

Mots clés :

Enfant
Insomnie
Trouble du sommeil
Relation médecin-malade

Troubles du sommeil à l'âge scolaire (6-12 ans)

On estime habituellement qu'il y a peu de problèmes de sommeil à cette période médiane de l'enfance. C'est un moment où se mettent en place les « bonnes habitudes » de sommeil – entre autres – mais aussi où les particularités de l'enfant se développent, notamment celles de son cycle circadien personnel (le besoin de sommeil se fait plus tardif)¹. La prévalence des troubles du sommeil est pourtant plus importante que ce qui est habituellement reconnu^{1,2}, le plus souvent en rapport avec une hygiène du sommeil défaillante¹. La nature et le traitement de ces troubles posent des problèmes spécifiques qu'éclaircissent des synthèses et études récentes¹⁻⁵.

Une prévalence importante

La durée du sommeil physiologique diminue progressivement : un peu moins de 12h à 4 ans, un peu plus de 9h à 12 ans³. Dans une récente enquête américaineⁱⁿ¹, plus d'un parent sur 3 évoque des troubles du sommeil des enfants d'âge scolaire : réticence à aller au lit (15 à 25%), endormissement difficile (10%), somnolence diurne (10%). De même, dans une étude longitudinale allemande sur 3 ans (plus de 800 enfants d'âge moyen 9 ans en début de suivi)², 30% à 40% avaient des problèmes d'endormissement au début de l'étude ; un an plus tard, 60% de ceux-ci avaient encore du mal à s'endormir. En général, les enfants rapportaient plus de difficultés que leurs parents ne le signalaient.

Troubles persistants et particularismes

Certains troubles sont le simple prolongement de ceux de la petite enfance. Si les réveils nocturnes sont moins fréquents, les terreurs et cauchemars peuvent persister jusqu'à 8-9 ans¹⁻³. Le somnambulisme atteint plus les garçons que les filles. Il est souvent associé à l'énurésie, souvent considérée aujourd'hui comme une parasomnie³. Les insomnies sévères paraissent moins fréquentes². Il existe quelques causes rares : syndrome obstructif avec parfois apnées du sommeil (1-3%) en général du fait d'une hypertrophie adénotonsillaire, bruxisme, syndrome des jambes sans repos et autres mouvements périodiques des membres (2%)^{1,3}. Ces causes particulières nécessitent parfois un traitement spécifique dont les bases pharmacologiques sont pour le moins incertaines...

Que conclure pour notre pratique ?

Anticiper pour prévenir... L'insuffisance du sommeil, en quantité ou qualité, résume la quasi-totalité des troubles du sommeil de l'enfant d'âge scolaire. Mais un trouble qui s'installe risque de perdurer. Interroger systématiquement sur les conditions de sommeil à l'occasion de toute consultation, y compris chez l'enfant bien portant, devrait donc être aussi banal que de s'intéresser à ses problèmes de nutrition, de dents, ou de vaccins...

Impliquer les parents. Le sommeil de leur enfant dépend de règles simples dont les routines du coucher, des horaires réguliers. La consultation est le moment privilégié pour qu'ils expriment librement leurs erreurs. Leur demander de remplir un « agenda du sommeil » de leur enfant - qui concerne en fait tous les petits et grands événements de la vie courante - peut les aider dans cette démarche². Construire avec eux un plan thérapeutique est la meilleure garantie de son succès. Cette « éducation thérapeutique » nécessite en général du temps et des évaluations successives sur plusieurs consultations.

Une hygiène du sommeil inadéquate

Le trouble le plus fréquent est un sommeil de quantité ou qualité insuffisante, entraînant somnolence diurne, fatigue, difficultés de concentration, humeur à tonalité négative. Outre la prise de conscience progressive à cet âge de la violence dans la vie réelle, une moindre supervision parentale, les causes habituelles sont les nombreuses activités nouvelles (scolaires, sociales, sportives, « électroniques » : télévision, Internet, jeux vidéo, téléphones portables) qui entrent en conflit avec les besoins de sommeil¹. Une enquête chez 400 petits anglais (4-10 ans) a ainsi montré que la présence d'une télévision dans la chambre était l'une des causes, sous-estimée mais importante, de troubles du sommeil⁴.

Quelle prise en charge ?

La 1^{ère} mesure à envisager est donc de s'assurer d'une bonne hygiène du sommeil¹ : chambre fraîche, obscure, calme, incitant au sommeil, isolement... La mise au lit se prépare : pas d'excitants type caféine (coca...), pas trop d'exercice le soir, ni de devoirs ou activités trop prenantes, pas d'électronique au lit. La régularité dans les routines de couchage et de réveil reste un élément essentiel de cette hygiène du sommeil¹.

Dans les troubles « ordinaires » du sommeil, la prescription médicamenteuse pose les mêmes questions que dans la petite enfance sur son efficacité et innocuité⁵. Cette prescription ne peut être envisagée, pour une durée aussi brève que possible, que lorsque les mesures non pharmacologiques – toujours à mettre en œuvre en premier - n'ont pas donné de résultats^{1,3}.

Références

- 1- Moore M et al. A review of Pediatric Nonrespiratory Sleep Disorders. *Pediatrics*. 2006; 130: 1252-62.
- 2- Fricke-Oerkemann L et al. Prevalence and course of sleep problems in childhood. *Sleep*. 2007; 30: 1371-7.
- 3- Thiedke CC. Sleep Disorders and Sleep Problems in Childhood. *Am Fam Physician*. 2001; 63: 277-84.
- 4- Owens J. Vision-viewing Habits and Sleep Disturbance in School Children. *Pediatrics*. 1999; 104: e27
- 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.