

**Christine Genet**

Préface de **Sarah Hartley**

# Traiter les troubles du sommeil chez l'enfant

Soutien et guidance parents-enfant



**DUNOD**

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70% de nos livres en France et 25% en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

*À Lara, une amie extraordinaire et une somnologue remarquable  
qui nous a quittés trop tôt.  
Merci aux enfants et à leurs familles de m'avoir donné envie d'écrire ce livre.  
Merci aux Filles du Sommeil pour leur créativité et leur soutien.  
Merci à Melie Boymenu et Valérie Damilaville pour leurs conseils précieux.  
Merci à Michel Puech pour sa relecture attentive.  
Merci à ma famille si aimante et encourageante.*



# Table des matières

|  |    |
|--|----|
| <i>PRÉFACE</i>   | IX |
| <b>1. Présentation</b>   | 1  |
| Le contexte  | 1  |
| <i>Les troubles du sommeil, 1 • Sommeil et pédopsychiatrie, 3 • Prise en charge, 4</i>   |    |
| Une expérience en service de pédopsychiatrie   | 6  |
| <b>2. Les grandes fonctions et les caractéristiques du sommeil</b>   | 11 |
| Le sommeil, une fonction vitale  | 11 |
| Le sommeil, une affaire personnelle  | 12 |
| Régulation du sommeil et cycle veille / sommeil  | 13 |
| L'architecture du sommeil et les productions mentales  | 14 |
| Fonctions du sommeil et activités mentales   | 14 |
| Exploration du sommeil   | 15 |
| <i>Agenda de sommeil, 15 • Échelles d'auto-évaluation en fonction de l'âge, 15 • Actimétrie, 16 • Enregistrement du sommeil, 16 • Examens biologiques et radiologiques, 17</i> |    |
| Le sommeil, un enjeu de société  | 17 |
| Le sommeil : un environnement, un apprentissage personnel, familial et culturel  | 18 |
| <b>3. Le sommeil au fil de l'enfance et de l'adolescence</b>   | 19 |
| Le sommeil du bébé est bien différent du sommeil de l'adulte   | 19 |

|   |           |
|---|-----------|
| Le petit enfant   | 21        |
| Le grand enfant   | 21        |
| L'adolescent  | 22        |
| <b>4. Le sentiment de sécurité</b>  | <b>23</b> |
| Sentiment de sécurité et lien d'attachement   | 23        |
| <i>Un système biocomportemental, 24 • Les styles d'attachement, 25 • Les représentations d'attachement, 27 • Attachement et caregiving, 28 • Évolution de l'attachement dans l'enfance, 29 • Point sur l'attachement désorganisé, 34 • Évolution des liens d'attachement chez l'adulte, 35 • Transmission intergénérationnelle, 37 • Évaluation de l'attachement : indispensable pour la recherche et utile pour la clinique, 41 • Attachement et psychopathologie, 42 • Point sur l'attachement et les troubles du spectre autistique (TSA), 42 • Attachement et approche somatique, 44 • Fonctions de l'attachement, 44</i> |           |
| Sommeil et attachement  | 44        |
| <i>La notion de système motivationnel*, 44 • Le rôle de la sécurité de l'attachement, 46 • Les moments forts du cycle veille/sommeil et de l'attachement, 46 • L'évolution sommeil/attachement, 49</i>  |           |
| Applications pratiques de la théorie de l'attachement   | 49        |
| <i>La base de sécurité, 49 • Focus sur l'équipe parentale, 50 • La demande d'aide et la relation thérapeutique, 50 • Comment travailler de façon attachementiste, 52 • En séance, 54 • Gestion du cadre de soins (base et havre de sécurité), 55 • Gestion des aléas, 55 • Et quand ça marche ?, 56 • Et l'institution ?, 56 • Des exemples de programmes d'intervention compatibles avec une approche sommeil, 56</i>  |           |
| La bulle de sécurité : l'approche corporelle et l'intégration sensorielle*  | 57        |
| Comment aider l'enfant à mieux dormir ?   | 59        |
| <i>Pour le bébé, 59 • Et quand l'enfant grandit ? Astuces pour bien dormir, 61 • Et chez l'adolescent ? Astuces pour bien dormir, 62</i>  |           |
| <b>5. Quand ça dérape</b>   | <b>65</b> |
| Les troubles du sommeil   | 65        |
| Les conséquences  | 68        |
| Quid des écrans ?   | 68        |
| À propos du sommeil et du covid 19  | 70        |

