

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LES INTERVENTIONS COGNITIVO-COMPORTEMENTALES
AUPRÈS DES ENFANTS DE 6 ANS ET MOINS
PRÉSENTANT DES DIFFICULTÉS DE SOMMEIL**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

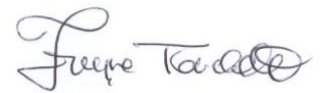
**PAR
ANNE-MARIE BILODEAU**

DÉCEMBRE 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Evelyne Touchette



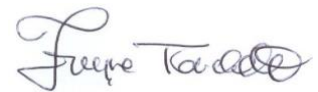
Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

(Selon le type de travail de recherche, l'étudiant peut avoir de deux à trois évaluateurs)

Evelyne Touchette



Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Sommaire

Lors de consultations cliniques, plusieurs parents rapportent des difficultés de sommeil chez leurs enfants d'âge préscolaire (Petit *et al.*, 2010). Dans la littérature pédiatrique, plusieurs méthodes sont définies pour résoudre les difficultés de sommeil des enfants. À ce jour, deux types d'intervention sont principalement utilisés chez les enfants; les interventions comportementales et les interventions cognitivo-comportementales (Owens *et al.*, 2002). L'efficacité des interventions comportementales est davantage démontrée empiriquement auprès des enfants en bas âge (Gordon *et al.*, 2007). Dans le cadre de cet essai théorique, un premier objectif vise à décrire les interventions cognitivo-comportementales utilisées pour résoudre les difficultés de sommeil des enfants âgés de 6 ans et moins. Par le fait même, les difficultés de sommeil ciblées par les différents types d'intervention cognitivo-comportementale seront extraites. Ensuite, le deuxième objectif vise à étayer les preuves empiriques des études pour statuer si l'utilisation des interventions cognitivo-comportementales est pertinente auprès des enfants de cette tranche d'âge ayant des difficultés de sommeil. Les bases de données MEDLINE, PsycINFO (EBSCO), CINHALL ainsi que Psychology and Behavioral Sciences Collection seront consultées pour répondre aux deux questions de recherche.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux et des figures	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Cadre conceptuel	3
Les difficultés de sommeil auprès d'enfants de moins de 6 ans	3
<i>Adaptation biopsychosociale</i>	4
Les principales interventions pour résoudre les difficultés de sommeil chez les enfants	5
<i>Les interventions comportementales</i>	5
<i>Les interventions cognitivo-comportementales</i>	6
<i>Prémises d'utilisation des interventions cognitivo-comportementales</i>	6
Méthode	8
Stratégie de repérage	8
Processus de sélection des articles	9
Résultats	12
Premier objectif : décrire les interventions cognitivo-comportementales et ses fonctions	14
Deuxième objectif : le niveau de preuve empirique des études	17
<i>La taille de l'échantillon</i>	17
<i>Les types de devis des études</i>	24
<i>L'efficacité de l'intervention cognitivo-comportementale</i>	24
<i>Le niveau de preuves empiriques des études</i>	24
Discussion	26
Décrire les interventions cognitivo-comportementales et ses fonctions	26
Les craintes et l'anxiété : leur effet sur le sommeil de l'enfant de moins de 6 ans.....	27
Le niveau de preuves empiriques des études	28
Perspectives cliniques	29
Limites.....	30

Conclusion.....32
Références33

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

- Tableau 1 Description des interventions cognitivo-comportementales en lien avec les difficultés de sommeil associées12
- Tableau 2 Le niveau de preuve empirique des études selon les trois critères choisis18

Figure

- Figure 1 L'historique du processus de la sélection des études10

Remerciements

En premier lieu, je tiens particulièrement à exprimer ma reconnaissance à ma directrice d'essai, Evelyne Touchette, pour sa réassurance, ses encouragements, son aide et le temps qu'elle y a consacré. Je dois également faire une mention spéciale à sa délicatesse pour partager les commentaires constructifs. De même, je souhaite remercier l'équipe pédagogique pour leur soutien et leur collaboration dans mes démarches relatives à l'essai. Enfin, un remerciement se doit d'être fait à l'égard de ma famille et mes amies qui m'ont apporté leur appui quotidien, notamment en s'adaptant à mes humeurs variables et mes disponibilités précaires. En dernier lieu, j'aimerais souligner la présence et la disponibilité de mon amie Valérie Coulombe qui m'a accompagnée à persévérer tout au long de ce projet de recherche et d'écriture.

Introduction

En contexte pédiatrique, il arrive fréquemment que les parents indiquent que leurs enfants expérimentent des difficultés de sommeil (Petit *et al.*, 2010). De nombreuses études portent sur les méthodes à envisager pour résoudre les difficultés de sommeil vécues par les enfants au moment du coucher et pendant la nuit. Parmi les plus largement étudiées dans la communauté scientifique, les interventions comportementales sont régulièrement citées et ont démontré un niveau adéquat de preuves empiriques (Mindell, 1999). Elles se traduisent, entre autres, par des stratégies utilisant le principe d'extinction (défini par une non-réponse à l'égard des pleurs) et ses dérivés (Meltzer et Mindell, 2014). Cependant, un mauvais assentiment de parents est fréquent à l'égard des interventions comportementales (Owens *et al.*, 2002). Comme le citent Reid et ses collaborateurs (1999), le déterminant clé du succès des interventions est l'acceptation de celles-ci. Une critique au sujet des interventions comportementales a également été soulevée indiquant qu'elles n'encouragent pas l'apprentissage de comportements de remplacement appropriés et d'habiletés d'adaptation visant à atténuer les sources potentielles de détresse nocturne des enfants (Fehr *et al.*, 2016; Milan *et al.*, 1981). Ainsi, pour environ un quart des enfants présentant des difficultés de sommeil, les interventions strictement comportementales ne sont pas suffisantes lorsqu'elles sont appliquées de manière isolée (Fehr *et al.*, 2016).

En sachant que les interventions cognitivo-comportementales sont ajustées pour répondre aux besoins relatifs aux symptômes d'insomnie manifestés par les enfants de 6 ans et plus, il s'avère pertinent de s'y intéresser pour les plus jeunes (Cornwall *et al.*, 1996; Fehr *et al.*, 2016; Gordon et King, 2002; Graziano and Mooney, 1980; 1982; Jackson et King, 1981; King *et al.*, 1997; Sadeh, 2005). Cela dit, comme Kahn et ses collaborateurs (2017) le soulèvent, les données sur l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales sont limitées dans la littérature auprès des enfants plus jeunes.

Afin d'assurer une pratique clinique basée sur les données probantes, le but de cet essai est de recenser les études évaluant les effets des interventions cognitivo-comportementales utilisées pour résoudre les difficultés de sommeil des enfants de 6 ans et moins. Le premier objectif de

l'essai vise à décrire les interventions cognitivo-comportementales afin de définir en quoi ces interventions peuvent être utiles pour contrer les difficultés de sommeil de cette jeune clientèle. Enfin, le deuxième objectif est d'étayer les preuves empiriques afin de statuer si l'utilisation des interventions cognitivo-comportementales est pertinente auprès enfants de la tranche d'âge ciblée.

Le cadre soutenant les concepts utilisés pour bâtir les questions de recherche, suivi de la méthodologie employée afin de répondre aux questions de recherche, seront détaillés. Ensuite, les résultats colligés à travers les articles retenus pour cet écrit seront exposés accompagnés de tableaux pour faciliter la compréhension du lecteur. Une discussion sera par la suite amorcée à la lumière des résultats obtenus. Enfin, nous conclurons en résumant nos découvertes et en offrant des pistes de recherches potentielles sur le sujet traité.

Cadre conceptuel

Dans cette section, les concepts liés à la question de recherche seront définis. Les difficultés de sommeil des enfants de moins de 6 ans ainsi que les principales interventions pour résoudre ces difficultés seront discutées.

Les difficultés de sommeil auprès d'enfants de moins de 6 ans

Les difficultés de sommeil sont fréquentes chez les enfants de moins de 6 ans. Par exemple, on estime que jusqu'à 30 % des jeunes enfants en expérimentent, ce qui mène souvent à un sommeil insuffisant (Mindell *et al.*, 2006; Staples *et al.*, 2015; Turnbull *et al.*, 2013). La résistance au coucher ou l'incapacité de s'endormir dans un délai raisonnable, c'est-à-dire entre 30 et 60 minutes, font partie de ces difficultés. Également, les difficultés de sommeil des enfants sont définies par des réveils nocturnes prolongés par l'incapacité ou le refus de retourner à son sommeil (Mindell, 1993; Richman, 1981; Sadeh et Anders, 1993). Ces derniers sont caractérisés par au moins trois réveils d'une durée minimale de 20 minutes à raison de quatre nuits par semaine. De même, on peut également considérer un réveil nocturne comme étant problématique lorsque l'enfant a besoin d'une proximité avec son parent pour se rendormir (Mindell, 1993; Richman, 1981). D'ailleurs, 25 à 50 % des enfants d'âge préscolaire rapportent une résistance au coucher, un retard de l'endormissement ou des réveils nocturnes (Lozoff *et al.*, 1985; Simonds et Parraga, 1984).

Ces difficultés correspondent avec la définition des dyssomnies dans le manuel *The International Classification of Sleep Disorders – Third Edition* (2014). Le terme « dyssomnie » est utilisé pour définir une difficulté à amorcer ou à maintenir le sommeil. Il faut également retenir que certains symptômes correspondant à des diagnostics présentés dans le *Manuel diagnostics et statistiques des troubles mentaux* (DSM-V) s'apparentent au refus de dormir et aux peurs nocturnes. C'est le cas notamment pour l'insomnie primaire, le trouble d'anxiété de séparation, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble de stress post-traumatique (American Psychiatric Association, 2013). Cela laisse croire que ces difficultés ne doivent pas être prises à la légère lorsqu'elles se manifestent.

Adaptation biopsychosociale

Plusieurs changements sont liés au sommeil pendant la première année de vie d'un enfant. L'horloge interne prend du temps à réguler les cycles éveil-sommeil puisqu'elle doit s'arrimer avec les signaux internes de l'enfant et son environnement (p. ex., le cycle de lumière-obscurité, les changements de température, le bruit ambiant et les moments d'interaction sociale). À mesure que l'enfant grandit, son sommeil se consolide et se régule mieux. La régulation s'observe par la capacité de l'enfant à amorcer son sommeil. Quant à la consolidation, elle désigne la capacité de ce dernier à maintenir son sommeil de façon soutenue pendant un temps prédéterminé (Sadeh et Anders, 1993).

