

Troubles du sommeil du jeune enfant et thérapies associées

Y. Govindama*

Institut de psychologie, université René Descartes, Paris V (Sciences Humaines, Sorbonne), 71, avenue Edouard Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt France

(Reçu le 7 novembre 2001 ; accepté le 17 janvier 2002)

Résumé

Cet article traite de la question de la représentation du sommeil et de son trouble dans les sociétés occidentales et extra-occidentales. Celle-ci influe sur les pratiques du coucher de l'enfant et gère l'angoisse de séparation qui implique la solitude du sujet, solitude que celui-ci doit affronter seul face à la mort. Cette représentation du sommeil impliquant celle de la mort introduit le référent fondateur de chaque société qui médiatise alors la relation entre la mère et son enfant notamment dans le mode de coucher. Ces croyances collectives sous-jacentes à ces pratiques attribuent un sens au co-sleeping pour éviter l'apparition du trouble.

Lorsque le trouble apparaît, les thérapies traditionnelles prescrites visent non seulement à traiter le trouble mais à ré-introduire le référent fondateur pour ré-affilier l'enfant et ses parents à leur ascendance de manière à restaurer la généalogie menacée de rupture. Cette restauration a pour but de préserver la différence de générations et des sexes en amenant tout sujet à se soumettre à sa condition humaine (être mortel) pour ne pas dénier la mort.

Le trouble est corrélé au co-sleeping lorsque la pratique est dépourvue de sens et ceci indépendamment des cultures, entravant ainsi le développement psycho-affectif de l'enfant. © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

enfance / sommeil / trouble / thérapies / culture / transmission / généalogie

Summary – Sleep disturbance in young children. *This article treats the representation of sleep and its disorders in Western societies and other societies. This representation influences the bedtime practices of the child and manages with the anguish of separation which implies the subject's solitude, which he must confront alone along with the idea of death.*

This representation of sleep implicating that of death introduces the founding referent of every society which thus mediates the relationship between the mother and her child, notably in bedtime practices. The collective beliefs underlying these practices attribute a meaning to co-sleeping in order to avoid the appearance of problems.

*Correspondance et tirés à part.

When the disorder appears the traditional therapies prescribed aim not only at treating the disorder, but at reintroducing the founding referent to reconnect the child and his parents with their ancestry so as to restore the genealogy which is threatened by a break with the past.

The goal of this restoration is to safeguard the difference of generations and sex by bringing each subject to submit to his human condition (his mortality) so as to not deny death.

The disorder is correlated with co-sleeping when the practice is devoid of meaning independently of culture, thus hindering the psychoaffective development of the child. © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

childhood / sleep / disorder / therapy / culture / transmission / genealogy

Depuis ces dernières années, les pays industrialisés se préoccupent du trouble du sommeil chez l'enfant de plus en plus jeune. La médicalisation du trouble par la prescription de sédatifs, de somnifères, de psychotropes, [9, 11, 14, 29] inquiète les praticiens et les chercheurs. Les thérapeutes d'enfants notent la recrudescence de ce phénomène [22, 23, 26].

Différentes études épidémiologiques sont menées dans de nombreux pays, notamment aux États-Unis, [13, 14, 51], en France [5, 7-9, 29, 30, 37, 39] pour étudier l'origine de ce phénomène. Les conclusions de Ferber [14] mettent en évidence que le mode de coucher qui favorise le contact de proximité tel le co-sleeping (le dormir-ensemble) est pourvoyeur du trouble. Ce dernier conseille aux parents de laisser l'enfant dormir seul. Cette hypothèse est éprouvée en France par Challamel et son équipe [7, 47] et confirmée. Cependant, les chercheurs français ajoutent qu'un rituel du coucher qui se poursuit jusqu'à l'endormissement de l'enfant favorise aussi l'apparition du trouble.

Les premiers travaux servent à établir, dès 1990, une nosographie, l'ICSD (*International Classification of Sleep Disorders*) permettant de réaliser le diagnostic.

Les travaux portant sur la genèse du trouble s'orientent alors vers le mode de coucher de l'enfant, mode de coucher qui varie en fonction des sociétés. Différentes recherches se développent dans la perspective d'éprouver l'hypothèse de Ferber.

Ces études, outre de montrer la présence du trouble, ont confirmé l'hypothèse de Ferber [7, 28, 31, 47]. Lozoff et al [31] attribuent au co-sleeping pratiqué dans les cultures extra-occidentales un caractère ethnique et social.

Le point de vue de Ferber sera contre-balançé par les travaux de Mc Kenna [32, 33] sur la mort subite du nourrisson et les facteurs qui en sont responsables. En effet, à cette occasion, l'auteur constate que le co-sleeping qui prédomine dans les soins maternels dans ces cultures développe, aussi bien chez la mère que chez le bébé, un état de sensibilité réci-

proque allégeant leur sommeil, ce qui permet à la mère, en cas de détresse du nourrisson, de réagir immédiatement pour le secourir et le reconforter. Contrairement à Ferber, Mc Kenna considère que l'isolement du bébé dans le mode de coucher (dormir seul dans son lit et dans sa chambre) est peu adapté à l'immaturation psycho-biologique de l'enfant, immaturité accentuée dans le cas des bébés vulnérables comme ceux exposés à la mort subite. Cependant, il note que le co-sleeping engendre des éveils fréquents qui ne sont pas considérés comme de véritables troubles du sommeil par les mères de ces sociétés.

Les travaux de Mc Kenna suscitèrent des controverses et des commentaires aussi bien aux États-Unis, qu'en France. Mais peu de travaux ont réellement pris en compte les croyances culturelles sous-jacentes à ces pratiques du coucher dans la gestion de la séparation pour éprouver l'hypothèse de Ferber. Parmi ceux-ci, on peut citer les études menées aux États-Unis par Morelli et al. [36] en 1992 qui ont évalué la question d'indépendance à travers le mode de coucher des enfants âgés de zéro à deux ans, dans un groupe maya et un groupe américain. Si cette recherche établit une relation entre les objectifs éducatifs et les modes de coucher, elle ne livre pas les représentations culturelles sous-jacentes à ces pratiques, et encore moins l'incidence de celles-ci sur la maturité psycho-affective de l'enfant dans l'un ou l'autre groupe pour démontrer « la notion d'indépendance » qui était interrogée. Ainsworth et al. [1] ont déjà, dans leurs recherches transculturelles, montré que le contact de proximité n'entrave ni le processus d'attachement, ni l'autonomie de l'enfant. Quant à Stein et Martin [43], ils montrent que le co-sleeping affecte l'indépendance de l'enfant dans son développement psycho-moteur, alors qu'au Japon, Kawasaki et al. [25], démontrent, à l'aide de l'échelle de Brazelton, que le contact de proximité ainsi que le co-sleeping, très souvent pratiqué dans cette culture aussi bien en milieu rural qu'en milieu

urbain, n'entrave pas le développement de l'enfant, et n'engendre pas de trouble de sommeil.

