

Nourrissons présentant des problèmes de sommeil : une intervention efficace ?

- **Question clinique** Quelle est l'efficacité versus soins de référence, après 2 ans, d'une thérapie comportementale chez des enfants de huit mois présentant des troubles du sommeil, en termes de santé mentale de la mère et de l'enfant ?
- **Contexte** La prévalence des troubles du sommeil est d'environ 45% dans la première année de vie et chute à environ 15% à l'âge de deux ans. La dépression et l'anxiété de la mère sont en relation étroite avec les troubles du sommeil des jeunes enfants. Une première publication de l'Infant Sleep Study incluant des enfants âgés de huit mois présentant des troubles du sommeil a montré qu'une thérapie comportementale améliore les troubles du sommeil chez l'enfant et les symptômes dépressifs chez la mère, à court terme (après 10 et 12 mois)¹. La persistance de cet effet (au delà de 2 ans) est évaluée dans une nouvelle publication de même que l'efficacité sur la relation mère-enfant et sur la santé mentale de l'enfant.

Analyse

E. Van Hoecke

Référence

Hiscock H, Bayer JK, Hampton A, et al. Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: cluster-randomised, controlled trial. *Pediatrics* 2008;122:621-7.

Population étudiée

- recrutement : 739 enfants de 4 mois, suivis par une infirmière Maternal and Child Health (MCH), dans 6 régions de Melbourne.
- inclusion : 328 enfants âgés de 7 mois présentant un problème de sommeil rapporté par la mère
- critères d'exclusion : enfants nés avant 32 semaines de grossesse et mères maîtrisant insuffisamment l'anglais
- caractéristiques de base : pas de différence significative entre les groupes d'étude.

Protocole d'étude

- étude contrôlée avec randomisation par grappes
- intervention comportementale (n=174) versus soins de référence (n=154), administrés par une infirmière MCH
- intervention comportementale : extinction graduelle (attente de plus en plus longue avant de réagir aux pleurs de l'enfant) ou effacement de l'adulte (présence de plus en plus courte auprès de l'enfant avant qu'il ne s'endorme) ; infirmière MCH formée par un pédiatre et une psychologue pour enfant lors de 2 sessions de 2,5 heures
- soins de référence : suivi habituel sans formation spécifique de l'infirmière MCH
- questionnaire rempli par la mère à 10 et 12 mois (1) et à 2 ans (ou à 17 mois après randomisation).

Mesure des résultats

- dépression chez la mère sur l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) avec un seuil > 9 pour une dépression dans la communauté et un seuil > 12 pour une dépression dans le contexte d'une étude ; style d'éducation sur la Parent Behavior Checklist ; santé mentale de l'enfant sur la Child Behavior Checklist (CBCL) ; présence de troubles du

sommeil de l'enfant (oui ou non) ; qualité relation mère-enfant sur une EVA

- **analyse en intention de traiter** et correction pour facteurs confondants.

Résultats

- sorties d'étude : 31 (18%) dans le groupe intervention et 25 (16%) dans le groupe contrôle
- dépression chez la mère : après 2 ans, significativement moins chez les mères du groupe intervention versus groupe contrôle : pour EPDS > 9, 15,4% vs 26,4% avec OR de 0,41 (IC à 95% de 0,20 à 0,86) ; pour EPDS > 12, 4,2% vs 13,2% avec OR de 0,20 (IC à 95% de 0,07 à 0,60)
- pas de différence significative entre les deux groupes après 2 ans pour le style d'éducation, la santé mentale de l'enfant, la présence de trouble du sommeil (27,3% dans le groupe intervention versus 32,6% dans le groupe contrôle)
- relation mère-enfant : après 2 ans, 46 des 55 mères mentionnent un effet positif de l'intervention.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que l'intervention comportementale à l'âge de 8 mois engendre un effet positif persistant sur la dépression chez la mère. A long terme, aucun effet indésirable n'est observé sur le style d'éducation ni sur la santé mentale de l'enfant. Cette intervention montre qu'il est possible dans le cadre d'une organisation en première ligne de soins d'offrir à tout le monde une prévention secondaire.

Financement : Pratt Foundation, National Health and Medical Research Council Capacity Building Grant et Australian Rotary Health Research Fund.

Conflits d'intérêt : aucun n'est déclaré.

