



## Coin des parents

### Aider le jeune ayant un TDAH à avoir un sommeil réparateur

Évelyne Touchette<sup>1</sup> et Line Massé<sup>2</sup>

Le sommeil des enfants s'avère une préoccupation majeure pour les parents (Blunden *et al.*, 2004). Depuis les dernières décennies, des résultats de recherche ont mis en évidence que les enfants dorment moins la nuit (Iglowstein, Jenni, Molinari et Largo, 2003). À ce chapitre, entre un quart et un tiers des parents rapportent que leurs enfants âgés de 1 à 6 ans présentent des problèmes de sommeil (Mindell et Owens, 2010; Owens, 2007). Alors que la période du dodo peut être ponctuée de frustration, d'opposition et de colère, seulement 14 % des parents discutent des problèmes de sommeil de leur enfant auprès de professionnels (Blunden *et al.*, 2004). À ce jour, il est bien reconnu que les problèmes de sommeil entraînent des difficultés de comportement chez les jeunes étant donné que le sommeil a un effet direct sur la régulation émotionnelle et comportementale du jeune (Cremone *et al.*, 2017).

#### Qu'est-ce qu'un problème de sommeil chez un jeune ?

Il importe de bien définir ce qu'est un problème de sommeil pour mieux le reconnaître. Il existe deux classes de problèmes de sommeil : chez les enfants préscolaires et scolaires, on les nomme « proto-dyssomnies » alors que chez les adolescents « dyssomnies » :

- 1) **les éveils nocturnes fréquents** : plus de deux éveils par nuit pour les enfants de 1 à 2 ans et plus d'un éveil par nuit pour les enfants de deux ans ou plus ;
- 2) **les problèmes à l'endormissement** : plus de 30 minutes à s'endormir pour les enfants de 1 à 2 ans et plus de 20 minutes à s'endormir pour les enfants de deux ans ou plus. Pour les adolescents, le critère de durée de latence est plus de 30 minutes.



À ces problèmes, on reconnaît trois degrés de sévérité :

- 1) un dérèglement normal (1 épisode par semaine) ;
- 2) une perturbation (2 à 4 épisodes par semaine) ;
- 3) un trouble (5 à 7 épisodes par semaine).

Ces problèmes doivent être observés pendant plus d'un mois (Gaylor, Goodlin-Jones et Anders, 2001). Par ailleurs, la résistance à aller au lit est également considérée comme un problème d'endormissement si le parent doit rester avec l'enfant jusqu'à ce qu'il s'endorme ou si l'enfant demande la présence de son parent au moins deux fois par soir, pour les enfants de 1 à 2 ans, ou une fois par soir, pour les enfants de deux ans ou plus.

À titre d'information, il existe aussi d'autres problèmes de sommeil chez l'enfant appelés communément « parasomnies ». Noter qu'il existe des traitements spécifiques associés aux différentes parasomnies, mais qui ne seront pas discutés dans ce texte. Elles se définissent comme des désordres ou des expériences faisant intrusion dans le sommeil ou pendant les éveils nocturnes. Le Tableau 1 présente les catégories de parasomnies selon l'American Academy of Sleep Medicine (2005).

#### Pourquoi le sommeil chez un jeune est-il important ?

Les recherches montrent que le sommeil s'avère un ingrédient actif dans le développement général du jeune. Le sommeil permet de récupérer du stress quotidien, de consolider les apprentissages et de nourrir la créativité. Il permet également la restauration physique et psychologique. Entre autres, le sommeil favorise les connexions cérébrales et la maturation du système nerveux central chez le jeune enfant puisque 75 % du cerveau continue à se développer après la naissance (Hobson et Pace-Schott, 2002). Les apprentissages sont triés et stockés vers la mémoire à long terme pendant le sommeil (Stickgold, Hobson, Fosse et Fosse, 2001). De plus, le sommeil est essentiel au développement de la régulation émotionnelle et de la régulation comportementale chez l'enfant (Touchette *et al.*, 2007). Somme toute, le sommeil est bénéfique pour maintenir une bonne santé.

#### De combien d'heures de sommeil un enfant a-t-il besoin ?

Suivant les recommandations de la National Sleep Foundation ([sleepforkids.org](http://sleepforkids.org)), un enfant âgé entre 5 à 12 ans devrait dormir au moins 10 à 11 heures par nuit. Les besoins de sommeil des enfants se modifient avec l'âge. Un adolescent devrait quant à lui dormir entre 9 à 10 heures. De plus, des variations individuelles sont

1. Ph. D., professeure, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, membre du Groupe de recherche en inadaptation psychosociale.

