

Mots clés :

Enfant
Insomnie
Nourrisson
Trouble du
sommeil

Troubles du sommeil de la petite enfance

Les troubles du sommeil sont extrêmement communs durant l'enfance en dehors même de l'existence de comorbidités médicales (ORL, respiratoires, digestives...) ou neuropsychiatriques (retards mentaux, autisme, troubles de type hyperactivité...). Pourtant, malgré cette prévalence élevée, ils sont souvent méconnus, sous-diagnostiqués, alors qu'ils peuvent être dans la plupart des cas prévenus ou traités. Chez le nourrisson et le très jeune enfant, ils sont le plus souvent en rapport avec des erreurs comportementales et nécessitent surtout une éducation des parents. Deux synthèses bien argumentées (américaine et australienne)^{1,2} ont précisé les différents problèmes le plus souvent rencontrés.

Le sommeil physiologique

Le nouveau-né dort de 16 à 18 heures par 24h, les prématurés et très jeunes bébés souvent par périodes <2 h. Presque 50% de ce sommeil est de type paradoxal (*REM : rapid eyes motor*). **Durant le 1^{er} mois**, l'alternance lumière du jour/obscurité induit de plus en plus d'éveil durant le jour. L'entrée dans le sommeil se fait encore souvent en phase *REM*, plus tardive chez l'enfant plus âgé ou l'adulte. **Vers 12 mois**, la plupart des enfants dorment de 14 à 15 heures par 24h, pour l'essentiel durant la nuit, avec 1 ou 2 siestes diurnes qui disparaîtront à l'entrée à l'école. Le sommeil *REM* diminue progressivement. **La capacité de s'auto-apaiser fait partie du développement normal de l'enfant** : avant 1 mois, 95% des bébés pleurent en se réveillant ; à 1 an, 60 à 70% sont capables de s'apaiser seuls, bien qu'ils se réveillent encore une ou 2 fois par nuit¹. Il y a bien sûr des variations individuelles.

Des troubles fréquents et sous-diagnostiqués ?

Selon deux enquêtes américaines de 2004 et 2006, 3/4 des parents sont insatisfaits du sommeil de leur enfant ; 10 à 14% en ont parlé à leur médecin². En 2005 en France, selon les généralistes de l'observatoire de la SFMG, ce motif concernait 0,5 à 1% des consultations de petits enfants³. Pourtant, la prévalence réelle est estimée à 1 à 6% avant l'âge de 3 à 4 ans si l'on ne prend en compte que les difficultés d'endormissement et/ou de durée du sommeil, 10 à 30% si l'on y ajoute les refus d'aller au lit et les réveils répétés nocturnes (plus encore en cas de comorbidités neurodéveloppementales ou psychiatriques)^{1,2}. Des études épidémiologiques ont montré que ces troubles entraînent des difficultés comportementales, allant de l'opposition/ agressivité (hyperactivité à cet âge plutôt que somnolence

Que conclure pour notre pratique ?

Bien que la majorité des troubles du sommeil du nourrisson ou du très jeune enfant soient d'ordre comportemental, l'évaluation implique toujours un examen physique complet de l'enfant. **Des doutes sur une anomalie respiratoire ou neurologique nécessitent un avis et une prise en charge spécialisée.**

La prise en charge des troubles du sommeil « habituels » doit impliquer les parents. Elle nécessite de **bien comprendre ce qui se passe, donc de bien connaître l'environnement familial**, les solutions essayées, les craintes et représentations, les problèmes des parents eux-mêmes, ce qu'ils attendent comme aide médicale... C'est à partir de cette connaissance que peut se construire la prise en charge. Nous y reviendrons.

diurne) à l'anxiété (avec labilité émotionnelle et irritabilité), avec un impact important sur la vie familiale¹.

L'insomnie comportementale au premier rang

Elle est définie par un endormissement difficile et/ou un temps de sommeil insuffisant^{1,2}.

Avant 3 ans, la prévention se résume à une simple hygiène du sommeil : régularité, rituels de couchage, mise au lit avant l'endormissement... L'efficacité d'une approche comportementale de ces insomnies est étayée² : de type « extinction » (les parents « ignorent » les pleurs et cris de l'enfant jusqu'à ce qu'il dorme...) ou de manière plus progressive (en allongeant les délais d'intervention...). Pour certains parents, l'aide d'un psychologue peut être nécessaire.

Entre 3 et 5-6 ans, ces insomnies deviennent plus expressives et communes du fait de la progression du langage. Les peluches s'ajoutent efficacement à l'hygiène décrite. Il n'y a place dans ce type d'insomnie ni aux examens (polysomnographie...) ni aux médicaments.

Autres troubles bénins et plus rares

Le mouvements rythmiques du nourrisson à un quelconque moment du sommeil ne nécessitent habituellement aucun traitement et disparaissent spontanément. Quelques séries de cas ont rapporté l'efficacité des benzodiazépines (clonazépam), tricycliques et antipsychotiques atypiques.

Entre 3 et 5 ans peuvent s'y ajouter des terreurs nocturnes (peur du lit, cauchemars de la 2^{ème} moitié de nuit) et des parasomnies (somanbulisme). De nombreux médicaments utilisés en pédiatrie peuvent être en cause. Le clonazépam est souvent prescrit dans l'indication « cauchemars », malgré le peu de preuves. Il faut surtout rassurer et informer les parents.

Références

- 1- Heussler HS. Common causes of sleep disruption and daytime sleepiness: childhood sleep disorders. *MJA*. 2005;182:484-9.
- 2- Moore M et al. A review of Pediatric Nonrespiratory Sleep Disorders. *Pediatrics*. 2006;130:1252-62.
- 3- SFMG. Observatoire de la médecine générale. Sur <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>