|  |            |
|--|------------|
| Sommeil et autisme, un véritable challenge                               | 71         |
| Sommeil, trauma et attachement   | 72         |
| <b>6. Une pratique intégrative des troubles du sommeil chez l'enfant</b> | <b>73</b>  |
| Les programmes de prise en charge sommeil enfant-parents                 | 73         |
| La consultation sommeil enfant et l'approche intégrative : axe curatif   | 75         |
| <i>Conditions d'accueil, 76 • Locaux et matériels, 76 •</i>              |            |
| <i>Approches utilisées, 77 • Comment se déroule la consultation</i>      |            |
| <i>sommeil ?, 79 • Les soignants et la chaîne de sécurité, 113</i>       |            |
| Des groupes de psychoéducation : « les écoles à dodo », axe préventif    | 114        |
| <i>Présentation, 114 • Une expérience dans un service de</i>             |            |
| <i>pédopsychiatrie, 114</i>  |            |
| <b>7. Vignettes cliniques</b>  | <b>129</b> |
| Éloïse, 7 mois   | 130        |
| Max, 9 mois  | 130        |
| Antonin, 16 mois   | 132        |
| Charlotte, 19 mois   | 134        |
| Léo, 2 ans   | 134        |
| Louis, 2 ans ½   | 141        |
| Leila, 3 ans   | 143        |
| Capucine, suivie de 3 ans ½ à 6 ans                                      | 144        |
| Raphaël, 4 ans   | 146        |
| Aliénor, 8 ans   | 152        |
| Paul, 12 ans   | 157        |
| Alice, 15 ans  | 161        |
| Emma, 15 ans   | 163        |
| <i>CONCLUSION</i>  | 167        |
| <i>BIBLIOGRAPHIE</i>   | 171        |
| Chapitre 1   | 171        |
| Chapitre 2   | 173        |
| Chapitre 3   | 174        |
| Chapitre 4   | 174        |

|  |     |
|--|-----|
| Chapitre 5   | 181 |
| Chapitre 6   | 183 |
| Chapitre 7   | 184 |
| <i>WEBOGRAPHIE</i>   | 185 |
| Sommeil  | 185 |
| Syndrome d'apnée du sommeil (SAS) de l'enfant  | 186 |
| Troubles du spectre autistique (TSA)   | 186 |
| Développement de l'enfant  | 186 |
| Psychomotricité et détente   | 187 |
| Attachement  | 187 |
| Formations sommeil et attachement  | 188 |
| <i>Sommeil, 188 • Attachement, 188</i>   |     |
| <i>LEXIQUE</i>   | 191 |
| <i>ANNEXE . LES ÉCOLES À DODO</i>  | 193 |
| Trames   | 193 |
| <i>Écoles à dodo des bébés, 193 • École à dodo des petitous, 196 • École à dodo des loulous, 198 • École à dodo des ados, 200</i>  |     |
| Modules  | 203 |
| <i>Module « Le sommeil de Bébé, ça s'apprend », 203 • Module « Qui va faire un gros dodo ? », 212 • Module « Viens prendre le petit train du sommeil », 219 • Module « Voyage au pays du sommeil », 223</i>    |     |
| Échelles   | 231 |
| <i>Évaluation par l'enfant de ses problèmes de sommeil, 231 • Évaluation par les parents des problèmes de sommeil de leur enfant, 232</i>  |     |
| Les questionnaires de satisfaction   | 233 |
| <i>Les écoles à dodo : questionnaire de satisfaction, 233 • Questionnaire de suivi à trois mois à l'attention des parents, 234 • Questionnaire de suivi à trois mois à l'attention des adolescent(e)s, 236</i> |     |
| Mini profil de Dunn  | 238 |
| Pyramide de développement psychomoteur de l'enfant   | 239 |
| Séquentiels sommeil  | 239 |