2. Ph. D., professeure, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, directrice du Laboratoire de recherche et d'intervention sur les difficultés d'adaptation psychosociale à l'école (LaRIDAPE).

**Tableau 1**  
**Description des parasomnies**

Parasomnies	Exemples
<p><b>Troubles de l'éveil</b></p> <p>Ils constituent des manifestations comportementales qui surviennent à la suite d'un éveil incomplet survenant majoritairement en première moitié de nuit.</p>	<p><b>Le somnambulisme</b> se définit comme une série de comportements complexes qui sont habituellement initiés pendant des éveils et pouvant culminer jusqu'à une déambulation où la conscience et le jugement sont altérés.</p> <p><b>Les terreurs nocturnes</b> sont décrites comme des éveils incomplets accompagnés par des pleurs ou un cri perçant. Des comportements de peur intense sont présents (ex. tachycardie, sueurs, respiration rapide et haletante), l'enfant devient inconsolable et il se souvient rarement de l'événement le matin.</p>
<p><b>Troubles associés au sommeil paradoxal</b></p>	<p><b>Les cauchemars</b> se définissent comme des expériences mentales perturbantes qui se produisent plus fréquemment durant la deuxième moitié de la nuit et qui se terminent souvent par un éveil complet.</p>
<p><b>Troubles de la transition veille-sommeil</b></p>	<p><b>Les rythmies nocturnes</b> se définissent par des mouvements moteurs répétitifs, stéréotypés et rythmiques (à l'exception des tremblements) et surviennent généralement pendant le passage de l'éveil vers les stades d'endormissement, mais peuvent aussi se manifester lorsque l'enfant est éveillé ou à n'importe quel moment pendant le sommeil.</p>
<p><b>Autres parasomnies</b></p>	<p><b>Le bruxisme</b> pendant le sommeil est défini par une activité orale caractérisée par un grincement ou un claquement des dents durant le sommeil, habituellement associé à des éveils pendant le sommeil.</p> <p><b>La somniloquie</b> signifie parler en dormant, et cela peut se produire selon différents degrés de compréhensibilité.</p> <p><b>L'énurésie</b> se définit par mouiller son lit involontairement d'une façon récurrente au moins deux fois par semaine après l'âge de 5 ans.</p> <p><b>L'apnée obstructive du sommeil</b> se caractérise par des épisodes répétitifs d'obstructions complètes (apnées) ou partielles (hypopnées) des voies respiratoires supérieures entraînant un problème de la ventilation pendant le sommeil.</p>

rapportées quant au besoin de durée de sommeil la nuit. Par exemple, il existe des enfants qui sont appelés « courts dormeurs » alors que d'autres sont désignés comme étant de « longs dormeurs ».

Avant d'affirmer qu'un jeune manque de sommeil, il importe de s'assurer qu'il ait de la somnolence ou d'autres manifestations associées à un manque de sommeil pendant la journée au lieu d'évaluer uniquement la quantité de sommeil.

### Comment reconnaît-on un jeune qui ne dort pas assez ?

Il est possible de reconnaître un sommeil insuffisant chez un jeune enfant par les répercussions négatives que cela peut avoir sur son développement. Ces effets négatifs sur le développement peuvent être d'ordres cognitif, socioaffectif ou comportemental.

### Impact sur le fonctionnement cognitif

Des travaux de recherche montrent que le sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité chez un jeune est associé à une difficulté à se concentrer et à apprendre de nouvelles connaissances (Randazzo Muehlbach, Schweitzern et Walsh, 1998 ; Sadeh, Gruber et Raviv, 2003). Une courte durée de sommeil est associée à une moins bonne performance reliée aux fonctions exécutives, telles que la mémoire de travail, l'attention, l'autorégulation, l'organisation cognitive, la flexibilité mentale et le temps de réaction (Bernier, Gruber et Raviv, 2010 ; Owens, 2009).

On note que les jeunes qui ne dorment pas assez réussissent moins bien à l'école que ceux ayant dormi selon leur besoin (Fallone, Acebo, Seifer et Carskadon, 2005) et qu'ils manifestent plus de difficultés sur le plan du langage (Seegers *et al.*, 2016).

