



Comprendre le sommeil du nourrisson la première année:



Un guide pour éclairer les conversations avec les futurs et nouveaux parents / tuteurs

Section 1: Contexte - Ce que nous savons sur le sommeil des nourrissons

De nombreux professionnels travaillant avec des nourrissons (de moins de 12 mois) conviennent que leur rythme de sommeil est prévisiblement imprévisible. En fait, les chercheurs rapportent qu'une variété de comportements, de motifs et de changements physiologiques sont propres au sommeil du nourrisson et qu'au cours des 3 premières années, le rythme de sommeil d'un enfant subira des changements importants (Owens et Burnham, 2019; Sadeh et al., 2010). Il peut être difficile d'aider les futurs et nouveaux parents / tuteurs à comprendre à quoi peut ressembler le sommeil et pourquoi il peut être si imprévisible.



Établir une routine de sommeil pour un bébé est un processus qui peut changer plusieurs fois tandis que bébé grandit et que ses besoins changent; il est important que les parents / tuteurs le comprennent.

Les conversations sur ce à quoi s'attendre en termes de sommeil au cours de la première année de vie du bébé devraient donc, idéalement, commencer avant sa naissance. Étant donné que toute la famille peut être affectée négativement par le sommeil perturbé d'un bébé, il est essentiel d'explorer:

- Les attentes des parents concernant le sommeil du nourrisson;
- Comment éviter d'idéaliser les habitudes de sommeil;
- Les supports disponibles de jour comme de nuit;
- Quelles sont les habitudes de sommeil de la famille; et
- L'importance du sommeil pour un parent/tuteur.

Le sommeil est important pour la croissance physique et cognitive des nourrissons, y compris la mémoire, le développement du langage et le fonctionnement exécutif (Tham et al., 2017). Hélas, il n'y a pas de routine standard veille-sommeil (par exemple 2 heures de sommeil suivies d'une heure d'activité). Cette routine varie pour chaque bébé et est influencée par de nombreux facteurs. Par exemple, les bébés allaités peuvent se réveiller plus fréquemment pour les tétées et tous les bébés (nourris au sein ou non) auront tendance à se réveiller davantage pendant une poussée de croissance. De même, certains bébés seront plus sensibles à la lumière ou au son. Il est donc avantageux de suggérer aux parents / tuteurs des routines qui favorisent de bonnes habitudes de sommeil, qui aideront finalement les bébés à s'endormir et à rester endormis pendant une période de temps raisonnable (Zuckerman et al., 1987). Au cours des premiers mois, les cycles veille-sommeil peuvent durer de 2 à 4 heures, et il est important d'établir une routine qui aide le bébé à apprendre à s'endormir et à rester endormi. (Mindell et al., 2017).

Par exemple, certaines familles tiennent le bébé jusqu'à ce qu'il s'endorme, mais le bébé se réveille quand ils le mettent doucement dans le berceau, conduisant les parents à penser que la seule façon de mettre leur bébé au lit est de le tenir jusqu'à ce qu'il s'endorme, ce qui peut être très éprouvant et dur à maintenir. **Au cours de la première année de la vie d'un nourrisson, les parents / tuteurs sont particulièrement aux prises avec:**

- Comprendre quels sont les comportements de sommeil typiques;
- Établir des attentes raisonnables en matière de sommeil pour leur bébé;
- Identifier la différence entre comportements normaux et problématiques;
- Ce qui compte, lorsque vous essayez de créer une routine de sommeil, pour réduire le stress parental et améliorer le sommeil de toute la famille.

Ce guide vise à préparer les professionnels à discuter du sommeil des nourrissons avec les familles en les éduquant sur la science sous-jacente et en fournissant aux familles des suggestions pour favoriser de saines habitudes de sommeil.

La science du sommeil

In utero

Avant la naissance, les fœtus développent des habitudes de sommeil grâce à leur rythme circadien, l'horloge qui régule les périodes d'activité ou de réveil et d'inactivité ou de sommeil (Davis et al., 2004). Les chercheurs s'accordent généralement à dire que les états de sommeil d'un nourrisson peuvent être identifiés au cours du dernier trimestre de grossesse. Dans une revue de 2003, Mirmiran et al. (2003) ont constaté qu'à 32 semaines d'âge gestationnel, les états de sommeil (états de sommeil calme et actif) peuvent être différenciés les uns des autres, suggérant que l'horloge circadienne est active avant la naissance. De plus, Owens et Burnham (2019) ont conclu qu'une durée significative de sommeil actif reste constante pendant les dernières semaines de gestation, ce qui est en relation directe avec le développement cérébral rapide qui se produit pendant cette période de développement. Le rythme circadien est significativement régulé par la présence ou l'absence de lumière; la lumière indique une période d'éveil et le manque de lumière indique une période de sommeil (Davis et al., 2004). *In utero*, un fœtus n'a aucun sens de la nuit et du jour et des routines de sommeil, donc leur rythme de sommeil ne coïncide pas avec les heures de jour et de nuit (Davis et al., 2004; Zero to Three, 2016).

Pour aider les nourrissons à accueillir et s'adapter au monde extérieur (en particulier la nuit et le jour), les parents/tuteurs peuvent aider à établir des routines diurnes et nocturnes très tôt pour aider leur bébé à commencer à développer ce rythme (Zero to Three, 2016).

