UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÉTUDE DES FACTEURS FACILITANTS ET ENTRAVANTS LA SIESTE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 5 ANS.

ESSAI PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR

MÉGAN CLOUTIER

AOÛT 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Évelyne Touchette

Prénom et nom directrice de recherche

Jury d'évaluation

Évelyne Touchette

Prénom et nom directrice de recherche

Sabrina Bolduc

Prénom et nom Évaluatrice

Résumé

Le sommeil durant la petite enfance (0-5 ans) joue un rôle essentiel dans le développement global, tant sur les plans physiologique, émotionnel que cognitif. La sieste, composante centrale du sommeil diurne, demeure peu étudiée dans la littérature scientifique. Cet essai vise à (1) regrouper les différents facteurs facilitants ou entravants l'actualisation des siestes chez les enfants de 0 à 5 ans; (2) mettre en évidence les spécificités propres au sommeil en milieu familial et en milieu de garde. Une recension des écrits a été réalisée à partir de plusieurs bases de données (Cairn, ERIC, Érudit et PsycInfo), permettant d'identifier l'âge, le milieu étudié, les facteurs associés, ainsi que les articles scientifiques revus avec comité de lecture. Ceux-ci ont mené à dix-sept études empiriques portant sur les siestes en milieu familial et en milieu de garde. Les résultats mettent en lumière la complexité des influences qui façonnent le sommeil diurne, notamment l'importance des caractéristiques individuelles, de la qualité de l'environnement et des pratiques éducatives. Ils révèlent des convergences et divergences entre les milieux de vie, ainsi que l'impact des contraintes organisationnelles propres aux services de garde. Enfin, des pistes d'intervention et des orientations pour la recherche future sont proposées afin d'optimiser les conditions entourant la sieste, la consolidation du sommeil nocturne, le bien-être et le développement global des enfants de 0 à 5 ans.

Mots-clés : Développement, facteurs associés, petite enfance, pratiques éducatives, sieste, sommeil

Table des matières

Résumé iii
Liste des tableaux et figures vi
Introduction 1
Objectifs 4
Cadre théorique 4
Méthode 8
Critères de sélection et d'exclusion 8
Recherche documentaire 8
Sélection des articles et extraction de données 9
Résultats 11
Contextes intrinsèques à l'enfant 11
Facteurs facilitants 11
Facteurs entravants 13
Différenciations entre le milieu de garde et le milieu familial 14
Interactions entre le donneur de soin et l'enfant 15
Facteurs facilitants 15
Facteurs entravants 16
Différenciations entre le milieu de garde et le milieu familial 16
Contextes extrinsèques à l'enfant 17
Facteurs facilitants 17
Facteurs entravants 18
Différenciations entre le milieu de garde et le milieu familial 19
Discussion 21
Approfondissement des liens théoriques et pratiques 21
Implications pratiques et recommandations 22
Limites de la présente recension 23
Avenues pour de futures recherches 24
Conclusion 26

Références 27
Appendice A 31

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1 Description des études retenues……31

Figures

Figure 1 Modèle théorique……5

Figure 2 Synthèse des études identifiées et sélectionnées……...10

Introduction

Le sommeil joue un rôle fondamental dans le développement du jeune enfant, puisqu'il soutient la maturation physiologique, la consolidation des apprentissages, la régulation émotionnelle et la qualité de l'éveil diurne (Galland *et al*., 2012; Mindell et Owens, 2015; Sadeh, 2007; Staton *et al*., 2016). Durant la petite enfance, la sieste constitue une composante essentielle de ce sommeil global, permettant à l'enfant de récupérer, de maintenir son attention et de réguler son comportement au cours de la journée (Staton *et al.*, 2016). Les recherches démontrent que des perturbations du sommeil ou une insuffisance de sommeil peuvent entraîner des difficultés d'autorégulation, une irritabilité accrue, une diminution de l'attention soutenue et des impacts sur le fonctionnement cognitif (Sadeh, 2007). Par ailleurs, les besoins de sommeil varient considérablement d'un enfant à l'autre, tant en durée qu'en organisation physiologique et développementale, ce qui rend la sieste particulièrement sensible aux caractéristiques individuelles. En effet, une revue systématique met en évidence une grande variabilité interindividuelle dans les rythmes et besoins de sommeil au cours de la petite enfance (Galland *et al.*, 2012), ce qui rejoint les observations de Guillot et Goetz (2005) distinguant des enfants « petits dormeurs » et « gros dormeurs ». Ainsi, la sieste ne représente pas seulement un moment de repos, mais un déterminant essentiel du développement global, dont l'importance doit être reconnue et adaptée aux besoins spécifiques de chaque enfant.

Au-delà des différences individuelles, l'environnement physique et relationnel joue également un rôle déterminant dans la qualité du sommeil diurne *(*Appell, 2018; Hilali, 2020; Mindell et Owens, 2015; Staton *et al*., 2016; Sadeh, 2007). Les rituels personnalisés, la stabilité des repères et la sécurité affective constituent des conditions essentielles à l'endormissement, car ils soutiennent la capacité de l'enfant à se réguler et à se détendre suffisamment pour accéder au sommeil (Hilali, 2020; Mindell et Owens, 2015; Sadeh, 2007; Staton *et al.*, 2016). Hilali (2020) souligne d'ailleurs que « le sommeil nécessite d'être suffisamment en confiance pour lâcher prise » (p. 70) rappelant l'importance d'un climat de confiance et d'un accompagnement individualisé en milieu de garde. Cette perspective rejoint les travaux en psychologie du sommeil montrant que la qualité de l'environnement influence directement la régulation émotionnelle, l'humeur et la

capacité attentionnelle de l'enfant (Sadeh, 2007). De même, Appell (2018) rappelle que le sommeil n'est pas un simple temps de repos, mais un moment d'activité physiologique et psychique fondamental, dont la qualité dépend étroitement du soutien offert par les adultes et de la cohérence des pratiques éducatives entre les différents milieux de vie. Les recherches en petite enfance confirment que des routines prévisibles, un environnement calme et des interactions sensibles favorisent un endormissement plus rapide et un sommeil de jour plus réparateur (Mindell et Owens, 2015; Staton *et al.*, 2016). Enfin, la revue systématique de Galland *et al.* (2012) montre que les conditions environnementales peuvent moduler l'expression des besoins de sommeil, déjà très variables d'un enfant à l'autre, ce qui renforce la nécessité d'une approche individualisée et attentive aux signaux propres à chaque enfant. L'environnement de sommeil ne constitue donc pas un simple cadre matériel, mais un véritable levier développemental soutenant la sécurité affective, l'autorégulation et le bien-être global du jeune enfant.

Il est également pertinent de souligner que le sommeil fluctue considérablement au cours de la première année de vie et qu'une grande majorité des enfants ne fréquentent pas de milieu de garde avant l'âge de six à sept mois (Tissier, 2015; Gouvernement du Canada, 2023). Selon Tissier (2015), avant six mois, un bébé dort entre 12 et 13 heures par jour, dont 4 à 5 heures réparties en plusieurs siestes. À six mois, une moyenne de trois siestes quotidiennes est observée, totalisant entre 4 et 6 heures. Par ailleurs, c'est seulement vers six mois que l'enfant acquiert la maturité physiologique nécessaire pour dormir environ six heures consécutives, ce qui permet l'émergence de siestes plus longues et moins fragmentées. Puis, c'est entre neuf et douze mois que le sommeil diurne se consolide pour atteindre deux siestes totalisant entre 2 et 4 heures.

Toutefois, la vie en collectivité peut complexifier la prise en compte des besoins individuels de sieste, notamment en raison des contraintes organisationnelles propres aux milieux de garde. Les horaires fixes, la gestion simultanée d'un groupe d'enfants et les exigences logistiques peuvent limiter la flexibilité nécessaire pour respecter les rythmes physiologiques propres à chacun (Staton *et al.*, 2016). Cette réalité est d'autant plus marquée que les besoins de sommeil varient considérablement d'un enfant à l'autre, ce qui rend difficile l'ajustement des pratiques éducatives dans un contexte collectif (Galland *et al.*, 2012). Les attentes parentales,

parfois divergentes des pratiques institutionnelles, ainsi que les dynamiques de groupe (p. ex., bruits, stimulations, interactions sociales, etc.) peuvent également entraver l'endormissement ou perturber la qualité du sommeil diurne (Mindell et Owens, 2015; Sadeh, 2007). Hilali (2020) décrit ainsi les ajustements constants que doivent réaliser les équipes éducatives pour concilier les rythmes individuels des enfants et les exigences du milieu, allant parfois jusqu'à « tricoter des solutions au cas par cas » (p. 71) pour accompagner l'enfant vers le sommeil. Cette perspective rejoint celle d'Appell (2018), pour qui l'accompagnement du sommeil nécessite une attention fine aux besoins singuliers de chaque enfant, même au sein d'un cadre collectif structuré.

Le terme *milieu de garde* recouvre une grande diversité de structures dont la désignation varie selon les contextes culturels et les systèmes éducatifs. En France, les appellations les plus courantes renvoient aux crèches, crèches collectives, haltes-garderies ou dispositifs de multi-accueil, tels que décrits dans les travaux d'Appell (2018) et d'Hilali (2020). Au Québec, les services destinés à la petite enfance sont plutôt désignés comme centres de la petite enfance (CPE), garderies subventionnées ou non subventionnées, ou encore milieux familiaux reconnus, selon la classification officielle du ministère de la Famille (2023). Dans la littérature internationale, les termes *nursery*, *daycare* ou *childcare center* sont fréquemment employés, notamment dans les recherches portant sur les routines de sommeil en collectivité (Fukuda, 2018; Staton *et al.*, 2016; Ward *et al.*, 2008). Malgré ces variations terminologiques, ces milieux partagent une même finalité : offrir un environnement éducatif et sécurisant où les besoins fondamentaux de l'enfant doivent être respectés (Appell, 2018; Hilali, 2020). Toutefois, cette diversité de structures et de pratiques contribue à une variabilité dans l'organisation des siestes et dans la manière dont les professionnels accompagnent le sommeil des jeunes enfants, comme l'ont montré les observations menées en milieux de garde collectifs (Staton *et al.*, 2016; Ward *et al.*, 2008). Les travaux longitudinaux soulignent également que le contexte éducatif influence la durée, la qualité et le moment du sommeil, notamment lors des transitions vers de nouveaux environnements, comme l'entrée à la maternelle (Cairns et Harsh, 2014; Zhang *et al.*, 2010). Les recherches comparatives menées auprès d'enfants fréquentant des crèches montrent enfin que les modalités de sieste varient selon les structures et influencent les rythmes veille-sommeil (Fukuda,

2018), ce qui renforce l'importance de considérer les spécificités institutionnelles dans l'analyse du sommeil en collectivité.