### Impact sur le développement socioaffectif

Des études démontrent qu'un manque de sommeil diminue la régulation des émotions et le traitement des informations émotionnelles chez l'enfant (Berger, Miller, Seifer, Cares et LeBourgeois, 2012 ; Schumacher *et al.*, 2016 ; Sher, Hall, Zaidman-Zait et Weinberg, 2010). Les enfants ayant des éveils fréquents auraient des niveaux de cortisol (hormone du stress) plus élevé ainsi que plus d'affects négatifs (Scher *et al.*, 2010). De plus, dans une autre étude, les chercheurs démontrent que des enfants âgés de six ans présentant des problèmes d'endormissement depuis la petite enfance manifestent un niveau d'agressivité plus élevé comparativement aux autres enfants (Petit *et al.*, 2007).

### Impact sur le développement comportemental

Les problèmes de sommeil sont souvent associés à des problèmes de comportement durant le jour (Jenkins *et al.*, 1984). Une courte durée de sommeil peut induire de la somnolence chez les jeunes (Fallone *et al.*, 2002). Il existe un large éventail des manifestations de somnolence ou signes d'un manque de sommeil chez les jeunes, d'une somnolence classique (bâillements) jusqu'aux comportements d'irritabilité, de colère ou d'hyperactivité. D'ailleurs, des études ont montré un lien entre une courte durée de sommeil et la présence de symptômes d'hyperactivité-impulsivité chez les enfants (Touchette *et al.*, 2007 ; 2009).

## Les problèmes particuliers de sommeil des jeunes ayant un TDAH

Dans une recension des écrits sur les problèmes de sommeil et le TDAH, Owens (2009) rapporte que les études utilisant des mesures objectives ne démontrent pas de façon constante des différences significatives entre la configuration et les schémas de sommeil des jeunes ayant un TDAH et ceux des jeunes témoins, que ce soit pour la durée du sommeil, l'endormissement, le cycle de sommeil ou les réveils pendant la nuit.

Toutefois, des différences significatives sont notées en ce qui a trait au niveau d'activité pendant le sommeil et à la régularité des nuits de sommeil : les jeunes ayant un TDAH bougent plus pendant leur sommeil et il y a plus de variabilité de leur cycle de sommeil de nuit en nuit. Dans les études utilisant des mesures subjectives remplies par les parents, des différences significatives sont observées. Les parents d'enfants ayant un TDAH (de 25 à 50 % selon les études) rapportent plus de problèmes de sommeil, en particulier la difficulté à s'endormir, les éveils fréquents pendant la nuit, une durée plus courte de sommeil, de la somnolence pendant le jour et des problèmes liés à l'heure du coucher (c'est-à-dire l'argumentation ou le refus d'aller se coucher ainsi que la difficulté à faire la transition).

Owens (2009) avance plusieurs hypothèses pour expliquer ces différences entre les études : en raison de la grande variabilité, les parents se rappellent plus facilement les nuits qui ont été très problématiques et la vigilance plus grande des parents en lien avec les craintes vis-à-vis de la prise d'un médicament.

Certains problèmes de sommeil peuvent être liés à l'agitation associée aux symptômes du syndrome de la jambe sans repos. En effet, selon une recension des écrits à ce sujet, plus de 44 % des personnes ayant un TDAH présentent le syndrome de la jambe sans repos ou des symptômes associés, et 26 % des personnes ayant le syndrome de la jambe sans repos ont également un TDAH (Cortese *et al.*, 2005). Ces deux syndromes seraient liés à un dysfonctionnement de la dopamine.

Ce portrait rend ainsi difficile le diagnostic différentiel des problèmes. Les caractéristiques principales distinguant

le syndrome de la jambe sans repos du TDAH sont le sentiment de démangeaisons dans les jambes (ou un inconfort, un engourdissement et des picotements dans les jambes donnant une envie irrésistible de bouger) ou de petits tressautements des jambes pendant le sommeil. Les problèmes de sommeil liés à l'agitation peuvent également être associés à des déficits d'intégration sensorielle (Owens, 2009).

Les enfants avec des problèmes d'intégration sensorielle ont des symptômes additionnels, comme l'hypersensibilité au toucher (par exemple : étiquette ou couture d'un vêtement) et aux stimuli auditifs.