Le modèle transactionnel bio-psycho-social proposé par Sadeh et Anders (1993) met en évidence plusieurs facteurs pouvant avoir une incidence sur la régulation du sommeil de l'enfant. Ces facteurs sont dynamiques et s'interinfluencent. Ainsi, les interactions entre les parents et leur enfant auraient une influence dominante dans la régulation éveil-sommeil de l'enfant. D'ailleurs, des études ont démontré que le degré d'implication des parents jumelé à l'incapacité de l'enfant de s'endormir et se rendormir seul sont fortement associés aux difficultés de sommeil et aux réveils nocturnes (Anders *et al.*, 1992; Sadeh, 2005). Puis, les interactions parents-enfants privilégiant une routine adaptée pour le sommeil de l'enfant par rapport à son âge chronologique favorisent une bonne régulation de sommeil (Ferber, 1986). Les parents ont donc un grand rôle à jouer dans le sommeil de leur enfant.

La régulation éveil-sommeil est aussi influencée par le contexte intrinsèque de l'enfant, plus précisément, par son tempérament et d'autres facteurs de maturation (Sadeh et Anders, 1993). À cet effet, il est essentiel de considérer les problèmes médicaux tels qu'une otite moyenne récurrente, des coliques, un reflux gastro-œsophagien, des convulsions, des déficiences visuelles et auditives, un syndrome de douleur chronique, un trouble anxieux et la prise de médicaments dans l'évaluation des difficultés de sommeil d'un enfant (Glaze, 2004; Sadeh, 2005).

Les contextes environnementaux, familiaux et culturels influencent le contexte parental. Entre autres, les facteurs socioéconomiques, le stress familial, la disponibilité de chacun des membres de la famille, les valeurs familiales et individuelles ainsi que les normes culturelles peuvent affecter tout autant le parent que l'enfant. En dépit du fait que ces facteurs n'impactent pas directement le sommeil de l'enfant, les contextes distaux peuvent avoir des effets sur le bien-être parental pouvant se répercuter sur les interactions parents-enfants et ainsi, sur le sommeil de l'enfant. En définitive, on peut comprendre que les difficultés de sommeil présentes chez un enfant sont de nature bidirectionnelle, il est donc possible d'agir sur les facteurs associés pour améliorer le sommeil de l'enfant (Sadeh et Anders, 1993).

Les principales interventions pour résoudre les difficultés de sommeil chez les enfants

Les principes de la théorie de l'apprentissage sont utilisés comme fondement pour les approches comportementales afin d'effectuer des modifications sur les comportements observables, tandis que les approches cognitivo-comportementales appliquent des méthodes comportementales et des méthodes cognitives (Owens *et al.*, 1999). Les interventions cognitivo-comportementales impliquent un changement au niveau des pensées, des attitudes et des croyances en vue de modifier les comportements observables (Owens *et al.*, 1999). Dans les lignes qui suivent, les deux types d'intervention seront présentés.

Les interventions comportementales

La plus étudiée et rapportée dans les études est nommée « comportementale ». Le principe d'extinction est sous-jacent aux interventions comportementales pour résoudre les difficultés de sommeil en prônant la non-réponse à un éveil nocturne afin que l'enfant puisse apprendre à s'endormir par lui-même. Les techniques d'extinction standard, d'extinction avec présence parentale et d'extinction graduelle font parties de ces méthodes (Latrèche et Brodard, 2020). De façon globale, l'efficacité d'une combinaison d'interventions comportementales auprès d'enfants âgés entre 1 an et 5 ans ayant des difficultés de sommeil a été démontrée par un taux de succès de 65 à 77 % (Mindell *et al.*, 1994; Richman *et al.*, 1985). Actuellement, les chercheurs et les professionnels débattent encore à savoir si le stress lié au principe d'extinction est suffisamment

élevé pour occasionner des conséquences négatives sur la santé de l'enfant et sur son lien avec le parent. Même si certains experts prônent la sécurité des méthodes d'intervention de sommeil de nature comportementale d'extinction, ces derniers mettent des bémols sur l'utilisation de ces techniques auprès de populations vulnérables (Etherton *et al.*, 2016) et le conseillent davantage pour des enfants âgés de plus de 6 mois (Reuter *et al.*, 2020). Ils suggèrent de plus en plus d'adapter le traitement aux caractéristiques de l'enfant.

Les interventions cognitivo-comportementales

Une approche d'intervention reconnue pour résoudre les difficultés de sommeil est dite « cognitivo-comportementale ». Elle vise à modifier les attentes, les croyances et les perceptions des individus en matière du sommeil. Son efficacité est surtout démontrée chez les enfants plus âgés (Cornwall *et al.*, 1996; Graziano et Mooney, 1979; 1980; 1982; Jackson et King, 1981; King *et al.*, 1997; Sadeh, 2005; Tikotzky et Sadeh, 2010). À titre d'exemples non exhaustifs, les techniques cognitivo-comportementales recommandées sont l'apprentissage de la maîtrise de soi (Graziano et Mooney, 1979; 1980; 1982), de déclarations positives (énoncés modifiant les pensées) et de relaxation pour acquérir des habiletés d'adaptation (Graziano et Mooney, 1979; 1980; 1982; King *et al.*, 1997; Sadeh, 2005; Tikotzky et Sadeh, 2010). Également, l'intervention peut être basée sur la désensibilisation systématique (King *et al.*, 1997; Tikotzky et Sadeh, 2010), sur la visualisation positive (Graziano et Mooney, 1979; 1980; 1982) ainsi que sur l'imagerie émotionnelle (Cornwall *et al.*, 1996; Jackson et King, 1981; Sadeh, 2005) et sur le renforcement positif (Graziano et Mooney, 1979; 1980; 1982; King *et al.*, 1997; Tikotzky et Sadeh, 2010). Il importe de préciser que ces interventions entraînent généralement un niveau de satisfaction élevé de la part des parents et des enfants (Burke *et al.*, 2004; Fehr *et al.*, 2016; Giebenhain et O'Dell, 1984; Kahn *et al.*, 2017; Kushnir et Sadeh, 2012; McMenemy et Katz, 1989; Muris *et al.*, 2003).

Prémises d'utilisation des interventions cognitivo-comportementales

Des auteurs (Barrett, 2001; Fehr *et al.*, 2016; Stallard, 2004) ont souligné que les enfants âgés de 6 ans et moins n'ont pas encore suffisamment de capacités cognitives et langagières pour utiliser adéquatement les interventions cognitivo-comportementales afin de résoudre les difficultés

de sommeil. Notamment, ces derniers ne se montrent pas en mesure de suivre les consignes ou ne parviennent pas à accomplir la technique proposée (Barrett, 2001). De plus, les enfants de moins de 6 ans ne sont pas encore tout à fait habiles pour verbaliser leurs inquiétudes et les approfondir (Fehr *et al.*, 2016; Owens *et al.*, 2002). En ce sens, il va de soi que ces éléments peuvent limiter la modification des pensées irréalistes associées aux préoccupations des enfants (Muris *et al.*, 2003). À la lumière de ces éléments, cela justifie pourquoi ces interventions sont davantage utilisées avec des enfants plus âgés (Owens *et al.*, 2002). Pour toutes ces raisons, les interventions cognitivo-comportementales peuvent paraître difficiles à appliquer avec une clientèle en bas âge. Néanmoins, des auteurs suggèrent qu'afin d'accroître les capacités d'adaptation des jeunes enfants et ainsi de réduire la détresse nocturne vécue par ces derniers, les interventions cognitivo-comportementales adaptées sur le plan développemental de l'enfant pourraient s'avérer bénéfiques (Burke *et al.*, 2004; Giebenhain et O'Dell, 1984; Fehr *et al.*, 2016; Jackson et King, 1981; Kahn *et al.*, 2017; Kanfer *et al.*, 1975; Kelley, 1976; Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012; Leitenberg et Callahan, 1973; McMenemy et Katz, 1989; Muris *et al.*, 2003; Protinsky, 1985; Sheslow *et al.*, 1983).

En résumé, cet essai vise deux objectifs : 1) décrire les interventions cognitivo-comportementales et ses fonctions sur les difficultés de sommeil des enfants âgés de 6 ans et moins et 2) statuer sur le niveau de preuves empiriques des études afin de se positionner sur la pertinence d'utilisation des interventions cognitivo-comportementales pour résoudre les difficultés de sommeil des enfants dans cette tranche d'âge.

Méthode

Dans cette section, la stratégie de repérage des articles sera décrite. Notamment, les bases de données sollicitées, les termes utilisés pour construire l'équation de recherche ainsi que les filtres et les critères d'inclusion seront détaillés. Par la suite, une explication du processus pour sélectionner les articles suivra. À cet égard, les critères d'exclusion et la démarche effectuée seront présentés.