En France, Stork et al. [44] montrent, à travers une étude comparative dans neuf cultures, portant sur les rituels du coucher, que le contact de proximité prédomine dans le maternage des cultures extra-occidentales, tandis que du côté occidental, les mères privilégient le contact distal favorisant l'isolement de l'enfant. Selon Stork [44, 46], les pratiques de soins dans les sociétés extra-occidentales respectent plus les besoins du bébé, parce qu'elles prennent en compte son immaturité psychobiologique, que celles occidentales qui sont influencées par les avancées de la science, de la psychologie, de la psychanalyse voire de l'éducation chrétienne. À ce propos, Stork se demande si le contact distal, qui est récent en Occident, ne serait pas pourvoyeur du trouble. Pour tester cette hypothèse, elle effectue, une étude clinique comparative dans trois cultures (la France ; la Chine/Taïwan ; et le Japon). Les conclusions de cette étude font apparaître que le trouble du sommeil est très important en France 72 % contre 57 % à Taïwan et 27 % au Japon. Stork établit alors un lien entre le trouble du sommeil en France et le mode de coucher qui implique l'isolement de l'enfant. Elle attribue l'importance du trouble à Taïwan à la fréquence élevée du co-sleeping pratiqué dans cette société qui engendre les éveils fréquents décrits par Mc Kenna. Ces conclusions contredisent l'hypothèse de Ferber mais introduisent une réflexion sur le lien entre le co-sleeping et la fréquence du trouble à Taïwan, bien que les mères de ce groupe ne le considèrent pas comme trouble. En effet, à Taïwan les mères ne lient pas systématiquement le trouble aux éveils fréquents, car il existe « un seuil familial de tolérance » [46]. Le véritable trouble emprunte un sens culturel, car il est attribué à une intervention sur-naturelle qui perturbe le sommeil de l'enfant qui a peur. Le traitement traditionnel vise à « ôter la peur » chez l'enfant [12].

Ce sens culturel s'explique par la représentation du sommeil qui confronte tout sujet à sa propre solitude, solitude que tout être humain doit affronter seul face à la mort. Il convient alors, dans les cultures extra-occidentales, de ne pas laisser l'enfant seul parce que son immaturité psycho-biologique le sur-expose à la mort réelle, ou à la mort psychique (la folie), car il peut être possédé par un être invisible, possession qui se manifeste à travers le trouble du sommeil. La pratique du co-sleeping repose avant tout sur cette représentation culturelle du sommeil et de son trouble, et gère l'angoisse de séparation du bébé, angoisse qui intègre, en raison

de son immaturité, celle de la mort. L'angoisse de mort serait préalable à celle de castration, note Laplanche [27], alors que l'angoisse existentielle serait liée à celle du traumatisme de la naissance, précise Rank [41].

Mais de nos jours, quelle est la représentation culturelle de la mort en Occident qui influe sur l'isolement du bébé dans les soins ? Les rites funéraires nous renseignent sur cette représentation, déclare Ariès [2], tandis que Thomas [49], chercheur-anthropologue, spécialiste de cette question, déplore qu'en Occident une désocialisation de la mort contribue au déni de celle-ci. Ce déni n'est-il pas parfois alimenté par le pouvoir de la science qui développe un fantasme d'immortalité chez l'être humain ? Ce fantasme n'entraîne-t-il pas un déni du référent fondateur et de la généalogie au profit de celui d'auto-engendrement ?

Ainsi l'interprétation des troubles du sommeil associée à des traitements spécifiques, est bien différente d'une culture à une autre à cause de la représentation de la séparation qui implique celle de la mort. La polémique qui divise les chercheurs épidémiologistes et ceux des sciences humaines sur la corrélation établie entre le trouble et le mode de coucher réside dans le malentendu qu'introduit le sens culturel qu'attribue chaque société au sommeil et à son trouble.

À travers des exemples pris dans les recherches ethno-cliniques que nous avons menées à l'île de la Réunion, en Afrique noire et à Madagascar, et dans notre pratique clinique à Paris auprès des migrants, nous allons montrer que le co-sleeping s'inscrit dans une perspective de prévention du trouble lorsqu'il est médiatisé par la culture, mais que le geste lui-même, lorsqu'il est dépourvu de sens, est pourvoyeur du trouble indépendamment des cultures. Et les thérapies traditionnelles, outre leur fonction de guérir, visent surtout à ré-introduire le référent fondateur de chaque société pour restaurer la généalogie qui est menacée de rupture.

• PRÉVENTION DU TROUBLE ET TRANSMISSION DE LA GÉNÉALOGIE

Lors d'une étude ethno-clinique, menée à la Réunion entre 1985 et 1990, portant sur les pratiques de soins aux jeunes enfants âgés de zéro à deux ans dans deux groupes issus de confession religieuse différente, nous avons remarqué la vigilance accordée à l'endormissement du bébé pour éviter le trouble du sommeil. Chaque groupe comptait 100 sujets. Ils étaient rencontrés dans les centres de protection maternelle et infantile de l'île, dans la

maternité du sud du pays, dans les familles et les lieux où se déroulent les rites de l'enfance.

Peuplée de gens venus de différents continents (Europe, Asie, Afrique), l'île de la Réunion représente un véritable laboratoire de recherche en sciences humaines. Si le métissage entre les Noirs et les Blancs voire les Malgaches esclaves a débuté avec le peuplement de l'île en 1660 et a perduré, malgré l'interdit imposé par le code noir édité en 1685, différentes communautés se sont organisées pour préserver leurs traditions et leur religion. Les Indiens hindouistes, les musulmans, les Chinois, sont des groupes structurés selon leurs systèmes de valeurs et leur religion. Tous ces groupes co-existent dans un respect mutuel de leurs différences, bien qu'ils partagent une même histoire coloniale dans laquelle seul le catholicisme était reconnu.

Notre étude a impliqué un groupe créole de confession catholique dont 70 % de Blancs paysans et 30 % de métis et des Cafres (descendants des populations d'Afrique noire), et un groupe d'Indiens hindouistes.

Nous avons appliqué un questionnaire thématique traitant des soins aux jeunes enfants en intégrant les pratiques rituelles (rites de naissance, de l'enfance). Ce questionnaire a été associé à des entretiens cliniques destinés à approfondir les croyances qui sous-tendent les pratiques, et à une observation filmique notamment des rites pour évaluer la notion de transmission des traditions.

