

Mots clés :

Enfant
Insomnie
Nourrisson
Trouble du
sommeil
Relation méde-
cin-malade

Parents et médecins face aux troubles du sommeil avant 5 ans

La plupart des troubles du sommeil avant 5 ans sont des troubles « fonctionnels »¹. De nombreux facteurs d'ordre social, culturel et familial interfèrent. Parents et médecins n'ont pas nécessairement les mêmes conceptions et représentations à ce sujet. Par ailleurs, ce qui fait *a priori* consensus – pas de prescription médicamenteuse dans la plupart des cas – ne semble pas réellement appliqué. Des études sur ces paradoxes apparents apportent des éléments de réflexion.

Sommeil et environnement familial

Rappelons **l'influence climatique** : la chaleur raccourcit la durée du sommeil et le réveil est plus précoceⁱⁿ².

Les troubles du sommeil sont surtout associés aux pratiques entourant le sommeil. Un rituel du coucher se poursuivant jusqu'à l'endormissement de l'enfant semble perturbateur, surtout s'il est de type « proximal » (s'allonger contre l'enfant, le bercer, lui donner un biberon, le prendre dans le lit des parents, etc.). La présence dans la chambre de frères et sœurs allonge la durée d'endormissement. Pourtant, le coucher dans le lit des parents (*co-sleeping*) fait l'objet de controverses : dans certaines populations, il est considéré comme « protecteur », ce que confirment certaines études en sciences humainesⁱⁿ² ; ailleurs, il est au contraire associé à des éveils nocturnes, un endormissement plus difficile, un sommeil plus bref². Une étude de cohorte suisse³ a suivi 493 enfants entre 1974 et 2001 jusqu'à leurs 10 ans. Durant la 1^{ère} année de vie, il y avait relativement peu d'enfants (<10%) à dormir avec leurs parents. Ce pourcentage augmentait (avec les réveils nocturnes...) jusqu'à 4 ans (près de 40% au moins 1 fois par semaine). Mais il semblait s'agir de phénomènes transitoires : aucune tendance évolutive n'a été constatée en dehors de la diminution progressive du refus d'aller au lit.

Il y a aussi corrélation entre troubles du sommeil et stress familial, notamment maternel^{2,4}, surtout s'il est renforcé par une situation d'acculturation qui ignore tout repère². « *Le fait pour l'enfant de s'endormir seul pourrait être le reflet d'une bonne gestion du stress qu'implique pour l'enfant la séparation lors du coucher...*

ce qui va dans le sens des travaux qui préconisent l'utilisation d'un objet pour faciliter l'endormissement »².

Qu'en pensent les médecins ?

Ils considèrent les troubles du sommeil de l'enfant comme peu fréquents contrairement aux parents^{1,4}. Une étude cherbourgeoise, bien qu'ancienne, chiffre cette divergence chez la quasi-totalité des médecins d'une petite collectivité française (4% vs 76%⁴). Les troubles du sommeil représentent moins de 10% des consultations de pédiatres américains⁵.

Ils s'interrogent réellement sur le contexte familial des troubles et les antécédents : évènements déclenchants, défauts d'adaptation de l'environnement, problèmes maternels²⁻⁴... Ils semblent cependant insuffisamment prendre en compte la physiologie du sommeil à cet âge⁴. Si les difficultés d'endormissement et les éveils nocturnes répétés sont bien des « troubles », les cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme sont le plus souvent physiologiques.

La place des médicaments est ambiguë. Les parents semblent souvent les demander, les médecins disent les prescrire rarement^{4,5}. Pourtant, les psychotropes sont largement utilisés : 35% des troubles du sommeil avant 1 an en Allemagne, 25% avant 18 mois en Grande-Bretagne, données similaires aux USA⁵. Plus de 75% des pédiatres avaient recommandé dans ce cas des médicaments en libre accès, plus de 50% avaient prescrit (antihistaminiques, puis hydrate de chloral, benzodiazépines, α -agonistes dont la clonidine et même des antidépresseurs), malgré les inconnues sur l'efficacité et la sécurité de ces médicaments.

Que conclure pour notre pratique ?

Banaliser ou soigner ? La majorité de ces troubles du sommeil sont bénins, souvent peu durables (<2 mois). C'est leur caractère chronique ou des troubles associés qui incitent à soigner : retentissement important sur la vie familiale, turbulence excessive, irritabilité, difficultés d'alimentation... Une cause organique est toujours possible mais rare, (épilepsie nocturne, douleurs d'un reflux gastro-oesophagien, ronflements et apnées du sommeil...).

Peut-on vraiment éviter la prescription de médicaments ? Au-delà de questions pharmacologiques actuellement sans réponses, leur usage ne peut être que transitoire et toujours précédé d'un long dialogue avec les parents. Aucun médicament n'a réellement montré les preuves de son efficacité et de son innocuité. Même la prescription de placebos ou apparentés ne doit pas éviter l'exploration des perturbations familiales sous-jacentes, sans « imposer » des solutions qui ne tiendraient pas compte des données culturelles familiales.

Références

- 1- Collectif. *Troubles du sommeil de la petite enfance. Bibliomed. 2009:?*
- 2- Louis J et al. *Troubles du sommeil et rituels d'endormissement chez le jeune enfant dans une perspective transculturelle. Arch Pédiatr. 2004; 11: 93-8.*
- 3- Jenni OG et al. *A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. Pediatrics. 2005; 115(1 Suppl):233-40.*
- 4- Danel P et al. *Le généraliste confronté aux troubles du sommeil. Conc Méd. 1996; 118: 284-8.*
- 5- Owens JA et al. *Medication Use in the Treatment of Pediatric Insomnia: Results of a Survey of Community-Based Pediatricians. Pediatrics. 2003; 111:e628-e635.*