L. (2019). Parenting Stress, Sleep, and Psychological Adjustment in Parents of Infants and Toddlers With Congenital Heart Disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(8), 980-987.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz026>

- 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. & 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)
- Blais, F. C., Gendron, L., Mimeault, V. & Morin, C. M. (1997). Evaluation de l'insomnie: Validation de trois questionnaires. [Assessment of insomnia: Validation of three questionnaires.]. Dans *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique* (Vol. 23, Numéro 6, p. 447-453). Masson.  
<https://psycnet.apa.org/record/1997-39030-007>
- Bocknek, E. L., Richardson, P. A., van den Heuvel, M. I., Qipo, T. & Brophy-Herb, H. E. (2018). Sleep moderates the association between routines and emotion regulation for toddlers in poverty. *Journal of Family Psychology*, 32(7), 966-974. <https://doi.org/10.1037/fam0000433>
- Boergers, J., Hart, C., Owens, J. A., Streisand, R. & 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>
- Booth, A. T., Macdonald, J. A. & Youssef, G. J. (2018). Contextual stress and maternal sensitivity: A meta-analytic review of stress associations with the Maternal Behavior Q-Sort in observational studies. *Developmental Review*, 48(December 2017), 145-177.  
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.02.002>
- Bronte-Tinkew, J., Horowitz, A. & Carrano, J. (2010). Aggravation and stress in parenting: Associations with coparenting and father engagement among resident fathers. *Journal of Family Issues*, 31(4), 525-555. <https://doi.org/10.1177/0192513X09340147>
- Buchanan-Pascall, S., Gray, K. M., Gordon, M. & Melvin, G. A. (2018). Systematic Review and Meta-analysis of Parent Group Interventions for Primary School Children Aged 4–12 Years

- with Externalizing and/or Internalizing Problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(2), 244-267. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0745-9>
- Buckhalt, J. A., El-Sheikh, M. & 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>
- Burrell, B., Thompson, B. & Sexton, D. (1994). Predicting child abuse potential across family types. *Child Abuse and Neglect*, 18(12), 1039-1049. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90130-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90130-9)
- Buxton, O. M., Chang, A. M., Spilsbury, J. C., Bos, T., Emsellem, H. & Knutson, K. L. (2015). Sleep in the modern family: Protective family routines for child and adolescent sleep. *Sleep Health*, 1(1), 15-27. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.002>
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Byars, K. C. & Simon, S. L. (2016). Behavioral treatment of pediatric sleep disturbance: Ethical considerations for pediatric psychology practice. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4(2), 241-248. <https://doi.org/10.1037/cpp0000149>
- Byars, K. C., Yeomans-Maldonado, G. & 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>
- Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E. & Pan, Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science*, 343(6178), 1478-1485. <https://doi.org/10.1126/science.1248429>
- Cappa, K. A., Begle, A. M., Conger, J. C., Dumas, J. E. & Conger, A. J. (2011). Bidirectional

- Relationships Between Parenting Stress and Child Coping Competence: Findings From the Pace Study. *Journal of Child and Family Studies*, 20(3), 334-342.  
<https://doi.org/10.1007/s10826-010-9397-0>
- Chan, Y. C. (1994). Parenting stress and social support of mothers who physically abuse their children in Hong Kong. *Child Abuse and Neglect*, 18(3), 261-269.  
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90110-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90110-4)
- Chien, N. C. & Mistry, R. S. (2013). Geographic Variations in Cost of Living: Associations With Family and Child Well-Being. *Child Development*, 84(1), 209-225.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01846.x>
- Clément, M.-È., Julien, D., Lévesque, S. & Flores, J. (2019). *Attitudes et conduites parentales à caractère violent envers les enfants*.  
[www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2018.pdf#page=21](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2018.pdf#page=21)
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2017). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016*.  
[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE\\_RapportGlobal\\_2016\\_ACCESS.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf)
- Conger, R. D. & Conger, K. J. (2002). Resilience in Midwestern families: Selected findings from the first decade of a prospective, longitudinal study. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 361-373. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00361.x>
- Conger, R. D. & Donnellan, M. B. (2007). An Interactionist Perspective on the Socioeconomic Context of Human Development. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 175-199.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085551>
- Cooney, M. R., Short, M. A. & 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>

- Covington, L. B., Rogers, V. E. & Black, M. M. (2019). Sleep Measurement in Toddlers From Low-income Families. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 40*(3), 219-223. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000651>
- Crnic, K. A., Gaze, C. & 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>
- Crouch, J. L. & Behl, L. E. (2001). Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential. *Child Abuse and Neglect, 25*(3), 413-419. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00256-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00256-8)
- De Stasio, S., Boldrini, F., Ragni, B. & Gentile, S. (2020). Predictive factors of toddlers' sleep and parental stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph17072494>
- De Stasio, S., Ragni, B., Boldrini, F., Bevilacqua, F. & Gentile, S. (2018). Parental stress and bedtime routines in toddlerhood. *Anthropological Researches and Studies, 8*(1). <https://doi.org/10.26758/8.1.7>
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*(3), 314-332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>
- Deater-Deckard, K. (2014). Parenting Stress. Dans *Parenting Stress*. Yale Univ. Press. <https://doi.org/10.12987/yale/9780300103939.001.0001>
- Deater-Deckard, K. & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology, 10*(1), 45-59. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.1.45>
- Doane, L. D., Breitenstein, R. S., Beekman, C., Clifford, S., Smith, T. J. & 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>

Douglas, P. S. & Hill, P. S. (2013). Behavioral sleep interventions in the first six months of life do not improve outcomes for mothers or infants: A systematic review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 34*(7), 497-507.