Première année de vie

Au cours de la première année de vie, les nourrissons passent la majorité de leur temps à dormir, car un sommeil optimal (en durée et qualité) est lié à la croissance physique, à la croissance et à la restauration des tissus, au développement cognitif, à l'apprentissage, au traitement de la mémoire, à l'attention et à la régulation émotionnelle (Davis et al., 2004). Bien qu'il ait des débats concernant les diverses catégories d'états liés au sommeil, ils peuvent généralement être classés en trois catégories: somnolence, sommeil calme et sommeil agité (Thoman, 1990). L'état de somnolence est la première étape du cycle de sommeil d'un bébé avant de passer à travers les états de sommeil calme et agité (Davis et al., 2004; Thoman, 1990). Éclairer les parents/tuteurs sur les états de sommeil peut leur fournir une façon de comprendre et de réagir lorsque leur bébé bouge ou fait du bruit pendant une période de sommeil, et d'apprécier que le sommeil est lié à la croissance et au développement.



Les 3 états de sommeil peuvent être décrits comme suit :

État de somnolence

L'état de somnolence représente 2 à 5% du sommeil et est l'état d'éveil à partir duquel les bébés peuvent s'endormir ou se réveiller davantage (Anders et al., 1995; Davis et al., 2004). L'objectif est que les parents/tuteurs comprennent les habitudes de sommeil de leur bébé et lisent les signaux de leur bébé sur la préparation au sommeil plutôt que d'imposer un modèle de sommeil irréaliste idéalisé pour leur bébé pendant cette période. Dans l'état de somnolence, les mouvements du bébé sont généralement harmonieux avec de légers sursauts et le visage apparaît souvent immobile, à part les yeux qui s'ouvrent et se ferment occasionnellement ou qui restent entrouverts (Davis et al., 2004). Si un bébé est stimulé par l'activité, la lumière ou le bruit, il passera à l'état calme ou éveillé. Lorsqu'il n'est pas stimulé, un bébé peut s'endormir. À mesure que le bébé grandit, cet état se transforme en sommeil calme ou actif (Davis et al., 2004).

Sommeil calme

Les nourrissons dans cet état seront détendus tout en restant presque immobiles et auront peu ou pas de mouvements oculaires ou faciaux (Davis, Parker et Montgomery, 2004). D'autres caractéristiques comprennent une respiration lente, une fréquence cardiaque abaissée et une moindre réactivité aux stimuli sensoriels tels que le bruit, le toucher ou l'odeur. Dans cette phase, seuls des stimuli très intenses ou dérangeants réveilleront le nourrisson (Davis et al., 2004). Il s'agit du stade initial de la période de sommeil réelle et représente environ 20% du temps de sommeil total des nourrissons, proportion qui augmente avec l'âge (Anders et al., 1995; Coons & Guilleminault, 1984). Le sommeil calme aide (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019):

- La croissance et la restauration d'organes et de tissus;
- La croissance physique grâce à la libération d'hormones de croissance;
- La digestion (Davis et al., 2004).

Sommeil agité

Il représente la proportion la plus élevée du sommeil du nouveau-né, avec environ 75-80% du temps de sommeil total, et diminue avec l'âge jusqu'à ce qu'il ne représente que 20-25% du temps de sommeil total lorsque l'enfant a 5 ans (Anders et al., 1995; Davis et al., 2004). Précédant généralement le réveil, il est souvent décrit comme un sommeil à mouvements oculaires rapides (ou sommeil paradoxal) et se distingue par le battement des yeux sous les paupières fermées (Davis et al., 2004). Au cours de cet état, le nourrisson est principalement dans un état «paralysé», les seuls mouvements provenant de contractions musculaires et vocalisations spontanées (Davis et al., 2004). Les nourrissons dans cet état ont une accélération du rythme cardiaque et respiratoire, qui peut changer rapidement pendant cette période (Davis et al., 2004). Le sommeil à mouvements oculaires rapides survient plus fréquemment la nuit que lors des périodes de sommeil diurne (Coons et Guilleminault, 1982). Le sommeil agité aide (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019):

- Le traitement et stockage des informations (Thoman, 1990)
- Le développement cognitif pour un meilleur apprentissage et résolution de problèmes (Thoman, 1990)

On pense également que le sommeil actif joue un rôle dans le développement sain du cerveau (Kurth et al., 2015; Peirano et al., 2003).



Il est essentiel de discuter les défis liés au sommeil du nourrisson avec les familles, car les nourrissons incapables d'établir des habitudes de sommeil avant six à huit mois sont susceptibles d'adopter des comportements de sommeil difficiles et de potentiellement évoluer vers des défis plus importants (Sadeh et Anders, 1993).

Modèles de sommeil non adaptatifs

Pour de nombreuses familles avec un nouveau bébé, la plainte la plus typique est que leur bébé se réveille pendant la nuit. Pour rappel, certains bébés se réveillent plus fréquemment la nuit en raison de la faim et les nourrissons de moins de 4 mois dorment généralement environ 3 heures ou moins entre les tétées (Owens et Burnham, 2019). Les nourrissons et les enfants avec un rythme de sommeil normal se réveillent plusieurs fois au cours de la nuit ; souvent, ce réveil est bref et le bébé se rendort avec peu ou pas d'intervention.

Des difficultés surviennent lorsque les nourrissons s'habituent à des associations de sommeil non adaptatives et deviennent plus susceptibles de se réveiller la nuit et d'avoir des difficultés à s'apaiser (Fehlings et al., 2001; Sadeh et al., 2010). Cela se produit lorsque les parents / tuteurs introduisent ou établissent des situations ou des scénarios pour aider le nourrisson à s'endormir, que le nourrisson ne peut pas recréer la nuit sans la présence de l'adulte (Sadeh et al., 2010). Par exemple, le bébé peut être bercé pour s'endormir, avant que, une fois endormi, le parent le pose. En raison de leur dépendance à ces situations ou scénarios, ces bébés sont plus susceptibles de se réveiller pendant la nuit (France et Blampied, 1999; France et al., 2003).