### Quelques conseils pour favoriser un bon sommeil

Les stratégies à adopter varient naturellement selon la nature des problèmes de sommeil éprouvés. Toutefois, quel que soit le problème, tout plan de traitement doit inclure une bonne hygiène de sommeil. Les conseils proposés ici sont basés sur des études sérieuses dans le domaine qui visent à optimiser l'hygiène de sommeil (Bruni *et al.*, 2018 ; Cortese *et al.*, 2013 ; Massé, Verreault et Verret, 2011 ; Wiggs, 2009).

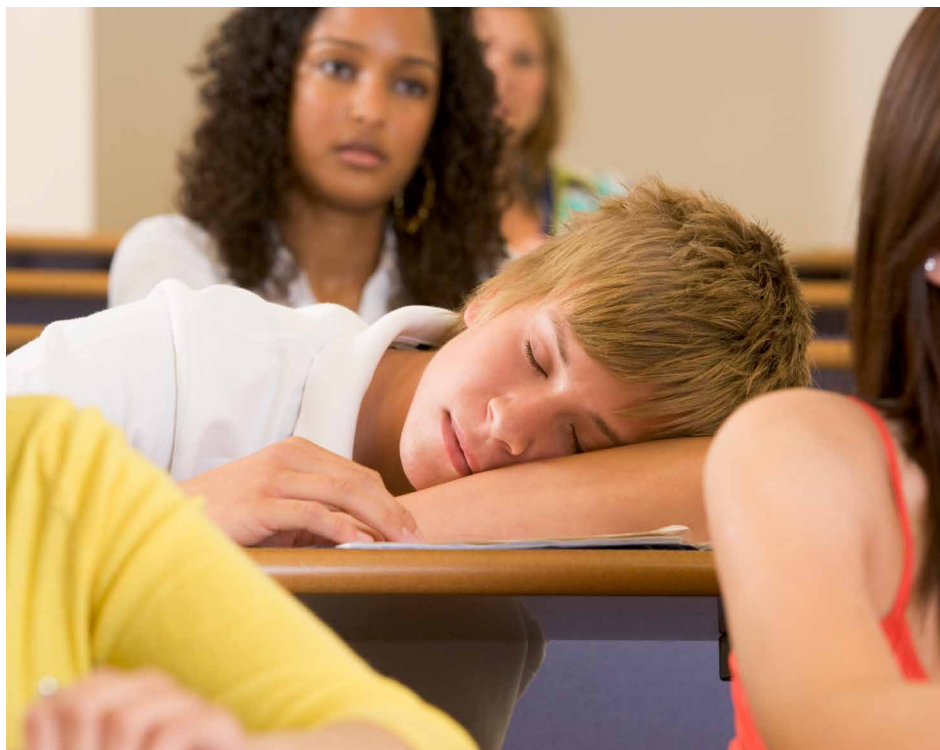
#### Conseil 1 : Observez le sommeil du jeune.

Une première étape dans le traitement des problèmes de sommeil consiste à mieux

évaluer les problèmes éprouvés par le jeune et à vérifier si le nombre d'heures dormies s'avère suffisant. À cette fin, nous vous recommandons de remplir un agenda du sommeil (différents agendas se trouvent facilement sur internet). Observez pendant une semaine les habitudes de sommeil de votre enfant (idéalement pendant deux semaines). Chaque matin, lorsqu'il se lève, remplissez l'agenda sur la nuit qu'il vient de passer.

Il ne faut pas oublier que le problème de sommeil doit se manifester par des effets ressentis pendant la journée. Si votre enfant n'a pas suffisamment dormi, il affichera plusieurs des signes suivants :

- augmentation des problèmes d'attention ;
- plus de difficulté à mémoriser l'information ou à se souvenir de ce qu'il a lu ;
- sentiment de fatigue ou baisse d'énergie, moins d'entrain ;
- plus d'irritabilité ou d'agressivité, moins de contrôle sur ses émotions ;
- plus de difficulté à organiser ses idées ;
- temps de réaction plus lent ;
- difficulté à se lever le matin et besoin de beaucoup de temps pour devenir alerte ;
- somnolence pendant la journée.





