

Mon enfant n'arrive pas à dormir ou

Les troubles du sommeil du nourrisson et de l'enfant

S. Figon, B. Senez, JL. Mas

L'essentiel

Les troubles du sommeil chez l'enfant sont variés, fréquents et transitoires le plus souvent.

Toutes formes confondues, 15 à 25 % des enfants de 1 à 5 ans présentent des troubles du sommeil. Dans 80 % des cas, les plaintes concernent les enfants de moins de 4 ans.

Il est nécessaire de bien connaître l'organisation physiologique du sommeil de l'enfant afin de comprendre le mécanisme de certains troubles du sommeil.

Les troubles du sommeil de l'enfant sont le plus souvent bénins et transitoires : tout doit être mis en oeuvre pour qu'ils ne se pérennisent pas.

Un sommeil troublé retentit autant chez l'enfant que dans son entourage proche : fratrie et parents.

L'analyse des conduites familiales psychologiques, et/ou éducatives est l'étape première et essentielle de la consultation.

Le recours aux médicaments, s'il se produit, doit être exceptionnel et en tous cas, toujours précédé d'un long dialogue avec la famille.

Le praticien doit aider les parents tout en gardant à l'esprit qu'ils détiennent seuls la solution dans la plupart des cas.

Ce qu'il faut faire

Accorder du temps et de l'importance à ce symptôme : les problèmes du sommeil sont souvent abordés par les parents en fin de consultation voire même au téléphone. Cette pathologie nécessite à elle seule une ou plusieurs consultations souvent longues afin de mieux comprendre ce qui se passe.

Faire un interrogatoire minutieux des caractéristiques du sommeil et de son trouble:

- depuis quand ?
- qu'est-ce qui a déclenché ce trouble ?
- quels sont les changements récents dans l'environnement ?
- quels les rythmes propres de la famille ?
- Quelles solutions les parents ont-ils essayées ?
- Où dort l'enfant ?

Demander de réaliser un calendrier du sommeil (heure d'endormissement et de réveils, nombre de réveils, événements diurnes et nocturnes...) sur 2 semaines.

Evaluer la dynamique familiale et s'inquiéter d'une éventuelle pathologie dépressive chez l'un ou l'autre des parents, la mère, surtout.

Aider les parents à verbaliser leurs craintes et leurs représentations par rapport à ce problème qui pour eux n'est jamais anodin (peur de la mort subite chez le nourrisson...).

Interroger les parents sur la présence de troubles du comportement de leur enfant dans la journée

Rechercher les antécédents familiaux et personnels : comitialité, somnambulisme, les maladies actuelles de l'enfant (ORL, digestives..)

Examiner l'enfant afin de rechercher une raison organique

Ce qu'il faut dire

Expliquer aux parents les cycles du sommeil par un petit schéma.

Proposer sans imposer aux parents les conseils ci-dessous qui peuvent être repris sous forme de fiches.