Objectifs

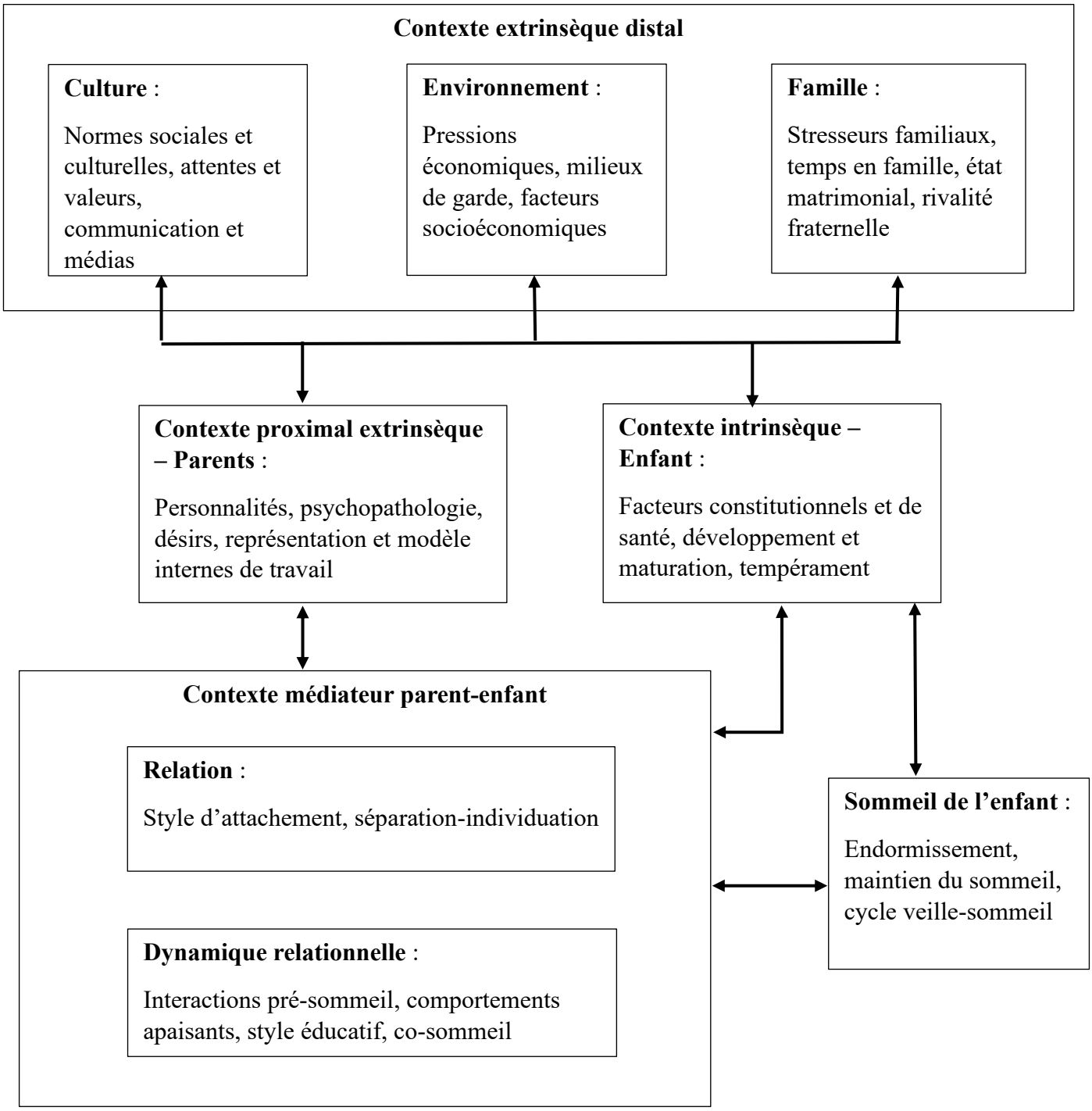
À l'aide d'une recension des écrits scientifiques, cet essai vise à : (1) regrouper les différents facteurs facilitants ou entravants associés aux siestes; (2) mettre en évidence les spécificités propres des milieux de garde en fonction d'un milieu familial et un milieu plus institutionnel.

Cadre théorique

Divers modèles conceptuels ont été élaborés afin de mieux comprendre les facteurs et les dynamiques qui influencent le sommeil de l'enfant. Parmi ceux-ci, le modèle proposé par Sadeh et Anders (1993) constitue le cadre théorique retenu pour cet essai. Tel qu'illustré à la figure 1, ce modèle met en évidence les interactions réciproques entre les multiples facteurs associés au sommeil, qu'ils soient proximaux, distaux, intrinsèques ou extrinsèques. La structure systémique de ce modèle permet de saisir la complexité des influences qui façonnent les habitudes de sommeil chez les jeunes enfants. Ce modèle s'applique également au sommeil diurne, ce qui en fait un outil pertinent pour l'analyse de la sieste. Il offre en outre une classification claire de l'origine des facteurs impliqués, facilitant leur interprétation et leur mobilisation dans une perspective d'intervention.

Figure 1

Modèle théorique (Sadeh et Anders, 1993), *traductions libres par Megan Cloutier.*



Dans ce modèle théorique, les facteurs associés au sommeil sont d'abord organisés selon une distinction entre facteurs proximaux et facteurs distaux. Les facteurs proximaux regroupent les éléments qui exercent une influence directe sur l'enfant, comme ses caractéristiques individuelles, ses besoins physiologiques, ses états émotionnels ou encore les pratiques parentales quotidiennes. Ils correspondent ainsi au contexte proximal extrinsèque – Parents, mais aussi au contexte intrinsèque – enfant, ainsi qu'au sommeil de l'enfant. Ces éléments constituent les influences les plus immédiates dans la régulation du cycle veille-sommeil.

Les facteurs distaux correspondent plutôt aux contextes plus larges, tels que l'environnement physique, les conditions familiales, les normes culturelles ou l'organisation sociale. Ils s'inscrivent dans le contexte extrinsèque distal, qui regroupe les influences culturelles, socioéconomiques et organisationnelles modulant le cadre dans lequel évolue la dyade parent-enfant. Bien qu'indirectes, ces influences structurent les conditions matérielles et sociales qui façonnent les pratiques éducatives et les opportunités de sommeil. Ils modulent le cadre dans lequel évolue la dyade parent enfant et influencent ainsi la régulation du cycle de sommeil de l'enfant.

À cette première distinction s'ajoutent les influences intrinsèques et extrinsèques à l'enfant. Les influences intrinsèques renvoient aux caractéristiques propres à l'enfant, par exemple la maturation neurologique, les rythmes biologiques, le tempérament ou les capacités d'autorégulation. Elles correspondent au contexte intrinsèque – Enfant, qui constitue la base interne à partir de laquelle se construisent les habitudes de sommeil et la disponibilité physiologique à la sieste.

Les influences extrinsèques correspondent quant à elles aux éléments issus de l'environnement immédiat, notamment les pratiques éducatives, les routines, la disponibilité affective ou la qualité de l'accompagnement offert par les adultes. Elles s'inscrivent dans le contexte proximal extrinsèque – Parents, puisqu'elles proviennent directement des donneurs de soin et influencent la régulation du sommeil diurne en soutenant, ajustant ou parfois perturbant les processus internes de l'enfant.

Le modèle inclut également un contexte médiateur parent-enfant, qui se situe à l'interface entre l'enfant et ses donneurs de soin. Il comprend à la fois la relation et la dynamique relationnelle. Ce contexte médiateur joue un rôle central dans la co-régulation du sommeil, puisqu'il influence directement la capacité de l'enfant à s'apaiser, à se détendre et à accéder au repos.

Enfin, le modèle intègre explicitement le sommeil de l'enfant, qui représente l'expression observable de l'ensemble des influences précédentes. Cette composante permet de situer la sieste comme un résultat transactionnel, émergent des interactions entre les caractéristiques de l'enfant, les pratiques des adultes et les contextes plus larges.

L'articulation entre ces composantes permet de mieux comprendre la complexité des interactions qui façonnent le sommeil du jeune enfant. Les influences intrinsèques interagissent constamment avec les influences extrinsèques proximales, tandis que les contextes distaux modulent indirectement ces interactions. Le contexte médiateur parent-enfant et la dynamique relationnelle assurent la transmission entre les systèmes, soutenant ou entravant l'accès au sommeil. Cette dynamique transactionnelle, au cœur du modèle de Sadeh et Anders (1993), met en lumière l'importance de considérer simultanément les caractéristiques de l'enfant, les pratiques des adultes, les relations, les dynamiques éducatives et les contextes plus larges dans lesquels l'enfant évolue.

Cette organisation théorique permet de classifier les facteurs recensés dans la littérature tout en respectant la logique systémique et transactionnelle du modèle de Sadeh et Anders (1993). Elle offre une compréhension intégrée des influences qui façonnent le sommeil diurne et met en évidence la nécessité d'intervenir à plusieurs niveaux pour soutenir des pratiques adaptées. En ce sens, ce modèle constitue un outil essentiel pour analyser les facteurs facilitants ou entravants associés à la sieste afin d'éclairer les interventions visant à améliorer les conditions d'endormissement et de maintien du sommeil chez les jeunes enfants.

Méthode

Critères de sélection et d'exclusion

Les articles ont été sélectionnés en fonction de critères de sélection. D'abord, cette recension vise les enfants de 0 à 5 ans. Les articles portant également sur des enfants plus âgés pouvaient être retenus, à condition que les données soient présentées par groupes d'âge distincts. Les études choisis portent sur les siestes, et non uniquement sur le sommeil nocturne. Les milieux étudiés concernent le milieu familial et/ou le milieu de garde (ou toute autre typologie s'y référent). L'étude recense un ou plusieurs facteurs pouvant influencer les siestes, qu'ils soient présentés de manière favorable ou défavorable. L'article doit être de nature scientifique et publié dans une revue avec comité de lecture. Finalement, la période de publication des articles choisi s'étend entre 2000 et 2024.

Parmi nos critères d'exclusion se retrouvent la neurodivergence, tel que les enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ou ceux avec un trouble du spectre de l'autisme, ou les enfants présentant des troubles de sommeil. En raison des particularités complexes associées à la neurodivergence et aux troubles du sommeil, qui nécessiteraient une analyse dédiée, ces profils ont été exclus afin de préserver l'homogénéité du cadre d'étude.

Recherche documentaire

La recherche documentaire visant à recenser les articles nécessaires pour atteindre les objectifs préalablement définis a été réalisée en ligne au cours du mois de mai 2024. Le moteur de recherche Sofia a été utilisé en raison de son accès à des ressources spécialisées en éducation et en psychologie. Les articles retenus proviennent principalement de banques de données reconnues dans ces domaines, soit ERIC, Cairn, Érudit et PsycInfo. De plus, des combinaisons de termes ont permis de cibler les publications portant sur les facteurs influençant le sommeil diurne chez les enfants âgés de 0 à 5 ans, tant dans le milieu familial qu'en milieu de garde. La stratégie de recherche repose sur l'équation de recherche suivante : « Sleep* OR nap* OR 'bedtime' OR 'daytime sleep' » – AND « Factor* OR influenc* OR determinant* OR caus* » – AND « Child* OR kid* OR toddler* OR baby OR infant* ».