# Préface

**T**OUS LES PARENTS savent qu'un bon sommeil est essentiel pour la santé et le bien-être de leur enfant. Un mauvais sommeil affecte le développement et la réussite scolaire à court terme et à long terme. La recherche a montré l'importance de la qualité et de la quantité de sommeil, mais cet objectif peut être difficile à atteindre : tous les enfants ne s'endorment pas facilement et des facteurs externes peuvent perturber leur sommeil.

Les dernières décennies ont permis de grandes avancées en neurologie du sommeil : nous en savons beaucoup plus sur la régulation du sommeil et de la veille, sur la manière dont des facteurs externes, comme la lumière, affectent le cycle veille/sommeil et sur la restauration des fonctions cérébrales par le sommeil. Nous comprenons mieux l'évolution du sommeil en termes de maturation et en termes d'architecture du sommeil, de la naissance à la vieillesse, et les durées de sommeil normales ont été définies. Enfin, nous comprenons mieux les mécanismes à la base des différentes pathologies du sommeil et la manière de les prendre en charge.

Le sommeil des enfants et des adolescents est complexe parce que ses mécanismes neurobiologiques de base sont en lien avec les dynamiques familiales et des facteurs externes tels que l'usage des écrans et le comportement. Grande est la prévalence des problèmes d'endormissement et de continuité du sommeil chez les nourrissons, et tout aussi grand le désarroi qu'ils peuvent provoquer à la fois pour l'enfant et pour la famille. Somnologues, pédiatres et médecins de famille reconnaissent que la prise en charge des problèmes de sommeil de l'enfant

est complexe et qu'une approche purement comportementaliste est rarement suffisante. Comment mieux comprendre les troubles du sommeil chez l'enfant ?

Christine Genet, pédopsychiatre et médecin du sommeil, aborde brillamment la question à partir de ses grandes compétences en physiologie du sommeil, thérapies cognitivo-comportementales et théorie de l'attachement. Son approche multidimensionnelle transforme la gestion des difficultés de sommeil chez l'enfant. Son livre souligne l'importance du travail avec les enfants et leur famille, l'importance de l'approche pluridisciplinaire et du soutien par les pairs.

Ce livre intéressera particulièrement les médecins et les psychologues. Un aperçu détaillé des progrès récents en physiologie du sommeil est suivi par une présentation claire de la théorie de l'attachement et du rôle des thérapies cognitivocomportementales et des thérapies attachementistes pour comprendre les troubles du sommeil et les dynamiques familiales qui leur sont associées. Un guide pratique de cette approche intégrative pour les thérapies individuelles et les thérapies de groupe est suivi par des cas cliniques détaillés qui illustrent le diagnostic et la prise en charge de cas complexes chez des enfants neurotypiques ou non.

Je recommande vivement ce livre à tous les praticiens qui sont confrontés aux problèmes de sommeil de l'enfant. Il enrichira leur compréhension des troubles du sommeil en pédiatrie, transformera leur prise en charge et améliorera la vie de ces enfants qui dorment mal et de leurs familles.

D<sup>r</sup> Sarah HARTLEY, praticien hospitalier APHP, spécialiste du sommeil,  
médecin coordonnateur du réseau Morphée.

7 juillet 2023.

# Chapitre 1

## Présentation

*Dodo, l'enfant do  
L'enfant dormira bien vite  
Dodo, l'enfant do  
L'enfant dormira bientôt...*

**B**IEN DORMIR, quel plaisir ! Et quand on perd le sommeil, quelle galère ! Le poids des dérèglements du sommeil chez l'enfant et ses parents est si lourd qu'il m'a semblé important de prendre le temps de faire le point sur ce qu'on sait du sommeil de l'enfant et les conséquences du sommeil troublé.