<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31829cafa6>

Duncan, G. J. & Magnuson, K. (2013). Investing in Preschool Programs. *Journal of Economic Perspectives, 27*(2), 109-132. <https://doi.org/10.1257/jep.27.2.109>

Duncan, G. J. & Sojourner, A. J. (2013). Can Intensive Early Childhood Intervention Programs Eliminate Income-Based Cognitive and Achievement Gaps? *Journal of Human Resources, 48*(4), 945-968. <https://doi.org/10.3368/jhr.48.4.945>

Durand, V. M. (2008). *When children don't sleep well interventions for pediatric sleep disorders : therapist guide*. Oxford University Press.

<http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=mylibrary&ezurl=http://www.mylibrary.com?id=152922>

Durand, V. M. & Mindell, J. A. (1990). Behavioral Treatment of Multiple Childhood Sleep Disorders: Effects on Child and Family. *Behavior Modification, 14*(1), 37-49.

<https://doi.org/10.1177/01454455900141003>

Durlak, J. A. & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3-4), 327-350.

<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>

Eckerberg, B. (2004). Treatment of sleep problems in families with young children: effects of treatment on family well-being. *Acta Paediatrica, 93*(1), 126-134.

<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2004.tb00686.x>

El-Sheikh, M., Bagley, E. J., Keiley, M., Elmore-Staton, L., Chen, E. & Buckhalt, J. A. (2013).

- Economic adversity and children's sleep problems: Multiple indicators and moderation of effects. *Health Psychology*, 32(8), 849-859. <https://doi.org/10.1037/a0030413>
- El-Sheikh, M., Buckhalt, J. A., Mize, J. & 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., Kelly, R. J., Buckhalt, J. A. & 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>
- Fabbri, M., Beracci, A., Martoni, M., Meneo, D., Tonetti, L. & Natale, V. (2021). Measuring subjective sleep quality: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1-57. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031082>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th éd.). SAGE Publications Ltd.
- Fox, S. E., Levitt, P. & Nelson III, C. A. (2010). How the Timing and Quality of Early Experiences Influence the Development of Brain Architecture. *Child Development*, 81(1), 28-40. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x>
- Gallagher, S., Phillips, A. C. & Carroll, D. (2010). Parental stress is associated with poor sleep quality in parents caring for children with developmental disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(7), 728-737. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp093>
- Galland, B. C. & Mitchell, E. A. (2010). Helping children sleep. *Archives of Disease in Childhood*, 95(10), 850-853. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.162974>
- Garelli, C. & Wendland, J. (2017). Aptitude à la mentalisation parentale, disposition à la conscience de soi et stress parental chez les mères d'enfants âgés de 1 à 4 ans. *Devenir*, 29(2), 105-123. <https://doi.org/10.3917/dev.172.0105>
- Gelman, V. S. & King, N. J. (2001). Wellbeing of mothers with children exhibiting sleep

disturbance. *Australian Journal of Psychology*, 53(1), 18-22.

<https://doi.org/10.1080/00049530108255117>

Gershoff, E. T., Aber, J. L., Raver, C. C. & Lennon, M. C. (2007). Income Is Not Enough:

Incorporating Material Hardship Into Models of Income Associations With Parenting and

Child Development. *Child Development*, 78(1), 70-95. <https://doi.org/10.1111/j.1467->

8624.2007.00986.x

Giallo, R., Rose, N. & 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>

Girvin, H., DePanfilis, D. & Daining, C. (2007). Predicting Program Completion Among Families

Enrolled in a Child Neglect Preventive Intervention. *Research on Social Work Practice*,

17(6), 674-685. <https://doi.org/10.1177/1049731507300285>

Goldstein, D. S. & Kopin, I. J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10(2), 109-120.

<https://doi.org/10.1080/10253890701288935>

Hackworth, N. J., Matthews, J., Westrupp, E. M., Nguyen, C., Phan, T., Scicluna, A., Cann, W.,

Bethelsen, D., Bennetts, S. K. & Nicholson, J. M. (2018). What Influences Parental

Engagement in Early Intervention? Parent, Program and Community Predictors of

Enrolment, Retention and Involvement. *Prevention Science*, 19(7), 880-893.

<https://doi.org/10.1007/s11121-018-0897-2>

Hahn, R. A., Barnett, W. S., Knopf, J. A., Truman, B. I., Johnson, R. L., Fielding, J. E.,

Muntaner, C., Jones, C. P., Fullilove, M. T. & Hunt, P. C. (2016). Early childhood education

to promote health equity: A community guide systematic review. *Journal of Public Health*

*Management and Practice*, 22(5), E1-E8. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000378>

Hale, L. & James, S. (2017). Sociodemographic, Psychosocial, and Contextual Factors in

Children's Sleep. Dans *Family Contexts of Sleep and Health Across the Life Course*