Stratégie de repérage

Une recherche dans les bases de données de *Medline*, *PsycINFO*, *CINHAL* et *Psychology and Behavioral Sciences Collection* a été effectuée en date du 31 mai 2021. Une combinaison de termes anglophones associés aux concepts prédéfinis pour favoriser le sommeil chez l'enfant a été répertoriée pour rechercher les articles pertinents. Ainsi, ces termes s'apparentent aux enfants d'âge préscolaire (p. ex.; *Child OR Children OR Toddler OR Preschool OR Childhood OR Pediatric OR "Young children" OR Infant OR Baby*), au sommeil (p. ex.; *Bedtime OR Sleep OR "Sleep quality" OR "Sleep pattern" OR "Night rest" OR "Sleep regulation" OR "Sleep continuity" OR "Sleep consolidation" OR "Sleep Initiation" OR "Sleep Maintenance" OR "Night waking" OR "Night awakening" OR "awakening sleep" OR "Bedtime refusal" OR "Bedtime problem" OR "Bedtime resistance" OR "bedtime struggle" OR "Insomnia" OR "Dyssomnia" OR "Sleep disturbance" OR "Sleep disorder" OR "Sleep problem" OR "Sleep wake disorder"*) et aux interventions (p. ex.; *"Sleep treatment" OR "Behavior intervention" OR "Behavior therap" OR "Behavior management" OR "Behavior treatment" OR "Ignoring children's bedtime crying" OR "Graduate extinction" OR Extinction OR "Positive routine" OR "Graduated ignoring treatment" OR "Standard treatment" OR "bedtime fading" OR "scheduled awakening" OR "Cogniti Behavior*" OR "Cognitiv Behaviour"*). Afin d'enrichir la recherche dans les bases de données, des termes supplémentaires ont été ajoutés dans la construction des équations de recherche à l'aide des outils : *APA Thesaurus of Psychological Index Terms*, *MeSH Terms*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection Subjects* et *CINHAL Subject Headings*. Des filtres ont été appliqués pour restreindre les résultats aux articles publiés dans un journal révisé par les pairs, en anglais ou en français, et ce, dans toutes cultures confondues. Les études devaient inclure des enfants âgés de 6 ans et moins

ayant un développement typique et avoir pour variable dépendante une mesure des comportements associés à une dyssomnie, en d'autres mots, des comportements pouvant affecter la qualité ou la quantité du sommeil.

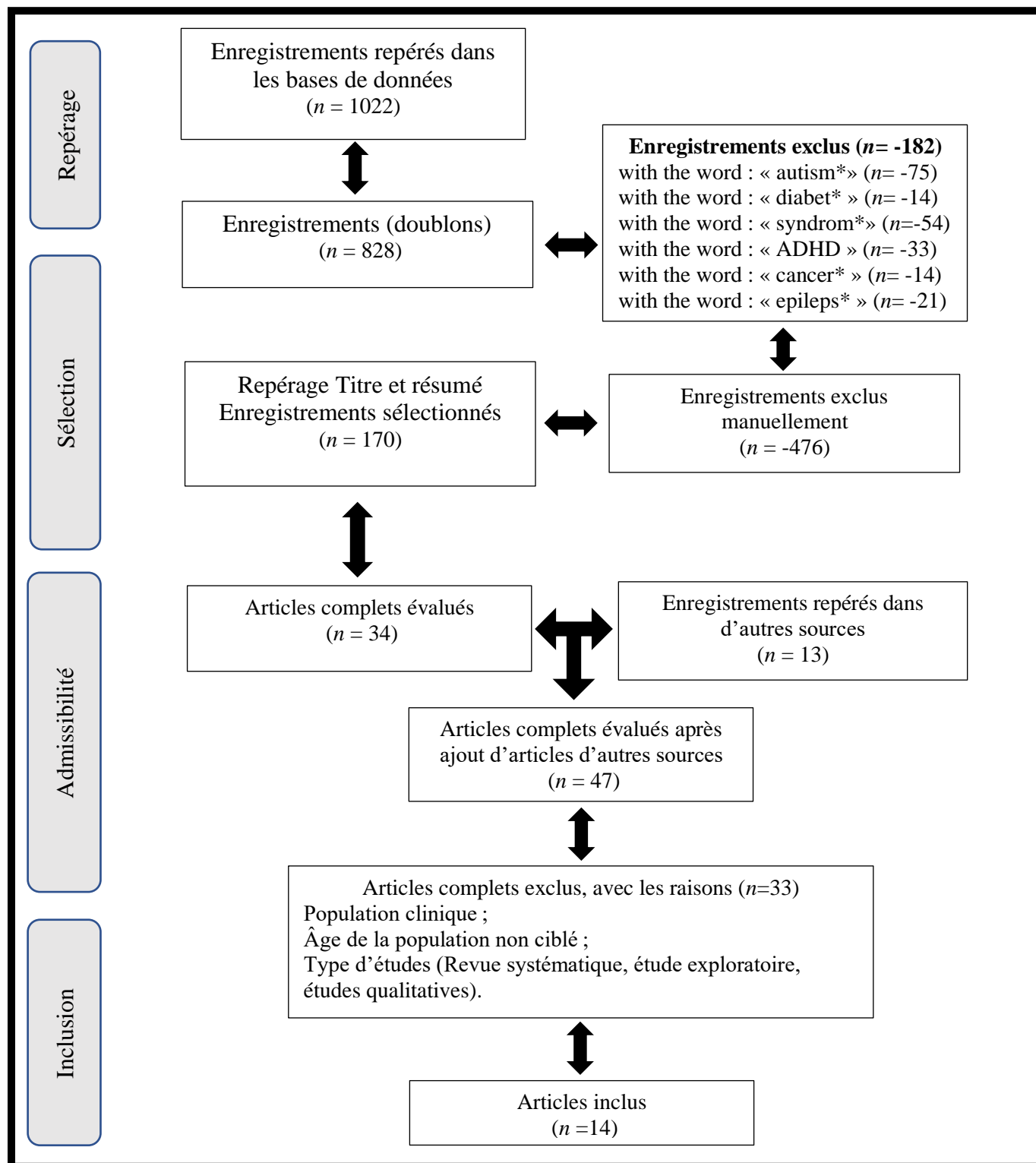
Processus de sélection des articles

Un total de 1022 articles a été extrait des bases de données. Une fois les doublons retirés, 828 articles ont été évalués pour leur éligibilité dans la revue. Une première exclusion de 182 articles s'est effectuée à partir des termes tels que; autism ($n=75$); diabète ($n=14$); syndrome ($n=54$); ADHD ($n=33$); cancer ($n=14$); épilepsie ($n=21$) contenus dans les titres et les résumés des articles. Pour quelques articles (29 articles), la combinaison de certains de ces termes a été retrouvée. Cela étant dit, les 646 articles restants ont ensuite été analysés à partir du titre et du résumé. Les études portant sur des enfants présentant un développement atypique, une condition clinique ou un trouble du sommeil s'apparentant aux parasomnies, à l'apnée du sommeil, aux cauchemars, aux terreurs nocturnes ou aux traitements pharmacologiques furent exclues de la sélection. Cette première phase de sélection des études a permis l'identification de 170 articles potentiellement éligibles. La Figure 1 illustre l'historique du processus de la sélection des études.

En somme, cette recherche préliminaire a soulevé qu'il existe une variété de méthodes utilisées auprès de l'enfant afin de favoriser son sommeil. Parmi celles-ci, on retrouve principalement les interventions de type comportemental (behavioral intervention) et les interventions de type cognitivo-comportemental (cognitive-behavioral intervention). La lecture des titres et des résumés des 170 études restantes a permis d'associer les articles correspondant à chacune de ces catégories. À ce sujet, cette recherche préliminaire a permis de confirmer qu'il existe peu d'études sur l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales auprès des enfants de 6 ans et moins. Enfin, la lecture complète de 34 articles portant sur les interventions cognitivo-comportementales fut exécutée. Uniquement cinq d'entre eux furent retenus (Burke *et al.*, 2004; Fehr *et al.*, 2016; Giebenhain et O'Dell, 1984; Kahn *et al.*, 2017; Kushnir et Sadeh, 2012).

Figure 1

Processus de sélection des études



Devant ce faible nombre d'articles, afin de répertorier des études empiriques pouvant enrichir cette recension, les revues de littérature obtenues à partir de la recherche ont été analysées (Gordon et King, 2002; Gordon *et al.*, 2007; Owens *et al.*, 2002). Ainsi, cela a justifié la lecture de 13 études supplémentaires issues des références présentées dans ces revues. En résumé, la lecture complète de 47 articles de sources confondues fut réalisée. Un total de neuf articles récupérés dans les revues de littérature a été ajouté pour conclure avec 14 articles retenus (Burke *et al.*, 2004; Fehr *et al.*, 2016; Giebenhain et O'Dell, 1984; Jackson et King, 1981; Kahn *et al.*, 2017; Kanfer *et al.*, 1975; Kushnir et Sadeh, 2012; Kelley, 1976; Klingman, 1988; Leitenberg et Callahan, 1973; McMenemy et Katz, 1989; Muris *et al.*, 2003; Protinsky, 1985; Sheslow *et al.*, 1983).

Résultats

Le Tableau 1 présente les études retenues pour décrire les interventions cognitivo-comportementales en lien avec les difficultés de sommeil associées.

Tableau 1

Description des interventions cognitivo-comportementales en lien avec les difficultés de sommeil associées

Article	Mesure(s) liée(s) aux difficultés de sommeil	Intervention(s) cognitivo-comportementale(s)
Burke <i>et al.</i> (2004)	Comportements perturbateurs au coucher et pendant les heures d'éveils (fréquence) Nombre de réveils nocturnes Temps d'endormissement Durée du sommeil	Lecture de récits dans lesquels les personnages font du <i>modeling</i> Résolution de problème Renforcement
Fehr <i>et al.</i> (2016)	Nombre de difficultés de sommeil Anxiété reliée au sommeil Résistance au coucher Fréquence et intensité des peurs Satisfaction à l'égard du traitement	Lecture de récits dans lesquels les personnages font du <i>modeling</i> Utilisation du jeu symbolique Résolution de problème Renforcement
Giebenhain et O'Dell (1984)	Niveau subjectif de la peur Niveau de l'illumination du rhéostat au coucher, pendant la nuit et pendant le jeu Satisfaction à l'égard du traitement	Apprentissage de déclarations positives Procédures de désensibilisation Entraînement à la relaxation Renforcement
Jackson et King (1981)	Comportements nocturnes de l'enfant (fréquence)	Désensibilisation par techniques d'imagerie émotionnelle Apport d'un objet de sécurité cognitive Renforcement

Tableau 1

Description des interventions cognitivo-comportementales en lien avec les difficultés de sommeil associées (suite)