---

### LE CONTEXTE

---

#### ► Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil chez l'enfant sont très fréquents et constituent un problème de santé publique. Dans la littérature, on retrouve les chiffres suivants : de 25 à 50 % chez les enfants et les adolescents (Beltramini, 1983, Owens, 2001, 2005, 2008, Inavenco et Gururaj, 2009), 35 % des enfants de moins de 2 ans, 23 % des enfants de 2-3 ans, 14 % des enfants de 4-6 ans (Bruni *et al.*, 1996). Chez les adolescents, l'insomnie d'endormissement atteint 16,5 % à 11 ans et 20,8 % à 15 ans (Léger *et al.*, 2015). « Si 20 à 30 % des enfants présentent des

troubles de sommeil, ce chiffre atteint 85 % pour les enfants au développement atypique. Les difficultés de sommeil persisteront tout au long de la vie pour 30 à 40 % des premiers, mais pour 65 % des enfants atypiques » (Rapport de la commission des mille premiers jours, 2020). Revenons aux adolescents : « en France, 16 % des 11 ans et 40 % des 15 ans sont en dette de sommeil. Près de 25 % des adolescents sont des dormeurs courts et près d'un sur trois ont des troubles d'endormissement » (Léger *et al.*, 2012 : enquête internationale « *Health Behaviour in School-aged Children* » (HBSC) et Royant-Parola *et al.*, 2018 : enquête du réseau Morphée\*<sup>1</sup> chez les collégiens et lycéens franciliens).

Les troubles du sommeil peuvent entraîner des conséquences sanitaires redoutables et parfois tenaces : médicaments inappropriés, dépendance, difficultés scolaires, comorbidité, notamment psychiatrique. Ils peuvent affecter jusqu'à 30 à 40 % des jeunes à un moment de leur développement (Winsper, 2018).

En ce qui concerne l'utilisation des médicaments chez les enfants : 70 % des enfants de 1 mois à 4 ans et qui présentent des troubles du sommeil reçoivent des sédatifs ou hypnotiques pour insomnie. Cet usage est d'autant plus fréquent que les mères en consomment elles-mêmes. 21 % d'enfants et adolescents âgés de 12 à 20 ans reçoivent des psychotropes. À 18 ans, 28 % des sujets sont concernés alors que 12 % le sont à 12-13 ans (Pélissolo *et al.*, 1999 ; Giordanella, 2006, p. 53-57 ; Franco, 2007 ; enquête Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV), 2022).

Les troubles du sommeil peuvent être liés à des maladies, au contexte relationnel familial, au stress, à l'environnement et ils nécessitent donc un déploiement pluridisciplinaire (Tourette, 2011 ; France *et al.*, 2013 ; Schröder et Poirot, 2016). Ils peuvent être bénins ou passagers, ou bien perdurer et constituer une source de détresse familiale non négligeable (Touchette, 2020). Les parents fatigués et stressés peuvent avoir du mal à s'occuper de leur enfant (Rapport de la commission des mille premiers jours, 2020, enquête INSV, 2022), ou même développer une insomnie apprise, que l'on appelle « protoinsomnie ».

La plainte de sommeil est souvent banalisée. Peu investiguée, elle contribue à la pérennisation de comportements inadéquats et de médicaments abusives, particulièrement chez l'enfant. D'où l'intérêt d'un dépistage précoce pour éviter les inconvénients, les impacts sur :

- le développement global de l'enfant,

---

1. Tous les termes suivis d'un astérisque (\*) sont définis dans la partie « Lexique », en fin d'ouvrage (p. 191).

- la santé et les affections associées (obésité),
- la vulnérabilité au stress,
- les apprentissages,
- les troubles psychopathologiques,
- le dysfonctionnement de la cellule familiale,
- la consommation médicamenteuse inappropriée et ses effets secondaires,
- la somnolence diurne excessive,
- l'hyperactivité et ses conséquences néfastes (Beebe, 2001, 2012).