- (Springer, p. 153-173). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64780-7>
- Hall, W. A. & Nethery, E. (2019). What does sleep hygiene have to offer children's sleep problems? *Paediatric Respiratory Reviews*, 31(October), 64-74.  
<https://doi.org/10.1016/j.prrv.2018.10.005>
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S. & Allaire, J. C. (2006). Factor structure and validity of the parenting stress index-short form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 302-312. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3502\\_14](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3502_14)
- Hattangadi, N., Cost, K. T., Birken, C. S., Borkhoff, C. M., Maguire, J. L., Szatmari, P. & Charach, A. (2020). Parenting stress during infancy is a risk factor for mental health problems in 3-year-old children. *BMC Public Health*, 20(1), 1-7.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09861-5>
- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Social Sciences*, 312(June), 2005-2007. <https://doi.org/10.1126/science.1130121>
- Hiscock, H. & Davey, M. J. (2012). Sleep disorders in infants and children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(9), 941-944. <https://doi.org/10.1111/jpc.12033>
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Lopez-Wagner, M. C., Hodge, D., Nam, C. Y. & Botts, B. H. (2008). Children With Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 23(3), 155-165. <https://doi.org/10.1177/1088357608316271>
- Holly, L. E., Fenley, A. R., Kritikos, T. K., Merson, R. A., Abidin, R. R. & Langer, D. A. (2019). Evidence-Base Update for Parenting Stress Measures in Clinical Samples. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48(5), 685-705.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1639515>
- Honaker, S. M. & Meltzer, L. J. (2016). Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 31-39.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2015.01.004>

- Houle, A.-A., Besnard, T. & Bérubé, A. (2022). Factors that influence parent recruitment into prevention programs in early childhood: A mixed studies systematic review. *Children and Youth Services Review*, 133, 106367.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106367>
- Houle, A.-A., Besnard, T., Bérubé, A. & Dagenais, C. (2018). Factors that influence parent recruitment into prevention programs in early childhood: A concept map of parents', practitioners', and administrators' points of view. *Children and Youth Services Review*, 85, 127-136. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.12.014>
- Houzel, D. & Dayan, J. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Érès.
- Hoyniak, C. P., Bates, J. E., Staples, A. D., Rudasill, K. M., Molfese, D. L. & Molfese, V. J. (2019). Child Sleep and Socioeconomic Context in the Development of Cognitive Abilities in Early Childhood. *Child Development*, 90(5), 1718-1737.  
<https://doi.org/10.1111/cdev.13042>
- Hughes, A., Gallagher, S. & Hannigan, A. (2015). A Cluster Analysis of Reported Sleeping Patterns of 9-Month Old Infants and the Association with Maternal Health: Results from a Population Based Cohort Study. *Maternal and Child Health Journal*, 19(8), 1881-1889.  
<https://doi.org/10.1007/s10995-015-1701-6>
- Institut de la statistique du Québec. (2012). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*. <https://tout-petits.org/donnees/environnement-familial/etat-de-sante-physique-et-mentale-des-parents/stress-parental/stress-mere-et-pere/>
- Jarrin, D. C., McGrath, J. J. & 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>
- Jung, E. & Jin, B. (2019). Associations Between Sleep Problems, Cognitive, and Socioemotional Functioning from Preschool to Adolescence. *Child & Youth Care Forum*, 48(6), 829-848. <https://doi.org/10.1007/s10566-019-09509-5>

- Katz, T. & Malow, B. A. (2014). Sleep education and the importance of starting early. *Sleep*, 37(6), 1033-1034. <https://doi.org/10.5665/sleep.3754>
- Kelly, R. J. & El-Sheikh, M. (2011). Marital Conflict and Children's Sleep: Reciprocal Relations and Socioeconomic Effects. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 412-422. <https://doi.org/10.1037/a0023789>
- Kempler, L., Sharpe, L., Miller, C. B. & Bartlett, D. J. (2016). Do psychosocial sleep interventions improve infant sleep or maternal mood in the postnatal period? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.08.002>
- Killgore, W. D. S. (2010). Effects of sleep deprivation on cognition. Dans *Progress in Brain Research* (Vol. 185, Numéro C, p. 105-129). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53702-7.00007-5>
- Kirkpatrick, B., Louw, J. S. & Leader, G. (2019). Efficacy of parent training incorporated in behavioral sleep interventions for children with autism spectrum disorder and/or intellectual disabilities: a systematic review. *Sleep Medicine*, 53, 141-152. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.08.034>
- Kuhn, B. R. & Elliott, A. J. (2003). Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 587-597. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00061-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00061-8)
- Kurth, S., Olini, N., Huber, R. & LeBourgeois, M. (2015). Sleep and Early Cortical Development. *Current Sleep Medicine Reports*, 1(1), 64-73. <https://doi.org/10.1007/s40675-014-0002-8>
- Larzelere, R. E., Ritchie, K. L., Knowles, S. J., Curtis, J., Lin, H., Oliver, M. G., Bigler, J. F. & Larzelere, W. A. (2022). Immediate and Longer-Term Effects of Modeling Desired Behavior and Collaborating when Toddlers are Noncompliant. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02367-1>