Article	Mesure(s) liée(s) aux difficultés de sommeil	Intervention(s) cognitivo-comportementale(s)
Kahn <i>et al.</i> (2017)	Gravité des peurs nocturnes Nombre de réveils nocturnes (5 min ou plus) Durée de l'éveil pendant la nuit Nombre de nuits où l'enfant dort avec ses parents chaque semaine Problèmes de sommeil Perception de l'efficacité et satisfaction à l'égard du traitement	Procédures de désensibilisation Utilisation du jeu symbolique Résolution de problème Renforcement
Kanfer <i>et al.</i> (1975)	Durée de la tolérance à l'obscurité Amplitude du réglage du cadran lumineux	Apprentissage de déclarations positives
Kelley (1976)	Niveau d'évitement du noir Niveau de peur	Procédures de désensibilisation Utilisation du jeu symbolique Renforcement
Klingman (1988)	Niveau de peur face à l'obscurité Niveau d'anxiété vécu	Apprentissage de déclarations positives Lecture de récits dans lesquels les personnages font du <i>modeling</i> Renforcement
Kushnir et Sadeh (2012)	Habitudes et difficultés de sommeil (qualité du sommeil, nombre de réveils nocturnes, latence du sommeil, temps total d'éveil pendant la nuit) Craintes nocturnes Motivation et acceptation du traitement	Apprentissage de déclarations positives Procédures de désensibilisation Apport d'un objet de sécurité cognitive Renforcement
Leitenberg et Callahan (1973)	Durée de la tolérance à l'obscurité sans avoir peur	Procédures de désensibilisation Renforcement

Tableau 1

Description des interventions cognitivo-comportementales en lien avec les difficultés de sommeil associées (suite)

Article	Mesure(s) liée(s) aux difficultés de sommeil	Intervention(s) cognitivo-comportementale(s)
McMenamy et Katz (1989)	Comportements nocturnes (fréquence) Intensité des peurs Satisfaction à l'égard du traitement	Apprentissage de déclarations positives Lecture de récits dans lesquels les personnages font du <i>modeling</i> Entraînement à la relaxation Renforcement
Muris <i>et al.</i> (2003)	Craintes générales Peurs nocturnes (sévérité, fréquence) Fidélité d'application du traitement Satisfaction à l'égard du traitement	Lecture de récits dans lesquels les personnages font du <i>modeling</i> Écriture d'une lettre en collaboration avec l'enfant
Protinsky (1985)	Présence de la peur	Réorganisation des ressources internes
Sheslow <i>et al.</i> (1983)	Durée de la tolérance à la noirceur (comportement d'évitement) Niveau de la peur	Apprentissage de déclarations positives Procédures de désensibilisation Utilisation du jeu symbolique

Premier objectif : décrire les interventions cognitivo-comportementales et ses fonctions

Dans l'optique de cet écrit, les principales études retenues mettent en œuvre une diversité d'interventions, parfois combinées, s'appuyant sur une approche de type cognitivo-comportemental auprès des enfants âgés de 6 ans et moins. Il est à noter que certaines de ces techniques se rapportent aussi à celles employées auprès des enfants plus âgés comme indiqué plus tôt (Cornwall *et al.*, 1996; Graziano et Mooney, 1979; 1980; 1982; Jackson et King, 1981; King *et al.*, 1997; Sadeh, 2005; Tikotzky et Sadeh, 2010), quoiqu'elles soient adaptées à l'âge ciblé. Entre autres, on utilise l'enseignement à la maîtrise de soi par le biais de l'apprentissage de déclarations positives dans six études (Giebenhain et O'Dell, 1984; Kanfer *et al.*, 1975; Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012; McMenamy et Katz, 1989; Sheslow *et al.*, 1982). L'enfant doit apprendre

des énoncés précis, par exemple : « Je suis courageux et je peux prendre soin de moi quand je suis seul ou lorsque je suis dans le noir » (traduction libre, Giebenhain et O'Dell, 1984, p.122). La lecture de récits est aussi fortement employée dans une visée cognitivo-comportementale. Celle-ci permet d'illustrer les comportements favorables à adopter au coucher à l'aide d'un personnage agissant comme un modèle à suivre (Burke *et al.*, 2004; Fehr *et al.*, 2016; Klingman, 1988; Muris *et al.*, 2003; McMenemy et Katz, 1989).

Par la suite, dans six études, on retrouve des procédures de désensibilisation qui amènent l'enfant à jouer un certain rôle lors d'une exposition au stimulus redouté (Giebenhain et O'Dell, 1984; Kahn *et al.*, 2017; Kelley, 1976; Kushnir et Sadeh, 2012; Leitenberg et Callahan, 1973; Sheslow *et al.*, 1982). L'enfant est alors incité à expérimenter une histoire au sujet d'un stimulus lui faisant vivre de l'anxiété. Cette forme de désensibilisation systématique par le jeu vise à diminuer graduellement son inconfort face au stimulus craint (par ex., s'endormir sans aide) jusqu'à ce qu'il parvienne à reprendre son pouvoir d'agir sur la situation anxiogène (Knell, 1998). En ce sens, le jeu symbolique rend possible la mise en scène de scénarios spécifiques et la pratique de stratégies cognitives et comportementales (Fehr *et al.*, 2016; Kahn *et al.*, 2017; Kelley, 1976; Sheslow *et al.*, 1982). Du matériel, comme une maison de poupée et des poupées, est ainsi souvent emprunté lors de l'intervention (Fehr *et al.*, 2016; Kahn *et al.*, 2017; Kelley, 1976). La désensibilisation se fait également à partir de techniques d'imagerie émotionnelle (Jackson et King, 1981). L'imagerie émotionnelle est mise en œuvre de manière à faire en sorte que l'enfant visualise une alliance entre son héros et lui pour vaincre ses peurs. Le super-héros agit en quelque sorte comme une figure imaginaire permettant d'inhiber la peur (Jackson et King, 1981). Par ailleurs, un objet pour sécuriser l'enfant au plan cognitif est également utilisé dans deux études (Jackson et King, 1981; Kushnir et Sadeh, 2012). Un chiot en toutou est remis à l'enfant en lui racontant une histoire et en l'encourageant à jouer un rôle de soignant à son égard. Cela permet à l'enfant de projeter son attention sur le toutou aux dépens de la détresse interne qu'il vit (Kushnir et Sadeh, 2012). De la même manière, la lampe de poche aussi est utilisée pour sécuriser l'enfant (Jackson et King, 1981).

Ensuite, la résolution de problème est une intervention cognitivo-comportementale préconisée par trois études (Burke *et al.*, 2004; Fehr *et al.*, 2016; Kahn *et al.*, 2017). Quant à l'entraînement à la relaxation, elle est utilisée dans deux études (Giebenhain et O'Dell, 1984; McMenemy et Katz, 1989). Le renforcement est fortement promu dans les interventions cognitivo-comportementales. En effet, cette technique a été relevée dans dix études (Burke *et al.*, 2004; Fehr *et al.*, 2016; Giebenhain et O'Dell, 1984; Jackson et King, 1981; Kahn *et al.*, 2017; Kelley, 1976; Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012; Leitenberg et Callahan, 1973; McMenemy et Katz, 1989). D'autres techniques, moins communes, sont aussi utilisées, telles que d'écrire une lettre s'adressant directement au stimulus redouté par l'enfant (Muris *et al.*, 2003). Puis, un article quelque peu différent de ceux ressassés a aussi été retenu dû à l'originalité de la technique cognitivo-comportementale proposée. En effet, le réaménagement de ses cognitions permet à l'enfant d'avoir davantage de chances de trouver des solutions de manière créative à son problème et d'avoir une perception différente de sa peur (Protinsky, 1985).

Les interventions utilisées dans l'optique d'une approche cognitivo-comportementale étant bien clarifiées, il s'avère désormais essentiel de mettre en lumière comment ces interventions peuvent être utiles pour contrer les difficultés de sommeil chez les enfants de moins de 6 ans. Dans l'ensemble, selon les études retenues, les interventions cognitivo-comportementales sont ciblées afin de diminuer les difficultés de sommeil et certains comportements perturbateurs manifestés par les enfants au coucher et durant la nuit (Burke *et al.*, 2004; Fehr *et al.*, 2016; Kahn *et al.*, 2017; Kushnir et Sadeh, 2012; McMenemy et Katz, 1989). Plus précisément, on vise les difficultés en lien avec les réveils nocturnes, le temps d'endormissement, la durée du sommeil et les comportements problématiques (par ex., l'appel des parents, les pleurs, les cris, les crises, les plaintes, les demandes incessantes et la résistance au coucher). De la même manière, plusieurs interventions cognitivo-comportementales misent sur la réduction du stress pour favoriser l'endormissement de l'enfant (Burke *et al.*, 2004; Fehr *et al.*, 2016; Jackson et King, 1981; Kahn *et al.*, 2017; Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012).

Les interventions cognitivo-comportementales sont aussi prodiguées dans le but de soutenir l'adaptation de l'enfant face à l'anxiété de séparation vécue au coucher (Fehr *et al.*, 2016). Également, ce type d'intervention est fortement préconisé pour surmonter les inquiétudes nocturnes (Fehr *et al.*, 2016; Jackson et King, 1981; Kahn *et al.*, 2017; Kushnir et Sadeh, 2012; McMenemy et Katz, 1989; Muris *et al.*, 2003; Protinsky, 1985) ou la peur de l'obscurité chez l'enfant (Giebenhain et O'Dell, 1984; Kanfer *et al.*, 1975; Kelley, 1976; Klingman, 1988; Leitenberg et Callahan, 1973; Sheslow *et al.*, 1982).

Deuxième objectif : le niveau de preuve empirique des études

Ensuite, le deuxième objectif vise à étayer les preuves empiriques des études évaluant l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales pour résoudre les difficultés de sommeil des enfants de 6 ans et moins. Pour ce faire, un jugement selon la rigueur méthodologique, soit par la taille de l'échantillon, la qualité du devis de recherche utilisé ainsi que par l'efficacité de l'intervention démontrée à travers les résultats sera effectué. Le Tableau 2 présente le niveau de preuves empiriques des études selon les trois critères choisis.

La taille de l'échantillon

De prime abord, sachant que la taille de l'échantillon peut avoir une incidence sur la capacité de généralisation de l'étude au contexte clinique, il est nécessaire de s'arrêter sur cet aspect dans notre analyse des articles. Sept études dénombrent des échantillons adéquats (Fortin et Gagnon, 2016), répertoriant au minimum vingt participants (Khan *et al.*, 2017; Kanfer *et al.*, 1975; Kelley, 1976; Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012; Muris *et al.*, 2003; Sheslow *et al.*, 1983). Les sept autres études ont privilégié le recrutement d'un petit nombre de sujets, soit entre quatre et quatorze sujets (Burke *et al.*, 2004; Fehr *et al.*, 2016; Giebenhain et O'Dell, 1984; Leitenberg et Callahan, 1973; McMenemy et Katz, 1989) ou un seul sujet (Protinsky, 1985; Jackson et King, 1981).