Par méconnaissance des pathologies du sommeil, les délais de diagnostic sont très longs. Par exemple, pour la narcolepsie, le délai moyen de diagnostic est d'environ 7 ans (Beziat *et al.*, 2014) alors que cette maladie est presque aussi fréquente que la sclérose en plaques.

Par ailleurs, les spécialistes du sommeil ne sont pas nombreux, même s'il s'avère difficile de les répertorier, et la spécialité sommeil est sous-représentée, surtout chez les enfants. La CNAMTS<sup>1</sup> recensait il y a quelques années environ un spécialiste du sommeil (enfants + adultes) pour un million trois cent mille habitants en France, ce qui est loin d'être optimal. Il serait largement temps de considérer que le sommeil a sa place dans la santé de l'enfant et nécessite qu'on s'y attarde...

Le Rapport de la commission des mille premiers jours insiste sur la nécessité d'une politique de santé publique cohérente concernant le sommeil de l'enfant et ses répercussions sur son développement et sur la dynamique familiale. Alors, à quand une stratégie de santé publique pertinente et efficace ?

### ► Sommeil et pédopsychiatrie

Les troubles du sommeil, très fréquents chez l'enfant comme nous venons de le rappeler, constituent un motif de consultation en augmentation.

Tout trouble durable du sommeil peut faciliter la survenue de troubles mentaux. De plus, la comorbidité psychiatrique est fréquente dans les pathologies du sommeil (Beebe, 2001, 2012 ; Picard, 2008 ; Thirion et Challamel, 2011 ; Schröder et Poirot, 2016).

- Chez le nourrisson et le jeune enfant, la plupart des troubles du sommeil sont liés à un dysfonctionnement des relations précoces parents/enfants. Ils

---

1. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

peuvent prédisposer à de futurs troubles psychiques. Il est donc important de les repérer et de les traiter.

- Chez l'enfant d'âge scolaire, les troubles du sommeil peuvent être liés à différentes affections comme le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDHA), la dépression, l'anxiété, les troubles du spectre autistique (TSA), les troubles bipolaires, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), le stress post-traumatique, la maltraitance...
- Chez l'adolescent, les troubles du rythme veille/sommeil, l'hygiène de vie, la prise de toxiques, les troubles des conduites alimentaires, l'obésité, les troubles de l'humeur, les TDHA peuvent être associés à des difficultés de sommeil.

Dans ce contexte, des actions concernant le sommeil en milieu pédopsychiatrique, et plus largement dans toutes les structures qui s'occupent d'enfants, paraissent tout à fait opportunes afin de permettre un dépistage précoce, de favoriser l'information, l'éducation, et la formation aux troubles du sommeil.

Des actions et des dispositifs de prévention les plus larges possible devraient donc être mis en place et généralisés, puisqu'on connaît le retentissement du mauvais sommeil sur la santé et l'environnement familial, social, scolaire de l'enfant. Citons France *et al.* (2013), qui proposent que l'ensemble des professionnels de pédiatrie et de la petite enfance soit formé sur les troubles précoces du sommeil et puissent dispenser des soins adaptés à chaque situation, en tenant compte du contexte et des effets perturbateurs, afin de désamorcer la synchronisation et l'aggravation des troubles. En matière de prévention résolument affichée, citons les actions du réseau Morphée\*, en Île-de-France, abordées au chapitre suivant, et de l'Institut de la Parentalité<sup>1</sup> de Bordeaux (33) et de Sénart (77), créé par le D<sup>r</sup> Anne Raynaud avec une équipe collaborative, dont les actions de prévention précoce axées sur la théorie de l'attachement ont entre autres pour thème le sommeil du tout-petit.