C'est alors que nous avons remarqué que les mères des deux groupes avaient une connaissance empirique des besoins du bébé ainsi que celle de l'organisation circadienne du sommeil de l'enfant qui se met en place dès la naissance [16, 17, 20, 21]. En effet, les pratiques qui entourent l'endormissement dans les deux groupes visent à apaiser l'enfant, le sécuriser, de manière à l'empêcher de pleurer, parce que les pleurs du bébé attirent les mauvais esprits. Nos observations nous ont permis de constater qu'il existe un décodage des pleurs du bébé qui est un véritable dialogue entre la mère et son enfant pour repérer ce qu'elles nomment « pleurs injustifiés » [16, 17]. En effet, leur spécificité réside dans le fait qu'ils s'accompagnent de cris alors que le bébé n'est pas malade et que ses besoins sont satisfaits. Si ces pleurs sont tolérés le jour, ils deviennent préoccupants la nuit. Pour empêcher l'enfant de pleurer et le calmer rapidement afin de le soustraire à toute attaque imaginaire (être surnaturel), le co-sleeping est pratiqué dans les deux groupes y compris dans la population blanche. Ainsi 60 % des mères de chaque groupe possèdent un berceau qui n'est utilisé que pour la sieste, car leur

enfant dort avec elles. La simple observation du geste fonctionnel (le mode de coucher) ne nous aurait jamais permis de comprendre son sens dans le développement de l'enfant si nous n'avions pas pris en compte les croyances implicites qui accompagnent ce comportement. Ce sont celles-ci qui attribuent un sens au geste et soutiennent la transmission des valeurs d'une société et permettent la symbolisation de l'acte, symbolisation qu'incarne la fonction même de la culture telle qu'elle a été définie par Mauss [34, 35] et conceptualisée par Lévi-Strauss [35] dans la préface de l'œuvre de Mauss.

Étant donné que les mères des deux groupes ont une idée du développement de leur enfant, elles commencent à s'inquiéter dès le premier trimestre, surtout si l'enfant « est agité ». Cette agitation accompagnée de pleurs et de réveils fréquents conduit la mère et la famille à opérer un examen rétrospectif des conduites maternelles voire parentales pour repérer la transgression éventuelle au cours de la grossesse qui a pu traumatiser l'enfant in utero. Il faut rappeler qu'un certain nombre de conduites conjuratoires doivent être respectées par les femmes enceintes pour éviter l'apparition du trouble. Par exemple, elles doivent éviter de regarder les films d'horreur, les dessins animés, les animaux du zoo, les personnes très handicapées, les accidents graves, pour se protéger du choc émotionnel qui peut avoir un retentissement direct sur le fœtus. Le groupe hindou qui croit en la transmigration de l'âme ajoute à ces conduites [19], l'évitement des décès, des funérailles, des lieux mortuaires (cimetières, lieu crématoire etc.) de crainte que l'âme du défunt, qui erre avant la pratique des rites funéraires, s'accapare du fœtus.

Toujours pour éviter l'apparition du trouble, le groupe créole de confession catholique ne sort l'enfant du domicile qu'après le baptême de manière à le protéger des âmes errantes, (morts non-naturelles par accident), des esprits malfaisants. Par la suite, elles redoutent les sorties après minuit, heure propice à la circulation des mauvais esprits, des âmes errantes.

Le groupe hindou ne sort pas l'enfant avant le rite de naissance du 16^e jour après l'accouchement. Et l'enfant qui a reçu les rites de protection à cette date peut sortir du domicile mais pas après 18 heures, moment propice à la circulation des âmes errantes (âmes des défunts qui n'ont pas encore reçu les rites pour se constituer en ancêtres protecteurs), et des mauvais esprits. Le jeune enfant ne peut pas être mêlé aux rites funéraires pour toutes ces raisons [19].

Ainsi le comportement de l'enfant agité qui a du mal à se soumettre à l'organisation circadienne, présentant un début de trouble du sommeil, est interprété à la lumière de l'une de ses transgressions. Le trouble bénin caractérisé par des éveils fréquents est alors traité à l'aide d'une plante nommée *tronplamor* (terme créole signifiant mort trompée) ou encore *sensitiv* (terme créole signifiant sensible au toucher, car les feuilles se referment en donnant l'impression de mourir). Bien que le principe actif de cette plante (famille des mimosacées, *Mimosa Pudica Linn*) est loin d'être prouvé, elle est reconnue dans la médecine traditionnelle comme pouvant traiter les insomnies de l'enfant, les convulsions, le « saisissement » (effet d'un choc émotionnel). C'est son aspect physique qui attire l'attention de ses utilisateurs et qui nous a conduit à effectuer une analogie entre le sommeil et sa représentation. Le sommeil serait « un semblant de mourir » qui introduit le sentiment de solitude chez l'enfant. Cette représentation de la solitude qu'introduit le sommeil et qui renvoie à celle de l'angoisse de mort inhérente à l'humanité influence les pratiques de soins, notamment le mode de coucher de l'enfant. Immature, ce dernier est sur-exposé, dans le sommeil, à l'angoisse de mort animée par celle de séparation.

Toutes ces croyances contribuent à entretenir une vigilance particulière autour de l'endormissement et à la mise en place du co-sleeping qui vise à protéger l'enfant de tout choc émotionnel, choc pouvant provenir d'une sur-stimulation externe ou endogène mais attribuée à une attaque imaginaire. Celles-ci donnent alors un sens culturel au co-sleeping introduisant un « Inconnu », (dieu, ancêtre, êtres invisibles, âmes errantes, la mort, etc.), dans une fonction de tiers qui médiatise ce mode de coucher entre la mère et l'enfant. Ceci permet de soutenir l'élaboration de la séparation symbolique et psychique chez l'enfant de manière à ne pas entraver le processus d'attachement et l'autonomie de ce dernier [19]. Le but visé est d'interdire la fusion mère-bébé qui est implicite dans ces croyances. Ce but est accentué dans le groupe hindou par le culte de la déesse de maternité dès la conception [19]. En effet, ce culte pratiqué par la mère introduit le père, car dans le monde hindou, seul l'homme a le droit de sacrifier. Et c'est lui qui est engagé pour honorer la déesse à la naissance du bébé. Ce tiers-père introduit par la déesse triangule les proto-interactions qui s'organisent entre la mère et le fœtus in utero. Ce culte vise à protéger le fœtus et l'enfant par la suite, tant sur le plan physique que mental, notamment du trouble du sommeil.