Si, à chaque réveil, le bébé est incapable de recréer la situation ou le scénario sur lequel il a appris à compter pour se rendormir, il peut en résulter

une situation épuisante tant pour le nourrisson que pour le parent / tuteur (Sadeh et al., 2010). Lorsque les nourrissons sont couchés alors qu'ils sont somnolents, mais toujours éveillés, ils apprennent à s'endormir (Sadeh et al., 2010). De plus, Owens et Burnham (2019) ont constaté que lorsque la réponse des parents / tuteurs consistait à tenir ou bercer le bébé, cela renforçait encore cette routine pour le bébé.

La culture doit également être prise en compte, car certaines cultures utilisent le lit familial lorsque les enfants sont très jeunes. Dans ces cas-là, le praticien doit s'assurer de fournir à la famille toutes les informations sur l'augmentation des risques de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) que leur pratique représente, afin que la famille prenne une décision éclairée.

Difficulté à se calmer

Le deuxième problème que les parents / tuteurs rencontrent avec le sommeil des jeunes enfants est celui des «difficultés à se calmer», qui impliquent généralement des enfants qui retardent ou refusent l'heure du coucher (Owens et Burnham, 2019). Ces types de comportements sont plus susceptibles d'être

observés chez les enfants de 2 ans et plus qui essaient de prolonger la routine à l'heure du coucher. Cela peut être encore plus compliqué si les parents / tuteurs n'ont pas créé et / ou imposé des routines spécifiques et cohérentes au coucher au cours des deux premières années de la vie (Crowell et al., 1987; Jenkins et al., 1984; Salzarulo et Chevalier, 1983).



Qu'est-ce qui influence le sommeil d'un bébé?

Les facteurs qui influencent le sommeil du bébé sont nombreux et divers, et doivent être discutés avec les familles. Ils incluent:

1. L'âge du bébé :

Les habitudes de sommeil et les comportements changent, lors de la première année de vie, en fonction de l'âge de développement du nourrisson. Cependant, le taux de croissance du nourrisson, ses caractéristiques personnelles (c.-à-d. ses problèmes de santé) et son environnement peuvent soutenir ou empêcher les nourrissons de suivre les rythmes de sommeil précédemment décrits. (Sadeh et al., 2010).

2. Le tempérament du bébé et des parents :

Les nourrissons au tempérament plus facile (c.-à-d. leur régularité, leur capacité à s'apaiser) peuvent être plus faciles à endormir ou présenter moins de problèmes de sommeil que les enfants décrits comme ayant des tempéraments plus difficiles (c.-à-d. lents à s'adapter) (Sadeh et al., 2010; Spruyt et al., 2008). De même, les parents / tuteurs dont le tempérament leur permettent de s'adapter à la nature imprévisible des habitudes de sommeil de leur enfant sont mieux à même de répondre aux signaux de leur enfant (Sadeh et al., 1994). La perception par l'adulte du tempérament de son enfant, et une bonne perception ou une volonté de s'y adapter, ainsi qu'aux comportements de l'enfant, sont les plus grandes influences pour réduire la survenue de problèmes de sommeil (Sadeh et al., 1994).

3. La sensibilité et la bonne compréhension des parents des signaux du bébé :

La sensibilité se développe au fur et à mesure qu'un parent / tuteur prend conscience des besoins de son enfant, l'écoute, et réagit systématiquement quand il est en détresse (Sadeh et al., 2010). Les parents / tuteurs les plus conscients des signaux de sommeil de leur bébé (p. ex. Frottement des yeux, agitation, etc.) sont plus en mesure d'apprécier ses signaux d'endormissement et de l'habituer à des habitudes de sommeil saines et constantes.

4. La santé mentale des parents :

Les adultes qui ont des problèmes de santé mentale peuvent avoir du mal à s'adapter aux habitudes de sommeil changeantes du nourrisson et des difficultés à réagir à la détresse de leur enfant ou à ses signes de somnolence (Cook et coll., 2016; Hiscock et Wake, 2001; Hiscock et Wake, 2002).

La présence d'un soutien pour le parent / tuteur pendant le jour ou la nuit peut atténuer les problèmes de santé mentale et soulager ceux qui ont des difficultés (Keener et al., 1988; Owens & Burnham, 2019; Sadeh et al., 1994; Sadeh et al., 2010; Sorondo et Reeb-Sutherland, 2015; Van Tassel, 1985). De plus, les adultes ayant des problèmes de santé mentale peuvent avoir de la difficulté à réagir aux signaux de leur bébé. Par conséquent, le soutien peut aider à s'assurer que le nourrisson reçoit une réponse appropriée lorsqu'il exprime sa détresse (Owens et Burnham, 2019; Sadeh et coll., 2010).

5. Les problèmes de traitement sensoriel :

Les nourrissons ayant des problèmes de traitement sensoriel (tels que le syndrome d'alcoolisme foetal, les troubles du spectre autistique, la prématurité, etc.) peuvent avoir de la difficulté à éprouver et à répondre à la stimulation sensorielle (visuelle, auditive, tactile) (Owens et Burnham, 2019; Vasak et al., 2015). Les nourrissons avec une sensibilité accrue sont susceptibles d'avoir plus de problèmes de sommeil et une moins bonne qualité de sommeil parce qu'ils évitent et / ou recherchent des sensations spécifiques (Vasak et al., 2015).

6. L'inadéquation des attentes des parents et des habitudes de sommeil de l'enfant :

Les parents / tuteurs dont les attentes ne correspondent pas aux habitudes de sommeil de leur bébé sont plus susceptibles de lutter avec la nature imprévisible des habitudes de sommeil de leur enfant (Mindell et al., 2017; Owens & Burnham, 2019; Sadeh et al., 2010). Ils auront du mal à comprendre les besoins de leur bébé et à identifier, établir et s'investir dans une routine de sommeil adaptée aux besoins de leur bébé, entraînant un risque accru de problèmes de sommeil pour bébé et parents.