### ► **Prise en charge**

Comme nous l'avons vu précédemment, la plainte de sommeil est très fréquente, souvent mal identifiée, alors qu'elle peut interférer avec tous les domaines de la médecine. Elle représente un véritable enjeu de santé publique.

---

1. <https://institut-parentalite.fr/>

C'est pourquoi il est primordial de répondre à cette demande de soins de façon efficace, précoce et ajustée, à travers une approche pluridisciplinaire axée sur la formation des professionnels, la prévention, le dépistage et des traitements adaptés (non médicamenteux en priorité), qu'il serait nécessaire de développer en s'appuyant sur des outils de repérage et des programmes validés (Winsper, 2018).

La trajectoire de l'enfant est optimale quand les différents intervenants du sommeil peuvent s'organiser en réseaux (Giordanella, 2006, p. 35 ; Léger, 2016, p. 25-31) qui favorisent l'accès aux soins, contribuent à une meilleure information du public et à une meilleure formation des professionnels, et optimisent les délais de prise en charge.

De plus, chez l'enfant, cette trajectoire est complexe, car les parents sont les principaux demandeurs de soins.

Dans le rapport « Retrouver le sommeil, une affaire publique » (p. 25-31) publié en 2016 par le *think tank* Terra Nova avec la collaboration du professeur Damien Léger, les rapporteurs soulignent l'ambivalence de la considération du sommeil dans les politiques publiques.

En Île-de-France, nous avons la chance de bénéficier du réseau Morphée\*, association (loi 1901) de spécialistes du sommeil regroupés pour faciliter la prise en charge des troubles du sommeil par les professionnels de santé, et aider les patients via des conseils téléphoniques, des activités internet (site, forum, vidéo), des activités de formation, d'information, d'organisation du parcours de soins, des groupes d'éducation thérapeutique pour adultes.

Les parents comme les professionnels peuvent solliciter ce réseau pour simplifier la rencontre avec un spécialiste du sommeil. Le réseau Morphée\* est explicitement cité comme bonne pratique dans le rapport Giordanella. Outre ses objectifs d'information, de formation, de travail en équipe, il propose un dossier partagé du patient, sécurisé et validé par le patient.

En ce qui concerne les laboratoires de sommeil, il en existe deux types :

- les centres multidisciplinaires, qui prennent en charge l'ensemble des troubles du sommeil ;
- les centres spécialisés (pneumologie, neurologie) et/ou dédiés aux enfants.

---

## UNE EXPÉRIENCE EN SERVICE DE PÉDOPSYCHIATRIE

---

J'ai exercé de nombreuses années en tant que psychiatre adulte, attachementiste et spécialiste du sommeil. J'ai accompagné de nombreux patients aux prises avec les affres d'un « mauvais sommeil ». En tant que psychiatre, on m'a adressé de plus en plus de patients insomniaques au long cours, et j'ai appris avec eux la patience, la persévérance, le partenariat et l'utilisation d'une approche diversifiée : étape du diagnostic, coconstruction d'une approche personnalisée en s'appuyant sur des modèles théoriques adaptés à la situation des patients et surtout, sans négliger la famille, ressource inépuisable. Ces adultes me racontaient toujours des histoires de sommeil troublé pendant leur enfance, soit qu'ils s'en souvenaient, soit que leurs parents les leur aient racontées : enfants, ils avaient été « fâchés » un moment avec leur sommeil et ils en avaient même gardé une « réputation » de mauvais dormeur.

Alors, quand je suis arrivée en pédopsychiatrie, je me suis souvenue de ces enfants devenus adultes et mal à l'aise avec leur sommeil. En ouvrant la consultation sommeil, j'allais pouvoir rencontrer des enfants en construction, provisoirement brouillés avec leur sommeil, en espérant les réconcilier avec lui et, qui sait, leur permettre d'éviter des troubles du sommeil tenaces plus tard, tout cela avec l'aide précieuse de leurs parents.