La même protection contre l'apparition du trouble du sommeil existe dans d'autres sociétés de type traditionnel. Par exemple, en Algérie, le trouble est attribué aux Djennouns, au mauvais œil [4]. Considéré comme un ange, sans défense, outre le co-sleeping favorisé, le bébé est protégé durant son sommeil par différents objets, tels que le Coran, un couteau posé sous l'oreiller du bébé, ou encore une fiole d'eau au pied de son lit lorsqu'il dort seul, la main de Fatma. Cette prévention se retrouve au Japon [24] à travers les rites qui entourent le coucher, car l'enfant est « l'enfant-dieu ». Les méthodes prophylactiques visant à protéger le sommeil de l'enfant perdurent en Inde [45]. Elles sont encore vivaces, au Laos, au Cambodge, en Thaïlande, car la nuit est propice à la circulation des phi (être surnaturel, génie) [38]. La prévention du trouble existe en Afrique noire, notamment au Sénégal chez les Peul-pulaar [10], à travers le décodage des pleurs du bébé. Les pleurs sont considérés comme une lutte avec les esprits, ce qui accentue la permanence du contact avec la mère y compris par le co-sleeping pour le protéger. Les protections étaient aussi en vigueur dans le maternage traditionnel français [6, 42]. Le sommeil du bébé est encore protégé en Italie [15] et au Portugal [40].

Lorsque le trouble devient une réalité, chaque société l'interprète en fonction de ses croyances et prescrit un traitement traditionnel.

. TROUBLES DU SOMMEIL ET THÉRAPIES ASSOCIÉES : RESTAURATION DE LA GÉNÉALOGIE

. À la Réunion

Dans les deux groupes cités précédemment, lorsque le bébé présente un vrai trouble du sommeil, les familles font appel à leurs croyances religieuses et magico-religieuses respectives pour l'interpréter et le traiter.

Le groupe créole attribue le trouble à une tentative de possession par un esprit malfaisant, une âme errante, ou encore à l'action d'une divinité hindoue. Dans le dernier cas, les cheveux emmêlés de l'enfant concrétisent l'action de la divinité. Pour traiter le trouble, les mères badigeonnent, au moment du coucher, le front du bébé d'eau bénite, tirée du bénitier de l'église. La résistance du trouble au traitement, renforce le doute et introduit la responsabilité du surnaturel. Les familles pratiquantes consultent un prêtre catholique pour obtenir une prescription thérapeutique, (prière, rites, dons etc.). Les familles dont les enfants présentent les cheveux

emmêlés et qui doutent de leurs croyances consultent parfois un officiant hindou qui prescrit la tonsure de la chevelure du bébé. Ce rite fait partie des rites de passage dans la tradition hindoue. Ce comportement est induit par la possibilité d'existence d'un ancêtre hindou dans la généalogie de la famille. Le rite vise à une reconnaissance de cet ancêtre qui permet d'affiler symboliquement aussi bien l'enfant que les parents à leur ascendance. D'autres familles consultent directement les guérisseurs, qui en fonction de leur technique, prescrivent un traitement. Plus les familles doutent de leurs croyances en raison d'un métissage multiple, plus elles font le tour de l'île en consultant un nombre incalculable de guérisseurs qui sont parfois de véritables charlatans et qui exploitent leur désarroi sans que l'enfant soit réellement traité.

Au cours de cette étude, nous avons assisté à un rite de tonsure chez un enfant de 18 mois d'origine Cafres, de confession catholique, chez un guérisseur métis hindouiste. L'enfant était seul avec sa mère, car il est né de père inconnu. Ses cheveux touffus et crépus étaient censés être emmêlés parce qu'il présentait un trouble du sommeil persistant. L'enfant hurlait devant ce rite étrange qui lui était inconnu. Le guérisseur le blessa avec son rasoir, tant il se débattait. Cette mère isolée qui avait du mal à se séparer de son fils en raison de sa propre solitude, dormait toujours avec lui, « il est tout pour moi », disait-elle. Cet enfant souffre de ce trouble depuis le premier semestre de sa vie. Il avait déjà subi une première tonsure à l'âge de neuf mois chez un autre guérisseur et ceci n'avait rien donné. Elle avait entre temps consulté différents guérisseurs de l'île et ses démarches étaient restées vaines. Elle tente une deuxième tonsure sans peut-être attendre un effet tant elle est acculturée, perdue dans un mal-être, et ambivalente dans sa relation avec son fils. Le contact de proximité et le co-sleeping pratiqués dans ce cas ne prennent aucun sens culturel mais reposent sur un besoin affectif maternel dont l'enfant se sent prisonnier, créant une dépendance chez ce dernier qui cherche à entretenir au moyen du trouble une relation fusionnelle avec sa mère. Le choix de la tonsure qui est un rite de séparation dans la tradition hindoue est utilisé comme un dernier recours mais ne correspond à aucune adhésion à la croyance qui donne sens à la démarche thérapeutique. Le processus de déculturation en cours fait échec à la thérapie et à la transmission.

L'absence de prise en compte de la culture et du contexte du pays avec son histoire par les praticiens en santé mentale contribue parfois à grossir le lot de ces familles désemparées qui s'adressent à ces

guérisseurs. L'approche ethno-psychiatrique qui se développe actuellement en privilégiant l'accompagnement du patient par le soignant chez le guérisseur, risque de cautionner cette exploitation des patients par les charlatans au détriment de ces derniers. En effet, comment le soignant peut-il dissocier les vrais guérisseurs de ces charlatans ? Ou encore comment peut-il faire la part entre sa propre curiosité qui l'incite à effectuer cette démarche et l'intérêt de son patient ?

Dans le groupe hindou, lors de l'apparition du trouble, les parents calment le bébé en apposant, au moment du coucher, sur le front de l'enfant de la cendre (viboudi en sanskrit, symbole du rayonnement et de protection) bénie ayant servie à la divinité tutélaire de la famille. Si les pleurs persistent, les parents observent les heures qui les accompagnent de manière à les interpréter en procédant par élimination. Les pleurs du bébé qui se répètent le midi sont attribués à l'action d'une divinité populaire très redoutée, Minispren, considérée comme l'époux de la déesse de la maternité, Pétiaie. Les pleurs de nuit, particulièrement ceux de minuit, sont redoutés parce qu'ils signalent que l'enfant est exposé à la folie ou à la mort à cause de l'action de l'avatar de la déesse de la maternité, Kartéri (la mangeuse de fœtus), qui se venge parce qu'elle n'a pas été honorée durant la grossesse et après la naissance de l'enfant. La famille consulte l'officiant hindou astrologue qui prescrit le culte dans sa forme thérapeutique. Le rite intègre la partie protectrice de la déesse Pétiaie et la partie destructrice qui s'est manifestée, son avatar Kartéri. Le rite mobilise l'ambivalence maternelle voire parentale à propos de l'affiliation de cet enfant en ré-introduisant le père dans son rôle. Si toutefois la déesse a été vénérée et honorée, et que les pleurs ne se déroulent pas forcément à minuit, et que les cheveux de l'enfant sont emmêlés, il s'agit de l'action d'un ancêtre insatisfait qui a été oublié par les vivants. L'officiant consulté (brahmane ou populaire qui est astrologue) tente de décoder le message envoyé à travers le trouble du sommeil de l'enfant pour prescrire la tonsure de la chevelure, en désignant la divinité tutélaire de l'ancêtre renié à qui revient ce don. Il faut préciser que la tonsure systématique du cheveu de l'enfant est un rite de passage qui fait partie des traditions brahmaniques et qui se déroule entre un an et trois ans. La prescription de ce rituel dans une perspective thérapeutique ré-affilie l'enfant à ses ancêtres et ré-introduit le tiers-père à travers le divin dans la relation triangulaire parents-enfant. Il rétablit ainsi l'ordre symbolique par la restauration de la généalogie.