Tableau 2*Le niveau de preuves empiriques des études*

Article	Échantillon		Devis	Résultats et efficacité démontrée de l'intervention
	<i>n</i>	Étendue de l'âge (ans)		
Burke <i>et al.</i> (2004)	4 ^a	2 – 7	Prétest-posttest à groupe unique	<p>Réduction de la fréquence des comportements perturbateurs au coucher et des réveils nocturnes. Maintien de l'efficacité à la mesure de suivi (3 mois).</p> <p>Amélioration du temps d'endormissement après le traitement et maintien de cette amélioration à la mesure de suivi pour un enfant, tandis que pour l'autre il est retourné près du temps d'endormissement pré-intervention.</p> <p>Augmentation de la durée du sommeil pour un enfant à la mesure de suivi (3 mois), alors qu'aucun changement n'est constaté pour l'autre à ce sujet.</p> <p>Les résultats au Child Behavior Checklist pour les enfants se situaient sous le seuil clinique au prétest alors qu'ils grimpent au-delà du seuil normal au posttest.</p> <p>Intervention hautement acceptable par les parents pour les difficultés de sommeil des enfants.</p>
Fehr <i>et al.</i> (2016)	4	4 – 6	Prétest-posttest à groupe unique	<p>Amélioration des habitudes de sommeil de l'enfant (diminution des difficultés de sommeil et des résistances au coucher).</p> <p>Amélioration sur le plan de l'anxiété liée au sommeil (diminution du besoin d'avoir un parent dans la pièce pour s'endormir, de la difficulté à dormir loin des parents et de la peur de dormir dans l'obscurité ou de dormir seul; traduction libre, p. 312).</p> <p>Diminution des craintes générales du quotidien.</p> <p>Diminution des peurs nocturnes pour deux enfants, mais augmentation des peurs nocturnes pour les deux autres.</p> <p>Les parents sont satisfaits de l'intervention.</p>

Tableau 2*Le niveau de preuves empiriques des études (suite)*

Article	Échantillon		Devis	Résultats et efficacité démontrée de l'intervention
	<i>n</i>	Étendue de l'âge (ans)		
Giebenhain et O'Dell (1984)	6 ^b	3 et 11	Prétest-posttest à groupe unique	<p>Tolérance de l'obscurité pour tous les enfants après l'intervention au seuil qui avait été établi par rapport à la luminosité du rhéostat. Maintien ou amélioration du comportement de peur aux mesures de suivi (3, 6 et 12 mois).</p> <p>Aucune ou peu de peurs auto-rapportées par les enfants avant l'intervention et pendant celle-ci.</p> <p>Les parents sont satisfaits de l'intervention.</p>
Jackson et King (1981)	1	5 ½	Prétest-posttest	Aucun épisode de peur de l'enfant après l'intervention. Parviens à dormir sans réveils nocturnes. Maintien des gains aux mesures de suivi (1, 2, 3, 15 et 18 mois).
Kahn <i>et al.</i> (2017)	90	4 – 6	Prétest-posttest avec un groupe témoin équivalent qui subit une intervention standard	<p>Nonobstant la condition expérimentale (CBT-PIP- Cognitivo-comportementale ou TEPT-sans composantes cognitives), après l'intervention :</p> <p>Diminution des réveils nocturnes (nombre, fréquence et durée; mesures objectives et subjectives);</p> <p>Diminution des peurs nocturnes (auto-rapportée);</p> <p>Diminution du nombre de nuits où l'enfant dort avec ses parents;</p> <p>Plus grande diminution, toutefois non significative, constatée sur ces trois variables ainsi que sur le plan des résultats au Brief child sleep questionnaire (BCSQ; difficultés de sommeil) pour la condition CBT-PIP.</p> <p>La satisfaction parentale est davantage représentée dans la condition CBT-PIP.</p>

Tableau 2*Le niveau de preuves empiriques des études (suite)*

Article	Échantillon		Devis	Résultats et efficacité démontrée de l'intervention
	<i>n</i>	Étendue de l'âge (ans)		
Kanfer <i>et al.</i> (1975)	45	4 – 6	Prétest-posttest avec groupe témoin équivalent	<p>Temps de tolérance à l'obscurité plus élevée dans la condition compétence (compétence de l'enfant à faire face au stress lié à l'exposition à l'obscurité) que dans la condition stimuli (apprentissage de phrases sur les aspects positifs de l'obscurité). Aucun effet notable pour la condition neutre (apprentissage de phrases neutres).</p> <p>Entre le prétest et le premier posttest, les conditions sont similaires les unes aux autres quant au niveau d'éclairage et elles ont toutes eu des niveaux d'éclairage plus faible. Au deuxième posttest, un niveau d'éclairement plus faible que celui des autres conditions est constaté pour la condition compétence. Les deux autres conditions sont alors similaires à ce niveau. Au dernier posttest, un niveau d'éclairement plus faible est constaté pour les conditions compétence et stimuli par rapport à celui de la condition neutre.</p>
Kelley (1976)	40	4 – 5	Prétest-posttest avec groupe témoin équivalent	<p>Absence de différences significatives entre le groupe placebo et les groupes de traitement de désensibilisation.</p> <p>Aucune réduction significative entre le prétest et le posttest pour chacun des groupes.</p>

Tableau 2*Le niveau de preuves empiriques des études (suite)*

Article	Échantillon		Devis	Résultats et efficacité démontrée de l'intervention
	<i>n</i>	Étendue de l'âge (ans)		
Klingman (1988)	42	5 – 6	Prétest-posttest avec groupe témoin équivalent	<p>Réduction significative des craintes de l'obscurité par rapport au groupe témoin selon les résultats auto-rapportés par les enfants.</p> <p>Diminution du niveau de peur des enfants après l'intervention, notamment davantage plus faible pour le groupe expérimental. Toutefois, lors des mesures de suivi, pour les deux groupes, quelques augmentations du niveau de la peur ont été observées.</p> <p>Diminution de l'anxiété dans le groupe expérimental après l'intervention. Aucun changement constaté sur cette variable dans le groupe témoin après l'intervention ou à la mesure de suivi.</p> <p>Augmentation des déclarations d'adaptation du groupe expérimental vers la fin de l'intervention par rapport au début.</p>
Kushnir et Sadeh (2012)	104	4 – 5	Prétest-posttest avec un groupe témoin équivalent	<p>Réduction similaire des craintes signalées et des stratégies utilisées par les parents pour diminuer la peur des enfants dans les deux groupes. Réduction significative de ces variables par rapport au groupe Liste d'attente.</p> <p>Maintien de ces résultats à la mesure de suivi (6 mois).</p> <p>Amélioration de la qualité du sommeil et diminution des problèmes de sommeil (mesures objectives et subjectives) dans les deux groupes d'intervention.</p> <p>Amélioration sur le plan de la latence du sommeil, le temps total d'éveil pendant la nuit et le nombre de réveils nocturnes du prétest jusqu'à la mesure de suivi.</p>

Tableau 2*Le niveau de preuves empiriques des études (suite)*

Article	Échantillon		Devis	Résultats et efficacité démontrée de l'intervention
	<i>n</i>	Étendue de l'âge (ans)		
Leitenberg et Callahan (1973)	14	5 – 6	Prétest-posttest avec groupe témoin équivalent	Amélioration de la tolérance à la noirceur par le groupe expérimental après l'intervention par rapport au groupe témoin. Pour le groupe expérimental, augmentation d'au moins 156 secondes dans la salle intérieure et de 177 secondes dans la salle extérieure. Pour le groupe témoin, diminution de 6 secondes dans la salle extérieure et augmentation d'en moyenne 5 secondes dans la salle intérieure.
McMenamy et Katz (1989)	5	4 – 5	Prétest-posttest à groupe unique	<p>Diminution de l'intensité de la peur des enfants rapportée par les parents.</p> <p>Réduction moyenne de 40 % des comportements craintifs la nuit entre le prétest et le posttest. Maintien et amélioration de la réduction moyenne (48 %) de ces mêmes comportements à la première mesure de suivi (6 semaines). Amélioration continue constatée à la dernière mesure de suivi (6 mois).</p> <p>Les parents sont satisfaits de l'intervention et l'évaluent en moyenne à 8/9.</p>
Muris <i>et al.</i> (2003)	142	4 – 6	Prétest-posttest avec groupe témoin équivalent	<p>Diminution de la fréquence et de l'intensité des craintes nocturnes après l'intervention (auto-rapportée par les enfants). Notamment, une diminution davantage significative par rapport au groupe contrôle. Or, les parents rapportent des réponses opposées. Selon leur résultat, il n'y aurait aucune différence sur ces mesures entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.</p> <p>Diminution plus importante des résultats de crainte générale (auto-rapportée par les enfants) dans la condition expérimentale par rapport à la condition contrôle.</p> <p>Cela dit, 47,8 % des parents ont indiqué que l'intervention proposée (la lettre) n'était pas utile.</p>

Tableau 2*Le niveau de preuves empiriques des études (suite)*

Article	Échantillon		Devis	Résultats et efficacité démontrée de l'intervention
	<i>n</i>	Étendue de l'âge (ans)		
Protinsky (1985)	1	4	Posttest seul (étude de cas)	Trois nuits complètes et consécutives de sommeil. Puis, l'enfant ne manifeste plus de difficultés de sommeil. Maintien des améliorations aux mesures de suivi (1 et 6 mois).
Sheslow <i>et al.</i> (1983)	32	4 – 5	Prétest-posttest avec groupe témoin équivalent	<p>Amélioration significative des deux conditions qui comprenaient l'exposition graduelle après l'intervention, davantage que la condition qui utilisait uniquement la procédure d'apprentissage d'expression verbale.</p> <p>Augmentation de la tolérance à la noirceur pour le groupe d'exposition graduelle (exposition maximale à la noirceur) aux deux posttests, davantage que le groupe combinant les deux procédures (exposition graduelle et expression verbale/moins de contact avec l'obscurité).</p> <p>Aucune corrélation significative entre les mesures de la tolérance à la noirceur et les mesures de la peur.</p> <p>Le groupe contrôle a démontré une meilleure tolérance à l'obscurité que le groupe qui utilisait uniquement la procédure d'apprentissage d'expressions verbales.</p>

^a Deux enfants ayant l'âge cible. ^b Quatre enfants ayant l'âge cible.