**Conseil 2 : Établissez l'heure du lever et le temps de sommeil nécessaire selon l'âge de votre enfant.**

Si votre enfant manque de sommeil, adaptez l'heure du coucher selon l'heure habituelle du réveil en semaine (en fonction du départ pour l'école), afin de vous assurer qu'il a toutes les heures de sommeil nécessaires. Ainsi, si le jeune doit se réveiller à 7 h le matin, il devrait se coucher entre 20 et 21 h le soir.

Si l'heure à laquelle il s'endort actuellement est différente de l'heure à laquelle il devrait se coucher idéalement, procédez graduellement pour instaurer l'heure de coucher souhaitée, tout en continuant de réveiller votre enfant toujours à la même heure chaque jour. Par exemple, s'il s'endort actuellement à 22 h alors qu'il devrait se coucher à 20 h 30, il ne faut pas le coucher à 20 h 30 du jour au lendemain. Il vaut mieux reculer graduellement l'heure du coucher, retrancher par exemple 15 minutes par semaine. Ainsi, la première semaine, il pourrait se coucher à 21 h 45.

**Conseil 3 : Préparez un bon environnement de sommeil.**

La chambre à coucher du jeune devrait fournir un environnement de sommeil sécurisant, confortable (ni trop chaude ni trop froide), sans danger, calme (pas de bruits environnements) et sombre. Une lumière matinale vive aide à bien se réveiller ; la pénombre aide à bien dormir. La chambre doit être calme et silencieuse. Le bruit ambiant dans le reste de la maison peut perturber l'endormissement du jeune.

Il faut éviter de placer plusieurs couvertures dans le lit, surtout si le jeune bouge beaucoup la nuit, car il pourrait s'y entortiller et se réveiller. Il est recommandé d'utiliser seulement un drap contour et une couette.

Il est recommandé pour ceux qui bougent beaucoup la nuit de se coucher sur le côté et de mettre un gros oreiller derrière le dos (ou un long oreiller). Pour ceux qui bougent beaucoup les jambes, un oreiller placé entre celles-ci peut aussi aider.

**Conseil 4 : Garder un horaire régulier pour l'heure du coucher et des repas.**

Il importe que le jeune se couche et se lève à des heures régulières : les moments du coucher et du réveil devraient



varier d'au plus 30 minutes entre la semaine et le week-end pour les enfants plus jeunes (de 6 à 9 ans), et d'au plus 60 minutes pour les enfants plus vieux (de 10 à 12 ans).

Avec les adolescents, il ne faut pas être trop sévères avec la routine le week-end, car ils ne voudront pas s'y conformer. C'est plus facile et important d'imposer une heure pour le lever qu'une heure pour le coucher. Avec le temps, l'heure pour le lever pourra influencer sur l'heure à laquelle le jeune commence à s'endormir et l'inciter à se coucher plus tôt. En effet, la dette de sommeil commence à s'accumuler lorsqu'on se lève ; et plus on reste éveillé longtemps, plus on est fatigué le soir.

**Conseil 5 : Établir une routine pour l'heure du coucher.**

Faire toujours la même chose avant d'aller au lit conditionne le cerveau au sommeil (comme un rituel). La routine de sommeil apporte aussi un sentiment de sécurité et de détente. Comme elle est prévisible, elle calme l'enfant. La routine doit être simple pour que l'enfant soit capable de la faire même lorsque vous n'êtes pas là.

Assurez-vous que cette routine est relaxante. L'heure du coucher n'est qu'une partie de la routine. Dans l'heure précédant le coucher, préparez graduellement l'enfant à passer de l'état actif pendant le jour au calme pour la nuit. Des activités

apaisantes devraient en faire partie (ex., lire un livre, faire un massage). Celles-ci doivent être effectuées idéalement dans la chambre de l'enfant et devraient commencer 15 à 30 minutes avant l'heure fixée pour le coucher.

**Conseil 6 : Apprendre à l'enfant à s'endormir seul.**

Pour les jeunes enfants, il s'avère que d'introduire un objet de réconfort comme un toutou apaise l'enfant et l'aide à s'endormir par lui-même sans signaler son éveil à son parent. Or, il est important de ne pas introduire de mauvaises habitudes associées à l'endormissement (ex., un bruit blanc, écoute de musique pendant le sommeil) puisque ces méthodes perturbent la qualité du sommeil. De plus, ces associations rendent l'enfant ou l'adolescent dépendant à reproduire la mauvaise habitude afin de trouver le sommeil.