Et je n'ai pas été déçue ! La consultation sommeil est une voie royale pour entrer en contact avec un enfant et ses parents. En effet, le manque de sommeil est tellement éprouvant que tout le monde est très motivé pour trouver des solutions (avec un bémol pour les adolescents).

J'ai vu arriver des enfants et des familles exténués, à bout, qui venaient s'échouer dans mon bureau dans un état de fatigue impressionnant et qui disaient : « On a tout essayé, on n'en peut plus. » Quel challenge de soins !

J'ai alors compris combien les enfants et les parents restent courageux, même dans l'adversité la plus totale, représentée par le manque de sommeil.

Quand l'enfant ne dort pas, les parents se mobilisent, ils essaient différents moyens et ils se montrent très actifs. Au fil du temps, s'ils n'y arrivent pas, parents et enfants (en fonction de leur âge) se sentent démunis, impuissants. Les parents ne peuvent pas soulager leur enfant, ce qui est terrible pour eux et l'enfant ne peut pas dormir, ce qui est terrible pour lui. Pour couronner le tout, la famille, les amis, l'entourage y vont de leurs conseils souvent contradictoires et parfois critiques, et sur internet, on découvre un monde vaste et contrasté parsemé de blogs, sites et autres pages en tout genre : comment s'y retrouver ?

Tout le monde est fatigué et découragé. Or, les effets de la dette de sommeil sur les humains sont bien connus et entraînent troubles de l'attention, de la concentration, irritabilité, somnolence diurne, et pour l'enfant des conséquences neurodéveloppementales que nous avons abordées précédemment. Quand les problèmes de sommeil persistent, tout le monde se crispe dans une vigilance et une attention particulière majorée au moment du coucher : les expériences répétées de mauvais sommeil déclenchent un véritable conditionnement négatif au coucher (plus personne n'est ami avec le sommeil dans la famille) et tendent à pérenniser des habitudes (je préfère ne pas utiliser le terme péjoratif « mauvaises habitudes ») qui visent à améliorer le sommeil de l'enfant, souvent sans succès. À ce stade, les comportements et attitudes adoptés par l'enfant et ses parents dérivent des multiples actions (recettes diverses, conseils des uns et des autres, avis médicaux, etc.) tentées dans une atmosphère relationnelle qui devient de plus en plus orageuse.

Ces habitudes ont un impact sur l'hygiène du sommeil, le déroulement de la journée, l'alimentation ainsi que sur les relations parents-enfant, et même la vie de la famille. Elles entraînent des distorsions cognitives concernant le sommeil et des attributions négatives données par les parents à l'enfant, en fonction de son âge :

- ➔ quand c'est un bébé : « Il a eu tout ce dont il avait besoin, je ne comprends pas pourquoi il pleure » ; « Ce sont des caprices » ;
- ➔ plus grand : « Il ne veut pas dormir » ; « Il cherche de l'attention » ; « Il veut m'embêter » ;
- ➔ encore plus grand : « Il sait qu'il doit se coucher, mais il fait tout pour se lever » ; « Il sait bien qu'il a école demain » ;
- ➔ adolescent : « Il ne fait aucun effort » ; « Il n'écoute rien » ; « Ça ne l'intéresse pas ».

L'enfant lui-même redoute le sommeil et se considère comme incapable de bien dormir. Ce conditionnement négatif s'organise entre l'enfant et ses parents, et les troubles du sommeil s'installent, quelle que soit leur origine, dans une dynamique relationnelle et interpersonnelle, voire avec le reste de la famille (fratrie, grands-parents). Que d'émotions négatives à partager autour du sommeil ! **Le sommeil, c'est une affaire d'apprentissage en famille.**

Et quid de toutes ces émotions qui ponctuent cette mésaventure ? Comment les gérer ? La théorie de l'attachement (TA) (Bowlby, 1969) témoigne du besoin vital du bébé d'être protégé et d'obtenir protection et proximité de son parent en cas d'alarme. Les parents, qui deviennent des figures d'attachement, répondent à ses

besoins en donnant des soins (réassurance, consolation, apaisement, alimentation, soulagement de la douleur) adaptés et ajustés à l'âge de l'enfant, ce qui contribue à l'aider à réguler ses émotions et à créer une bulle sensorielle\* et relationnelle de sécurité pour pouvoir dormir tranquillement.