- Latuillière, M. (2015). Qui dit parentalité ? *Spirale*, 75(3), 15-22.  
<https://doi.org/10.3917/spi.075.0015>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Le Blanc, M.-F., Raynault, M.-F. & Lessard, R. (2012). *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru. (2<sup>e</sup> éd.)*.
- Leigh, B. & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-24>
- Longwell, B. T. & Truax, P. (2005). The differential effects of weekly, monthly, and bimonthly administrations of the beck Depression Inventory-II: Psychometric properties and clinical implications. *Behavior Therapy*, 36(3), 265-275.  
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80075-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80075-9)
- Lundahl, A., Nelson, T. D., Van Dyk, T. R. & West, T. (2013). Psychosocial stressors and health behaviors: examining sleep, sedentary behaviors, and physical activity in a low-income pediatric sample. *Clinical Pediatrics*, 52(8), 721-729.  
<https://doi.org/10.1177/0009922813482179>
- Malow, B., Adkins, K., Reynolds, A., Weiss, S., Loh, A., Fawkes, D., Katz, T., Goldman, S., Madduri, N., Hundley, R. & Clemons, T. (2014). Parent-Based Sleep Education for Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(1), 216-228. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1866-z>
- Mancz, G. & Wigley, W. (2017). Long-term outcomes of techniques used to manage sleep disturbance in the under-5s. *Journal of Health Visiting*, 5(1), 16-24.  
<https://doi.org/10.12968/johv.2017.5.1.16>
- Marienau, C. & Segal, J. (2006). Parents as developing adult learners. *Child welfare*, 85(5), 767-784. <https://doi.org/10.1016/j.talanta.2012.07.080>
- Martin, J., Hiscock, H., Hardy, P., Davey, B. & Wake, M. (2007). Adverse associations of infant

- and child sleep problems and parent health: an Australian population study. *Pediatrics*, 119(5), 947-955. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2569>
- McQuillan, M. E., Bates, J. E., Staples, A. D. & Deater-Deckard, K. (2019). Maternal stress, sleep, and parenting. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 349-359. <https://doi.org/10.1037/fam0000516>
- Mechanic, D. & Tanner, J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: Societal view. *Health Affairs*, 26(5), 1220-1230. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1220>
- Meltzer, L. J. & 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. & 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>
- Meltzer, L. J. & Montgomery-Downs, H. E. (2011). Sleep in the Family. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 765-774. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.010>
- Meltzer, L. J., Wainer, A., Engstrom, E., Pepa, L. & Mindell, J. A. (2021). Seeing the Whole Elephant: a scoping review of behavioral treatments for pediatric insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 56, 101410. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101410>
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H. & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse and Neglect*, 80(October 2017), 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>
- Millikovsky-Ayalon, M., Atzaba-Poria, N. & Meiri, G. (2015). The role of the father in child sleep disturbance: Child, parent, and parent-child relationship. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 114-127. <https://doi.org/10.1002/imhj.21491>
- Mindell, J. A., Du Mond, C. E., Sadeh, A., Telofski, L. S., Kulkarni, N. & Gunn, E. (2011).

- Efficacy of an Internet-Based Intervention for Infant and Toddler Sleep Disturbances. *Sleep*, 34(4), 451-458B. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.4.451>
- Mindell, J. A. & 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., Sadeh, A. & American Academy of Sleep Medicine. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1263-1276. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17068979>
- Mindell, J. A., Lee, C. I., Leichman, E. S. & Rotella, K. N. (2018). Massage-based bedtime routine: impact on sleep and mood in infants and mothers. *Sleep Medicine*, 41, 51-57. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.09.010>
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kwon, R. & Goh, D. Y. T. (2015). Relationship Between Child and Maternal Sleep: A Developmental and Cross-Cultural Comparison. *Journal of Pediatric Psychology*. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv008>
- Mindell, J. A., Sedmak, R., Boyle, J. T., Butler, R. & Williamson, A. A. (2016). 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. & Kurtz, E. S. (2009). A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep*, 32(5), 599. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.5.599>
- Mindell, J. A. & 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>
- Mingebach, T., Kamp-Becker, I., Christiansen, H. & Weber, L. (2018). Meta-meta-analysis on

- the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PLoS ONE*, *13*(9), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202855>
- Mollaveva, T., Thurairajah, P., Burton, K., Mollaveva, S., Shapiro, C. M. & Colantonio, A. (2016). The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, *25*, 52-73. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.01.009>
- Moss, A. H. B., Gordon, J. E. & O'Connell, A. (2014). Impact of Sleepwise: An intervention for youth with developmental disabilities and sleep disturbance. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(7), 1695-1707. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2040-y>
- National Sleep Foundation. (2004). *2004 Sleep in America Poll: Children and sleep*. The Foundation. [http://sleepfoundation.org/sites/default/files/FINAL\\_SOF\\_2004.pdf](http://sleepfoundation.org/sites/default/files/FINAL_SOF_2004.pdf)
- Neville, H. J., Stevens, C., Pakulak, E., Bell, T. A., Fanning, J., Klein, S. & 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. & 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>
- Nock, M. K. & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(5), 872-879. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.5.872>
- O'Brien, L. M. (2011). The neurocognitive effects of sleep disruption in children and adolescents. *Sleep Medicine Clinics*, *6*(1), 109-116.