7. La routine domestique et les habitudes de sommeil :

Les adultes qui ont déjà des routines domestiques sont plus susceptibles d'établir une routine de sommeil pour leur bébé et de la suivre. Les routines d'avant le coucher (l'heure de la journée, la durée des siestes, l'emplacement, les sons, l'heure du bain, etc.) peuvent aider à préparer un bébé à dormir, ce qui peut aider l'enfant à adopter un rythme régulier. De

plus, le niveau d'aide dont les nourrissons ont besoin pour s'endormir compte; les nourrissons qui s'endorment pendant qu'ils sont bercés ou nourris, par exemple, sont plus susceptibles d'avoir un nombre et une durée de réveil accrus (Sadeh et al., 2010).

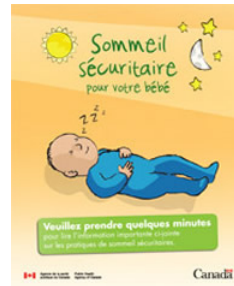
8. Les habitudes de sommeil des parents :

Les adultes ayant de saines habitudes de sommeil avant et après la naissance sont plus en mesure de répondre aux besoins de leur bébé et de réduire à la fois le risque de développer des problèmes de santé mentale et que leur bébé éprouve des problèmes de sommeil et des réveils toute la nuit (Hiscock et Wake, 2001).

9. L'alimentation :

Les bébés allaités se réveillent plus souvent car le lait maternel est métabolisé plus rapidement que le lait maternisé.

10. Dormir en sécurité :



Sur ce sujet, le guide de l'Agence de la santé publique du Canada, Un sommeil sécuritaire pour votre bébé (Agence de la santé publique du Canada, 2018), fournit des renseignements détaillés. Des ressources supplémentaires sont également disponibles à www.meilleurdepart.org.

Qu'est-ce qui est typique?

Pendant la première année de vie d'un nourrisson, le sommeil change rapidement et imprévisiblement, ce qui laisse parfois les parents / tuteurs épuisés et dépassés. Il est donc important que ceux-ci comprennent les différents modèles de sommeil de la première année du bébé, afin de normaliser leurs attentes concernant ses habitudes de sommeil, son besoin de se nourrir, de s'engager et leur sentiment d'épuisement.

Sommeil du nourrisson: de la naissance à 3 mois

Pendant cette période, les nourrissons dorment environ 16 à 18 heures par 24 heures, en alternant des périodes d'éveil et de sommeil tout au long de la journée (Tarullo et al., 2011). Comme les nourrissons ne naissent pas avec un rythme circadien bien établi, ils dorment à la fois le jour et la nuit à intervalles irréguliers. Typiquement, la plupart du sommeil a lieu la nuit, mais 5 à 8 heures de sommeil peuvent survenir pendant la journée (Davis et al., 2004; Douglas et Hill, 2013). Globalement, la plupart de leur sommeil est agité, et une petite proportion seulement est calme (Tarullo et al., 2011). Au cours des 3 premiers mois, la durée pendant laquelle un bébé dort n'est pas susceptible de changer de manière significative, mais la répartition du sommeil sur une période de 24 heures peut évoluer vers plus de sommeil pendant la nuit (Anders & Keener, 1985; Coons Et Guilleminault, 1984). À 3 mois, la durée totale de sommeil sur 24h peut avoir diminué mais un bébé dormira toujours de 12 à 14 heures par 24 heures, avec une durée moyenne de sommeil continu de 2 à 4 heures (Anders et Keener, 1985; Burnham et al., 2002).

Cette période est fortement associée à de brèves périodes marquées par davantage de pleurs, de tracas et de réveils nocturnes pour se nourrir (Douglas et Hill, 2013). Pratiquer les soins à la demande, où les parents / tuteurs réagissent de manière appropriée aux signaux de leur bébé, semble particulièrement important pendant cette période, car cela peut aider le nourrisson à développer la capacité de s'apaiser, et celle des adultes à co-réguler l'alimentation et le sommeil de l'enfant (Douglas et Hill, 2013). Souvent, les nourrissons se réveillent toutes les 2 à 3 heures pendant la nuit pour se nourrir car ils ont besoin de la nutrition pour soutenir leur croissance (Tarullo et al., 2011). La notion que le besoin d'un bébé de se nourrir pendant la nuit est un «problème» ou nécessite un «entraînement au sommeil» doit être découragée. Des habitudes de sommeil atypiques telles qu'un bébé étant rarement réveillé, ou ayant une durée de sommeil inférieure à la moyenne ou un gain ou une perte de poids peuvent indiquer qu'une enquête médicale plus approfondie est nécessaire. Un changement de coloration du bébé indique une situation médicale devant être traitée immédiatement. Vers la fin de cette période du 2^{ème} au 3^{ème} mois, les nourrissons commencent à développer un rythme et dorment davantage la nuit (Davis et al., 2004).