- Rappeler les règles de couchage des nourrissons : les coucher sur **le** les dos, dans une pièce non surchauffée (18-20°), en turbulette ou en pyjama, sans oreiller ni couverture. Inutile de réveiller bébé pour voir s'il respire bien !
- Pour favoriser l'allaitement maternel, le nourrisson peut (et doit) dormir dans la chambre parentale (méthode prouvée favorisant les tétées nocturnes et permettant la poursuite d'un allaitement strict*). Hormis ce cas, notre culture occidentale nous déconseille de faire dormir le très jeune enfant dans le lit ou la chambre parentale. Il peut en être tout autre dans certaines traditions africaines ou asiatiques.
- respecter les rythmes de l'enfant : sieste incontournable jusqu'à **3** - 4 ans, horaires réguliers de coucher.
- Observer les « donneurs de temps » (2) que sont l'alternance du jour et de la nuit, la régularité des repas, des moments de jeux et de promenades chez le petit, les heures de lever et de coucher chez le plus grand.
- mettre en place des rituels du soir, ce qui instaure un climat affectif propice à l'endormissement : le coucher de l'enfant idéalement doit suivre une période de calme : contes, chansons, câlins, dessins... tout ce qui peut apaiser l'enfant.
- Rester constant dans votre manière de coucher l'enfant, une fois ces rituels acquis. L'enfant doit être prévenu un moment à l'avance qu'il doit aller au lit. Lorsque l'enfant est couché, éviter autant que possible de retourner dans la chambre de l'enfant au moindre appel.
- Ne pas renforcer la difficulté de séparation ressentie lors du couchage par une teinte émotionnelle : tu vas me manquer, heureusement que tu es là mon chéri.....
- Eviter de se précipiter dans la chambre de l'enfant à chaque réveil nocturne, mais le laisser au contraire se rendormir seul, ce qu'il doit faire normalement en quelques minutes. Dans tous les cas, ne pas l'habituer au biberon nocturne. Proscrire formellement tout biberon sucré donné au coucher pour que l'enfant s'endorme (prévention de la carie dentaire)
- Lors des cauchemars ou des pleurs nocturnes, consoler l'enfant mais savoir être ferme pour le recouchage.
- Ne pas donner chez le grand enfant des boissons excitantes type « coca-cola ».

Ce qu'il faut savoir

A - L'organisation du sommeil selon l'âge (1)

L'organisation physiologique du sommeil se fait dès le 6^e mois, et restera la même ensuite, même si la durée des cycles varie légèrement selon l'âge. A partir de 5 ans, la durée des cycles et leurs caractéristiques sont celles de l'adulte.

Les différents stades du sommeil

- *L'endormissement*
- *Le sommeil lent : stade 1, 2 avec rêves flous. Durant l'endormissement et le stade 1-2, persiste une certaine vigilance, l'enfant peut donc être réveillé par une ambiance sonore. S'il se réveille complètement, les rites de l'endormissement doivent être repris.*
- *Le sommeil lent : stade 3 et 4 dit sommeil profond.*

Le sommeil lent prédomine en 1° partie de nuit, c'est le sommeil dit réparateur, durant lequel, entre autre, est sécrétée l'hormone de croissance.

- *Le sommeil paradoxal* ; c'est le sommeil du rêve (ou des cauchemars). Il remplace le sommeil agité du nourrisson de moins de 6 mois. Il prédomine en fin de nuit.
- *Les réveils nocturnes* : De manière physiologique, dans la 2° partie de nuit, survient une phase brève de réveil juste après le sommeil paradoxal, qui peut se répéter 2 à 4 fois dans la nuit. Si cette phase dure moins de 3 minutes, l'enfant se rendort. S'il est anxieux, ou s'il vient de faire un cauchemar durant le sommeil paradoxal, il va se réveiller complètement, avoir de la peine à se rendormir (car il doit attendre le cycle suivant) et appeler ses parents.

Le rythme veille- sommeil (2)

Durant les 1° mois de vie, le sommeil est rythmé par les repas : la journée s'organise entre période de veille avec les repas, et période de sommeil ; sommeil agité, sommeil calme.

Peu à peu entre 2 et 4 mois, la durée de sommeil nocturne s'allonge, le bébé ne réclamant plus de biberon la nuit. Les besoins de sommeil, très variables selon les enfants, sont en moyenne de :

- 16 à 17 heures en période néo natale
- 13 heures à 2 ans
- 9 heures à 10 ans

Les siestes, périodes de récupération essentielles de l'enfant, se réduisent de la manière suivante :

- 2 siestes à 12 mois
- Une sieste de 2 heures à 18 mois qui disparaît vers l'âge de 4 ans (parfois 5 ou 6 ans)

A partir de 6 ans, l'enfant est en général très bon dormeur la nuit et très vigilant la journée ; mais la profondeur de son sommeil peut être à l'origine de parasomnies.

En outre, il existe une très grande variabilité à tous les âges, des besoins de sommeil (différence de 2 à 3 heures) : il y a très tôt des petits et des gros dormeurs, des enfants du matin et des enfants du soir.