<https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2010.12.007>

Observatoire des tout-petits. (2019). *Dans quels environnements grandissent les tout-petits du Québec ? Portrait 2019*. <https://tout-petits.org/img/rapports/2019/Portrait-2019-Observatoire-tout-petits.pdf>

Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., Dauvilliers, Y., Ferri, R., Fung, C., Gozal, D., Hazen, N., Krystal, A., Lichstein, K., Mallampalli, M., Plazzi, G., Rawding, R., Scheer, F. A., Somers, V. & Vitiello, M. V. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health*, 3(1), 6-19.  
<https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>

Östberg, M. & Hagekull, B. (2000). A Structural Modeling Approach to the Understanding of Parenting Stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 615-625.  
<https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2904>

Östberg, M. & Hagekull, B. (2013). Parenting stress and external stressors as predictors of maternal ratings of child adjustment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(3), 213-221.  
<https://doi.org/10.1111/sjop.12045>

Östberg, M., Hagekull, B. & Wettergren, S. (1997). A measure of parental stress in mothers with small children: Dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38(3), 199-208. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00028>

Owens, J. A. (2008). Classification and Epidemiology of Childhood Sleep Disorders. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 35(3), 533-546. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2008.06.003>

Owens, J. A., Jones, C. & 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., Spirito, A. & 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/10.1093/sleep/23.8.1d>

Parkes, A., Sweeting, H. & Wight, D. (2015). Parenting stress and parent support among mothers with high and low education. *Journal of Family Psychology*, 29(6), 907-918. <https://doi.org/10.1037/fam0000129>

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. & 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), 785-786. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5866>

Pesonen, A. K., Räikkönen, K., Heinonen, K., Komsu, N., Järvenpää, A. L. & Strandberg, T. (2008). A transactional model of temperamental development: Evidence of a relationship between child temperament and maternal stress over five years. *Social Development*, 17(2), 326-340. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00427.x>

Prather, A. A., Bogdan, R. & Hariri, A. R. (2013). Impact of sleep quality on amygdala reactivity, negative affect, and perceived stress. *Psychosomatic Medicine*, 75(4), 350-358. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31828ef15b>

Pritchard, A. A. & 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>

Quach, J., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C. & Wake, M. (2011). A brief sleep intervention improves outcomes in the school entry year: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 128(4), 692-701. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0409>

Rafferty, Y. & 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>

Ramon, I., Chattopadhyay, S. K., Barnett, W. S. & Hahn, R. A. (2018). Early Childhood Education to Promote Health Equity: A Community Guide Economic Review. *Journal of Public Health Management and Practice*, 24(1), e8-e15.

<https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000557>

Raphael, J. L., Zhang, Y., Liu, H. & Giardino, A. P. (2010). Parenting stress in US families: Implications for paediatric healthcare utilization. *Child: Care, Health and Development*, 36(2), 216-224. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01052.x>

Ravi, S., Sumana, M., Susan, C., Peter, V., Marina, T., N., V. A. & O., B. E. (2009). Medical Complaints Are More Common in Young School-Aged Children with Parent Reported Insomnia Symptoms. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 05(06), 549-553.

<https://doi.org/10.5664/jcsm.27656>

Reid, M. J., Walter, A. L. & 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 & Family Behavior Therapy*, 33(2), 123-138.

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

Respler-Herman, M., Mowder, B. A., Yasik, A. E. & Shamah, R. (2012). Parenting Beliefs, Parental Stress, and Social Support Relationships. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 190-198. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9462-3>

Reynaud, E., Vecchierini, M. F., Heude, B., Charles, M. A. & Plancoulaine, S. (2018). 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>

- Rodriguez, C. M. (2011). Association Between Independent Reports of Maternal Parenting Stress and Children's Internalizing Symptomatology. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 631-639. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9438-8>
- Rodriguez, C. M. & Green, A. J. (1997). Parenting stress and anger expression as predictors of child abuse potential. *Child Abuse and Neglect*, 21(4), 367-377. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00177-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00177-9)
- Rodriguez, C. M. & Richardson, M. J. (2007). Stress and anger as contextual factors and preexisting cognitive schemas: Predicting parental child maltreatment risk. *Child Maltreatment*, 12(4), 325-337. <https://doi.org/10.1177/1077559507305993>
- Sadeh, A., Tikotzky, L. & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.05.003>
- Saisto, T., Salmela-aro, K., Nurmi, J. & HalmesmÄäki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 219-228. <https://doi.org/10.1080/01674820802000467>
- Sepa, A., Frodi, A. & Ludvigsson, J. (2004). Psychosocial correlates of parenting stress, lack of support and lack of confidence/security. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2), 169-179. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-1642587180&partnerID=40&md5=3a01fc80a0fdb7e843e59b5fff0df698>
- Sharpe, J. P. & Gilbert, D. G. (1998). Effects of repeated administration of the Beck Depression Inventory and other measures of negative mood states. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 457-463. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00193-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00193-1)
- Sinai, D. & Tikotzky, L. (2012). Infant sleep, parental sleep and parenting stress in families of mothers on maternity leave and in families of working mothers. *Infant Behavior and Development*, 35(2), 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.01.006>

- Singer, G. H. S., Ethridge, B. L. & Aldana, S. I. (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 357-369. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20175>
- Singh, G. K. & Kenney, M. K. (2013). Rising Prevalence and Neighborhood, Social, and Behavioral Determinants of Sleep Problems in US Children and Adolescents, 2003–2012. *Sleep Disorders*, 2013, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2013/394320>
- Skreden, M., Skari, H., Malt, U. F., Pripp, A. H., Björk, M. D., Faugli, A. & Emblem, R. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(7), 596-604. <https://doi.org/10.1177/1403494812460347>
- Soltis, K., Davidson, T. M., Moreland, A., Felton, J. & Dumas, J. E. (2015). Associations Among Parental Stress, Child Competence, and School-Readiness: Findings from the PACE Study. *Journal of Child and Family Studies*, 24(3), 649-657. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9875-2>
- Soulet, M.-H. (2014). « Les raisons d'un succès. La vulnérabilité comme analyseur des problèmes sociaux contemporains ». Dans A. Bordiez-Dolino, I. Von Bueltzingsloewen, B. Eyraud, C. Laval & B. Ravon (Éd.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales* (Presses un, p. 59-64).
- Spruyt, K. (2019). A review of developmental consequences of poor sleep in childhood. *Sleep Medicine*, 60, 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.11.021>
- Stagner, M. & Lansing, J. (2009). Progress toward a Prevention Perspective. *The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, 19, 19-38. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0036>
- Steiner, A., Koegel, L., Koegel, R. & Ence, W. (2012). Issues and Theoretical Constructs