Sommeil du nourrisson: de 4 à 12 mois

À cet âge, les habitudes de sommeil des nourrissons changent pour répondre à des signaux environnementaux tels que l'alimentation et les routines de sommeil (Davis et al., 2004). De nombreux bébés avec des routines constantes et prévisibles auront établi un rythme de sommeil, dormiront plus longtemps pendant la nuit et seront alertes pendant de longues périodes dans la journée (Douglas et Hill, 2013). Les réveils pour les pleurs, les tracas et les réveils nocturnes diminuent pendant cette période (Douglas et Hill, 2013). Pour de nombreux bébés de 3 à 6 mois, la plus grande période de sommeil ininterrompu se produit la nuit (Anders et Keener, 1985; Galland et al., 2012). À 6 mois, un nourrisson peut dormir environ 6 heures de suite la nuit avec un seul réveil pour têter. (Davis et al., 2004). À 12 mois, un nourrisson dormira environ 14 à 15 heures par jour avec des siestes d'1 ou 2 heures (Davis et al., 2004). Ils peuvent être alertes jusqu'à 10 heures de suite et ont développé une plus grande attention et vigilance (Coons et Guilleminault, 1982).

Dans certains cas, le nourrisson qui dormait toute la nuit peut soudainement régresser avec des réveils nocturnes. Lorsque cela se produit, les parents / tuteurs doivent répondre à leur bébé, le rassurer et l'aider à se rendormir en utilisant des stratégies de soutien issues de leurs routines nocturnes établies, tel que mettre le bébé somnolent - pas le bébé endormi - dans son espace de sommeil. Un pic de réveil nocturne pour se nourrir pourrait indiquer une poussée de croissance.

Un changement commence à se produire avec les états de sommeil: la proportion de sommeil agité diminue tandis que le sommeil calme augmente (Davis et al., 2004). Les nourrissons commencent à développer des cycles de sommeil qui reproduisent ceux des adultes, avec des périodes précoces de sommeil calme rapides suivies de périodes de sommeil agité (Davis et al., 2004). De plus, la durée d'un cycle (état de sommeil calme à agité et le nombre de cycles au cours d'une même période de sommeil augmentent pour reproduire celui des adultes (Tarullo et al., 2011).

Comment faire la différence entre les problèmes de sommeil typiques et ceux qui sont problématiques

Comme nous l'avons vu, les habitudes de sommeil changent au cours de la première année de vie en raison de l'âge de développement du nourrisson, de ses besoins et de ses caractéristiques individuelles. Ceci rend parfois difficile la distinction entre les problèmes de sommeil typiques et problématiques.

Les 6 premiers mois, l'éveil nocturne est assez typique. Mais on s'attend à ce que cela diminue progressivement jusqu'à ce que le nourrisson d'1 an environ dorme toute la nuit. Si le bébé de plus d'1 an continue de lutter pour s'endormir la nuit, la famille pourrait peut-être revoir leur routine avec un professionnel (médecin, infirmière, etc.) pour identifier ce qui pourrait faciliter la transition vers le sommeil (Schwichtenberg Et Goodlin-Jones, 2010).

Quand les difficultés de sommeil du nourrisson affectent les membres de la famille et que les parents / tuteurs se sentent épuisés, c'est également problématique : Cet épuisement peut impacter toute la dynamique familiale et la capacité des parents / tuteurs de soutenir une

routine de sommeil systématique (Schwichtenberg & Goodlin-Jones, 2010). Dans de telles situations, suggérer un petit changement à la routine nocturne pour soulager la famille serait un bon point de départ. Les adultes peuvent ensuite œuvrer pour prolonger le temps entre les réveils nocturnes. Bien qu'un certain niveau d'épuisement parental soit courant, un parent / tuteur en prise à des difficultés, à une dépression postnatale ou à d'autres problèmes de santé mentale trouvera la gestion des habitudes de sommeil irrégulières du bébé particulièrement difficile. Dans ce cas, il est essentiel que l'adulte communique avec son fournisseur de soins de santé primaires ou professionnel de la santé pour explorer des stratégies et des ressources pour les aider.

Section 2: Questions pour guider les discussions sur le sommeil du nourrisson

Pour certains, même bien préparés à l'arrivée de leur bébé et à l'imprévisibilité que cela peut entraîner, la transition est difficile. Voici quelques questions à utiliser lorsque vous discutez du sujet du sommeil du nourrisson avec n'importe quelle famille, surtout les familles mises à mal par la routine de sommeil de leur bébé:

1. Quand vous attendiez votre bébé, quelles étaient vos attentes concernant les trois premiers mois et comment la réalité se compare-t-elle?
2. Quelles parties de la routine de votre bébé fonctionnent et quelles parties trouvez-vous un peu difficiles?
3. Le temps de sommeil est-il une partie de la journée facile ou difficile à gérer?
4. Comment le rythme de sommeil de votre bébé vous affecte-t-il?
5. Comment endormez-vous votre bébé?
6. Avec quel type d'environnement et de routine créez-vous un rythme pour que votre bébé s'endorme? Comment le rythme de sommeil de votre bébé vous affecte-t-il ?
7. Jusqu'à ce que les habitudes de sommeil de votre bébé commencent à s'installer, de quels soutiens pensez-vous avoir besoin?
8. Comment percevez-vous votre niveau de stress?
9. Ressentez-vous de la tristesse, de l'irritabilité, etc.?
10. Comment gérez-vous personnellement le stress?



Section 3: Stratégies pour favoriser des habitudes de sommeil saines pour les bébés et leur famille

Tous les bébés ont besoin d'aide pour établir une routine de sommeil saine. Il existe des stratégies que les parents / tuteurs peuvent utiliser pour aider leur bébé.

Créer un environnement qui favorise le sommeil du bébé

- Pendant la journée, lorsque bébé est éveillé, gardez la pièce lumineuse.
- Pendant les siestes et la nuit, essayez de garder la pièce sombre.
- Assurez-vous que le bébé n'a ni trop chaud ni trop froid et que la température est confortable pour le bébé.
- Assurez-vous que la surface de sommeil est sécuritaire et la zone sans danger.