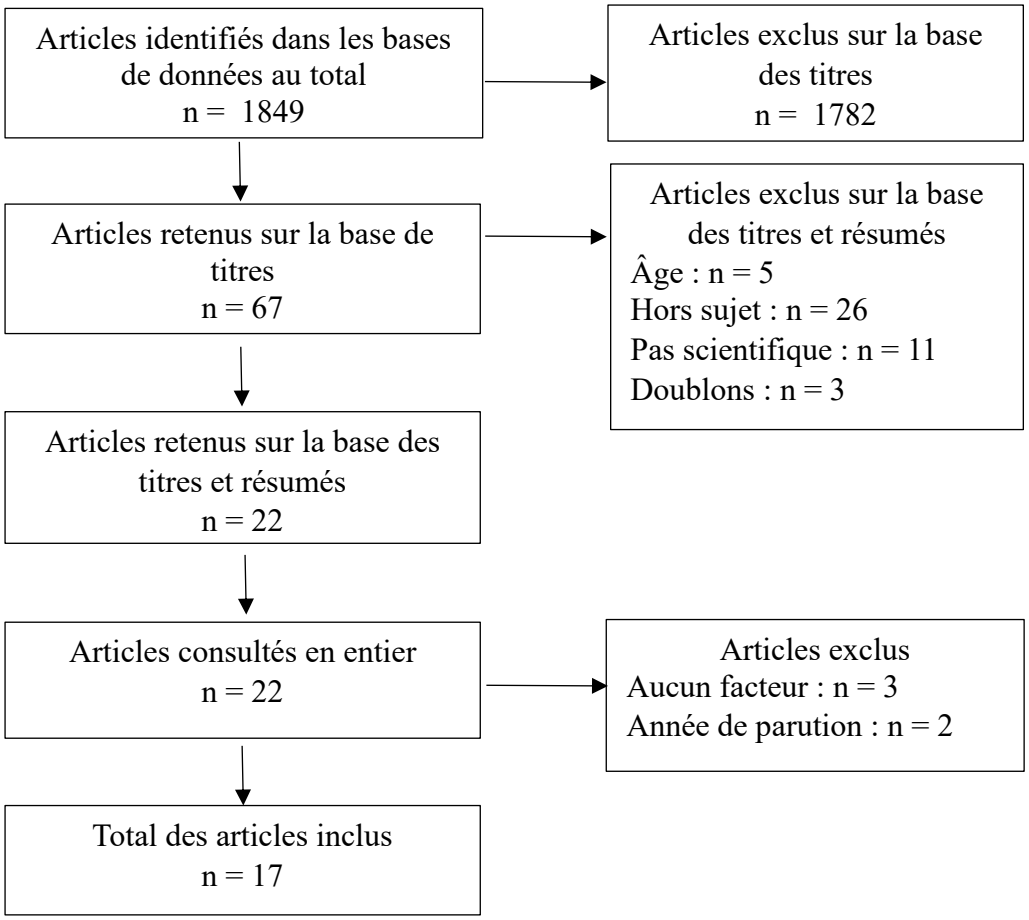
Sélection des articles et extraction de données

Les recherches effectuées dans les différentes bases de données ont permis d'identifier un total de 1 849 articles. L'ensemble de ces articles a ensuite été importé et organisé à l'aide du logiciel EndNote. Une première sélection, fondée sur la lecture des titres, a réduit ce nombre à 67. Une analyse préliminaire a permis d'éliminer ceux qui ne correspondait pas aux critères de sélection lors de la lecture des résumés : cinq articles ne correspondaient pas au critère d'âge, vingt-six ne traitaient pas des facteurs d'influence ou ne portaient pas spécifiquement sur les siestes, et onze n'étaient pas de nature scientifique. Deux doublons ont également été identifiés à cette étape.

La lecture intégrale des textes retenus a ensuite été réalisée. Deux articles supplémentaires ont ensuite été retiré puisque leurs années de parution n'entraient pas dans nos critères d'éligibilités. Deux autres textes ont également été retirés, puisqu'ils ne mettaient en lumière aucun facteur d'influence pertinent pour le présent essai. Au terme de ce processus, 17 articles ont été conservés (voir Figure 2). Plusieurs informations ont été extraites des articles retenus: l'étendue d'âge des participants, le contexte de la sieste, l'année de publication, le pays d'origine, ainsi que les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux identifiés (voir Tableau 1). Par ailleurs, les facteurs ont été classés selon qu'ils facilitent ou entravent le sommeil diurne, permettant ainsi de comparer les différents facteurs d'influence, de faire émerger des associations positives ou négatives entre eux et d'en dégager des pistes de réflexion pour la pratique psychoéducative.

Figure 2

Synthèse des études identifiées et sélectionnées



Résultats

À la suite de la lecture des titres, puis des résumés et finalement de l'intégralité des articles identifiés par la méthodologie de recherche documentaire, 17 articles ont été retenus puisqu'ils répondaient à l'ensemble des critères de sélection. Les résultats sont organisés selon les trois contextes du modèle de Sadeh et Anders (1993), soit les facteurs intrinsèques à l'enfant, les interactions entre le donneur de soin et l'enfant, ainsi que les contextes extrinsèques à l'enfant. Chaque section présente successivement les facteurs facilitants, les facteurs entravants et les différenciations observées entre le milieu familial et le milieu de garde institutionnel. L'ensemble des études retenues, de leurs caractéristiques et des facteurs recensés est synthétisé dans l'Appendice A.

Statistiques descriptives

La majorité des études portent sur des enfants de moins de 5 ans (n = 14), tandis que quelques-unes incluent des enfants d'âge scolaire plus avancé, soit entre 6 et 12 ans (n = 3). Ces études proviennent principalement des États-Unis (n=8), de l'Australie (n=3) et du Japon (n=2), mais également de la France (n=1), du Canada (n=1), de la Finlande (n=1) et de l'Islande (n=1). Les recherches se déroulent en milieu familial (n = 7), en milieu de garde (n = 7) ou dans les deux milieux de vie (n = 3).

Contextes intrinsèques à l'enfant

Facteurs facilitants

Les études retenues montrent que l'ensemble des caractéristiques intrinsèques de l'enfant influence fortement la survenue, la régularité et la qualité de la sieste. L'âge est le facteur associé à la sieste le plus constant rapporté dans la majorité des travaux. Les études indiquent que la probabilité de faire une sieste diminue progressivement avec l'avancement en âge, ce qui se reflète dans les différentes tranches d'âge identifiées : moins de 24 mois (Mindell *et al.*, 2016; Skuladottir *et al.*, 2005; Watamura *et al.*, 2004), moins de 3 ans (Staton *et al.*, 2015; Tribble *et al.*, 2015) ou moins de 5 ans (Staton *et al*., 2020). Ensemble, ces résultats montrent que les enfants plus jeunes sont plus susceptibles de maintenir des siestes régulières, tandis que les enfants plus

âgés tendent à les abandonner. Une durée totale de sommeil sur 24 heures adéquate est associée à une meilleure propension à la sieste (Lam *et al.*, 2011; Oakes *et al.*, 2020; Tissier, 2015; Ward *et al.*, 2007). Dans ces travaux, une durée « adéquate » renvoie à un temps de sommeil global permettant de maintenir une régulation optimale des états de veille et de sommeil, c'est-à-dire une quantité de sommeil suffisante pour l'âge de l'enfant. Plus précisément, Lam *et al.* (2011) et Oakes *et al.* (2020) observent qu'un sommeil total plus élevé sur 24 heures est associé à une meilleure disponibilité au sommeil diurne, tandis que Tissier (2015) et Ward *et al.* (2007) rapportent qu'une durée de sommeil global adaptée au développement soutient la régularité des siestes. Une durée de sieste suffisante est également associée à une meilleure disponibilité au sommeil diurne (Skuladottir *et al.*, 2005), c'est-à-dire une sieste dont la longueur permet à l'enfant de réduire adéquatement sa pression homéostatique et de maintenir une régulation optimale des états de veille et de repos. Dans les travaux recensés, une durée de sieste optimale est souvent située entre 60 et 90 minutes (Newton & Reid, 2023; Skuladottir *et al.*, 2005), ce qui correspond à une période permettant à l'enfant de compléter un cycle de sommeil diurne et d'en retirer les bénéfices physiologiques attendus. D'autres études ont montré que la maturation du système veille-sommeil, la consolidation des cycles et les mécanismes chronobiologiques soutiennent l'autorégulation et la disponibilité au sommeil diurne (Lam *et al.*, 2011; Tissier, 2015; Tribble *et al.*, 2015). De plus, d'autres indicateurs de sommeil comme des habitudes de sommeil stables (heure du réveil, nombre et moment des siestes) et un moment de sieste régulier facilitent l'endormissement pendant la sieste (Hoyniak *et al*., 2021; Komoda *et al.*, 2012; Newton et Reid, 2023). Sur les plans comportemental et émotionnel, un tempérament facile et flexible, une capacité d'autorégulation et d'auto-apaisement, un niveau d'autonomie et un développement émotionnel et comportemental plus avancés sont des facteurs associés à des siestes plus régulières (Lam *et al.*, 2011; Paavonen *et al.*, 2020; Skuladottir *et al.*, 2005; Tribble *et al.,* 2015). D'autres facteurs favorables associés à la sieste ont été identifiés, dont la présence d'un objet de transition (p. ex., doudou, toutou, suce, etc.) (Skuladottir *et al.*, 2005), un poids de naissance plus élevé (Newton et Reid, 2023), une durée de sommeil nocturne plus longue (Newton et Reid, 2023), une faible spontanéité d'endormissement, c'est-à-dire une tendance moindre à s'endormir de façon imprévisible et hors routine (Newton et Reid, 2023), l'introduction des solides après 4

mois (Paavonen *et al.*, 2020), de bonnes habitudes alimentaires pour une meilleure disponibilité au sommeil (Skuladottir *et al.*, 2005), ainsi qu'un taux de cortisol bas en début d'après-midi (Tribble *et al.*, 2015; Watamura *et al.*, 2004).