- Regarding Parent Education for Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6), 1218-1227. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1194-0>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M. & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Stuttard, L., Beresford, B., Clarke, S., Beecham, J. & 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>
- Taylor, C. A., Guterman, N. B., Lee, S. J. & Rathouz, P. J. (2009). Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American Journal of Public Health*, 99(1), 175-183. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.126722>
- Thibault, J., Jetté, M. & Desrosiers, H. (2001). Aspects conceptuels et opérationnels, section I – Conception de la phase I de l'ÉLDEQ, instruments et déroulement . Dans Institut de la statistique du Québec (Éd.), *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)* (Vol. 1).
- Thomas, L., Parker, S., Song, H., Gunatillaka, N., Russell, G., Harris, M., Haggerty, J., Levesque, J. F., Dahrouge, S., Lewis, V., Scott, C. & Stocks, N. (2019). Health service brokerage to improve primary care access for populations experiencing vulnerability or disadvantage: A systematic review and realist synthesis. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4088-z>
- Touchette, É. (2023). *Apprendre à dormir*. <https://www.apprendreadormir.com/>
- Tsai, N., Eccles, J. S. & Jaeggi, S. M. (2019). Stress and executive control: Mechanisms, moderators, and malleability. *Brain and Cognition*, 133(October), 54-59.  
<https://doi.org/10.1016/j.bandc.2018.10.004>

- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health and Well-Being of Children: A Portrait of States and the Nation, 2011-2012*. <https://mchb.hrsa.gov/nsch/2011-12/health/childs-family/parental-stress.html>
- UNICEF. (2018). *National human rights institutions (NHRIs) Series: Tools to support child-friendly practices*. 48. [https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org/eca/files/2019-02/NHRI\\_Participation.pdf](https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org/eca/files/2019-02/NHRI_Participation.pdf)
- Urfer-Maurer, N., Weidmann, R., Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., Grob, A., Weber, P. & Lemola, S. (2017). The association of mothers' and fathers' insomnia symptoms with school-aged children's sleep assessed by parent report and in-home sleep-electroencephalography. *Sleep Medicine*, 38, 64-70. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.07.010>
- van Dalfsen, J. H. & Markus, C. R. (2018). The influence of sleep on human hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis reactivity: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 39, 187-194. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.10.002>
- Van Reeth, O., Weibel, L., Spiegel, K., Leproult, R., Dugovic, C. & Maccari, S. (2000). Interactions between stress and sleep: From basic research to clinical situations. *Sleep Medicine Reviews*, 4(2), 201-219. <https://doi.org/10.1053/smr.1999.0097>
- Varma, P., Conduit, R., Junge, M. & 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>
- Wade, C. M., Ortiz, C. & Gorman, B. S. (2007). Two-session group parent training for bedtime noncompliance in head start preschoolers. *Child and Family Behavior Therapy*, 29(3), 23-55. [https://doi.org/10.1300/J019v29n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J019v29n03_03)
- Wake, M., Morton-Allen, E., Poulakis, Z., Hiscock, H., Gallagher, S. & Oberklaid, F. (2006). Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community-based study. *Pediatrics*, 117(3), 836-842.

<https://doi.org/10.1542/peds.2005-0775>

- Webster-Stratton, C. & 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>
- Whalen, D. J., Gilbert, K. E., Barch, D. M., Luby, J. L. & Belden, A. C. (2017). Variation in common preschool sleep problems as an early predictor for depression and anxiety symptom severity across time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 58*(2), 151-159. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12639>
- Williams, D. T., Cheadle, J. E. & Goosby, B. J. (2015). Hard Times and Heart Break: Linking Economic Hardship and Relationship Distress. *Journal of Family Issues, 36*(7), 924-950. <https://doi.org/10.1177/0192513X13501666>
- Williams, P. G., Suchy, Y. & Rau, H. K. (2009). Individual Differences in Executive Functioning: Implications for Stress Regulation. *Annals of Behavioral Medicine, 37*(2), 126-140. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9100-0>
- Williamson, A. A. & Mindell, J. A. (2019). Cumulative socio-demographic risk factors and sleep outcomes in early childhood. *Sleep, 40*(September), 1-13. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz233>
- Williamson, A. A., Zendarski, N., Lange, K., Quach, J., Molloy, C., Clifford, S. A. & Mulraney, M. (2021). Sleep problems, internalizing and externalizing symptoms, and domains of health-related quality of life: Bidirectional associations from early childhood to early adolescence. *Sleep, 44*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsaa139>
- Williford, A. P. A. P., Calkins, S. D. S. D. & Keane, S. P. S. P. (2007). Predicting changes in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(2), 251-263. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9082-3>
- Wilson, K. E., Miller, A. L., Bonuck, K., Lumeng, J. C. & 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>

World Health Organization. (2018). *Health inequities and their causes*.