Créer et maintenir une routine qui soutient le sommeil du bébé

- Au cours des premiers mois, les parents / tuteurs devront apprendre à reconnaître les signaux du bébé pour créer des routines quotidiennes et être constants dans leurs réponses. Pendant les périodes d'éveil, les parents / tuteurs doivent passer du temps avec leur bébé et engager des interactions "Serve and return" (5 étapes pour le service et le retour de la construction du cerveau) pour promouvoir son développement et son attachement (Harvard University Center on the Developing Child, 2020).

- Créez une routine de détente avant l'heure du coucher, même pour un nouveau-né, et utilisez-la constamment. Cette routine peut inclure un bain, un massage, la lecture d'un livre (même avec un nouveau-né) ou une activité tranquille avec l'adulte (Mindell et al., 2017). Cette routine doit inclure des activités de plus en plus calmes et commencer avant que bébé ne veuille dormir. Pour certains bébés, un ralentissement progressif d'une heure ou plus peut être nécessaire.
- Examinez tous les signaux et routines de la journée, leur enchaînement et le rythme de chacun pour mieux apprécier quand bébé est le plus actif et quand il a besoin de calme et de sommeil. Sur-stimuler un bébé fatigué qui a besoin de sommeil peut lui causer de la détresse.
- Regarder un écran est associé à une diminution du sommeil, en particulier chez les nourrissons de moins de 6 mois (Chen et al., 2019). Discutez avec les parents / tuteurs de l'utilisation des téléphones et tablettes par leur bébé pendant la journée et pendant les routines de sommeil.

Créer un cadre calme et paisible pour le sommeil de bébé

- Commencez la routine du coucher dans un espace calme et silencieux où les lumières sont tamisées et où les bruits et distractions sont minimales.
- Jouez de la musique douce, la même musique, à l'heure du coucher peut devenir un signal pour certains bébés qu'il est temps de dormir.
- Encouragez les parents / tuteurs à réfléchir à quoi d'autre, dans le monde de leur bébé, pourrait affecter sa routine de sommeil, comme la poussée dentaire, un invité à la maison, une maladie, des changements dans la dynamique familiale, un conflit, la sante physique et mentale de l'adulte, etc.



Mettre bébé dans son espace de sommeil quand il est somnolent, pas endormi

- Encouragez les parents / tuteurs à mettre leur bébé dans son espace de sommeil avant qu'il ne s'endorme, dès que l'adulte remarque que son bébé devient somnolent.
- Les parents / tuteurs peuvent continuer à frotter le ventre ou le front de bébé, chanter, etc. jusqu'à ce que celui-ci montre des signes de somnolence. Ils peuvent également essayer de coucher leur bébé et de lui dire bonsoir.
- Si leur bébé pleure, les parents / tuteurs devraient être encouragés à retourner le réconforter en lui frottant le ventre ou le front et à lui dire à nouveau bonsoir.

Répondre à bébé quand il se réveille

- Si le bébé est agité pendant un cycle de sommeil, encouragez les parents / tuteurs à lui donner quelques minutes pour s'apaiser et se rendormir. Toutefois, si la détresse du bébé augmente parce qu'il a faim ou a besoin d'aide pour se rendormir, il est important de répondre à ces besoins, surtout dans les premiers mois (Owens et Witmans, 2004).
- Les parents / tuteurs doivent surveiller les routines de sommeil et de réveil de leur bébé, y compris leur fréquence, et essayer de répondre avec constance, sensibilité et cohérence à leur bébé lorsque celui-ci est en détresse.
- Pour certains bébés, avoir la même personne pour la routine du coucher peut être bénéfique, tout comme avoir toujours la même personne s'occuper des réveils nocturnes, avec une réponse cohérente. Dans les familles biparentales ou élargies, une personne peut assumer la responsabilité de la routine du

coucher, tandis qu'une autre s'occupe des réveils et tétées nocturnes.

Conclusion

Les parents / tuteurs ne devraient pas se sentir sous pression ou inquiet si d'autres parents disent que leur bébé dort toute la nuit, en particulier pendant les 6 premiers mois, car ce n'est en fait pas l'expérience typique. Chaque bébé est différent, même au sein d'une même famille. Pour aider les nourrissons et les jeunes enfants à établir des habitudes de sommeil saines, les parents / tuteurs doivent comprendre les besoins développementaux de leur bébé autour du sommeil, reconnaître quand le sommeil est un problème et être alors soutenus. Bien que les problèmes de sommeil puissent être difficiles, des stratégies efficaces existent. Les pleurs d'un bébé ne visent pas à contrarier l'adulte. C'est la façon dont le bébé communique un besoin à son parent / tuteur. Il est important que ceux-ci essaient de répondre à leur bébé de manière constante, adéquate et sensible pour reconforter bébé pendant qu'ils essaient d'établir une routine de sommeil saine. Répondre systématiquement à leur bébé créera un sentiment de sécurité pour le bébé, qui apprendra qu'il peut compter sur eux lorsqu'il signale qu'il est en détresse. Le développement de cette relation est une étape importante vers l'auto-apaisement précoce qui est un précurseur fondamental de l'autorégulation émotionnelle et comportementale à venir.

Références

Anders, T.F., Halpern, L.F., & Hua, J. (1992). Sleeping through the night: A developmental perspective. *Pediatrics*, 90(4), 554-560. D'après <https://pediatrics.aappublications.org/content/90/4/554.long>

Anders, T.F., Sadeh, A., & Appareddy, V. (1995). Normal sleep in neonates and children. In K.M. Ferber R., *Principles and practice of sleep medicine in the child* (p.7). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.