1. Hiscock H, Bayer J, Gold L, et al. Improving infant sleep and maternal mental health: a cluster randomised trial. *Arch Dis Child* 2007;92:952-8.
2. *International Classification of Sleep Disorders. Second Edition*, Westchester IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
3. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of post natal depression: development of a 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-86.
4. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, et al. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *An American Academy of Sleep Medicine Review. Sleep* 2006;29:1263-75.
5. Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *An American Academy of Sleep Medicine Report. Sleep* 2006;29:1277-80.

Considérations sur la méthodologie

Cette étude est intéressante parce qu'elle examine les effets à long terme d'une intervention au niveau de la population générale. Elle présente cependant certaines limites : les informations tant concernant le schéma du sommeil de l'enfant que concernant l'humeur de la mère sont livrées par la mère. Cette information peut être biaisée. Il est notamment possible que des mères dépressives aient pu ressentir plus vite que le sommeil de leur enfant posait problème, ce qui complique l'interprétation des pourcentages de troubles du sommeil. De plus, la question concernant un trouble du sommeil de l'enfant est dichotomique (présent ou absent). Il eut été intéressant d'utiliser des critères plus objectifs tels que la fréquence (p.ex. nombre de réveils par nuit), la sévérité (p.ex. durée des périodes de réveil) et la chronicité (p.ex. semaines ou mois). Il faut également mentionner que la puissance de l'étude est calculée sur base des troubles du sommeil chez l'enfant, alors que les auteurs de cette publication utilisent la dépression chez la mère comme critère de jugement principal.

Interprétation des résultats

Il y a plus de sorties d'étude dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle, mais ce fait n'aurait pas influencé les résultats. A court terme (10 et 12 mois), il y a un effet positif de l'intervention comportementale sur le trouble du sommeil de l'enfant¹. Après deux ans, cet effet positif se maintient, mais il n'y a plus de différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle. Selon l'International Classification of Sleep Disorders², une différence claire est à faire entre le « sleep onset association type », un trouble du sommeil dans lequel l'enfant requiert la présence du parent pour s'endormir et le « limit-setting type », un trouble du sommeil dans lequel l'enfant refuse d'aller dormir et les parents ont des difficultés à limiter le phénomène. Le premier type survient surtout durant la première année et se manifeste par des réveils multiples dans la nuit et des pleurs jusqu'à ce que les parents apparaissent. Le deuxième type se rencontre surtout durant la deuxième année². Il se peut que, au cours de cette étude longitudinale, une modification se soit opérée dans le type de trouble du sommeil, et que ceci fasse disparaître la différence entre le groupe intervention et le groupe contrôle. Après 2 ans, les mères du groupe intervention mentionnent significativement moins de symptômes dépressifs que celles du groupe contrôle. Environ 40% des mères qui, au départ de l'étude, déclarent un problème de sommeil chez leur enfant,

présentent un score EPDS > 9. L'utilisation d'un seuil de score inférieur conduit à une surestimation, augmentant le nombre de faux positifs et de mères présentant des symptômes dépressifs³. De plus, les éléments de cette étude ne nous permettent pas de conclure à une relation directe entre la prise en charge du problème de sommeil de l'enfant et la chute des symptômes dépressifs chez la mère.

Autres études

Une synthèse méthodique^{4,5} observe dans 94% des articles (49/52) concernant les interventions comportementales pour troubles du sommeil (surtout psycho-éducatives et extinction graduelle) chez des enfants âgés de 0 à 5 ans, une amélioration significative du problème de sommeil. Pour environ 82% (écarts de 10 à 100%) des enfants, le trouble du sommeil s'améliore après 3 à 6 mois. Peu de résultats sont disponibles sur des suivis de plus d'un an. La même synthèse méthodique conclut que la prise en charge des troubles du sommeil procure des effets positifs sur le bien-être général des parents : moins de symptômes de dépression, style parental plus efficient, amélioration de la satisfaction conjugale et diminution du stress parental.

Pour la pratique

La littérature et la pratique nous apprennent qu'une prise en charge comportementale des troubles du sommeil du jeune enfant est très efficace, peut limiter les effets secondaires et augmenter la sensation de bien-être général chez les parents. Il serait bon que les soignants de la première ligne soient informés de cette approche comportementale et puissent l'utiliser dans leur pratique après une formation adéquate.

Conclusion de Minerva

Cette étude conclut que les interventions comportementales pour troubles du sommeil chez les enfants de huit mois sont efficaces à court et long termes et présentent également des effets positifs sur les sentiments dépressifs de la mère.