B - Les troubles du sommeil

1 Les parasomnies

Elles sont fréquentes et ne sont considérées comme pathologiques que si elles se répètent et perturbent la vie familiale. La compréhension de ces phénomènes met en jeu le mécanisme du sommeil. Ces parasomnies surviennent toujours en première partie de nuit (avant minuit), en phase de sommeil profond, après 1 ou 2 cycles normaux. L'enfant dort si profondément qu'il ne passe pas en sommeil paradoxal. C'est à ce moment que ces phénomènes, souvent impressionnants, pour les parents surviennent : terreurs nocturnes, somnambulisme. Les facteurs favorisant ces parasomnies sont :

- des journées « épuisantes » pour l'enfant, qui n'a pas pu faire une sieste réparatrice (le dimanche par exemple) ou une stimulation inhabituelle.
- les épisodes fébriles
- le « stress » scolaire

Description des parasomnies les plus connues :

- **les terreurs nocturnes**, à partir de 1 an, mais surtout entre 3 et 6 ans : l'enfant s'éveille brutalement, est agité, confus, assis sur son lit, pleure ou crie, est hagard. Les parents n'arrivent pas à le réveiller (il est en sommeil profond). L'enfant se rendort rapidement en 2 à 5 minutes et ne se souvient de rien. Il faut rassurer les parents, leur

demander de ne pas réveiller l'enfant, mais de s'asseoir à côté de lui et de lui parler doucement jusqu'à ce qu'il se recouche. Ces terreurs ne doivent pas être confondues avec les cauchemars qui surviennent en 2^o partie de nuit : l'enfant est réveillé mais est conscient et capable de verbaliser ce mauvais rêve.

- **Le somnambulisme**, concerne les enfants de 4 à 10 ans. 1 à 6 % des enfants font un épisode par mois. Ce sont surtout des garçons (3). Il existe une hérédité familiale. Ce phénomène disparaît à la puberté. L'enfant, 1 ou 2 fois par nuit, se lève, les yeux ouverts, le visage inexpressif, et effectue des actes parfois élaborés mais maladroits. Il est docile et se laisse reconduire à son lit. La durée est de quelques minutes à une demi-heure. Les conseils aux parents sont les mêmes que pour les terreurs nocturnes.
- Même si ce trouble est le plus souvent bénin, dans certains cas, on évoque un **somnambulisme à risque** (4) : il se produit 2 à 3 fois par semaine, l'enfant effectue des activités dangereuses (ouverture de fenêtre (**Sd d'Elpenor**), il est parfois associé aux terreurs (l'enfant hurle en déambulant). Il peut persister après la puberté, et se voit chez des enfants avec problème psychologique. Un avis spécialisé est alors nécessaire afin de réaliser un enregistrement du sommeil.
- **D'autres parasomnies** sont plus anecdotiques et totalement bénignes : bruxisme, somniloquie, rythmies du sommeil. Les rythmies du sommeil sont appelées aussi myoclonies d'endormissement, elles surviennent chez l'enfant entre 1 et 4 ans, pendant la transition veille- sommeil et gênent parfois l'endormissement de l'enfant. On peut les observer chez le nourrisson ; les membres supérieurs et inférieurs sont animés de mouvements et secousses rapides, il ne faut pas les confondre avec des mouvements épileptiques.
- L'énurésie (voir le chapitre sur le sujet), se produisant en fin de sommeil profond, est considérée par certains auteurs comme une parasomnie.
- **Le traitement de ces parasomnies** est d'abord la réassurance des parents. Une aide psychologique ou psychothérapie sera proposée si la gêne familiale est importante. Les médicaments ne seront donnés qu'en dernier lieu, ou lors de somnambulisme à risque (4):
 - clobazam (Urbanyl^R) à la dose de 5 à 20 mg
 - diazépam (Valium^R) 2 à 10 mg par jour.
 - imipramine (Tofranil®): beaucoup moins utilisée qu'auparavant**Ces produits n'ont pas d'AMM.**