Anders, T.S., & Keener, M. (1985). Developmental course of night time sleep-wake patterns in full-term and premature infants during the first year of life. *J. Sleep*, 8(3), 173-192. doi:<https://doi.org/10.1093/sleep/8.3.173>

Burnham, M.M., Goodlin-Jones, B.L., Gaylor, E.E., & Anders, T.F. (2002). Night time sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *J Child Psychol Psychiatry*, 43(6), 713-725. D'après <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1201415/>

Limites

Il existe plusieurs limites à la portée du sujet que cet article aborde. Notamment:

1. Cet article parle des habitudes de sommeil des parents / tuteurs avec un bébé de moins d'un an et ne traite pas des habitudes de sommeil des enfants plus âgés.
2. Les preuves rapportées s'appliquent à un bébé né à terme sans problèmes médicaux.
3. Un mauvais sommeil peut également être un indicateur d'autres problèmes nécessitant des soins médicaux. Si les habitudes de sommeil de leur bébé sont une préoccupation importante pour les parents / tuteurs, ils devraient être encouragés à consulter leur fournisseur de soins de santé pour s'assurer qu'il n'y a pas de problèmes médicaux sous-jacents.
4. La relation bidirectionnelle entre les habitudes de sommeil imprévisibles du nourrisson et la santé mentale et le bien-être des parents / tuteurs n'est pas étudiée à fond et les stratégies d'intervention ne sont pas abordées.

Chen, B., van Dam, R. M., Tan, C., Chua, H., Wong, P., Bernard, J. Y., & Müller-Riemenschneider, F. (2019). Screen viewing behavior and sleep duration among children aged 2 and below. *BMC Public health*, 19, 59. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6385-6>

Cook, F., Giallo, R., Petrovic, Z., Coe, A., Seymour, M., Cann, W., & Hiscock, H. (2016). Depression and anger in fathers of unsettled infants: A community cohort study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53(2), 131-35. doi:<https://doi.org/10.1111/jpc.13311>

Coons, S., & Guilleminault, C. (1982). Development of sleep-wake patterns and non-rapid eye movement sleep stages during the first six months of life in normal infants. *Pediatrics*, 69(6), 739-98. D'après <https://europepmc.org/article/med/7079046>

Coons, S., & Guilleminault, C. (1984). Development of consolidated sleep and wakeful periods in relation to the day/night cycle in infancy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 26(2), 169-76. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1984.tb04428.x>

- Crowell, J., Keener, M., Ginsburg, N., & Anders, T. (1987). Sleep habits in toddlers 18 to 36 months old. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(4), 510-15. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-198707000-00008>
- Davis, K. F., Parker, K. P., & Montgomery, G. L. (2004). Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(2), 65-71. doi:[https://doi.org/10.1016/s0891-5245\(03\)00149-4](https://doi.org/10.1016/s0891-5245(03)00149-4)
- Douglas, P. S., & Hill, P. S. (2013). Behavioral sleep interventions in the first six months of life do not improve outcomes for mothers or infants: A systematic review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(7), 497-507. doi:<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31829cafa6>
- Emde, R. N., & Walker, S. (1976). Longitudinal study of infant sleep: Results of 14 subjects studied at monthly intervals. *Psychophysiology*, 13(5), 456-61. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1976.tb00861.x>
- Fazzi, E., Zaccagnino, M., Capsoni, C., Orcesi, S., Spada, G., Cavallini, A., . . . Zamboni, F. (2006). A questionnaire on sleep behaviour in the first years of life: Preliminary results from a normative sample. *Functional Neurology*, 21(3), 151-58. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/6746872_A_questionnaire_on_sleep_behaviour_in_the_first_years_of_life_Preliminary_results_from_a_normative_sample
- Fehlings, D., Weiss, S., & Stephens, D. (2001). Frequent night awakenings in infants and preschool children referred to a sleep disorders clinic: The role of nonadaptive sleep associations. *Children's Health Care*, 30(1), 43-55. doi:https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3001_4
- France, K. G., & Blampied, N. M. (1999). Infant sleep disturbance: Description of a problem behaviour process. *Sleep Medicine Reviews*, 3(4), 265-80. D'après <https://pdfs.semanticscholar.org/6b9c/5175b91dc3a6329739c51640bd56dfa6295d.pdf>
- France, K. G., Blampied, N. M., & Henderson, J. M. (2003). Infant sleep disturbance. *Current Paediatrics*, 13(3), 241-45. doi:[https://doi.org/10.1016/S0957-5839\(03\)00004-6](https://doi.org/10.1016/S0957-5839(03)00004-6)
- Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E., & Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews*, 16(3), 213-22. doi:<https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.06.001>
- Harvard University Centre on the Developing Child. (2020, 01 01). 5 Steps for Brain-Building Serve and Return. Retrieved from Centre on the Developing Child: <https://developingchild.harvard.edu/resources/5-steps-for-brain-building-serve-and-return/>
- Hiscock, H., & Wake, M. (2001). Infant sleep problems and postnatal depression: A community-based study. *Pediatrics*, 107(6), 1317-22. doi:<https://doi.org/10.1542/peds.107.6.1317>
- Hiscock, H., & Wake, M. (2002). Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *British Medical Journal*, 324, 1062. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7345.10620>
- James-Roberts, S. I., & Plewis, I. (1996). Individual differences, daily fluctuations, and developmental changes in amounts of infant waking, fussing, crying, feeding, and sleeping. *Child development*, 67(5), 2527-40. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01872.x>
- Jenkins, S., Owen, C., Bax, M., & Hart, H. (1984). Continuities of common behaviour problems in preschool children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 75-89. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1984.tb01720.x>
- Keener, M. A., Zeanah, C. H., & Anders, T. F. (1988). Infant temperament, sleep organization, and nighttime parental interventions. *Pediatrics*, 81(6), 762-71. D'après <https://pediatrics.aappublications.org/content/81/6/762>.
- Kurth, S., Olini, N., Huber, R., & LeBourgeois, M. (2015). Sleep and early cortical development. *Current Sleep Medicine Reports*, 1, 64-73. doi:<https://doi.org/10.1007/s40675-014-0002-8>
- Louis, J., Cannard, C., Bastuji, H., & Challamel, M.-J. (1997). Sleep ontogenesis revisited: A longitudinal 24-hour home polygraphic study on 15 normal infants during the first two years of life. *Sleep*, 20(5), 323-33. doi:<https://doi.org/10.1093/sleep/20.5.323>
- Mindell, J. A., Leichman, E. S., Lee, C., Williamson, A. A., & Walters, R. M. (2017). Implementation of a nightly bedtime routine: How quickly do things improve? *Infant Behavior and Development*, 220-27. doi:<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.09.013>
- Mirmiran, M., Maas, Y. G., & Ariagno, R. L. (2003). Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. *Sleep Medicine Reviews*, 7(4), 321-34. doi:<https://doi.org/10.1053/smr.2002.0243>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2019, 08 13). Brain Basics : Understanding Sleep. Retrieved 02 27, 2020, from NINDS: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/patient-caregiver-education/understanding-sleep>
- Navelet, Y., Benoit, O., & Bouard, G. (1982). Nocturnal sleep organization during the first months of life. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 54(1), 71-78. doi:[https://doi.org/10.1016/0013-4694\(82\)90233-4](https://doi.org/10.1016/0013-4694(82)90233-4)