Facteurs entravants

Plusieurs caractéristiques intrinsèques à l'enfant sont associées à des difficultés d'endormissement diurne. Plus l'enfant avance en âge au cours de la petite enfance (notamment entre 3 et 5 ans), moins il a besoin de faire une sieste (Paavonen *et al.,* 2020; Staton *et al.*, 2015; Staton *et al.*, 2020; Tribble *et al.*, 2015). Une durée totale de sommeil sur 24 heures insuffisante et des problèmes de sommeil nocturne (p. ex., des réveils fréquents et de l'agitation), qui perturbent l'équilibre veille-sommeil et augmentent l'irritabilité, sont également identifiées comme rendant l'endormissement diurne plus difficile (Paavonen *et al.*, 2020; Skuladottir *et al.,* 2005; Staton *et al.,* 2015). Paavonen *et al.* (2020) rapportent également que l'introduction des solides avant l'âge de 4 mois est associée à une fragmentation accrue du sommeil et à une moins bonne qualité des siestes. De plus, la consolidation progressive du sommeil nocturne et la maturation des mécanismes chronobiologiques, qui réduisent la pression homéostatique de sommeil le jour, contribuent à diminuer la propension à la sieste (Lam *et al.*, 2011). Tribble *et al.* (2015) soulignent que, chez les jeunes enfants, le besoin de dormir s'accumule rapidement au fil des heures d'éveil, ce qui facilite l'endormissement diurne, alors que cette accumulation devient plus lente avec l'âge, réduisant la probabilité d'une sieste. Des difficultés de régulation, telles qu'un stade de développement émotionnel et comportemental immature, une faible capacité d'autoapaisement, une autorégulation limitée, ainsi qu'un tempérament réactif ou difficile et une réactivité émotionnelle élevée, sont fréquemment cités comme des obstacles à l'endormissement diurne (Lam *et al.,* 2011; Skuladottir *et al.,* 2005; Tribble *et al*., 2015; Watamura *et al.*, 2004). Une étude note également que, selon l'âge et le contexte, une durée totale de sommeil excessive peut paradoxalement réduire la pression de sommeil diurne et limiter la probabilité d'une sieste en contexte collectif (Ward *et al.*, 2007). Newton et Reid (2023) observent que les filles sont davantage représentées dans les profils de sieste intermittente, ce qui indique une transition plus rapide vers la cessation de la sieste et peut rendre l'endormissement diurne plus difficile en

milieu de garde institutionnel. Les auteurs rapportent également que d'autres facteurs intrinsèques à l'enfant, telles qu'une consolidation du sommeil moins marquée, un poids de naissance plus faible et un tempérament plus réactif, sont associées à une moindre régularité des siestes et à une probabilité accrue d'appartenir à un profil de sieste intermittente (Newton et Reid, 2023).

Différenciations entre le milieu de garde et le milieu familial

Les facteurs intrinsèques liés à l'enfant (p. ex., âge, maturation, durée et qualité du sommeil, tempérament, autorégulation, cortisol, etc.) sont également rapportés peu importe le milieu de vie, mais leur influence diffère selon que l'enfant évolue en milieu familial ou en milieu de garde. En milieu familial, les études mettent en évidence une grande diversité de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pouvant faciliter ou entraver la sieste et soulignent la possibilité d'ajustements individualisés : les parents peuvent moduler les habitudes de sommeil, les rituels, l'heure et la durée de la sieste et l'usage d'objets d'apaisement pour accommoder le chronotype, le tempérament et les besoins personnels de l'enfant (Hoyniak *et al.,* 2021; Newton et Reid, 2023; Paavonen *et al.*, 2020; Skuladottir *et al.*, 2005). En revanche, dans les milieux de garde institutionnels, ce sont davantage les pratiques éducatives, l'organisation institutionnelle et les conditions matérielles qui influencent la qualité et la fréquence des siestes : la standardisation des horaires, les siestes obligatoires, le ratio adulte-enfants et l'organisation matérielle peuvent soutenir la sieste lorsque l'horaire collectif coïncide avec la pression homéostatique de l'enfant, mais peuvent aussi l'entraver lorsque les routines institutionnelles ne respectent pas les variations individuelles (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.*, 2020; Tissier, 2015; Ward *et al.*, 2007). Dans ces études, l'organisation matérielle renvoie à l'aménagement physique des espaces de repos, à la luminosité, au niveau de bruit ambiant, à la configuration du dortoir ou de l'espace partagé, ainsi qu'à la disponibilité de matériel adapté à l'âge de l'enfant, autant d'éléments pouvant soutenir ou perturber l'endormissement en contexte collectif (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.*, 2020; Tissier, 2015; Ward *et al.*, 2007). Les études portant sur les transitions (p. ex., Cairns et Harsh, 2014) illustrent que des changements institutionnels, tels que le passage du milieu de garde à l'école, peuvent réduire les opportunités de sieste malgré un profil d'enfant

qui pourrait encore bénéficier du sommeil de jour. En sommes, la distinction principale tient à la flexibilité d'ajustement : le milieu familial offre généralement une marge d'adaptation plus grande aux besoins intrinsèques de l'enfant, tandis que le milieu de garde impose des cadres collectifs susceptibles d'amplifier ou d'atténuer l'expression de ces besoins; cette différenciation oriente les recommandations en faveur d'une communication parent–éducateur offrant une souplesse des routines liées au sommeil dans les milieux de garde institutionnelles (Komoda *et al.,* 2012; Oakes *et al.,* 2020; Ward *et al.*, 2007).

Interactions entre le donneur de soin et l'enfant

Facteurs facilitants

Les pratiques et les attitudes des donneurs de soin favorisent la survenue, la régularité et la qualité des siestes lorsqu'elles sont cohérentes (Hoyniak *et al.*, 2021; Skuladottir *et al.,* 2005), sensibles et adaptées aux besoins de l'enfant (Hoyniak *et al.*, 2021; Tissier, 2015), et lorsqu'elles s'accompagnent d'une communication entre les éducateurs des services de garde et les parents (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.*, 2020). Les études montrent que des routines et rituels prévisibles facilitent l'endormissement à la sieste (Hoyniak *et al.*, 2021; Skuladottir *et al.*, 2005; Ward *et al.*, 2007), que la présence d'un adulte rassurant et des moments de qualité favorisent la sécurité affective nécessaire à la sieste (Hoyniak *et al.*, 2021; Oakes *et al.*, 2020; Skuladottir *et al.*, 2005), et que les interventions parentales passives (p. ex., un accompagnement calme et non intrusif) soutiennent l'auto-apaisement de l'enfant (Hoyniak *et al.,* 2021; Skuladottir *et al.*, 2005; Zhang *et al.*, 2021). Les interventions physiques et sensorielles douces et non stimulantes mises en œuvre par des donneurs de soin sont également identifiées comme des facteurs facilitant (Tissier, 2015; Ward *et al.*, 2007). Par ailleurs, les représentations parentales positives du sommeil, les valeurs accordées au repos diurne et l'exposition régulière aux siestes renforcent la mise en place et la continuité des routines pendant la journée (Komoda *et al.*, 2012; Lam *et al.,* 2011; Newton et Reid, 2023). Enfin, des caractéristiques liées aux donneurs de soin, notamment un sommeil maternel adéquat, une stabilité psychologique parentale et la sensibilité à l'égard de l'enfant sont mentionnés comme des facteurs facilitant à la sieste chez l'enfant (Hoyniak *et al.,* 2021; Paavonen *et al.*, 2020; Skuladottir *et al.,* 2005; Tissier, 2015).

Facteurs entravants

Les études indiquent que l'incohérence des routines (p. ex., les variations entre les milieux dans lequel évolue l'enfant et l'irrégularité dans les routines selon la semaine) et l'absence de rituels prévisibles réduisent la prévisibilité nécessaire à l'endormissement à la sieste (Komoda *et al.*, 2012; Skuladottir *et al.*, 2005). Des interventions parentales physiques ou sensorielles intrusives ou trop stimulantes, des gestes physiques inadaptés ou des pratiques sensorielles excessives augmentent l'activation et nuisent à la transition vers la sieste (Skuladottir *et al.*, 2005; Tissier, 2015; Ward *et al.*, 2007). Un manque de sensibilité parentale, une présence incohérente ou stimulante, des représentations négatives du sommeil ou des valeurs parentales défavorables à la sieste sont corrélés à une moindre régularité des siestes (Hoyniak *et al.*, 2021; Newton et Reid, 2023; Tissier, 2015). En milieu de garde, la mise en place de siestes obligatoires et l'inconstance des pratiques entre les éducateurs et une communication unidirectionnelle (p. ex., l'absence de retour aux parents) peuvent créer des incohérences et limiter les opportunités de sieste (Komoda *et al.,* 2012; Oakes *et al.*, 2020). De plus, l'absence de moments de qualité entre l'adulte et l'enfant et un sommeil maternel perturbé sont identifiés comme des facteurs entravants la capacité de l'enfant à s'endormir et à maintenir une sieste réparatrice (Paavonen *et al.*, 2020; Skuladottir *et al.*, 2005).

Différenciations entre le milieu de garde et le milieu familial

Les facteurs relationnelles entre le donneur de soin et l'enfant sont les mêmes dans les deux contextes de milieu de vie, mais leur expression et l'impact diffèrent selon le milieu. En milieu familial, l'accent est mis sur la sensibilité parentale, la cohérence des routines, les rituels individualisés, la présence d'objets d'apaisement et la possibilité d'ajuster l'heure et la durée de la sieste en fonction du chronotype et du tempérament de l'enfant ; ces éléments permettent une adaptation fine des interventions aux besoins individuels (Hoyniak *et al.*, 2021; Newton et Reid, 2023; Paavonen *et al.*, 2020; Skuladottir *et al.*, 2005). En milieu de garde institutionnel, l'influence des donneurs de soin s'exerce dans un cadre plus structuré : en axant sur la qualité des pratiques éducatives, la présence d'un adulte rassurant, la cohérence entre pratiques familiales et une communication parents-éducateurs; ces facteurs sont déterminants pour la continuité des

routines et la réussite des siestes (Lam *et al.*, 2011; Oakes *et al.*, 2020; Tissier, 2015). Toutefois, le milieu de garde institutionnel peut imposer des règles plus généralisées pour une cohérence au niveau du groupe (p. ex., des siestes obligatoires, horaires collectifs, ratio d'enfants, etc.) qui limitent la capacité des donneurs de soin à individualiser les interventions. Ces règles peuvent soit soutenir la sieste lorsque l'horaire collectif coïncide avec la pression de sommeil de l'enfant, ou l'entraver lorsqu'elles ne respectent pas les besoins de l'enfant en matière de sommeil diurne (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.*, 2020; Ward *et al.*, 2007). En conséquence, la distinction principale tient à l'adaptation du milieu de garde : le milieu familial offre généralement une plus grande latitude pour des interventions sensibles et individualisées (p. ex., les routines, les rituels, les moments de qualité, les ajustements selon le sommeil maternel et les représentations parentales), tandis que le milieu de garde institutionnel dépend de pratiques éducatives standardisées dont l'effet dépend de leur compatibilité avec les besoins intrinsèques et relationnels de chaque enfant (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.,* 2020; Tissier, 2015).