Les types de devis des études

Parmi les articles retenus, cinq ont utilisé un devis quasi-expérimental, pré-expérimental de type prétest et posttest sans groupe de comparaison (Burke *et al.*, 2004; Fehr *et al.*, 2016; Giebenhain et O'Dell, 1984; Jackson et King, 1981; McMenemy et Katz, 1989). Le même type de devis avec une seule mesure après le traitement (posttest seul) a aussi été recensé (Protinsky, 1985). D'autre part, quelques études ont recruté des participants de manière à les assigner aléatoirement dans une condition expérimentale et une condition témoin, ce qui correspond aux devis expérimentaux (Kanfer *et al.*, 1975; Khan *et al.*, 2017; Kelley, 1976; Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012; Leitenberg et Callahan, 1973; Muris *et al.*, 2003; Sheslow *et al.*, 1983). Les études ayant utilisé ce type de devis ont aussi effectué une mesure avant et après le traitement. Au surplus, six études ont rapporté des résultats de suivi à des temps prédéterminés à la fin du traitement (Giebenhain et O'Dell, 1984; Jackson et King, 1981; Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012; McMenemy et Katz, 1989; Protinsky, 1985).

L'efficacité de l'intervention cognitivo-comportementale

Quant aux résultats des études, quelques-uns permettent de conclure de l'efficacité de l'intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants de 6 ans et moins. Parmi celles-ci, on compte l'étude de Burke et ses collaborateurs (2004), de Fehr et ses collaborateurs (2016), de Giebenhain et O'Dell (1984), de Jackson et King (1981), de Klingman (1988), de Kushnir et Sadeh (2012), de Leitenberg et Callahan (1973), de McMenemy et Katz (1989) ainsi que de Protinsky (1985) alors que d'autres obtiennent des résultats peu concluants (Kanfer *et al.*, 1975; Khan *et al.*, 2017; Sheslow *et al.*, 1983) et même non concluants (Kelley, 1976; Muris *et al.*, 2003).

Le niveau de preuves empiriques des études

En résumé, les six études ayant utilisé un devis quasi-expérimental, pré-expérimental représentent un faible niveau de preuve sur le plan scientifique. Or, les devis expérimentaux privilégiés par huit études sont davantage appréciés pour leur valeur empirique puisqu'ils permettent de limiter les risques de biais potentiels lors des recherches de type quantitatives (Fortin et Gagnon, 2016). À ce jour, l'efficacité de la diversité des interventions cognitivo-

comportementales pour résoudre les difficultés de sommeil est faiblement démontrée dans la littérature malgré l'étendue des années sur laquelle elles ont été réalisées (1973 à 2017). Il n'en reste pas moins que deux études se démarquent, notamment par l'ensemble des aspects que nous avons évalué pour chacun des articles (Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012). En résumé, en ce qui a trait à l'étude de Klingman (1988), celle-ci prévaut les techniques s'apparentant à l'apprentissage de déclarations positives et au renforcement, ainsi qu'à la lecture de récit dans lesquels les personnages servent de modèles afin de contrer le niveau d'anxiété vécue par rapport à la peur de l'obscurité. Quant à l'étude de Kushnir et Sadeh (2012), elle mise davantage sur des interventions visant à améliorer les habitudes et les difficultés de sommeil ainsi que les craintes nocturnes. Les interventions utilisées dans le cadre de cette étude sont similaires à celles de Klingman (1988), en dépit du fait qu'il y a ajout d'une procédure de désensibilisation et l'apport d'un objet de sécurité cognitive.

Discussion

De prime abord, le but de cet essai était de recenser les études évaluant les effets des interventions cognitivo-comportementales pour résoudre les difficultés de sommeil que vivent les enfants de 6 ans et moins. Cette recension des écrits met en lumière plusieurs constats. Premièrement, il est possible de démontrer que certaines interventions cognitivo-comportementales s'avèrent efficaces pour résoudre les difficultés de sommeil manifestées chez des enfants de 6 ans et moins, contrairement à ce que laissaient entendre quelques auteurs (Barrett, 2001; Stallard, 2004). En revanche, malgré la volonté d'adapter les interventions cognitivo-comportementales pour les enfants plus jeunes, l'hypothèse soulignant la nécessité d'avoir acquis une certaine maturité cognitive et une bonne capacité à s'exprimer verbalement pour l'utilisation de ce type d'interventions semble avoir été appuyée (Owens *et al.*, 2002). En effet, à la lumière des articles retenus, le deuxième constat est que la majorité des recherches menées sur l'intervention cognitivo-comportementale pour traiter les difficultés de sommeil ont été effectuées auprès d'enfants âgés entre 4 et 6 ans. Dans les lignes qui suivent, nous discuterons des résultats obtenus en lien avec les deux objectifs ciblés par cet essai.

Décrire les interventions cognitivo-comportementales et ses fonctions

À partir des quatorze études retenues, nous sommes parvenus à définir les interventions cognitivo-comportementales utilisées auprès des enfants âgés de 6 ans et moins pour résoudre leurs difficultés de sommeil. Bien entendu, plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'émergence de difficultés de sommeil chez les enfants, notamment leur tempérament (Sadeh et Anders, 1993), leur santé neurologique et physiologique (Kahn *et al.*, 1987; Kahn *et al.*, 1989), ainsi que les pratiques parentales et les conditions de l'environnement (Anders *et al.*, 1992; Glaze, 2004; Sadeh et Anders, 1993; Sadeh, 2005). Cela dit, un élément important est souvent négligé, issu du fruit même de la phase développementale de l'enfant, l'imagination (Flavell *et al.*, 1983; Gordon *et al.*, 2007; King *et al.*, 1997). De fait, le monde imaginaire prend beaucoup d'espace chez l'enfant pendant la période préscolaire faisant en sorte qu'il a du mal à discriminer la réalité de la fantaisie (Flavell *et al.*, 1983; Gordon *et al.*, 2007; Muris *et al.*, 2003). D'ailleurs, les théories sur le développement cognitif affirment que les enfants de 4 à 6 ans sont en constante adaptation pour

affronter leurs peurs sans nécessairement en comprendre le sens (Flavell *et al.*, 1983; Muris *et al.*, 2003). En parallèle, cela pourrait expliquer pourquoi peu d'études se sont intéressées à l'application d'une intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants de moins de 4 ans.

Dans l'étude de Muris et ses collaborateurs (2003), on constate qu'une prévalence élevée d'enfants de moins de 6 ans ($n = 86, 60,6 \%$) rapporte des peurs nocturnes de façons occasionnelles. En effet, la plupart des enfants en bas âge ont des peurs nocturnes reliées à des stimuli imaginaires, tels que les fantômes, les monstres, les créatures fantastiques, les intrus et les menaces environnementales (Bauer, 1976; Gordon *et al.*, 2007; King *et al.*, 1997; Mooney, 1985; Mooney *et al.*, 1985; Muris *et al.*, 2000; Muris *et al.*, 2001; Muris *et al.*, 2003). À ces craintes, s'ajoute une peur fréquemment rapportée par les enfants, celle de l'obscurité (Klingman, 1988). Somme toute, la nuit représente un moment durant lequel l'enfant est seul dans l'obscurité et doit faire face à ses peurs (King *et al.*, 1997).

Dans le même ordre d'idée, il ne faut pas oublier la peur que manifestent certains enfants d'être séparé de ses parents (Gordon *et al.*, 2007; Muris *et al.*, 2001). Plus précisément, en ce qui a trait à l'anxiété de séparation, dans une étude de Muris et ses collaborateurs (2000), les enfants âgés entre 4 et 6 ans ont une forte propension à vivre difficilement le fait de se séparer de ses parents. En ce sens, l'heure du coucher est souvent associée à une certaine détresse chez l'enfant (Fehr *et al.*, 2016). Ce moment marque la coupure des interactions sociales et la séparation du parent pour une longue période perçue par l'enfant (King *et al.*, 1997). Force est de constater que l'enfant expérimente régulièrement la séparation et parfois la réunion avec ses parents lorsqu'il s'endort et se réveille pendant la nuit (Anders et Eiben, 1997).

Les craintes et l'anxiété : leur effet sur le sommeil de l'enfant de moins de 6 ans

En somme, il est peu étonnant de constater que cette anxiété ou ces inquiétudes apparaissant dès que l'enfant met les pieds au lit peuvent nuire à la qualité et à la quantité de son sommeil ainsi que contribuer à l'émergence des difficultés de sommeil (Fehr *et al.*, 2016; Owens *et al.*, 2002). En général, pour les enfants anxieux, un défi subsiste à l'effet de dormir et de s'endormir. Ils présentent

d'autant plus de risques de vivre des réveils nocturnes fréquents et d'éprouver de la difficulté à se rendormir lorsqu'ils se réveillent la nuit (Blader *et al.*, 1997; Gordon *et al.*, 2007; Sadeh, 2005). Comme le relatent McMenamy et ses collaborateurs (1989), il est fréquent de constater que les peurs imaginaires des enfants sont associées à de l'anxiété au moment du coucher et ces dernières diminuent leur capacité à s'endormir. Il faut se rappeler que les préoccupations pendant la nuit font vivre des niveaux modérés d'anxiété aux enfants. Les craintes nocturnes sont liées à des troubles anxieux définis par le *Manuel diagnostics et statistiques des troubles mentaux* (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013). En effet, environ 10 % des enfants anxieux rapportent des craintes nocturnes (Muris *et al.*, 2003).