<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>

Wu, Q. & Xu, Y. (2020). Parenting stress and risk of child maltreatment during the COVID-19 pandemic: A family stress theory-informed perspective. *Developmental Child Welfare*, 2(3), 180-196. <https://doi.org/10.1177/2516103220967937>

Yoo, S. Y. (2019). The Impact of Immigrant Parental Stress on the Risk of Child Maltreatment among Korean Immigrant Parents. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 12(1), 49-59. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0173-9>

**Annexe A – Questionnaire sur le sommeil des enfants de l'Étude 1**

## QUESTIONNAIRE SUR LE SOMMEIL



Je vais te poser quelques questions qui portent sur le sommeil de ton enfant. Répond à chacune des questions du mieux que tu peux en repensant à ce qui s'est passé dans la dernière semaine ou le dernier mois. Si la dernière semaine ou le dernier ont été inhabituels pour une raison spécifique (tel qu'une infection d'oreille de ton enfant ou si vous étiez en vacances), choisis ce qui arrive habituellement.

### Planchettes - Questionnaire sur le sommeil #1

1. Durant le **dernier mois**, ton enfant s'est couché à quelle heure le soir habituellement?.....
  
2. Durant le **dernier mois**, à quelle heure ton enfant s'est-il habituellement levé le matin la semaine et la fin de semaine?
  - a. Heure habituelle du lever la semaine: .....
  - b. Heure habituelle du lever la fin de semaine: .....
  
3. Durant le **dernier mois**, 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)?
 

Heures de sommeil par nuit la semaine : .....

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

	1 Rarement 0-1 nuit/sem	2 Souvent 2-4 nuits/sem	3 Presque tout le temps 5-7 nuits/sem
4. L'enfant éprouve de la difficulté au moment du coucher (pleure, refuse de rester coucher).			
5. L'enfant semble fatigué durant la journée.			

**Annexe B – Indice de qualité du sommeil de Pittsburgh**

## Indices de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (IQSP)

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

### Instructions :

Les questions suivantes font référence à vos habitudes de sommeil au cours du **dernier mois** seulement. Vos réponses devraient correspondre aux meilleures estimations possibles pour la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. S'il vous plaît, répondez à toutes les questions.

- |  |   |
|--|---|
| 1. Durant le dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous couché?   | Heure habituelle de<br>coucher : _____            |
| 2. Durant le dernier mois, combien de temps (en min.) avez-vous pris pour vous endormir à chaque soir?                                     | Nombre de minutes :<br>_____                      |
| 3. Durant le dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous levé le matin?  | Heure habituelle de<br>Lever : _____              |
| 4. Durant le dernier mois, combien d'heures de sommeil avez-vous eu par nuit (ceci peut être différent du nombre d'heures passées au lit)? | Nombre d'heures de<br>sommeil par nuit :<br>_____ |

Pour chacune des questions suivantes, cochez la meilleure réponse. S.V.P, répondez à toutes les questions.

5. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce que vous...

a) ne pouviez pas vous endormir à l'intérieur de 30 minutes.

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
-------------------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------------------

b) vous réveilliez au milieu de la nuit ou tôt le matin.

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
-------------------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------------------

c) deviez vous lever pour aller à la salle de bain.

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
-------------------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------------------

d) ne pouviez pas respirer facilement.

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
-------------------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------------------

e) toussiez ou ronfliez bruyamment.

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

f) aviez trop froid.

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

g) aviez trop chaud.

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

h) aviez fait de mauvais rêves.

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

i) ressentiez de la douleur.

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

j) autre(s) raison(s), s.v.p. décrivez :

---

À quelle fréquence durant le dernier mois avez-vous eu de la difficulté à dormir pour cette (ces) raison (s)?

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

6. Durant le dernier mois, comment évalueriez-vous la qualité globale de votre sommeil?

Très bien _____	Plutôt bien _____	Plutôt mal _____	Très mal _____
-----------------	-------------------	------------------	----------------

7. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous pris une médication (avec ou sans ordonnance) pour vous aider à dormir?

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

8. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à rester éveillé pendant que vous conduisiez, mangiez ou vous engagiez dans une activité sociale?

Pas durant le dernier mois _____	Moins qu'une fois par semaine _____	Une ou deux fois par semaine _____	3 fois ou plus par semaine _____
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

9. Durant le dernier mois, jusqu'à quel point avez-vous eu de la difficulté à maintenir suffisamment d'enthousiasme pour compléter vos activités?

Aucun _____	Presque pas _____	Un peu _____	Beaucoup _____
-------------	-------------------	--------------	----------------

## **Annexe C – Indice de stress parental**

## INDICE DE STRESS PARENTAL (ISP/FB)

### Directives :



Pour chaque question, tu pourras me donner la réponse qui décrit le mieux ta situation selon les choix de réponse suivant : très d'accord, d'accord, pas certain, en désaccord, très en désaccord.