Les rites thérapeutiques visent non seulement à traiter le trouble mais à préserver la différence de générations indispensable à la structuration psychique de l'enfant.

Dans les deux groupes, l'interprétation du trouble et le traitement qui lui est associé évite la médicalisation du symptôme et lui attribue un sens culturel qui permet de ré-introduire, le symbolique (l'inconnu) qui médiatise les liens intra-familiaux et mère enfant pour soustraire ce dernier aux projections parentales, et lui éviter d'être objet de leur désir. Dans le même temps, l'enfant se trouve, lui aussi, soumis à cet ordre symbolique (la loi de la séparation/perte) pour lui apprendre à exister comme sujet. La culture exerce une fonction symbolique et elle est transmise par les mythes, les rites et les croyances, précise Mauss [34, 35]. Elle vise ainsi à soutenir, à travers la transmission de la généalogie, l'altérité de l'enfant.

. Au Sénégal

Lors d'une réalisation filmique traitant du culte des esprits ancestraux dans le rite thérapeutique du N'döp en 1994 chez les Lebou et les Wolof, nous avons pu observer les bébés âgés de moins d'un an s'endormir, au rythme des djenbé (tambours) des griots (conteurs, musiciens), sur le dos de leur mère. Nous nous sommes interrogée sur le « seuil de tolérance au bruit » chez ces enfants dans leur organisation circadienne pour acquérir le sommeil. Lorsque nous avons demandé aux mères si l'enfant ne présentait pas de trouble après ce rite, elles ont trouvé notre question naïve. Par contre, lorsque le trouble existe, elles l'attribuent à l'action d'un esprit ancestral, le rab, ou à celle d'un djinn ou des génies. Dans ce cas, le rite thérapeutique consiste à prendre en compte la demande de l'esprit qui agit pour le satisfaire de manière à protéger l'enfant qui est menacé de mort ou de folie. Le marabout ou l'imam, peut intervenir à l'aide des formules sacrées du coran et d'une purification pour traiter le trouble. Mais lorsqu'il s'agit d'une résistance du trouble, le doute se porte sur l'intervention du rab (esprit ancestral). Le guérisseur spécialisé en ce domaine intervient pour négocier avec le rab mais après l'avoir identifié, de manière à créer une alliance avec lui qui permet à l'enfant d'être en paix.

Dans le cas du rab, le rite thérapeutique vise à ré-introduire l'ancêtre fondateur qui a été oublié dans la généalogie pour affilier l'enfant et ses parents à leur ascendance [18].

Cette interprétation suivie du même traitement se retrouve chez nos patients migrants africains à Paris.

La double écoute (ethnologique et psychanalytique) que nous appliquons dans notre pratique clinique auprès des migrants, reçus en famille ou individuellement, nous permet de prendre en compte la culture du sujet de manière à donner du sens à son récit. Le patient qui nous est adressé par le magistrat sait qu'il peut apporter « son croire » qui sera interrogé dans sa subjectivité pour donner du sens à son symptôme, à sa souffrance.

Dans ce cadre, nous recevons Mamadou, d'origine malienne de père Soninké et de mère Bambara, qui souffre de troubles de comportement graves depuis l'enfance. Il nous a été adressé à l'âge de huit ans par le juge des enfants parce que ses parents l'avaient retiré de l'hôpital de jour où il était. Un conflit portant sur le diagnostic opposait les parents à l'équipe de santé mentale. Pour la pédopsychiatrie, le mineur était pré-psychotique alors que pour les parents il était « agi » par un « ancêtre ». Au moment où nous le recevons avec sa famille, Mamadou partait, à l'initiative de sa famille, dans son pays, pour effectuer le traitement traditionnel. À son retour, les parents et l'enfant sont invités à en parler pour mettre des mots sur le rite de manière à dégager le sens dans sa dimension symbolique. Nous apprendrons, à cette occasion, que Mamadou présente cette agitation psycho-motrice accompagnée de troubles de sommeil depuis sa tendre enfance, et que sa mère qui a dormi dans la rue avec lui pensait qu'un djinn en était responsable. Elle n'avait fait aucune démarche thérapeutique auparavant, car elle était délaissée par le père de l'enfant qui l'avait abandonnée dès la naissance pour sa première co-épouse. Confrontée à la solitude dans l'exil, elle s'attache d'une manière pathologique à son fils, privilégiant le contact de proximité et le co-sleeping, de crainte de le perdre comme elle a perdu son mari et son père décédé peu de temps après la naissance de son fils. Par ailleurs, doutant de ses croyances, elle se réfugie dans la culture occidentale. Le prénom de Mamadou n'a aucune signification pour elle ; il a été attribué pour l'état civil. L'enfant reçoit par la suite un prénom usuel par lequel on le nomme et qui ne figure pas sur son état-civil, c'est celui de son grand-père maternel décédé. À l'entrée à l'école maternelle, l'enfant ne répond pas à l'appel de Mamadou parce qu'il ne connaît pas ce prénom. Il réagit violemment. Par ailleurs, ne supportant pas la séparation d'avec sa mère, qui est très anxieuse devant toute absence de son fils dans son champ de vision que lui impose l'école, l'enfant fait tout pour se faire exclure de l'établissement et rester auprès de sa mère. L'absence de symbolisation du contact de proximité, du

co-sleeping, entretient une relation fusionnelle mère-fils qui, selon la famille, ne peut que se résoudre par la ré-introduction de l'ancêtre dans sa dimension symbolique, bien que tardivement, mais cette fois avec le soutien du père qui se montre plus prêt à assumer sa fonction. Il s'agit dans le cas d'exil, des troubles d'identité de l'enfant, troubles induits par l'acculturation, ou les ratés de la transmission, et qui exposent l'enfant à occuper la place d'objet du désir maternel. Dans ce cas, la double prise en charge, celle traditionnelle effectuée par les soins des parents et à leur initiative, et la nôtre a permis à Mamadou d'évoluer favorablement [18, 20].

. Au Maghreb

Le trouble du sommeil de l'enfant est aussi interprété à la lumière de l'action du djinn, de génie, ou encore du mauvais œil [4], ce que nous retrouvons dans notre pratique clinique.