2 les causes organiques ou médicales

Elles doivent être systématiquement recherchées :

- les infections ORL en raison de l'otalgie ou de la gêne respiratoire qu'elles entraînent (rappeler l'usage du mouche-bébé chez le tout petit)
- une hypertrophie importante adénoïdienne ou amygdalienne (ronflement nocturne, respiration bouche ouverte, voire même constatation de pauses respiratoires nocturnes par les parents), est responsable de somnolence diurne excessive en raison d'un sommeil de mauvaise qualité. L'enfant peut présenter un retard de croissance, une baisse des performances scolaires, des céphalées). Un avis chirurgical ORL est alors utile.
- les maladies respiratoires : asthme, laryngite souvent à recrudescence nocturne
- l'eczéma en poussée

- chez le nourrisson, les troubles digestifs sont fréquents surtout les 3 premiers mois de vie : le reflux gastro oesophagien qui peut occasionner des douleurs nocturnes, la constipation qui entraîne des réveils douloureux.
- tout syndrome douloureux de l'enfant

3 les troubles psychologiques, les perturbations relationnelles entre parents et enfants

Ces troubles représentent la majorité des plaintes des parents : l'enfant souvent âgé de moins de 4 ans, ne veut pas se coucher le soir et se réveille fréquemment la nuit, sollicitant ses parents. Cette insomnie de l'enfant aboutit à l'épuisement de la mère voire de la famille entière.

Après avoir éliminé les erreurs éducatives (voir conseils ci –dessus) et les influences environnementales (milieu bruyant, parents couche-tard), on évoque des raisons psychologiques liées à l'anxiété parentale excessive qui aggrave l'angoisse de séparation de l'enfant. La notion réductrice mais simple « d'enfant- symptôme » rentre alors en jeu.

Les facteurs déclenchants sont divers et souvent tus par les parents :

- histoire familiale lourde à porter
- traumatismes passés vécus par les parents (séparation dans leur jeune enfance...)
- deuils récents
- drames familiaux ou changements importants : chômage, déménagement
- mésentente dans le couple
- dépression maternelle
- les suites d' hospitalisation avec réactivation de l'angoisse de séparation durant de nombreux mois parfois.
- anxiété et dépression de l'enfant : le trouble du sommeil s'accompagne alors d'autres troubles telles les difficultés scolaires. Ces diagnostics se voient plus volontiers chez le grand enfant.
- Les troubles du développement mental ou dysharmonies ; l'enfant présente alors des troubles du comportement diurnes.

Tous ces troubles psychologiques accompagnés de troubles du sommeil bénéficieront d'une psychothérapie de soutien dans les cas les plus simples, ou d'une thérapie pédopsychiatrique faite sur un mode individuel ou familial dans les cas les plus complexes.

Il n'existe aucun traitement médicamenteux satisfaisant. Même si la prescription est accompagnée d'un long dialogue, une fois le médicament à la maison, les parents recourent facilement à l'automédication. Cependant la demande des parents est forte, et résister à cela relève parfois de l'exploit. Les médications peuvent être prescrites en vue de rendre le sommeil à l'enfant et donc de soulager les tensions familiales parfois très intenses.

Les prescriptions seront rares, à haute valeur « placebo » ajoutée, en utilisant au maximum la valeur symbolique de la prescription. La réponse pharmacologique répond, en partie, à une « situation d'urgence » face à une famille désespérée, épuisée par les troubles du sommeil de leur(s) enfant(s). Elle sera donc nécessairement de courte durée et régulièrement réévaluée par des entretiens réguliers s'intégrant dans une démarche de psychothérapie de soutien. Cette prise en charge est du domaine du médecin de famille.

A cette prise en charge psychologique on peut associer une démarche rééducative, telle que décrite au dessus, utilisant les rites du coucher et diverses techniques de relaxation ou de massages décontractant. Ces approches relèvent plus du bon sens ou de la tradition populaire.