Contextes extrinsèques à l'enfant

Facteurs facilitants

Plusieurs caractéristiques de l'environnement social, culturel et matériel sont identifiées dans le corpus comme favorisant la survenue, la régularité et la qualité des siestes. Les pratiques et normes culturelles favorables à la sieste, rapportées dans certaines études (p. ex., les contextes culturels provenant d'Amérique du Nord, d'Asie et de l'Australie), sont associées à une plus grande probabilité de sieste (Lam *et al.*, 2011; Newton et Reid, 2023; Staton *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2021). Plus précisément, Lam *et al.* (2011) décrivent des contextes où la sieste est valorisée et intégrée aux routines éducatives; Staton *et al.* (2020) montrent que certains pays institutionnalisent des périodes de repos en milieu préscolaire; Zhang *et al.* (2021) rapportent des milieux où la sieste est obligatoire; et Newton & Reid (2023) soulignent l'influence des attentes parentales qui soutiennent le maintien de la sieste. La fréquentation d'un milieu de garde proposant des pratiques adaptées, un type de programme éducatif compatible et une qualité élevée du milieu de garde augmente les opportunités de sieste et la régularité des routines (Komoda *et al.,* 2012; Oakes *et al*., 2020; Staton *et al.,* 2015). Des caractéristiques physiques de

l'environnement telles qu'une faible luminosité, des bruits ambiants maîtrisés, un environnement de sommeil propre et rangé, un endroit de la sieste approprié (p. ex., un dortoir ou un espace partagé) et la régularité, la constance et la congruence de l'environnement de sommeil entre la maison et le milieu de garde sont identifiées comme des facteurs facilitants (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.*, 2020; Tissier, 2015; Ward *et al*., 2007). Le type d'activité effectué avant la sieste, l'activité physique et psychologique adaptée et les tâches développementales réalisées dans la journée favorisent la détente et la propension à dormir lorsque ces activités sont calibrées pour l'enfant (Oakes *et al.*, 2020; Ward *et al.*, 2007). Les interactions sociales avec les pairs peuvent également soutenir la mise en place de routines de repos en milieu collectif (Tissier, 2015). Des facteurs socio-structurels tels qu'un statut socio-économique favorisé, un haut niveau d'éducation des parents, la compatibilité travail/études des parents avec des routines régulières et l'âge avancé des parents sont associés à des environnements de sommeil plus stables et à davantage d'opportunités de sieste (Newton et Reid, 2023; Zhang *et al.*, 2021). La communication bidirectionnelle parents–éducateurs, la congruence des pratiques entre les milieux, l'exposition régulière aux siestes et l'avis des professionnels de santé soutenant des pratiques cohérentes renforcent la continuité des routines et la réussite des siestes (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.*, 2020). Enfin, la fratrie, les interactions avec les pairs et l'exposition aux projets pédagogiques du milieu de garde peuvent, selon les contextes étudiés, offrir des occasions supplémentaires d'apprentissage des routines de repos et de socialisation propices à la sieste (Oakes *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2021).

Facteurs entravants

Plusieurs facteurs extrinsèques à l'enfant sont associés à une moindre probabilité ou à une moindre qualité de sieste. Des configurations culturelles défavorables à la sieste sont également rapportées dans certains groupes. Par exemple, Newton et Reid (2023) observent que les enfants non caucasiens sont davantage représentés dans des profils de sieste intermittente, ce qui reflète des routines culturelles moins propices à des siestes régulières. De leur côté, Staton *et al.* (2020) soulignent que les pays nord-européens présentent des normes éducatives et familiales associées à une cessation plus précoce de la sieste. Lam *et al.* (2011), tout comme Zhang *et al.*, 2021,

montrent que les cultures occidentales, voire caucasiennes, où la sieste est moins valorisée et où les attentes parentales privilégient un sommeil nocturne consolidé, tendent à entraver la pratique régulière de la sieste chez les jeunes enfants. Des caractéristiques matérielles telles qu'une haute luminosité, des bruits ambiants élevés ou un environnement de sommeil inadapté (p. ex., un espace non partagé mal organisé ou hors-dortoir) réduisent la qualité et la probabilité de sieste (Komoda *et al.*, 2012; Tissier, 2015; Ward *et al.*, 2007). Des contraintes structurelles du milieu de garde, notamment un ratio d'enfants élevé, des siestes obligatoires et des programmes éducatifs peu flexibles, limitent la capacité d'individualiser les siestes et sont signalées comme facteurs entravants la sieste pour certains enfants (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.*, 2020; Ward *et al.*, 2007). Des déterminants socio-économiques et familiaux tels qu'un faible statut socio-économique, un faible niveau d'éducation des parents, une santé mentale maternelle fragilisée, une grossesse maternelle avec consommation et une exposition au stress chronique sont associés à des environnements domestiques moins propices au repos diurne et à une moindre régularité des siestes (Paavonen *et al.*, 2020; Staton *et al.*, 2015; Zhang *et al.*, 2021). L'exposition aux écrans (p. ex., un temps d'écran élevé, l'utilisation de supports numériques stimulants ou des activités très engageantes avant la sieste) et les activités très stimulantes avant la sieste sont également rapportées comme des facteurs entravants (Newton et Reid, 2023; Staton *et al.*, 2015; Zhang *et al.,* 2021). Enfin, des facteurs organisationnels tels que l'heure de début de l'école, la réduction des opportunités de sieste liée à la scolarisation et la transition vers un milieu de garde peuvent diminuer les occasions de sieste et modifier les routines de repos pendant la journée (Cairns et Harsh, 2014; Komoda *et al.*, 2012).

Différenciations entre le milieu de garde et le milieu familial

Les facteurs extrinsèques à l'enfant influencent la sieste dans les deux milieux de vie, mais leur nature et leur poids diffèrent selon que l'enfant évolue en milieu familial ou en milieu de garde institutionnel. En milieu familial, la culture familiale, les valeurs et représentations parentales du sommeil, le statut socio-économique, le niveau d'éducation des parents, le sommeil maternel, la présence et l'âge de la fratrie, la gestion des écrans, la propreté et l'organisation de l'espace de sommeil, la régularité des routines et la possibilité d'ajustements individuels

déterminent fortement la mise en place et la continuité des siestes ; ces éléments permettent souvent des adaptations fines aux besoins de l'enfant (Newton et Reid, 2023; Paavonen *et al.,* 2020; Zhang *et al.*, 2021;). En milieu de garde institutionnel, l'impact repose davantage sur la qualité institutionnelle, le type de programme éducatif, l'organisation matérielle (dortoir, espace partagé), le ratio, les pratiques pédagogiques, l'exposition aux projets pédagogiques et les interactions avec les pairs ; ces caractéristiques peuvent offrir des opportunités structurées de sieste mais limitent la personnalisation des routines, et les siestes obligatoires ou les horaires collectifs peuvent soit soutenir la sieste lorsque l'horaire coïncide avec la pression de sommeil de l'enfant, soit l'entraver lorsqu'ils ne respectent pas les variations individuelles (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.*, 2020; Tissier, 2015). La communication bidirectionnelle entre les parents et le milieu de garde institutionnel, ainsi que la congruence des environnements de sommeil apparaissent comme des leviers cruciaux pour réduire les incohérences et maximiser les effets favorables des facteurs extrinsèques à l'enfant associés à la sieste (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.,* 2020). En synthèse, en milieu familial, les facteurs extrinsèques à l'enfant sont souvent liés aux ressources, aux valeurs et aux pratiques des donneurs de soin, tandis qu'en milieu de garde institutionnel, ces derniers relèvent des caractéristiques institutionnelles et organisationnelles qui structurent les opportunités de sieste.

Discussion

Les études recensées montrent que la sieste du jeune enfant est influencée par un ensemble de facteurs qui relèvent simultanément des caractéristiques intrinsèques à l'enfant, à la qualité des interactions entre les donneurs de soin et l'enfant, ainsi que les conditions matérielles et organisationnelles dans lesquelles ce dernier évolue. Les résultats, bien que variables selon les contextes familiaux et institutionnels, convergent vers une compréhension intégrée des facteurs associés à différents contextes : le contexte intrinsèques à l'enfant, le contexte relationnelle entre les donneurs de soin et l'enfant et le contexte extrinsèque à l'enfant qui interagissent pour soutenir ou entraver la sieste. Cette perspective met en évidence la nécessité d'aborder la sieste comme un phénomène multidimensionnel, façonné à la fois par la maturation biologique de l'enfant, par les expériences relationnelles quotidiennes et par les environnements éducatifs et culturels dans lesquels l'enfant se développe.

Approfondissement des liens théoriques et pratiques

Les interactions entre les différents systèmes s'inscrivent dans une perspective développementale et systémique cohérente avec les fondements de la psychoéducation. Les modèles du sommeil infantile décrivent une évolution progressive de la pression homéostatique et de la consolidation circadienne, ce qui explique la diminution naturelle des siestes avec l'âge (Mindell *et al.,* 2016; Sadeh, 2007). Les tranches d'âge identifiées dans les résultats (<28 mois, 12–24 mois, <3 ans) correspondent aux périodes où la pression de sommeil diurne est la plus élevée, ce qui confirme la pertinence d'intégrer la maturation biologique dans l'analyse des besoins de l'enfant. Cette perspective physiologique rejoint les cadres de l'autorégulation, qui soulignent que la capacité à reconnaître et à répondre aux signaux internes se construit progressivement à travers des expériences relationnelles répétées (Bronson, 2000; Center on the Developing Child, 2010).

Les résultats provenant du contexte relationnel mettent en évidence l'importance des routines, de la sensibilité des donneurs de soin, des interventions non intrusives et de la qualité des moments partagés. Ces éléments s'arriment aux travaux sur le stress précoce et l'axe HPA,

c'est-à-dire l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien responsable de la sécrétion de cortisol, qui montrent que des interactions sécurisantes réduisent l'activation physiologique et facilitent l'endormissement (Shonkoff et Garner, 2012; Tribble *et al.*, 2015; Watamura *et al.*, 2004). La présence d'un donneur de soin sensible, la cohérence des rituels de sommeil et la stabilité des attentes liés à la sieste contribuent à diminuer l'hyperactivation et à soutenir l'auto-apaisement chez l'enfant. Les résultats concernant le sommeil maternel et la santé mentale parentale s'inscrivent dans cette même logique : un environnement relationnel stable et prévisible constitue un facteur protecteur pour la régulation du sommeil de l'enfant (Paavonen *et al.*, 2020). Ces constats renforcent l'idée que la sieste n'est pas seulement un phénomène physiologique, mais un processus co-régulé qui dépend de la qualité des interactions au quotidien.

Les facteurs associés au contexte extrinsèque à l'enfant et à la sieste révèlent l'importance des conditions matérielles, institutionnelles et culturelles dans lesquelles la sieste évolue. Les analyses de Renou (2005) et la « toupie » de Gendreau et collaborateurs (2001) montrent que l'enfant évolue dans un système où la famille, le milieu de garde, les pratiques professionnelles et les normes culturelles interagissent. Les résultats observés de la luminosité, du bruit, de la qualité du milieu de garde, du statut socio-économique et des pratiques institutionnelles (p. ex. siestes obligatoires, ratio, organisation du dortoir) illustrent cette dynamique systémique. La congruence entre les milieux familiaux et de garde institutionnels apparaît comme un déterminant majeur pour faire la sieste, ce qui rejoint les travaux sur la continuité écologique et la cohérence des environnements éducatifs (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.*, 2020). L'ensemble de ces constats montre que la sieste est un phénomène multidimensionnel, dont la maturation physiologique de l'enfant, les relations entre les différents donneurs de soin et l'enfant ainsi que l'environnement dans lequel l'enfant évolue interagissent simultanément.