Le niveau de preuves empiriques des études

Force est de constater que peu de recherches se sont intéressées aux difficultés de sommeil des enfants âgés de 6 ans et moins sous l'angle de l'intervention cognitivo-comportementale. Cet essai a permis de statuer sur le niveau de preuves des études afin de nous positionner sur la pertinence d'utilisation de ces dernières pour résoudre les difficultés de sommeil des enfants en bas âge. À cet égard, la qualité empirique des études ressassées sur le sujet peut laisser place à certaines ambiguïtés. Notamment, la moitié des articles retenus présente peu de participants (Khan *et al.*, 2017; Kanfer *et al.*, 1975; Kelley, 1976; Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012; Muris *et al.*, 2003; Sheslow *et al.*, 1983), ce qui fait en sorte que le degré de représentativité de l'échantillon est peu élevé. En ce sens, les résultats de l'étude ne peuvent être généralisés à la population d'intérêt dû à la possibilité existante d'une grande variabilité interindividuelle entre les participants des échantillons sélectionnés (Fortin et Gagnon, 2016). Il faut aussi reconnaître que les études mettant en œuvre un devis quasi-expérimental, pré-expérimental ne sont pas des plus rigoureuses scientifiquement. À défaut d'avoir un groupe témoin en guise de comparaison, ces devis mettent en évidence la possibilité de plusieurs hypothèses rivales (Fortin et Gagnon, 2016). Puis, en l'absence d'une mesure avant l'intervention, cela réduit la possibilité de se prononcer sur l'efficacité des modifications observées sur les variables mesurées aux suites de l'intervention. La mesure effectuée avant l'intervention offre aussi l'opportunité de comparer les groupes avant la

mise en œuvre de celle-ci. On peut ainsi qualifier les tests utilisant un devis quasi-expérimental, pré-expérimental comme étant davantage descriptifs.

Néanmoins, quelques études (Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012) permettent de mettre en lumière une certaine efficacité de l'intervention cognitivo-comportementale pour réduire les difficultés de sommeil et l'anxiété vécue par les enfants en lien avec les craintes nocturnes et la peur de l'obscurité. Ces études sont effectuées à partir d'un devis expérimental. Ce type de devis assure théoriquement des groupes équivalents, puisque les participants sont assignés en fonction du hasard aux conditions (Fortin et Gagnon, 2016). L'application de ce devis permet ainsi de réduire considérablement les menaces à la validité interne. De même, le groupe témoin équivalent peut être utile afin de comparer l'efficacité de l'intervention avec un groupe ne l'ayant pas reçu et ainsi, permettre de constater le changement naturel qui s'est opéré sans qu'il y ait de manipulation (Fortin et Gagnon, 2016). D'une autre manière, le groupe témoin ayant reçu une autre intervention, comme dans l'étude de Kahn et ses collaborateurs (2017), est utile pour démontrer l'efficacité de la nouvelle intervention par rapport à une autre déjà existante. Ensuite, le devis expérimental offre la possibilité de prouver que le changement obtenu est induit par l'intervention et non pas par un autre facteur non considéré. Enfin, les mesures de suivi après l'intervention qu'ont rapportées quelques études (Giebenhain et O'Dell, 1984; Jackson et King, 1981; Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012; McMenemy et Katz, 1989; Protinsky, 1985) permettent de reconnaître si les effets de l'intervention se maintiennent dans le temps ou si ceux-ci ne sont qu'éphémères. En définitive, il importe de se rapporter aux données empiriques obtenues par des études expérimentales. Bien qu'il existe de nombreuses méthodes discutées dans la littérature grise, l'efficacité d'une grande partie d'entre elles n'a pas été démontrée scientifiquement.

Perspectives cliniques

En résumé, une fois dans sa chambre, l'enfant se retrouve en situation de stress, seul avec lui-même et ses peurs refont surfaces. Il vit un moment de détresse et il doit être en mesure d'utiliser ses capacités de gestion du stress et ses moyens d'adaptation (Klingman, 1988). Ces moyens peuvent être de se référer à l'adulte significatif, protecteur des peurs (Sadeh et Anders, 1993; Sadeh,

2005), ou encore, d'utiliser des stratégies qu'il aura apprises à l'aide d'un accompagnement misant sur l'intervention cognitivo-comportementale. Quoiqu'il en soit, ce type d'intervention semble approprié pour remédier aux comportements perturbateurs associés à l'anxiété nocturne des enfants, comme le refus de dormir ou de se rendormir sans la présence d'un adulte (Kahn *et al.*, 2017). À cet égard, quelques interventions cognitivo-comportementales (p. ex., l'apprentissage de déclarations positives, la lecture de récit, le renforcement, la désensibilisation, l'utilisation d'objets de sécurité cognitive) se sont montrées bénéfiques dans l'optique d'aider les enfants à soulager leur détresse pendant la nuit (Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012). D'ailleurs, il est intéressant de constater que ces interventions sont mises en œuvre à partir d'un vécu partagé entre l'enfant, son parent et parfois un intervenant externe. De plus, ces interventions visent le développement ou l'actualisation de capacités adaptatives pour faire face aux difficultés traversées, ce qui représente un bel arrimage avec la pratique psychoéducative.

Limites

Cet essai a permis de mettre en évidence la valeur de l'intervention cognitivo-comportementale sur les difficultés de sommeil auprès d'une clientèle âgée de moins de 6 ans. Afin d'élargir l'efficacité de cette approche pour les enfants en bas âge, il aurait été bénéfique d'inclure d'autres facteurs importants dans cette recension des écrits. En effet, prendre en compte les articles ayant pour sujet les enfants dès leur naissance aurait été intéressant. Bien entendu, l'intervention n'aurait pas pu être mise en œuvre directement auprès de ces derniers, toutefois les interventions qui impliquent les parents ont une place notoire dans ce type de traitement (Sadeh, 2005). Au surplus, les comportements des enfants manifestés dès l'heure du coucher et pendant la nuit influencent généralement les cognitions et les interprétations du parent qui se répercutent à leur tour sur les interactions de la dyade (Morrell, 1999; Sadeh et Anders, 1993). D'ailleurs, le rôle des cognitions du parent sur le sommeil des enfants est pertinent à prendre en compte lors d'une évaluation associée aux difficultés de sommeil d'un enfant (Sadeh *et al.*, 2010). En ce sens, les interventions exclusivement comportementales avec les parents pourraient également être abordées au niveau cognitif. En effet, modifier les pensées, les attitudes et les croyances des parents permet souvent de les persuader à entreprendre et à s'investir dans une intervention typiquement

comportementale (Owens, 1999). Le travail des cognitions parentales en amont, par l'intervention cognitivo-comportementale, serait une pratique à envisager afin de répondre aux besoins de la clientèle âgée de moins de six ans aux prises avec des difficultés de sommeil. La littérature existante à ce sujet serait profitable à consulter. Tout compte fait, l'évaluation des attitudes et des compétences parentales devrait être considérée avant de mettre en œuvre des interventions visant les difficultés de sommeil des enfants (Sadeh, 2005).

Conclusion

Bien que peu de recherches se soient concentrées sur l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales auprès de jeunes enfants, cet essai a permis de démontrer que deux études se sont démarquées par leur rigueur scientifique (Klingman, 1988; Kushnir et Sadeh, 2012). Celles-ci mettent en œuvre des interventions prometteuses pour la pratique clinique, soit l'apprentissage de déclarations positives, la lecture de récit, le renforcement, la désensibilisation et l'utilisation d'objets de sécurité cognitive. En définitive, cette recension dans les bases de données a supporté la découverte indiquant que la majorité des interventions cognitivo-comportementales ont été envisagées afin de soutenir l'enfant à surmonter sa détresse associée à des craintes diverses durant la nuit. Cela dit, le nombre limité d'études pousse à se questionner sur la validité des interventions cognitivo-comportementales auprès des enfants de moins de 6 ans. Il s'avère important de poursuivre les recherches sur le sujet afin de démontrer l'efficacité de telles interventions dans ce groupe d'âge. Pour conclure, il n'en demeure pas moins qu'il est primordial de faire une évaluation approfondie des difficultés de sommeil vécues par l'enfant notamment, en prenant en compte la meilleure adéquation entre les interventions et les caractéristiques de l'enfant et de la famille (Glaze, 2004; Owens *et al.*, 2002; Sadeh, 2005).

Références

Les références précédées d'un astérisque désignent les études répertoriées dans le travail de synthèse.

Anders, T. F. et Eiben, L. A. (1997). Pediatric sleep disorders: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(1), 9-20. <https://doi.org/10.1097/00004583-199701000-00012>

Anders, T. F., Halpern, L. F. et Hua, J. (1992). Sleeping through the night: a developmental perspective. *Pediatrics*, 90(4), 554-560. <https://doi.org/10.1542/peds.90.4.554>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International Classification of Sleep Disorders*. 3e ed. (ICSD-3). Darien, IL.

Barrett, P. M. (2001). Current issues in the treatment of childhood anxiety. *The developmental psychopathology of anxiety*, 304-324.