Le traitement médicamenteux sera d'abord celui de la cause s'il en est : otite, dépression, par exemple.

Ailleurs, l'approche pharmacologique peut utiliser :

- l'homéopathie : par exemple, l'aconit napel donnerait des résultats dans certaines parasomnies, le stramonium dans certaines difficultés d'endormissement. Le sirop Noctium^R est prescrit chez l'enfant de plus d'un an à la dose de 1 cuillère mesure le soir. L 72^R est utilisé chez l'enfant de plus de 2 ans à raison de 30 gouttes le soir. Comme toujours, dans cette approche, aucune preuve d'efficacité n'est disponible et l'on utilise avant tout l'effet placebo.
- Phytothérapie. Les preuves d'efficacité manquent également ou sont très pauvres :
 - o La valériane, l'eschscholtzia californica, par exemple, auraient des propriétés relaxantes intéressantes
 - o Le Sympavagol^R est indiqué chez l'enfant de plus de 30 mois en raison de sa teneur en alcool ; une cuillère à café .
 - o L'Euphytose ® est une association d'aubépine, passiflore, valériane et ballote qui est officiellement indiquée dans les troubles du sommeil de l'adulte et de l'enfant de plus de 6 ans.
- Allopathie.
 - o Certains auteurs citent le Melleril ou la Mépronizine (5). Ils n'ont pas d'indication pour les troubles du sommeil de l'enfant ou sont contre indiqués. Nous en déconseillons l'utilisation comme celle de tout médicament contenant des neuroleptiques ou apparentés (antihistaminiques de première génération).
 - o Le Niaprazine (Nopron ®) est probablement le plus utilisé. Nous n'avons pas trouvé de données comparatives pour justifier cette préférence. Il peut être prescrit à la dose d'1 mg/kg à partir de l'âge de 3 ans. Je le déconseillerais aussi pour les mêmes raisons que ci-dessus.
 - o Certains médicaments antihistaminiques sont utilisés pour leurs propriétés anxiolytiques et sédatives :
 - alimemazine (Théralène ®) sirop et gouttes buvables utilisable à partir de 3 ans pour les troubles du sommeil de l'enfant (dès 12 mois dans ses indications anti-allergiques), à la dose de 0.25 à 0.50 mg/kg, le soir. Je le déconseillerais aussi pour les mêmes raisons que ci-dessus.
 - Hydroxyzine (Atarax®), sirop à la dose de 1mg/kg / jour. Son indication est l'anxiété mineure. Ce médicament peut être prescrit chez l'enfant de 30 mois, mais en raison de sa teneur en alcool il est déconseillé de l'utiliser en dessous de l'âge de 12 ans.
- La durée des traitements est donc courte. L'enfant et sa famille seront revus régulièrement et le traitement réduit en vue de son arrêt progressif. Ce sera l'occasion de rediscuter avec l'enfant du sommeil et de sa signification, de son rôle physiologique réparateur, nécessaire et utile.

Ce qu'il faut lire

(1) De Leersnyder H. *les troubles du sommeil de l'enfant*. Le concours médical, 1999 ; 121(12) :885-890

(2) Fischer E., Etiemble J. *Rythmes de l'enfant, de l'horloge biologique aux rythmes scolaires*. Le concours médical, 2001 ;123(27) : 1795-1800

(3) De Broca A. *le développement de l'enfant. collection pédiatrie au quotidien.* Masson 2002

(4) Challamel M.J. *Les parasomnies.* <http://ura1195-6.univ-lyon1.fr/>

(5) Ployet JL, Bremond M, Papoin J – *La consultation pédiatrique* – Paris, Masson edt 2001, 304 pages

Les mots pour index

Sommeil, parasomnie, somnambulisme, terreurs nocturnes, bruxisme, rythme, sieste, myoclonies, dysharmonies, comitialité, somniloquie, hypertrophie (adénoïdienne, amygdalienne), eczéma, angoisse de séparation, difficultés scolaires, comportement (troubles), homéopathie, allopathie, phytothérapie, psychothérapie,