Implications pratiques et recommandations

Les implications pratiques de cette recension des écrits s'inscrivent dans les opérations professionnelles de la psychoéducation. L'évaluation doit tenir compte des dimensions biologiques de l'enfant (p. ex., l'âge, la dette de sommeil sur 24 h, chronotype de l'enfant), des dimensions relationnelles (p. ex., la qualité des interactions entre l'enfant et ses donneurs de soin,

les routines et le style d'accompagnement) et des dimensions contextuelles (p. ex., l'organisation du milieu de garde, l'environnement matériel et la cohérence des pratiques). L'utilisation d'outils standardisés et, lorsque possible, de mesures objectives comme l'actimétrie ou les journaux de sommeil pourrait améliorer la précision de l'analyse (Sadeh, 2007). Une attention particulière doit être portée à la santé mentale parentale et au sommeil maternel, compte tenu de leur influence sur la régulation du sommeil de l'enfant (Paavonen *et al.*, 2020).

Les interventions ciblant le sommeil diurne doivent soutenir l'autorégulation et la continuité des routines des enfants. L'instauration de rituels prévisibles, l'utilisation d'interventions non intrusives et la création d'un climat relationnel sécurisant favorisent l'auto-apaisement et réduisent l'activation physiologique incompatible avec l'endormissement (Hoyniak *et al.*, 2021; Skuladottir *et al.*, 2005). En milieu de garde institutionnel, l'aménagement d'espaces adaptés (p. ex., faible luminosité, bruit réduit, dortoir organisé), la formation du personnel à la lecture des signes de fatigue et la flexibilité des horaires constituent des leviers concrets pour améliorer la qualité des siestes (Komoda *et al.*, 2012; Tissier, 2015). La communication bidirectionnelle entre parents et éducateurs est essentielle pour assurer la cohérence des pratiques et réduire les contradictions entre les différents milieux de vie de l'enfant.

Les recommandations doivent viser la réduction des inégalités structurelles. L'accès à des milieux de garde de qualité, le soutien parental, la formation continue des intervenants et les services en santé mentale parentale constituent des investissements prioritaires (Center on the Developing Child, 2010; Shonkoff et Garner, 2012). Ces actions doivent être accompagnées d'indicateurs mesurables permettant d'évaluer leur impact sur les routines de sommeil et sur le développement global de l'enfant.

Limites de la présente recension

La diversité méthodologique des études constitue une limite importante. Les définitions de la sieste, les tranches d'âge, les instruments de mesure et les sources de données varient considérablement, ce qui complique la comparaison et peut introduire des biais (Komoda *et al.*,

2012; Staton *et al.*, 2015). De plus, les milieux de garde étudiés sont très hétérogènes, allant de services éducatifs structurés à des environnements plus informels, ce qui rend difficile la comparaison des pratiques et des conditions de sieste entre les études (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.,* 2020; Ward *et al.*, 2007). L'absence fréquente de mesures objectives mesurant le temps de sieste limite la précision des conclusions, malgré les recommandations méthodologiques de Sadeh (2007). La prédominance d'études transversales empêche également l'établissement de liens causaux entre les facteurs étudiés. Enfin, plusieurs variables confondantes comme le stress familial ou la santé parentale peuvent influencer les résultats et ne sont pas toujours tenus en considération (Paavonen *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2021).

La portée culturelle et géographique des travaux restreint la généralisation des conclusions. La majorité des études provient de contextes occidentaux, ce qui limite l'applicabilité des résultats à d'autres environnements culturels. Les travaux de Gendreau *et al.* (2001) et Renou (2005) rappellent que les normes, les infrastructures et les politiques locales modulent les pratiques de sieste. Enfin, l'absence de mesures physiologiques prises en même temps limite la compréhension des mécanismes proposés. Les études ne combinent pas l'actimétrie, qui permet d'enregistrer objectivement les périodes de sommeil et d'éveil, avec des mesures de cortisol, qui renseignent sur le niveau de stress de l'enfant au moment de la sieste. Sans ces deux types de données recueillies simultanément, il devient difficile de vérifier comment les réactions du corps liées au stress influencent l'endormissement diurne (Watamura *et al.,* 2004). De plus, les recherches documentent rarement le sommeil maternel de manière objective, alors qu'il joue un rôle important dans la régulation du sommeil et du comportement de l'enfant. Cette absence d'information réduit la capacité à comprendre l'effet réel du sommeil parental sur les difficultés de sieste (Tribble *et al.*, 2015).

Avenues pour de futures recherches

Des études longitudinales multisites sont nécessaires pour mieux comprendre l'évolution des pratiques de sieste et identifier des moments clés d'intervention. Suivre les enfants sur plusieurs années permettrait de documenter la continuité entre la sieste et le sommeil nocturne, tout en reliant ces trajectoires aux pratiques relationnelles et matérielles observées dans les

milieux de garde institutionnels. L'intégration conjointe de mesures comportementales, actimétriques et physiologiques offrirait une compréhension plus fine des mécanismes impliqués et permettrait de vérifier comment les pratiques éducatives influencent les marqueurs biologiques associés à la régulation du sommeil (Sadeh, 2007; Watamura *et al.*, 2004). Ces études devraient également examiner la communication entre les parents et les éducateurs, particulièrement lorsque l'enfant manifeste une diminution naturelle de son besoin de sieste liée à sa maturité biologique, afin d'ajuster les pratiques de manière cohérente entre le milieu familial et le milieu de garde (Komoda *et al.*, 2012; Newton et Reid, 2023; Oakes *et al.*, 2020; Staton *et al.*, 2020).

De plus, des essais contrôlés randomisés en milieu de garde constituent également une avenue essentielle pour tester l'efficacité d'interventions ciblées. Ces interventions pourraient porter sur la flexibilité des horaires, la formation relationnelle du personnel ou l'aménagement matériel des espaces de repos, trois facteurs extrinsèques à l'enfant déjà identifiées comme influençant la qualité de la sieste (Komoda *et al.*, 2012; Oakes *et al.*, 2020). Pour mieux comprendre l'effet réel de ces interventions, ces recherches devraient documenter de manière systématique les pratiques associées aux donneurs de soin envers l'enfant et liées au sieste, afin d'examiner la cohérence entre le milieu familial et le milieu de garde et d'évaluer comment cette cohérence soutient ou entrave l'endormissement diurne. Ils devraient également inclure des indicateurs de développement socioaffectif et de régulation de l'enfant, ainsi que des mesures d'acceptabilité, c'est-à-dire la manière dont les éducateurs perçoivent la faisabilité, la pertinence et l'intégration concrète des interventions dans leur pratique quotidienne.

Finalement, des études interculturelles comparatives sont aussi pertinentes pour distinguer l'effet des normes culturelles de celui des facteurs socioéconomiques et institutionnels. Des recherches centrées sur l'implantation et l'équité permettraient d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'impact d'interventions adaptées aux besoins des familles vulnérables, conformément aux recommandations du Center on the Developing Child (2010) et de Shonkoff et Garner (2012). Ces travaux contribueraient à déterminer quelles pratiques peuvent être mises en œuvre de manière durable et équitable dans les différents milieux de vie de l'enfant.

Conclusion

Cette recension met en évidence le rôle essentiel de la sieste dans le développement global des jeunes enfants, non seulement en raison de ses fonctions physiologiques, mais aussi en raison de son rôle dans la régulation émotionnelle, la consolidation des apprentissages et la disponibilité cognitive nécessaire aux activités quotidiennes. Les résultats montrent que la sieste doit être comprise comme un phénomène multidimensionnel, façonné par des facteurs intrinsèques à l'enfant liés à la maturation, ainsi qu'aux besoins biologiques de l'enfant, par la qualité des interactions quotidiennes entre les principaux donneurs de soin et l'enfant, mais aussi par des facteurs extrinsèques à l'enfant liés aux différents environnements matériels, organisationnels et culturels dans lesquels l'enfant évolue.

Les articles révèlent que la qualité du milieu, qu'il soit familial ou de garde, constitue des facteurs importants dans l'expérience de la sieste. Les environnements calmes, prévisibles et bien organisés favorisent un sommeil plus réparateur, tandis que les milieux bruyants, instables ou rigides peuvent perturber l'endormissement et accroître la charge de stress. Les routines familiales, souvent plus flexibles et individualisées, contrastent avec les pratiques en milieu de garde, structurées par des contraintes organisationnelles et des besoins collectifs. Cette distinction souligne l'importance d'un ajustement constant aux caractéristiques propres à chaque enfant, ainsi que d'une communication étroite entre parents et éducateurs afin d'assurer une continuité des pratiques et de réduire les incohérences entre les milieux dans lesquels évoluent l'enfant.

Dans l'ensemble, cette recension suggère que la sieste chez les enfants de 0-5 ans doit être envisagée comme un moment éducatif à part entière, où se rencontrent les besoins physiologiques, émotionnels et développementaux des enfants. La sensibilité des pratiques, la cohérence des routines et la qualité de l'environnement apparaissent comme des leviers essentiels pour soutenir le bien-être et le développement global des tout-petits. Cette perspective renforce la nécessité d'interventions concertées et fondées sur une compréhension intégrée des facteurs provenant des contextes intrinsèques à l'enfant, des contextes relationnels entre le donneur de soin et l'enfant et des contextes extrinsèques à l'enfant influençant la sieste, et ceci rappelle l'importance d'une collaboration continue entre les différents acteurs gravitant autour de l'enfant.

Références

Appell, J.-R. (2020). Le sommeil en multi-accueil. *Spirale, 94*(2), 73-80. https://doi.org/10.3917/spi.094.0073

Bronson, M. (2000). *Self-regulation in early childhood: Nature and nurture*. Guilford Press.

Cairns, A. et Harsh, J. (2014). Changes in sleep duration, timing, and quality as children transition to kindergarten. *Behavioral Sleep Medicine, 12*(6), 507-516. https://doi.org/10.1080/15402002.2013.838765

Center on the Developing Child at Harvard University. (2010). *The foundations of lifelong health are built in early childhood.* https://developingchild.harvard.edu/resources/the-foundations-of-lifelong-health-are-built-in-early-childhood/

Fukuda, K. et Sakashita, Y. (2002). Sleeping pattern of kindergartners and nursery school children: Function of daytime nap. *Perceptual and Motor Skills, 94*(1), 219-228. https://doi.org/10.2466/PMS.94.1.219-228

Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E., et Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews, 16*(3), 213–222. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.06.001

Gendreau, G., et collaborateurs. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Les Presses de l'Université du Québec.