Sans sécurité, pas de sommeil et sans sommeil, pas de sécurité...

De plus, le sommeil de l'enfant évolue très vite, le bébé est précâblé pour entrer en relation et s'autonomiser (A. Guédeney, 2021) : on distingue le sommeil du nouveau-né, du nourrisson, du bébé, du petit enfant, de l'enfant, du grand enfant, de l'adolescent et ainsi de suite ; le sommeil évolue tout au long de la vie... Il est important de le dire aux parents et aux enfants, car on va avoir à leur expliquer ce qu'on peut attendre de l'enfant en matière de sommeil et d'attachement. J'ai appris à prendre le temps d'accompagner les parents épuisés, en validant leur fatigue et en les aidant à réduire leur propre dette de sommeil.

Quand les parents sont éreintés, ils ne peuvent pas faire face au défi du mauvais sommeil de leur enfant, l'épuisement en lui-même produit un effondrement des possibilités de réfléchir et de prendre du recul. Ils sont à vif, ils vivent dans la crainte perpétuelle de ne pas pouvoir tenir au quotidien au travail, dans la vie de famille et ce d'autant qu'ils évoluent souvent au rythme trépidant qui règne dans les zones urbaines de la région parisienne, riches en stimulations de toutes sortes. J'ai remarqué qu'il est primordial de reconnaître et de valider la dette de sommeil des enfants et des parents, en prenant comme image le masque à oxygène dans l'avion : pour pouvoir aider son enfant, il faut que le parent mette le masque à oxygène puis qu'il en donne un à son enfant. Cela implique de convaincre les parents qu'ils doivent s'autoriser à se reposer, à récupérer, en se soutenant l'un l'autre et en faisant appel à leur réseau de soutien : être aidé, quand on ne dort pas, ça fait du bien !

Tout cela implique qu'on aide l'entourage à prendre conscience qu'un enfant qui ne dort pas, c'est une épreuve pour la famille et qu'il est important de sortir des poncifs du style : « Les parents sont fautifs de ne pas avoir fait ceci ou cela », « C'est pas normal », « Il ne faut pas dramatiser », « Le fils de ma cousine, lui... », etc. Cette étape préliminaire de récupération de sommeil, certes partielle, permet déjà de changer d'état d'esprit et de modifier, même discrètement, la boucle comportementale négative et de s'engager dans une boucle plus fluide. La prise en charge axée sur la guidance et la psychoéducation aide les parents à diversifier les interprétations des comportements de leur enfant, l'enfant à mieux comprendre ce qui le gêne dans son sommeil (en fonction de son âge), et à trouver ensemble des solutions et non plus des recettes. La famille est engagée

dans un cercle vertueux, où il s'agit de retrouver du plaisir à aller se coucher et de redevenir ami avec le sommeil.

Je vous propose d'aborder le monde du sommeil de l'enfant et de l'adolescent et ses principales caractéristiques, sans prétendre être exhaustive (il existe de très bons ouvrages à ce sujet, cités dans la bibliographie), de décrire les bases de la théorie de l'attachement et du sentiment de sécurité en explorant son impact sur le sommeil de l'enfant, avec un petit détour dans le domaine de l'intégration sensorielle\*.

Ensuite, nous plongerons dans les turbulences des troubles du sommeil pour rebondir sur les dispositifs d'aide à retrouver un meilleur sommeil : les consultations sommeil et les groupes de psychoéducation.

J'espère que cet ouvrage vous apportera un éclairage vivant et pratique pour aider les petits patients et leurs familles à « bien dormir, sur leurs deux oreilles ».