**Conseil 7 : Encourager les activités sportives pendant la journée en les éloignant de l'heure du coucher.**

Un régime actif pendant la journée et l'exposition aux rayons du soleil le matin aident grandement à régulariser le rythme circadien (cycle sommeil-éveil). Il faut toutefois éviter les exercices intensifs ou épuisants au cours des trois heures précédant le sommeil, car ce type d'activité physique fait grimper la température profonde du corps, ce qui peut rendre l'endormissement plus difficile.

## Conclusion

Si le problème de sommeil persiste malgré l'instauration de ces pratiques favorisant une bonne hygiène de sommeil, il est important de consulter un professionnel de la santé (ex. : médecin, psychologue, psychoéducateur). Il faudra notamment consulter le médecin afin de vérifier si les problèmes de sommeil sont associés à la prise de médication. Le parent pourra aussi vérifier l'utilité de la prise de mélatonine lors de difficultés d'endormissement, car des effets positifs sont observés pour les jeunes ayant un TDAH (Cortese *et al.*, 2013).

Si le parent suspecte un problème de sommeil chez le jeune et que des difficultés comportementales en découlent, il s'avère important de traiter les problèmes de sommeil en premier. L'objectif est de créer un « cercle vertueux », c'est-à-dire d'éliminer le problème de sommeil qui diminuera l'irritabilité provoquée par la somnolence, ce qui augmentera les chances de résoudre plus efficacement les problèmes de comportement chez le jeune. ■

## Voici des ressources abordant le sommeil de l'enfant qui pourront être utiles aux parents dans leurs démarches :

- **La Société canadienne du sommeil**

Elle offre des brochures sur le sommeil des enfants. (<https://scscss.ca/ressources/brochures>)

- **La Société canadienne de pédiatrie**

Elle fournit de la documentation destinée aux parents sur des sujets pédiatriques, dont le sommeil. ([http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/healthy\\_sleep\\_for\\_your\\_baby\\_and\\_child](http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/healthy_sleep_for_your_baby_and_child)).