- Owens, J. A., & Witmans, M. (2004). Sleep problems. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34(4), 154-79. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2003.10.003>
- Owens, J., & Burnham, M. M. (2019). Sleep disorders. In C. Zeanah Jr., *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 373-91). New York, NY: The Guilford Press.
- Peirano, P., Algarin, c., & Uauy, R. (2003). Sleep-wake states and their regulatory mechanisms throughout early human development. *The Journal of Pediatrics*, 143(4), 70-79. doi:[https://doi.org/10.1067/S0022-3476\(03\)00404-9](https://doi.org/10.1067/S0022-3476(03)00404-9)
- Public Health Agency of Canada. (2018, 04 23). Safe Sleep. Retrieved from Government of Canada: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/stages-childhood/infancy-birth-two-years/safe-sleep.html>
- Sadeh, A., & Anders, T. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 17-34. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.708.2868&rep=rep1&type=pdf>
- Sadeh, A., Hauri, P. J., Kripke, D. K., & Lavie, P. (1995). The role of actigraphy in the evaluation of sleep disorders. *Sleep*, 18(4), 288-302. doi:<https://doi.org/10.1093/sleep/18.4.288>
- Sadeh, A., Lavie, P., & Scher, A. (1994). Sleep and temperament: Maternal perceptions of temperament of sleep-disturbed toddlers. *Early Education and Development*, 5(4), 311-22. doi:https://doi.org/10.1207/s15566935eed0504_6
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep medicine Reviews*, 14(2), 89-96. doi:<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.05.003>
- Salzarulo, P., & Chevalier, A. (1983). Sleep problems in children and their relationship with early disturbances of the waking-sleeping rhythms. *Sleep*, 6(1), 47-51. doi:<https://doi.org/10.1093/sleep/6.1.47>
- Schwichtenberg, A.-J., & Goodlin-Jones, B. (2010). Causes and correlates of frequent night awakenings in early childhood. *International Review of Neurobiology*, 93, 177-91. doi:[https://doi.org/10.1016/S0074-7742\(10\)93008-0](https://doi.org/10.1016/S0074-7742(10)93008-0)
- Sorondo, B. M., & Reeb-Sutherland, B. C. (2015). Associations between infant temperament, maternal stress, and infants' sleep across the first year of life. *Infant Behavior and Development*, 39, 131-35. doi:<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.02.010>
- Spruyt, K., Aitken, R. J., So, K., Charlton, M., Adamson, T. M., & Horne, R. S. (2008). Relationship between sleep/wake patterns, temperament and overall development in term infants over the first year of life. *Early Human Development*, 84(5), 289-96. doi:<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.07.002>
- Tarullo, A. R., Balsam, P. D., & Fifer, W. P. (2011). Sleep and infant learning. *Infant and Child Development*, 20(1), 35-46. doi:<https://doi.org/10.1002/icd.685>
- Tham, E. K., Schneider, N., & Broekman, B. F. (2017). Infant sleep and its relation with cognition and growth: a narrative review. *Nature and Science of Sleep*, 9, 135-49. doi:<https://dx.doi.org/10.2147%2FNS.S125992>
- Thoman, E. B. (1990). Sleeping and waking states in infants: A functional perspective. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 14(1), 93-107. doi:[https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(05\)80165-4](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(05)80165-4)
- Van Tassel, E. B. (1985). The relative influence of child and environmental characteristics on sleep disturbances in the first and second years of life. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 6(2), 81-86. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00004703-198504000-00006>
- Vasak, M., Williamson, J., Garden, J., & Zwicker, J. G. (2015). Sensory processing and sleep in typically developing infants and toddlers. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 6904220040. doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.2015.015891>
- Zero to Three. (2016, 02 29). Sleep Challenges: why It Happens, What to Do. Retrieved from Zero to Three - Parenting Resources: <https://www.zerotothree.org/resources/331-sleep-challenges-why-it-happens-what-to-do>
- Zuckerman, B., Stevenson, J., & Bailey, V. (1987). Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics*, 80(5), 664-71. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3670967>



Promotion de la santé mentale
de la petite enfance
PSMPE

Un programme de

SickKids®

WWW.IMHPromotion.ca/fr