Bauer, D. H. (1976). An exploratory study of developmental changes in children's fears. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(1), 69-74. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00375.x>

Blader, J. C., Koplewicz, H. S., Abikoff, H. et Foley, C. (1997). Sleep problems of elementary school children. A community survey. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151(5), 473-480. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1997.02170420043007>

*Burke, R. V., Kuhn, B. R. et Peterson, J. L. (2004). Brief report : a "storybook" ending to children's bedtime problems--the use of a rewarding social story to reduce bedtime resistance and frequent night waking. *Journal of pediatric psychology*, 29(5), 389-396. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh042>

Cornwall, E., Spence, S. H. et Schotte, D. (1996). The effectiveness of emotive imagery in the treatment of darkness phobia in children. *Behaviour Change*, 13(4), 223-229. <https://doi.org/10.1017/S0813483900004824>

Etherton, H., Blunden, S. et Hauck, Y. (2016). Discussion of extinction-based behavioral sleep interventions for young children and reasons why parents may find them difficult. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11), 1535-1543. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6284>

- Flavell, J. H., Flavell, E. R. et Green, F. L. (1983). Development of the appearance--reality distinction. *Cognitive Psychology*, 15(1), 95-120. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(83\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0010-0285(83)90005-1)
- *Fehr, K. K., Russ, S. W. et Ievers-Landis, C. E. (2016). Treatment of sleep problems in young children: A case series report of a cognitive-behavioral play intervention. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4(3), 306. <https://doi.org/10.1037/cpp0000153>
- Ferber, R. (1986). The sleepless child. Dans C. Guilleminault,(Dir.), *Sleep and its disorders in children* (pp. 141-163) : New York Raven Press.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.
- *Giebenhain, J. E. et O'Dell, S. L. (1984). Evaluation of a parent-training manual for reducing children's fear of the dark. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17(1), 121-125. <https://doi.org/10.1901/jaba.1984.17-121>
- Glaze, D. G. (2004). Childhood insomnia: why Chris can't sleep. *Pediatric Clinics*, 51(1), 33-50. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(03\)00176-7](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(03)00176-7)
- Graziano, A. M. et de Giovanni, I. S. (1979). The clinical significance of childhood phobias: a note on the proportion of child-clinical referrals for the treatment of children's fears. *Behaviour Research and Therapy*, 17(2), 161-162. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(79\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(79)90026-3)
- Graziano, A. M. et Mooney, K. C. (1980). Family self-control instruction for children's nighttime fear reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 206-213. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.48.2.206>
- Graziano, A. M. et Mooney, K. C. (1982). Behavioral treatment of "nightfears" in children: maintenance of improvement at 2 1/2- to 3-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(4), 598-599. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.50.4.598>
- Gordon, J. et King, N. (2002). Children's night-time fears: an overview. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(2), 121-132. <https://doi.org/10.1080/09515070110104097>
- Gordon, J., King, N. J., Gullone, E., Muris, P. et Ollendick, T. H. (2007). Treatment of children's nighttime fears: The need for a modern randomised controlled trial. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 98-113. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.07.002>
- *Jackson, H. J. et King, N. J. (1981). The emotive imagery treatment of a child's trauma-induced phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12(4), 325-328. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(81\)90072-0](https://doi.org/10.1016/0005-7916(81)90072-0)

- Kahn, A., Rebuffat, E., Blum, D., Casimir, G., Duchateau, J., Mozin, M. J. et Jost, R. (1987). Difficulty in initiating and maintaining sleep associated with cow's milk allergy in infants. *Sleep*, 10(2), 116-121. <https://doi.org/10.1093/sleep/10.2.116>
- Kahn, A., Mozin, M. J., Rebuffat, E., Sottiaux, M. et Muller, M. F. (1989). Milk intolerance in children with persistent sleeplessness: a prospective double-blind crossover evaluation. *Pediatrics*, 84(4), 595-603.
- *Kahn, M., Ronen, A., Apter, A. et Sadeh, A. (2017). Cognitive-behavioral versus non-directive therapy for preschoolers with severe nighttime fears and sleep-related problems. *Sleep Medicine*, 32, 40-47. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.12.011>
- *Kanfer, F. H., Karoly, P. et Newman, A. (1975). Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(2), 251-258. <https://doi.org/10.1037/h0076531>
- *Kelley, C. K. (1976). Play desensitization of fear of darkness in preschool children. *Behaviour Research and Therapy*, 14(1), 79-81. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(76\)90050-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(76)90050-4)
- King, N., Ollendick, T. H. et Tonge, B. J. (1997). Children's nighttime fears. *Clinical Psychology Review*, 17(4), 431-443. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00014-7)
- *Klingman, A. (1988). Biblioguidance with kindergartners: Evaluation of a primary prevention program to reduce fear of the dark. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(3), 237-241. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1703_7
- Knell, S. M. (1998). Cognitive-behavioral play therapy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 28-33. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2701_3
- *Kushnir, J. et Sadeh, A. (2012). Assessment of brief interventions for nighttime fears in preschool children. *European journal of pediatrics*, 171(1), 67-75. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1488-4>
- Latrèche, K. et Brodard, F. (2020). Interventions comportementales auprès des enfants présentant des troubles du sommeil : un guide de lecture critique. *Revue Science et comportement*, 30(1), 7-18. Récupéré de : http://www.science-et-comportement.uqam.ca/AnciensNumeros/V30/010_Article.pdf
- *Leitenberg, H. et Callahan, E. J. (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 19-30. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90065-x](https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90065-x)
- Lozoff, B., Wolf, A. W. et Davis, N. S. (1985). Sleep problems seen in pediatric practice. *Pediatrics*, 75(3), 477-483.

- *McMenamy, C. et Katz, R. C. (1989). Brief parent-assisted treatment for children's nighttime fears. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10(3), 145-148. <https://doi.org/10.1097/00004703-198906000-00005>
- Meltzer, L. J. et Mindell, J. A. (2014). Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions for pediatric insomnia. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 932-948. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu041>
- Milan, M. A., Mitchell, Z. P., Berger, M. I. et Pierson, D. F. (1981). Positive routines : A rapid alternative to extinction for elimination of bedtime tantrum behavior. *Child Behavior Therapy*, 3(1), 13-25. https://doi.org/10.1300/J473V03N01_02
- Mindell, J. A. (1993). Sleep disorders in children. *Health Psychology*, 12(2), 151-162. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.12.2.151>
- Mindell, J. A., Moline, M. L., Zendell, S. M., Brown, L. W. et Fry, J. M. (1994). Pediatricians and sleep disorders: Training and practice. *Pediatrics*, 94, 194-200. <https://doi.org/10.1542/peds.94.2.194>
- Mindell, J. A. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(6), 465-481. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/24.6.465>
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J. et Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1263-1276. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.10.1263>
- Mooney, K. C. (1985). Children's nighttime fears: Ratings of content and coping behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 9(3), 309-319. <https://doi.org/10.1007/BF01183850>
- Mooney, K. C., Graziano, A. M. et Katz, J. N. (1985). A factor analytic investigation of children's nighttime fear and coping responses. *Journal of Genetic Psychology*, 146(2), 205-215. <https://doi.org/10.1080/00221325.1985.9914448>
- Morrell, J. M. (1999). The role of maternal cognitions in infant sleep problems as assessed by a new instrument, the maternal cognitions about infant sleep questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(2), 247-258. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00438>
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B. et Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears? *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 217-228. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00204-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00204-6)

- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T. H., King, N. J. et Bogie, N. (2001). Children's nighttime fears: parent-child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(1), 13-28. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00155-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00155-2)
- *Muris, P., Verweij, C. et Meesters, C. (2003). The “anti-monster letter” as a simple therapeutic tool for reducing night-time fears in young children. *Behaviour Change*, 20(4), 200-207. <https://doi.org/10.1375/bech.20.4.200.29384>
- Owens, L. J., France, K. G. et Wiggs, L. (1999). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for sleep disorders in infants and children: a review. *Sleep medicine reviews*, 3(4), 281-302. <https://doi.org/10.1053/smr.1999.0082>
- Owens, J. A., Palermo, T. M. et Rosen, C. L. (2002). Overview of current management of sleep disturbances in children: II—Behavioral interventions. *Current Therapeutic Research*, 63, B38-B52. [https://doi.org/10.1016/S0011-393X\(02\)80102-3](https://doi.org/10.1016/S0011-393X(02)80102-3)
- Pépin-Beauchesne, L., Lachapelle, Y., Couture, C., Lussier-Desrochers, D., St-Amand, A. et Bégin, J.-Y. (2021). Guide d'accompagnement des normes de présentation d'un document selon la 7e édition du manuel de l'American Psychological Association. Mise à jour octobre 2021. Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Petit, D., Paquet, J., Touchette, É. et Montplaisir, J. Y. (2010). Sleep: an unrecognized actor in child development. *Institut de la statistique Québec*, 5(2). Récupéré de : <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=F0C2799CA7670E16796845C5C950123D?doi=10.1.1.393.1511&rep=rep1&type=pdf>
- *Protinsky, H. (1985). Treatment of children's fears: A strategic utilization approach. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(1), 95-97. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00595.x>
- Reid, M. J., Walter, A. L. et O'Leary, S. G. (1999). Treatment of young children's bedtime refusal and nighttime wakings: a comparison of “standard” and graduated ignoring procedures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 5-16. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022606206076>
- Reuter, A., Silfverdal, S. A., Lindblom, K. et Hjern, A. (2020). A systematic review of prevention and treatment of infant behavioural sleep problems. *Acta Paediatrica*, 109(9), 1717-1732. <https://doi.org/10.1111/apa.15182>
- Richman, N. (1981). A community survey of characteristics of one-to two-year-olds with sleep disruptions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(2), 281-291. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60989-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60989-4)

- Richman, N. (1981). Sleep problems in young children. *Archives of Disease in Childhood*, 56(7), 491. <https://doi: 10.1136/adc.56.7.491>
- Richman, N., Douglas, J., Hunt, H., Lansdown, R. et Levere, R. (1985). Behavioural methods in the treatment of sleep disorders—a pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(4), 581-590. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1985.tb01642.x>
- Sadeh, A. (2005). Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical psychology review*, 25(5), 612-628. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.006>
- Sadeh, A. et Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant mental health Journal*, 14(1), 17-34. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199321\)14:1<17::AID-IMHJ2280140103>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199321)14:1<17::AID-IMHJ2280140103>3.0.CO;2-Q)
- Sadeh, A., Tikotzky, L. et Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep medicine reviews*, 14(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.05.003>
- *Sheslow, D. V., Bondy, A. S. et Nelson, R. O. (1983). A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child & Family Behavior Therapy*, 4(2-3), 33-45. https://doi.org/10.1300/J019v04n02_03
- Simonds, J. F. et Parraga, H. (1984). Sleep behaviors and disorders in children and adolescents evaluated at psychiatric clinics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. <https://doi.org/10.1097/00004703-198402000-00002>
- Stallard, P. (2004). Cognitive behaviour therapy with prepubertal children. *Cognitive behaviour therapy for children and families*, 121-135. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543845.008>
- Staples, A. D., Bates, J. E. et Petersen, I. T. (2015). Ix. Bedtime routines in early childhood: Prevalence, consistency, and associations with nighttime sleep. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80(1), 141-159. <https://doi.org/10.1111/mono.12149>
- Tikotzky, L. et Sadeh, A. (2010). The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Medicine*, 11(7), 686-691. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.11.017>
- Turnbull, K., Reid, G. J. et Morton, J. B. (2013). Behavioral sleep problems and their potential impact on developing executive function in children. *Sleep*, 36(7), 1077-1084. <https://doi.org/10.5665/sleep.2814>