**Mots-clés :** TDAH, sommeil, routine, difficultés, parents.

### Références

- American Academy of Sleep Medicine (2005). *International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual* (2<sup>e</sup> éd). Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- Berger, R. H., Miller, A. L., Seifer, R., Cares, S. R. et LeBourgeois, M. K. (2012). Acute sleep restriction effects on emotion responses in 30-to 36-month-old children. *Journal of Sleep Research*, 21(3), 235-246. doi: org/10.1111/j.1365-2869.2011.00962.x
- Bernier, A., Carlson, S. M., Bordeleau, S. et Carrier, J. (2010). Relations between physiological and cognitive regulatory systems: Infant sleep regulation and subsequent executive functioning. *Child Development*, 81(6), 1739-1752. doi: org/10.1111/j.1467-8624.2010.01507.x
- Blunden, S., Lushington, K., Lorenzen, B., Ooi, T., Fung, F. et Kennedy, D. (2004). Are sleep problems under-recognized in general practice? *Archives of Disease in Childhood*, 89(8), 708-712. doi: org/10.1136/adc.2003.027011
- Bruni, O., Angriman, M., Calisti, F., Comandini, A., Esposito, G., Cortese, S. et Ferri, R. (2018). Practitioner review: Treatment of chronic insomnia in children and adolescents with neurodevelopmental disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(5), 489-508. doi: 10.1111/jcpp.12812
- Cortese, S., Brown, T. E., Corkum, P., Gruber, R., O'Brien, L. M., Stein, M., ... Owens, J. (2013). Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 784-796. doi: 10.1016/j.jaac.2013.06.001
- Cortese, S., Konofal, E., Lecendreux, M., Arnulf, I., Mouren, M.-C., Darra, F. et Dalla Bernardina, B. (2005). Restless legs syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of the literature. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 28(8), 1007-1013. doi: 10.1093/sleep/28.8.1007
- Cremonese, A., Jong, D. M., Kurdziel, L. B., Desrochers, P., Sayer, A., LeBourgeois, M. K. et McDermott, J. M. (2017). Sleep tight, act right: Negative affect, sleep and behavior problems during early childhood. *Child Development*, 89(2), e42-e59. doi: 10.1111/cdev.12717
- Fallone, G., Acebo, C., Seifer, R. et Carskadon, M. A. (2005). Experimental restriction of sleep opportunity in children: Effects on teacher ratings. *Sleep*, 28(12), 1561-1567. doi: 10.1093/sleep/28.12.1561
- Gaylor, E. E., Goodlin-Jones, B. L. et Anders, T. F. (2001). Classification of young children's sleep problems: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 61-67. doi: 10.1097/00004583-200101000-00017
- Hobson, J. A. et Pace-Schott, E. F. (2002). The cognitive neuroscience of sleep: Neuronal systems, consciousness and learning. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(9), 679-693. doi: 10.1038/nrn915
- Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L. et Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics*, 111(2), 302-307. doi: 10.1542/peds.111.2.302
- Jenkins, S., Owen, C., Bax, M., et Hart, H. (1984). Continuities of common behaviour problems in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 75-89. doi: 10.1111/j.1469-7610.1984.tb01720.x
- Massé, L., Verreault, M. et Verret, C., avec la collaboration de Boudreault, F., et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDAH à la maison : programme pour aider les parents à mieux composer avec le TDAH de leur enfant au quotidien*. Montréal, QC : Chenelière Éducation. (Voir en particulier l'activité 3).
- Mindell, J. A. et Owens J. A. (2010). *A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems* (2<sup>e</sup> éd). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins.
- Owens, J. (2007). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 2(3), 353-361. doi: 10.1016/j.jsmc.2007.05.009
- Owens, J. A. (2009). A clinical overview of sleep and attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry / Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 18(2), 92-102.
- Petit, D., Touchette, É., Tremblay, R. E., Boivin, M., et Montplaisir, J. (2007). Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics*, 119(5), e1016-e1025. doi: 10.1542/peds.2006-2132
- Randazzo, A. C., Muehlbach, M. J., Schweitzer, P. K. et Walsh, J. K. (1998). Cognitive function following acute sleep restriction in children ages 10-14. *Sleep*, 21(8), 861-868. doi: 10.1093/sleep/21.8.861
- Sadeh, A., Gruber, R. et Raviv, A. (2003). The effects of sleep restriction and extension on school-age children: What a difference an hour makes. *Child Development*, 74(2), 444-455. doi: 10.1111/1467-8624.7402008
- Scher, A., Hall, W. A., Zaidman Zait, A. et Weinberg, J. (2010). Sleep quality, cortisol levels, and behavioral regulation in toddlers. *Developmental Psychobiology*, 52(1), 44-53. doi: 10.1002/dev.20410
- Schumacher, A. M., Miller, A. L., Wataura, S. E., Kurth, S., Lassonde, J. M. et LeBourgeois, M. K. (2016). Sleep moderates the association between response inhibition and self-regulation in early childhood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(2), 222-235. doi: 10.1080/15374416.2016.1204921
- Seegers, V., Touchette, E., Dionne, G., Petit, D., Seguin, J. R., Montplaisir, J. et Tremblay, R. E. (2016). Short persistent sleep duration is associated with poor receptive vocabulary performance in middle childhood. *Journal of Sleep Research*, 25(3), 325-332. doi: 10.1111/jsr.12375
- Stickgold, R., Hobson, J. A., Fosse, R. et Fosse, M. (2001). Sleep, learning, and dreams: Off-line memory reprocessing. *Science*, 294(5544), 1052-1057. doi: 10.1126/science.1063530
- Touchette, É., Petit, D., Séguin, J. R., Boivin, M., Tremblay, R. E. et Montplaisir, J. Y. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*, 30(9), 1213-1219. doi: 10.1093/sleep/30.9.1213
- Touchette, E., Côté, S. M., Petit, D., Liu, X., Boivin, M., Falissard, B., ... et Montplaisir, J. Y. (2009). Short nighttime sleep-duration and hyperactivity trajectories in early childhood. *Pediatrics*, 124(5), 985-993. doi: 10.1542/peds.2008-2005
- Weiss, S. (2010). *Conseils aux parents : prévention et prise en charge des problèmes de sommeil*. Récupéré de : <http://www.enfant-encyclopedie.com/sommeil/selon-experts/conseils-aux-parents-prevention-et-prise-en-charge-des-problemes-de-sommeil>
- Wiggs, L. (2009). Behavioural aspects of children's sleep. *Archives of Disease in Childhood*, 94(1), 59-62. doi: 10.1136/adc.2007.125278