Imane, bébé âgé de neuf mois, de père arabe, de mère kabyle, originaires tous les deux d'Algérie, ne pouvait se décoller de sa mère lorsque nous la recevons avec celle-ci à la demande du juge des enfants. Elle dort avec sa mère, elle est portée dans un sac kangourou proche du corps maternel. Elle présente des troubles du sommeil si sa mère n'est pas auprès d'elle. Elle intègre la crèche et ne peut se soumettre à un endormissement seul et encore moins à une séparation d'avec celle-ci. Le père est très absent dans le couple, couple construit sur des compromis en affaire et non sur la volonté de fonder une famille. La mère qui est très européanisée justifie tout son comportement par les traditions alors que le couple s'arrange avec celles-ci selon leurs intérêts. On assiste plutôt à une acculturation voire à une déculturation. La mère pense que le trouble relève d'une attaque par le djinn. Se considérant comme spécialisée dans la fabrication des protections contre les mauvais esprits et des filtres d'amour pour les femmes, elle tente de traiter sa fille elle-même, jusqu'au jour où elle accepte de se remettre en cause après une relation de confiance établie avec nous. Elle examine ses attitudes, tout comme le trouble du sommeil de son enfant, à la lumière des transgressions culturelles, et prend conscience de la mise en échec de la loi symbolique de manière à faire la sienne au détriment des besoins de l'enfant. Par la même occasion, elle réalise qu'elle voulait dénier la séparation, la perte. Ce travail est d'autant plus douloureux pour elle, qu'elle se vit comme ayant un pouvoir surnaturel (un don) pour guérir les gens. Elle a pu évoluer en

acceptant d'entrer dans la réalité plutôt que de la fuir, au bénéfice de ses enfants qui ont pu tous en tirer profit pour leur autonomie. Là encore le contact de proximité et le co-sleeping s'inscrivaient dans un processus d'acculturation négative dans l'intérêt de l'adulte et non celui de l'enfant.

. Au Laos, au Cambodge, en Thaïlande

Le sommeil du bébé est entouré de protections contre les esprits malfaisants [38]. La nuit, l'enfant a peur des phi (être surnaturel, génie) ; on lui raconte l'histoire de l'homme étoile. En effet, cette histoire relate la façon dont les hommes ont surmonté leur frayeur en passant la nuit « en étoile », la tête vers le centre, les pieds vers l'extérieur.

Lorsque le trouble du sommeil apparaît, il est attribué à l'action de cet être surnaturel et introduit le rite thérapeutique.

. À Madagascar

Dans les hauts plateaux de Sandrandahy, lors de notre recherche ethno-clinique que nous avons débuté en été 2001, une jeune mère d'ethnie Betsiléo se présente au dispensaire dans laquelle où nous nous trouvons, avec son fils âgé de quatre ans. Elle demande à l'infirmière dans sa langue (le malgache) un traitement pour son fils qui souffre d'asthme. Elle laisse entendre à l'infirmière qu'elle n'a que ce fils unique. En effet, en cette saison, c'est l'hiver dans l'océan indien, il fait très froid, la grippe avec ses effets alimente cette consultation médicale de première nécessité dans un pays dans lequel le système de santé publique est peu développé. Le visage fatigué de cet enfant, qui a les yeux cernés et qui s'accroche physiquement à sa mère, nous interroge. Nous lui demandons si son enfant mange bien et dort bien. À cette question, elle relate que l'enfant parle quasiment toutes les nuits et raconte sans se réveiller tout ce qu'il fait la journée. Lorsque nous lui demandons depuis quand il agit ainsi, elle répond que cet enfant a des troubles de sommeil, troubles qui ne dérangent que sa mère qui dort avec lui, depuis le décès de son petit frère, il y a deux ans. Ce fils aîné avait environ 20 mois. Les Betsiléo, bien qu'étant chrétiens, pratiquent le rite de retournement des morts et croient en l'action de leurs ancêtres et de leur pouvoir sur la vie. Elle interprète implicitement que son fils décédé a été rappelé par un ancêtre ou bien a été victime d'une action de sorcellerie. Sa crainte de perdre celui-ci, dit-elle, la conduit alors à dormir avec lui pour le protéger. Elle reconnaît que

son comportement a été modifié depuis le décès de son fils cadet.

Chez les Betsiléo de cette région, la crainte de la sorcellerie conduit, lors des rites d'accueil dans les familles, à ce que les accueillants ouvrent la bouteille devant les invités et boivent une gorgée avant de servir ces derniers. Cette mère qui laisse entendre que la mort de son fils reste suspecte, craint que son autre fils puisse être victime de nouveau de quelqu'un qui lui veut du mal ainsi qu'à ses enfants. Elle le protège en dormant avec lui et en écoutant ce qu'il raconte durant son sommeil. Elle se rassure ainsi sur ce qu'il fait, ce qu'il boit et mange en dehors de sa présence. L'enfant qui n'avait pas de trouble de sommeil auparavant semble avoir trouvé un compromis avec sa mère pour la rassurer et pour qu'il puisse conserver son autonomie déjà acquise. Au cours de cette unique consultation, elle comprend que son angoisse contamine l'enfant et risque d'entraver son autonomie. Elle accepte de reconsidérer sa fonction de protection. Prise entre la religion chrétienne et ses croyances, elle ne sait comment assurer symboliquement la protection de son enfant. Elle veut s'interroger avec sa famille pour trouver une solution.

. En France

Dans notre pratique clinique [20], Alexia âgée de trois ans, vient nous rencontrer avec sa mère à la demande du juge des enfants. Il s'agit d'une mère célibataire de culture française, bachelière, et issue d'un milieu social favorisé. Elle vit dans un foyer maternel avec sa fille parce que ses parents n'ont pas accepté sa grossesse. Alexia est née de père inconnu et erre depuis sa naissance avec sa mère de foyer en foyer. La mère qui est très dépressive ne peut s'adapter, depuis la naissance de sa fille, aux besoins de cette dernière. Le rythme de l'enfant est calqué sur le sien. Elle entretient avec l'enfant un contact de proximité et un co-sleeping, dès qu'elle peut, tant elle souffre d'une demande d'amour maternel parce qu'elle a été maltraitée dans son enfance, demande qu'elle adresse à sa fille dans une relation inversée au niveau de l'ordre des générations. L'enfant est perturbée dans son sommeil depuis sa tendre enfance parce que son sommeil était devenu léger en raison de ce mode de coucher, mais aussi parce qu'elle s'est sentie responsable de sa mère dépressive. Dans cette inversion de rôles et de générations entre la mère et la fille, Alexia refuse le placement thérapeutique que lui propose le juge alors que son état l'impose, car elle craint d'abandonner sa mère. Un accompagnement thérapeutique de la mère et de

l'enfant a permis l'élaboration progressive de la séparation et la reconnaissance de la différence des générations par les deux protagonistes.

Dans ce cas, la maltraitance exprime une rupture de l'ordre des générations (de la généalogie) et compromet l'altérité de l'enfant.