Gouvernement du Canada. (2023). Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) – *Prestations et admissibilité*. https://www.rqap.gouv.qc.ca

Guillot, L. et Goetz, V. (2005). L'intérêt de la sieste en halte-garderie. *Spirale, 34*(2), 117-126. https://doi.org/10.3917/spi.034.0117

Harrison, Y. (2004). The relationship between daytime exposure to light and night-time sleep in 6-12-week-old infants. *Journal of Sleep Research, 13*(4), 345-352. https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2004.00435.x

Horváth, K., Hannon, B., Ujma, P. P., Gombos, F. et Plunkett, K. (2018). Memory in 3-month-old infants benefits from a short nap. *Developmental Science, 21*(3), 1-9. https://doi.org/10.1111/desc.12587

Hoyniak, C. P., Bates, J. E., McQuillan, M. E., Albert, L. E., Staples, A. D., Molfese, V. J., Rudasill, K. M. et Deater-Deckard, K. (2021). The family context of toddler sleep: Routines, sleep environment, and emotional security induction in the hour before bedtime. *Behavioral Sleep Medicine, 19*(6), 795-813. https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1865356

Komada, Y., Asaoka, S., Abe, T., Matsuura, N., Kagimura, T., Shirakawa, S. et Inoue, Y. (2012). Relationship between napping pattern and nocturnal sleep among Japanese nursery school children. *Sleep Medicine, 13*(1), 107-110. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.10.017

Lam, J. C., Mahone, E. M., Mason, T. B. A. et Scharf, S. M. (2011). The effects of napping on cognitive function in preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 32*(2), 90-97. https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318207ecc7

Lévesque Hilali, L. (2020). L'accompagnement au sommeil en crèche. *Spirale, 94*(2), 70-72. https://doi.org/10.3917/spi.094.0070

Mindell, J. A., Leichman, E. S., Composto, J., Lee, C., Bhullar, B. et Walters, R. M. (2016). Development of infant and toddler sleep patterns: Real-world data from a mobile application. *Journal of Sleep Research*, *25*(5), 508-516. https://doi.org/10.1111/jsr.12414

Ministère de la Famille. (2023). *Les services de garde éducatifs à l'enfance au Québec*. Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/services-garde-educatifs-enfance

Newton, A. T. et Reid, G. J. (2023). Regular, intermittent, and spontaneous: Patterns of preschool children's nap behavior and their correlates. *Sleep Medicine, 102*, 105-116. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.12.019

Oakes, C., Staton, S., Houen, S., Cooke, E., Pattinson, C., Teo, S.-L. et Thorpe, K. (2020). 'Did my child sleep today?': Communication between parents and educators in early childhood education and care settings. *Child & Youth Care Forum, 49*(2), 265-283. https://doi.org/10.1007/s10566-019-09527-3

Paavonen, E. J., Saarenpää-Heikkilä, O., Pölkki, P., Kylliäinen, A., Porkka-Heiskanen, T., et Paunio, T. (2020). *Normal sleep development in infants: Findings from two large birth cohorts.* Sleep Medicine, 67, 241–247. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.01.009

Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Éditions Sciences et culture.

Sadeh, A. (2007). Consequences of sleep loss or sleep disruption in children. *Sleep Medicine Clinics, 2*(3), 513–520. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.05.012

Sadeh, A. et Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, *14*(1), 17-34. https://doi.org/10.1002/imhj.21414

Shonkoff, J. P., et Garner, A. S. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics, 129*(1), e232–e246. https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663

Skuladottir, A., Thome, M. et Ramel, A. (2005). Improving day and night sleep problems in infants by changing daytime sleep rhythm: A single group before and after study. *International Journal of Nursing Studies, 42*(8), 843-850. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.12.004

Staton, S., Rankin, P. S., Harding, M., Smith, S. S., Westwood, E., LeBourgeois, M. K. et Thorpe, K. J. (2020). Many naps, one naps, none : A systematic review and meta-analysis of napping patterns in children 0-12 years. *HHS Public Access.*

Staton, S., Smith, S. S., Hurst, C., Pattinson, C., et Thorpe, K. (2016). Mandatory nap times and group napping in childcare: An observational study. *Early Childhood Research Quarterly*, *34*, 85–93. https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1120199

Staton, S. L., Smith, S. S., Pattinson, C. L. et Thorpe, K. J. (2015). Mandatory naptimes in child care and children's nighttime sleep. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 36*(4), 235-242. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000157

Tissier, J. (2015). Une étude sur le sommeil des bébés en crèche collective = Infant's sleep in collective daycare. *Devenir, 27*(3), 179-208. https://doi.org/10.3917/dev.153.0179

Tribble, R. C., Dmitrieva, J., Watamura, S. E. et LeBourgeois, M. K. (2015). The cortisol awakening response (CAR) in toddlers: Nap-dependent effects on the diurnal secretory pattern. *Psychoneuroendocrinology, 60*, 46-56. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.05.009

Ward, T. M., Gay, C., Anders, T. F., Alkon, A. et Lee, K. A. (2008). Sleep and napping patterns in 3-to-5-year old children attending full-day childcare centers. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(6), 666-672. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm102

Watamura, S. E., Donzella, B., Kertes, D. A. et Gunnar, M. R. (2004). Developmental Changes in Baseline Cortisol Activity in Early Childhood: Relations with Napping and Effortful Control. *Developmental Psychobiology, 45*(3), 125-133. https://doi.org/10.1002/dev.20026

Zhang, Z., Adamo, K. B., Ogden, N., Goldfield, G. S., Okely, A. D., Kuzik, N., Crozier, M., Hunter, S., Predy, M. et Carson, V. (2021). Longitudinal correlates of sleep duration in young children. *Sleep Medicine, 78*, 128-134. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.12.023

Appendice A

Tableau résumé des facteurs retenus dans nos différents articles

Tableau 1 :

Description des articles retenus

Auteur(s) et date de l'article	**Pays de référence**	**Descriptif de l'étude**	**Facteurs facilitants**	**Facteurs entravants**
Cairns et Harsh, 2014	États-Unis	Âge : 5 ans Environnement : Transition entre le milieu de garde et l'école Résultat : Les enfants qui fréquentent un milieu de garde tendent à faire plus de sieste les fin de semaines que ceux qui n'y vont pas (3.6 VS 1.8 enfants sur 5 jours).	Contexte intrinsèque à l'enfant : - Chronotype matinal - Le tempérament facile Interactions donneur de soin-enfant : - Stabilité des routines de sommeil Contexte extrinsèque à l'enfant : - Fréquentation d'un milieu de garde	Contexte intrinsèque à l'enfant : - Chronotype tardif - Le tempérament difficile Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - Heure du début de l'école - Réduction des opportunités de siestes - Transition vers un milieu de garde
Fukuda et Sakashita, 2002	Japon	Âge : 3 à 6 ans Environnement : Milieu de garde Résultat : Ces résultats suggèrent que les enfants de la crèche ont tendance à se coucher plus tard, à dormir moins	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (- de 5 ans) - Chronotype matinal - Durée totale de sommeil sur 24h - Habitudes de sommeil régulières - La qualité du sommeil - Le sexe (masculin) Interactions donneur de soin-enfant : - Sommeil de la mère	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (5 ans et +) - Habitudes de sommeil irrégulières - Chronotype tardif Interactions donneur de soin-enfant : - Manque de routine - Incohérence des pratiques parentales - Climat émotionnel instable avant le coucher

		longtemps la nuit et à faire des siestes plus fréquentes pendant la journée que les enfants de maternelle.	- Routine de sommeil - Pratiques parentales cohérentes - Environnement émotionnel stable avant le coucher Contexte extrinsèque à l'enfant : - Activité physique et psychologique - Fréquentation d'un milieu de garde - Régularité des horaires du milieu (familial ou de garde)	Contexte extrinsèque à l'enfant : - N/A
Hoyniak *et al.*, 2021	États-Unis	Âge : 30 mois Environnement : Milieu familial Résultat : La qualité de l'environnement de sommeil de l'enfant, un indice mesurant le confort, la propreté et le niveau de bruit/lumière de l'espace de sommeil de l'enfant, a montré l'association la plus forte avec le sommeil de l'enfant par rapport aux autres mesures du contexte avant le coucher.	Contexte intrinsèque à l'enfant : - Le moment de la sieste - Régulation émotionnelle plus développée - Autonomie liée à la capacité d'autoapaisement Interactions donneur de soin-enfant : - Routines de sommeil - Sensibilité de parent - Accompagnement non-intrusif du donneur de soin - Pratiques sensible et cohérentes soutenant l'autorégulation Contexte extrinsèque à l'enfant : - N/A	Contexte intrinsèque à l'enfant : - Niveau de vigilance Interactions donneur de soin-enfant : - Manque de sensibilité parentales - Incohérence dans les routines de sommeil Contexte extrinsèque à l'enfant : - N/A
Komoda *et al.*, 2012	Japon	Âge : 0 à 5 ans Environnement : Milieu de garde	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (3 ans et moins) - Chronotype matinal - La durée de la sieste - Durée totale de sommeil par jour	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (entre 4 et 5 ans) - Chronotype tardif - Heure de réveil tardive

		Résultat : Il convient toutefois de tenir compte du fait que les habitudes de sommeil le week-end peuvent différer de celles en semaine, en fonction des horaires de travail des parents et d'autres facteurs culturels.	- L'heure du réveil (matin) Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - La culture (japonaise) - Fréquentation d'un milieu de garde - Structure des horaires du milieu de garde	Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - Les siestes obligatoires - Horaire des siestes non-adaptés à l'âge
Lam *et al.*, 2011	États-Unis	Âge : 3 à 5 ans Environnement : Milieu de garde Résultat : Les enfants qui faisaient davantage la sieste en semaine étaient également plus susceptibles de faire la sieste pendant le week-end.	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (moins de 3 ans) - Chronotype matinal - La maturation du sommeil - Durée totale de sommeil par jour - Le tempérament facile Interactions donneur de soin-enfant : - Croyances parentales - Pratiques parentales cohérentes Contexte extrinsèque à l'enfant : - La culture (asiatique) - Normes et pratiques culturelles - Structures régulières des horaires culturels	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (entre 3 et 5 ans) - Consolidation du sommeil - Chronotype tardif - Tempérament difficile - Réactivité émotionnelle élevée - Faible autorégulation - Heure de coucher tardive - Durée totale de sommeil par jour faible Interactions donneur de soin-enfant : - Croyances parentales - Pratiques parentales incohérentes Contexte extrinsèque à l'enfant : - La culture (occidentale/caucasienne) - Normes et pratiques culturelles - Horaires culturels tardifs
Mindell *et al.,* 2016	États-Unis	Âge : 0 à 24 mois Environnement : Milieu familial	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (+ de 28 mois) - Durée totale de sommeil par jour (12 heures et moins)	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (- de 28 mois) - Durée totale de sommeil par jour (12 heures et plus)

		Résultat : Les 7 premiers mois, aucun schéma clair n'est observable en matière de sommeil diurne. Entre 8 et 12 mois environ, la sieste apparait en deux moments distincts. Puis, de 13 à 18 mois, ce schéma à deux siestes évolue vers une seule sieste, qui commence plus tard dans la journée et est plus longue.	Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - N/A	Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - N/A
Newton et Reid, 2023	États-Unis	Âge : 1.5 à 5 ans Environnement : Milieu familial Résultat : Les croyances des parents concernant la sieste et l'environnement familial se sont révélées être des facteurs déterminants influençant cette variabilité.	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (3 ans et moins) - La durée de la sieste - Le moment de la sieste - Chronotype matinal - Durée totale de sommeil par jour - Le sexe (masculin) - Poids plus élevé à la naissance - Durée de sommeil nocturne plus longue - Faible spontanéité d'endormissement (moins de siestes spontanées, plus de siestes routinières) - Heure de levé plus tôt Interactions donneur de soin-enfant : - Croyances parentales positives - Environnement familial stable	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (entre 4 et 5 ans) - Le sexe (féminin) - Chronotype tardif - Heure de levé tardive - Consolidation moins bonne du sommeil - Poids plus faible à la naissance - Tempérament réactif de l'enfant Interactions donneur de soin-enfant : - Croyances parentales négatives - Attitudes parentales négatives - Pratiques parentales incohérentes Contexte extrinsèque à l'enfant : - La culture (caucasien) - Faible niveau d'éducation des parents