### \*\* Présenter planchette #2 – Indice de stress parental (ISP)

Dis-moi toujours ta **première réaction à chaque question.**

**\*Reformuler pour que le parent saisisse bien : exemple, es-tu d'accord que tu...**

<b>1</b> Très d'accord  <b>OUI!</b>	<b>2</b> D'accord  <b>Oui</b>	<b>3</b> Pas certain  <b>Oui et non</b>	<b>4</b> En Désaccord  <b>Non</b>	<b>5</b> Très en désaccord  <b>NON!</b>
--	--	--	---	---

1. J'ai souvent l'impression que je ne peux pas très bien m'occuper de mes tâches quotidiennes. 1 2 3 4 5
2. Je me retrouve à sacrifier une partie de ma vie plus grande que prévue à répondre aux besoins de mon enfant. 1 2 3 4 5
3. Je me sens coincé(e) par mes responsabilités de parent. 1 2 3 4 5
4. Depuis que j'ai un enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que j'ai la possibilité de faire les choses que j'aime. 1 2 3 4 5
5. Je suis mécontent(e) du dernier vêtement que je me suis acheté(e). 1 2 3 4 5
6. Il y a un bon nombre de choses qui me tracassent en ce qui concerne ma vie. 1 2 3 4 5
7. Avoir un enfant a causé plus de problèmes que j'avais prévus dans la relation avec mon (ma) partenaire. 1 2 3 4 5
8. Je me sens seul(e) et sans ami(e). 1 2 3 4 5
9. Lorsque je vais à une soirée, je m'attends habituellement à ne pas avoir de plaisir. 1 2 3 4 5

10. Je ne suis plus autant intéressé(e) aux gens que je l'étais auparavant. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Je n'ai pas autant de plaisir qu'auparavant. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Quand vous lisez ces questions au parent, remplacez les « mon enfant » par le nom de l'enfant en question.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ DDN de l'enfant : \_\_\_\_\_

1. Depuis que j'ai ...(prénom), il m'a été impossible de faire des choses nouvelles et différentes. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ...(prénom) fait rarement des choses qui me font plaisir. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. La plupart du temps, j'ai l'impression que ...(prénom) m'aime et qu'il veut être près de moi. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ...(prénom) me sourit beaucoup moins que je m'y attendais. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Lorsque je fais quelque chose pour ...(prénom), il me semble que mes efforts ne sont pas très appréciés. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Lorsque ...(prénom) joue, il ne rit pas souvent. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ...(prénom) ne semble pas apprendre aussi rapidement que la plupart des autres enfants. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ...(prénom) ne semble pas sourire autant que la plupart des autres enfants. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ...(prénom) n'a pas autant de capacités que je m'y attendais. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ...(prénom) s'habitue difficilement à de nouvelles choses et seulement après une longue période. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. J'ai l'impression d'être : 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1. un très bon parent;
2. un meilleur parent que la moyenne;
3. un aussi bon parent que la moyenne;
4. une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent;
5. un parent qui ne joue pas très bien son rôle de parent.

12. Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec ...(prénom) que ceux que j'ai présentement et cela me préoccupe. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
13. Quelquefois ...(prénom) fait des choses qui me dérangent juste pour être méchant. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
14. ...(prénom) semble pleurer ou pleurnicher plus souvent que la plupart des enfants. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
15. ...(prénom) se réveille en général de mauvaise humeur. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
16. J'ai l'impression que ...(prénom) possède une humeur instable et qu'il se fâche facilement. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
17. ...(prénom) fait certaines choses qui me dérangent beaucoup. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
18. ...(prénom) réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
19. ...(prénom) s'emporte facilement pour des petites choses. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
20. L'horaire de sommeil ou de repas de ...(prénom) a été beaucoup plus difficile à établir que je croyais. 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
21. J'en suis arrivé à penser que d'amener ...(prénom) à faire quelque chose ou de l'amener à cesser de faire quelque chose est :
1. beaucoup plus difficile que je croyais;
  2. un peu plus difficile que je croyais;
  3. aussi difficile que je croyais
  4. un peu plus facile que je croyais
  5. beaucoup plus facile que je croyais.
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
22. Réfléchissez bien et compter le nombre de choses que ...(prénom) fait qui vous dérangent. Par exemple : flâner, refuser d'écouter, réagir avec excès, pleurer, couper la parole, se battre, pleurnicher, etc. Veuillez choisir le numéro qui correspond à ce que vous avez calculé :
1. 1 - 3
  2. 4 - 5
  3. 6 - 7
  4. 8 - 9
  5. 10 ou plus.
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

23. Il y a certaines choses que ...(prénom) fait qui me dérangent vraiment.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. ...(prénom) est devenu plus problématique que je m'y attendais.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. ...(prénom) exige plus de moi que la plupart des enfants.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Annexe D – Questionnaire sur les habitudes de sommeil des enfants**

## 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

	<b>3</b> Souvent (5-7)	<b>2</b> Parfois (2-4)	<b>1</b> 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.)

	<b>3</b> Souvent (5-7)	<b>2</b> Parfois (2-4)	<b>1</b> rarement (0-1)	Problème ?		
<b>17.</b> L'enfant ne dort pas suffisamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>18.</b> L'enfant dort trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>19.</b> L'enfant dort suffisamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>20.</b> L'enfant dort environ la même quantité de sommeil chaque jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>21.</b> L'enfant mouille son lit la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>22.</b> L'enfant parle durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>23.</b> L'enfant est agité et bouge beaucoup pendant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>24.</b> L'enfant est somnambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>25.</b> 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
<b>26.</b> 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
<b>27.</b> 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
<b>28.</b> L'enfant ronfle bruyamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>29.</b> L'enfant semble arrêter de respirer durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>30.</b> L'enfant grogne ou halète durant son sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>31.</b> 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
<b>32.</b> L'enfant se plaint d'avoir de la difficulté à dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non	na
<b>33.</b> 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
<b>34.</b> 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

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

## SOMNOLENCE DIURNE

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

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

## 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