. Trouble du sommeil : un processus d'acculturation ?

En effet, il apparaît, du point de vue anthropologique, que le trouble du sommeil de l'enfant est considéré comme une rupture de la transmission généalogique compromettante pour sa santé mentale. Le trouble est interprété comme un effet de l'acculturation voire de déculturation. Lorsque que le processus de déculturation est en cours, comme dans le cas de l'enfant réunionnais, la thérapie traditionnelle est mise en échec. Il n'y a donc pas d'effet magique de la thérapie sans adhésion à la croyance. Et le co-sleeping pratiqué par la mère s'inscrit dans ce processus acculturatif.

L'anxiété et la dépression maternelle contribuent, dans tous les cas présentés, à la mise en place du contact de proximité et du co-sleeping au détriment des besoins de l'enfant. Ce mode de contact favorise dans ce cas, non seulement le trouble du sommeil, mais développe une dépendance pathologique chez l'enfant. On assiste alors à un déni de la différence de générations et des sexes compromettant pour l'altérité de l'enfant. Ces observations rejoignent l'étude menée par Armstrong et al [3] en Australie qui établit un lien entre le trouble du sommeil et l'anxiété-dépression maternelle, ou encore celle de Thunstrom [48] en Suède qui décrit de graves troubles de sommeil dans une population « d'enfants normaux » liés à l'anxiété pathologique des parents.

Ce n'est pas le mode de coucher en lui-même qui est en cause dans le trouble mais le sens que lui attribue la culture (et la mère) qui soutient l'élaboration de la séparation et de l'altérité.

. CONCLUSION

La représentation culturelle du sommeil et de son trouble varie d'une société à une autre. Mais la plupart des sociétés traditionnelles observent une vigilance particulière pour en éviter l'apparition alors que celle-ci semble absente des préoccupations occidentales. Le trouble est ensuite attribué à une action surnaturelle par l'intermédiaire d'un inconnu, d'un absent qui intervient dans la vie humaine, et qui se manifeste en perturbant le sommeil de l'en

fant, lorsqu'il a été oublié par les vivants. Ces croyances collectives conditionnent les attitudes parentales dans les soins dispensés aux bébés, et justifient le contact de proximité, et le co-sleeping comme mode de coucher. Ces croyances visent surtout à entretenir d'une manière vivace le culte d'un absent fondateur de la société qui organise l'ordre de celle-ci et à qui les humains doivent s'y soumettre. Le trouble du sommeil est interprété comme un rappel à l'ordre de l'absent qui vient se faire connaître pour être reconnu de manière à rappeler à la famille son existence humaine (être mortel). Le rite thérapeutique prescrit vise, non seulement à traiter le trouble, mais surtout à restaurer la généalogie pour préserver l'enfant de la folie, de la mort, parce qu'il est considéré (à cause du trouble) comme désaffilié et exposé au fantasme de destruction parentale et surtout maternelle [19].

Le sens culturel attribué au trouble du sommeil associé à un traitement traditionnel évite la médicalisation du symptôme mais tente de préserver la différence des générations et des sexes, nécessaire à la structuration psychique de l'enfant.

Cette différence de représentation du sommeil et de son trouble explique en partie « le seuil familial de tolérance » lorsque le trouble apparaît, et sa sous-estimation dans les enquêtes épidémiologiques dans les études transculturelles.

Cette confrontation nous a permis de constater que la corrélation établie entre le trouble du sommeil et le mode de coucher ne relève pas d'un caractère ethnique ou social, car les mères dépressives, anxieuses, issues de toutes les cultures utilisent, comme nous venons de voir, le contact de proximité et le co-sleeping pour combler leur vide interne. La différence réside dans le sens que la mère attribue à son comportement. En effet, lorsque le contact de proximité et le co-sleeping prennent un sens culturel, ils s'exercent dans l'intérêt de l'enfant, prenant en compte son immaturité psycho-biologique, ce qui est le cas dans les cultures dites traditionnelles. Mais lorsque le comportement est dépourvu de sens comme dans le cas de l'enfant réunionnais, de Mamadou, d'Imane et d'Alexia, le co-sleeping se pratique dans l'intérêt de l'adulte dépressif, anxieux et non dans celui de l'enfant. Les besoins de l'enfant sont, dans ces cas, calqués sur ceux de l'adulte.

Le trouble du sommeil semble être la manifestation d'un processus d'acculturation voire de déculturation qui expose « l'enfant normal » à une vulnérabilité psychique [50].