			- Pratiques parentales cohérentes - Attitudes parentales positives Contexte extrinsèque à l'enfant : - La culture (non-caucasien) - Travail/études des parents - Fréquentation d'un milieu de garde - Structure des routines du milieu de garde	- La fratrie plus âgée - La grossesse de la mère (consommation) - Routines familiales incohérentes
Oakes *et al.*, 2020	Australie	Âge : 0 à 36 mois Environnement : Milieu de garde Résultat : Les éducateurs partagent plus d'informations sur le sommeil de l'enfant avec le parent que le parent le fait avec l'éducateur.	Contexte intrinsèque à l'enfant : - N/A Interactions donneur de soin-enfant : - Le respect des besoins personnels de l'enfant - Maintien des pratiques de sommeil - Sensibilité éducative Contexte extrinsèque à l'enfant : - La régularité/constance/congruence dans l'environnement de sommeil - La communication bidirectionnelle (parents-éducateurs) - Structure régulière des routines du milieu de garde - Qualité de l'environnement physique (bruit, luminosité, espace, organisation)	Contexte intrinsèque à l'enfant : - La durée de sommeil totale - Fatigue accumulée Interactions donneur de soin-enfant : - Perturbation des pratiques de sommeil - Manque de sensibilité éducative Contexte extrinsèque à l'enfant : - Les siestes obligatoires - L'inconstance dans l'environnement de sommeil - La communication unidirectionnelle (parents-éducateurs) - Routines de sieste non adaptées (transition chaotiques)
Paavonen *et al.*, 2020	Finlande	Âge : 3 à 24 mois Environnement : Milieu familial	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (moins de 3 ans) - Maturation développementale - Chronotype matinal	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (entre 3 et 5 ans) - Mauvaise qualité du sommeil (problème de sommeil)

		Résultat : Le nombre de siestes passe de deux à l'âge de huit mois, à une à l'âge de deux ans.	- Heure de coucher plus tôt - L'auto-régulation - Durée totale de sommeil sur 24h adéquate - Nutrition (introduction au solide après 4 mois) Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - Avis des professionnels de la santé - Préférences culturelles - Structure culturelle des routines	- Chronotype tardif - Heure de coucher tardive - Nutrition (introduction au solide avant 4 mois) - Durée totale de sommeil sur 24h excessive Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - Santé mentale fragilisée de la mère - Faible niveau d'éducation des parents - Les écrans - Exposition aux écrans - La fratrie (plus âgée) - Routines familiales tardives
Skuladottir *et al.*, 2005	Islande	Âge : 3 à 30 mois Environnement : Milieu familial Résultat : La fréquence des siestes courtes et irrégulières pendant la journée ainsi que le besoin d'aide pour s'endormir ont diminué après l'intervention.	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (2 ans et moins) - Durée totale de sommeil sur 24h adéquate - Durée de la sieste suffisante - Bonnes habitudes alimentaires - Présence d'un objet d'appartenance (doudou, toutou, suce, etc.) - Capacité d'auto-régulation émotionnelle - Capacité d'auto-apaisement - Développement émotionnel et comportemental plus avancé - Tempérament facile Interactions donneur de soin-enfant :	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (entre 3 et 5 ans) - Problèmes de régulation - Développement émotionnel et comportemental immature Interactions donneur de soin-enfant : - Interventions physiques et sensorielles - Interventions invasives du donneur de soin Contexte extrinsèque à l'enfant : - N/A

			- Caractéristiques psychologiques du parent (calme, patient, sensible, stable émotionnellement) - Les pratiques de sommeil constantes et cohérentes - Interventions non-invasive du donneur de soin - Communication positive - Moment de qualité avant la sieste (disponibilité affective) - Rituels de sieste stables et prévisibles Contexte extrinsèque à l'enfant : - Présence d'une fratrie - Environnement de sieste stable et prévisible - Horaire de sieste régulier et prévisible - Ambiance calme et cohérente	
Staton *et al.*, 2015	Australie	Âge : 4 à 6 ans Environnement : Milieu de garde Résultat : Nous avons constaté qu'une augmentation de la durée de la sieste obligatoire était associée à une plus grande régularité des siestes au sein des structures d'accueil.	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (2 ans et moins) - Durée de sommeil nocturne plus courte - La qualité du sommeil nocturne - Tempérament facile Interactions donneur de soin-enfant : - L'attitude positive du parent vis-à-vis de la sieste Contexte extrinsèque à l'enfant : - L'environnement de sommeil	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (entre 3 et 5 ans) - Tempérament difficile - Durée de sommeil nocturne plus longue Interactions donneur de soin-enfant : -L'attitude négative du parent vis-à-vis de la sieste Contexte extrinsèque à l'enfant : - Faible statut socio-économique

			- Type de programme éducatif - Les siestes obligatoires	- Faible niveau d'éducation des parents
Staton *et al.*, 2020	Australie	Âge : 0 à 12 ans Environnement : N/A Résultat : Les données actuelles indiquent que moins de 2,5 % des enfants cessent de faire la sieste avant l'âge de 2 ans, tandis que 94 % cessent de faire la sieste à l'âge de 5 ans.	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (- de 5 ans) - Maturation - La durée de sommeil totale - Génétique - Moment de la sieste - Besoins personnels de l'enfant Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - La culture (Amérique du nord et Australie)	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (5 ans) Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - La culture (Europe)
Tissier, 2015	France	Âge : 0 à 7 ans Environnement : Milieu de garde Résultat : Il est noté une stabilité de sommeil intra-individuelle avec un temps quotidien moyen de sommeil diurne de 2 heures 40 à 6 et 7 mois, de 2 heures 30 à 9 et 10 mois, de 2 heures 20 à 12 et 13 mois et de 2 heures 10 à 15 et 16 mois.	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (entre 12 et 36 mois) - Chronotype matinal - Durée totale de sommeil sur 24h adéquate - Capacité d'auto-apaisement - Autonomie dans les routines de sommeil et transitions Interactions donneur de soin-enfant : - Sommeil de la mère - Représentation positive du sommeil des donneurs de soins - Sécurité affective Contexte extrinsèque à l'enfant : - Interaction sociales avec ses pairs	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (entre 3 et 5 ans) - Durée totale de sommeil sur 24h excessive - Maturation émotionnelle ou comportementale plus avancé qu'attendu pour l'âge Interactions donneur de soin-enfant : - Insécurité affective - Interventions intrusives et stimulantes du donneur de soin - Représentation négative du sommeil des donneurs de soins - Présence agité et non rassurante de l'adulte

			- La culture (suisses ou anglo-saxonnes) - Faible luminosité - Bruits ambiants - Environnement de sommeil (dortoir) - Exposition aux projets pédagogiques	Contexte extrinsèque à l'enfant : - La culture (italienne) - Haute luminosité - Bruits - Environnement de sommeil (hors-dortoir)
Tribble et *al.*, 2015	États-Unis	Âge : 30 à 36 mois Environnement : Milieu familial et de garde Résultat : En milieu de journée, la sieste est le principal facteur à l'origine du plateau immature de la sécrétion de cortisol, qui devient plus proche de celui des adultes au cours de l'enfance.	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (- de 3 ans) - Maturation neurophysiologique - Capacité d'autorégulation attentionnelle et émotionnelle - Tempérament facile - Stabilité du rythme veille-sommeil Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - N/A	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (3 ans et +) - Moindre stabilité du rythme veille-sommeil - Tempérament réactif Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - N/A
Ward *et al.*, 2007	États-Unis	Âge : 3 à 5 ans Environnement : Milieu de garde Résultat : Les résultats de cette étude soulignent l'importance des caractéristiques familiales, telles que le statut socio-économique, qui contribuent à la variabilité des habitudes	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (entre 1 et 2 ans) - Durée totale de sommeil par jour (- de 10 heures) - Le sexe (féminin) - Développement physiologique - Rythme de l'enfant - Mauvaise qualité du sommeil de nuit - Capacité d'autorégulation - La bonne gestion des émotions	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (3 ans et plus) - Durée totale de sommeil par jour (+ de 10 heures) - Bonne qualité du sommeil de nuit Interactions donneur de soin-enfant : - Interventions physiques et sensorielles de l'éducateur - Manque de routines et de rituels - Croyances parentales négatives - Attitudes parentales négatives

		de sommeil chez les enfants, dont la sieste.	- Rythme de développement de l'enfant - Habitudes de sommeil Interactions donneur de soin-enfant : - Routines et rituels - Sécurité affective - Croyances parentales positives - Attitudes parentales positives Contexte extrinsèque à l'enfant : - Faible luminosité - Bruits ambiants calme - Activités calme et adaptées avant la sieste - Opportunités de sieste - L'environnement de sieste approprié	Contexte extrinsèque à l'enfant : - Forte luminosité - Environnement bruyant - Environnement de sieste inadapté/mal organisé - Le ratio du groupe - Siestes obligatoires
Watamura *et al.*, 2004	États-Unis	Âge : 12 à 36 mois Environnement : Milieu familial Résultat : Le taux de cortisol est plus élevé chez les enfants de 12, 18 et 24 mois que chez ceux de 30 et 36 mois, ce qui explique le plus grand besoin de sieste chez les tout-petits.	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (12 à 24 mois) - Taux de cortisol (diminution) Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - N/A	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (30 à 36 mois) - Taux de cortisol (reste stable) - Effet de maturation Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - N/A
Zhang *et al.*, 2021	Canada	Âge : 19 à 35 mois	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (3 ans et moins)	Contexte intrinsèque à l'enfant : - L'âge (entre 4 et 5 ans)

		Environnement : Milieu familial Résultat : Les corrélats significatifs de la durée de la sieste (min/j) étaient l'âge de l'enfant et la race/l'origine ethnique.	- Le sexe (masculin) Interactions donneur de soin-enfant : - Le style parental sensible, cohérent et réceptif - Les valeurs favorable à la sieste du donneur de soin Contexte extrinsèque à l'enfant : - L'âge des parents (plus âgé) - La culture (non-caucasien) - Haut niveau d'éducation des parents	Interactions donneur de soin-enfant : - N/A Contexte extrinsèque à l'enfant : - L'âge des parents (plus jeune) - La culture (caucasienne) - Exposition au stress chronique - Faible niveau d'éducation des parents - Faible statut socio-économique de la famille - Le temps d'écran élevé - Le type d'écran (tablettes, écrans interactifs) - L'exposition aux jeux vidéo