RÉFÉRENCES

- 1 Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ. L'attachement de l'enfant à sa mère. La Recherche en éthologie. Les comportements animaux et humains. Paris : Seuil ; 1979. p. 110-7.
- 2 Ariès P. L'homme devant la mort. Paris : Seuil ; 1977.
- 3 Armstrong KL, O'Donnel H, McCallum R, Dadds M. Childhood sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/depression. *J Pediatrics Child Health* 1998 ; 34 (3) : 263-6.
- 4 Bouabdallah Z. Le sein pour apaiser et endormir en Algérie. Les rituels du coucher. Paris : ESF ; 1993. p. 43-62.
- 5 Brisset C, Valette A. Représentations traditionnelles et contemporaines concernant le sommeil du jeune enfant en France. *Devenir* 2000 ; 12 (3) : 65-86.
- 6 Candilis-Huisman D. Berceur l'enfant qui pleure. Pratiques de consolation et d'apaisement dans la France ancienne. Les rituels du coucher. Paris : ESF ; 1993. p. 151-75.
- 7 Challamel MJ, Thirion M. Le sommeil, le rêve et l'enfant. L'enfant qui dort mal, 2^e éd. Paris : Retz-Presses Pocket ; 1993.
- 8 Challamel MJ, Louis J. Les troubles du sommeil de l'enfant de moins de six ans. *Revue médicale de Suisse Romande* 1997 ; 117 : 745-50.
- 9 Choquet M, Davidson F. Les facteurs favorisant l'administration de sédatifs chez les nourrissons et leurs significations partagées. *Arch Fr Pédiatr* 1978 ; 35 : 785-92.
- 10 Diodo Ly O. Le bébé africain : du dos de la mère aux bras des substituts. Les rituels du coucher. Paris : ESF ; 1993. p. 21-44.
- 11 Dollfus S. La prescription des psychotropes chez le jeune enfant. *Devenir*. Genève : Médecine et Hygiène 2000 ; 3 (1) : 79-87.
- 12 Dong HP (sous la dir. du Pr. Stork). Organisation dyadique du sommeil du jeune enfant dans la société chinoise. Approche clinique et culturelle [DEA]. Paris : Université de Paris V ; 1996.
- 13 Elias MF, Nicolson NA, Bora C, Johnston J. Sleep/Wake patterns of breast-fed infants in the first two years of life. *Pediatrics* 1986 ; 77 : 322-9.
- 14 Ferber R. Protéger le sommeil de votre enfant. Paris : ESF ; 1985-1990.
- 15 Gandini L. Apaiser et endormir le nourrisson et le petit enfant. Un regard sur l'Italie. Les rituels du coucher. Paris : ESF ; 1993. p. 213-34.
- 16 Govindama Y. Les pleurs du bébé : un mode d'expression de son état émotionnel et de communication dans l'interaction mère-enfant à l'île de la Réunion. Fourth World Congress on Infant Psychiatry and Allied Disciplines. Lugano, Suisse, 1989 [publication de l'abstract].
- 17 Govindama Y. Les pratiques d'apaisement et l'interprétation du temps d'endormissement du bébé à l'île de la Réunion. Les rituels du coucher. Paris : ESF ; 1993. p. 131-49.
- 18 Govindama Y. La fonction symbolique de « l'enfant ancêtre » dans l'interprétation de la maladie mentale chez les adolescents de la première génération. *Adolescence* 1999 ; 17-2 : 275-96.
- 19 Govindama Y. Le corps dans le rituel. Paris : ESF ; 2000.
- 20 Govindama Y. Clinique Judiciaire et efficacité symbolique. *Psychologie clinique*, 11. Paris : L'Harmattan ; 2001. p. 71-91.
- 21 Govindama Y. Trouble du sommeil chez le jeune enfant et mode de coucher : une étude transculturelle. Paris : L'Évolution Psychiatrique ; 2001 [article soumis et accepté].
- 22 Guedeney A, Kreisler L. Sleep disorders in the first eighteen months of the life: hypothesis on the role of mother child emotional exchanges. *Infant Mental Health Journal* 1987 ; 8 : 307-18.
- 23 Houzel D, Soulé M, Kreisler L, Benoît O. Les troubles du sommeil de l'enfant. Paris : ESF ; 1977.
- 24 Jugon JC. L'enfant-dieu. Une étude sur les berceuses et les pratiques d'endormissement du jeune enfant japonais dans son milieu. Les rituels du coucher. Paris : ESF ; 1993. p. 181-202.
- 25 Kawasaki C, Nugent JK, Miyashita H, Miyahara H. The cultural organisation of infants' sleep. *Children's Environments Quarterly* 1994 ; 11 (2) : 135-41.
- 26 Kreisler L. Le nouvel enfant du désordre psychosomatique. Toulouse : Privat ; 1981.
- 27 Laplanche J. Problématiques I : l'angoisse ; Problématiques II : castration, symbolisation. Paris : PUF ; 1980.
- 28 Latz S, Wolf AW, Lozoff B. Co-sleeping in context: sleep practices

- and problems in young children in Japan and the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999 ; 153 (4) : 339-46.
- 29 Leersnyder H (de). Les troubles du sommeil de l'enfant et leur traitement en pratique de ville. *Bull Veille-Sommeil* 1993 ; 11 : 10-2.
- 30 Leersnyder H (de). L'enfant et son sommeil. Comment assurer à votre enfant des nuits sans trouble et sans peur. Paris : Lafon, « Réponses » ; 1994.
- 31 Lozoff B, Askew GL, Wolf AW. Co-sleeping and early childhood sleep problems: effects of ethnicity and socio-economic status. *J Dev Behav Pediatrics* 1996 ; 17-1 : 9-15.
- 32 Mc Kenna JJ, Thoman EB, Anders EF, Sadeh A, Schechtman VL, Glotzbach SF. Infant-parent co-sleeping in a evolutionary perspective: Implications for understanding infant sleep development and the sudden infant death syndrome. *Sleep* 1993 ; 3 (16) : 263-82.
- 33 Mc Kenna JJ. Experimental studies of Infant-parent co-sleeping: mutual physiological and behavioral influences and their relevance to SIDS (sudden infant death syndrome). *Early Human Dev* 1994 ; 38 : 187-201.
- 34 Mauss M. Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *Sociologie et anthropologie*. 8^e éd.. Paris : PUF ; 1983. p. 143-280.
- 35 Mauss M. *Sociologie et anthropologie*, 8^e éd.. Paris : PUF ; 1983.
- 36 Morelli GA, Rogoff B, Oppenheim D, Goldsmith D. Cultural variation in infants' sleeping arrangements: questions of independence. *Dev Psychol* 1992 ; 28 (4) : 604-13.
- 37 Navelet Y. L'insomnie de l'enfant, aspects cliniques et traitement. *Pathologie du sommeil et de l'éveil*. M Billard, 1994.
- 38 NgaoSyvath N P. Dire et Faire l'humain au Laos, au Cambodge et en Thaïlande. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1994 ; 42 (1-2) : 29-37.
- 39 Paret I. Night waking and its relation to mother-infant interaction in nine-month-old infants. In : Call JD, Galenson E, Tyson RL, Eds. *Frontiers of infant Psychiatry*. Inc. New-York : Basic Books ; 1983. p. 171-7.
- 40 Ramos N. Le monde enchanté de l'apaisement et de l'endormissement au Portugal. *Les Rituels du coucher*. Paris : ESF ; 1993. p. 235-68.
- 41 Rank O. *Le traumatisme de naissance* (1924). Paris : Payot ; 1928.
- 42 Rollet C, Morel MF. Des bébés et des hommes. Traditions et modernité des soins aux tout-petits. Paris : Albin Michel ; 2000.
- 43 Stein A, Martin T. Co-sleeping among infants and toddlers. Reply *J Dev Behav Pediatrics* 1997 ; 18 (6) : 4-12.
- 44 Stork H (sous la direction de). *Les rituels du coucher*. Paris : ESF ; 1993.
- 45 Stork H, Murugaiyan A. Berceuse et berceuses au pays tamoul. *Les rituels du coucher*. Paris : ESF ; 1993. p. 103-30.
- 46 Stork H, Hoshi-Watanabe M, Dong HP, Valette A. Le sommeil du jeune enfant et ses troubles. Une étude clinique comparative entre trois cultures (Chine/Taiwan ; France ; Japon). *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc* 2000 ; 48 : 70-9.
- 47 Thirion M, Challamel MJ. *Le sommeil, le rêve de l'enfant*. Paris : Albin Michel ; 1995.
- 48 Thunstrom M. Severe sleep problems among infants in a normal population in Sweden: prevalence, severity and correlates. *Acta Paediatr* 1999 ; 88 (12) : 1318-9.
- 49 Thomas LV. *Rites de mort pour la paix des vivants*. Paris : Fayard ; 1985.
- 50 Walters J. Sleep management- the children agenda. *Child Care Health Dev* 1993 ; 19 (3) : 197-208.
- 51 Wolf AW, Lozoff B. Object attachment thumb-sucking and the passage to sleep. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989 ; 28 (2) : 287-92.