

TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

2^e PARTIE — TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT

Sophie Chaulet, Florence Deguigne, Dr Anne-Sophie Chocard, Pr Philippe Duverger

Unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. CHU, 49933 Angers Cedex, France
PhDuverger@chu-angers.fr

OBJECTIFS

DIAGNOSTIQUER les troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.

ARGUMENTER l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Le sommeil est un élément majeur de la qualité de vie. Les caractéristiques et les besoins de sommeil sont différents en fonction de l'âge. La fréquence de survenue des perturbations du sommeil chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent conduit souvent à banaliser ces manifestations et à sous-estimer l'existence de véritables troubles (dyssomnies, parasomnies). S'ils se chronicisent, ils peuvent présenter des répercussions importantes sur la qualité de veille, le fonctionnement familial et scolaire. Une investigation approfondie est donc utile, avec l'aide de l'entourage familial, afin d'établir un diagnostic étiologique précis.

Il existe deux grands types de troubles du sommeil chez l'enfant : d'une part les dyssomnies, qui concernent la quantité, la qualité et l'horaire du sommeil (insomnies, hypersomnies, troubles du rythme circadien), d'autre part les parasomnies, dont la principale perturbation concerne la survenue d'événements épisodiques anormaux pendant le sommeil et qui seraient essentiellement liées au développement. La répétition des perturbations du sommeil dans le temps témoigne de leur caractère pathologique.

Par ailleurs, à chaque âge, de nombreuses affections médicales ou psychiatriques peuvent avoir un retentissement sur la qualité du sommeil.

Rappels électrophysiologiques sur le sommeil normal

Le sommeil normal est organisé en une succession de stades de sommeil paradoxal et de sommeil lent.

La phase de sommeil paradoxal est caractérisée par une activité électrique rapide, peu différente de celle qui existe à l'état de veille, l'existence de mouvements oculaires rapides, et un relâchement du tonus musculaire.

La phase de sommeil lent est dépourvue d'activité motrice, avec des ondes lentes à l'électroencéphalogramme. Cette phase est subdivisée en 4 stades (I, II, III, IV), selon le rythme et l'amplitude des ondes électriques, allant du sommeil léger (I) au sommeil profond (IV).

Le sommeil lent s'accompagne d'une reconstitution énergétique, tandis que le sommeil paradoxal correspond à l'expérience du rêve. L'alternance des stades de sommeil définit des cycles, constitués des différents stades de sommeil lent puis de sommeil paradoxal. Trois à cinq cycles de sommeil se succèdent au cours d'une nuit. Les cycles de début de nuit sont plus riches en sommeil lent profond, les cycles de fin de nuit plus riches en sommeil paradoxal.

Particularités du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent

En l'absence de classifications propres à l'enfant, la classification internationale des troubles du sommeil est retenue. Elle est fondée sur des critères cliniques, épidémiologiques, mais aussi électrophysiologiques. Les troubles relatifs à l'enfant et à l'adolescent y sont intégrés sous forme d'un continuum avec ceux de l'adulte, dans une perspective développementale et de maturation du système nerveux central.

Le nourrisson

Un nouveau-né dort en moyenne 16 à 17 heures par jour, par fractions de 3 heures, réparties sur l'ensemble du nyctémère. À l'âge de 3 mois, il dort 15 heures par jour, mais selon un rythme différent, avec des phases de sommeil plus longues pendant la nuit, des moments d'éveil prolongés le jour. Le sommeil de jour (la sieste) disparaît vers 4 ans. La quantité de sommeil total diminue

ensuite très progressivement jusqu'à un plateau de 13-15 heures entre 6 mois et 4 ans. Il existe toutefois de très grandes variabilités interindividuelles.

Chez le nouveau-né, le cycle de sommeil est court, constitué d'une période de sommeil agité, au cours duquel les éveils sont faciles, et d'une période de sommeil calme, beaucoup plus stable. La structure du sommeil se modifie très rapidement et ressemble dès l'âge de 6 mois à celle de l'adulte. Le sommeil est souvent stable les 3 premières heures, et entre minuit et 5 heures surviennent des éveils brefs, spontanés, physiologiques à chaque changement de cycle. La survenue de ces éveils brefs chez les enfants les plus jeunes est normale, mais des difficultés apparaissent si l'enfant est incapable de se rendormir seul.

Au début de la vie, l'alternance sommeil/veille dépend étroitement de l'alternance satisfaction/besoin ; puis l'action conjuguée de la rythmicité endogène et la nature de la relation à la mère modifient ce rythme binaire. La mère agit sur le sommeil en jouant un rôle dans les processus d'ajustement entre les moments de veille et de sommeil, et l'alternance jour/nuit. Le sommeil, outre un besoin évident, prend alors valeur de communication et devient le centre d'un système interrelationnel entre la mère et l'enfant.

L'enfant

Pour le très jeune enfant, la problématique du coucher renvoie à la séparation, moment d'importante régression et de vulnérabilité. Le rôle de l'entourage est d'aménager l'aire transitionnelle de l'endormissement (rituels du coucher tels le verre de lait, le récit d'une histoire) pour permettre à l'enfant d'accepter cette distance, sans la vivre comme un abandon. À partir de la deuxième année, le petit enfant est très ambivalent par rapport au coucher, partagé entre son désir d'autonomisation et ses besoins de dépendance encore très marqués. L'angoisse de séparation est inhérente à cette phase du développement.

Parfois, certaines phobies normales (peur du noir, des monstres), entre 3 et 5 ans, peuvent générer des difficultés d'endormissement.

L'opposition au coucher est fréquente entre 2 et 4 ans, l'enfant refuse d'aller au lit et/ou se relève et veut rester avec ses parents. Cette opposition peut s'inscrire parmi d'autres comportements d'opposition.

L'adolescent

La durée moyenne de sommeil chez l'adolescent est de 7 à 8 heures. La durée totale de sommeil est très variable d'un individu à l'autre ; les limites considérées comme normales se situent entre 6 et 10 heures.

Les troubles du sommeil sont habituels à cet âge. Soixante-dix à quatre-vingt pour cent des adolescents se plaindraient de leur sommeil : endormissements et réendormissements difficiles, fatigue au réveil avec un sentiment d'insatisfaction du sommeil et somnolence diurne se prolongeant une partie de la matinée. Ces

troubles du sommeil traduisent a minima leurs conflits psychiques internes, mais aussi leur opposition à l'autorité parentale, garante des règles éducatives dont l'heure du coucher fait partie. La tendance à se coucher tard devient ainsi la règle, expression d'une volonté d'autonomisation, justifiée éventuellement par les impératifs scolaires.

Les troubles du sommeil peuvent être aussi des signes annonciateurs de troubles psychopathologiques que l'entretien avec l'adolescent et ses parents permet de découvrir. D'une manière générale, sauf problème important d'angoisse ou de sommeil, l'adolescent doit trouver lui-même progressivement ses nouveaux rythmes, et éprouver ses nouveaux besoins. En cas de difficultés ou d'échec, de véritables perturbations du sommeil peuvent se pérenniser. Il convient de les repérer et de les traiter sans retard.

Dyssomnies

Les dyssomnies sont des troubles du sommeil dont la principale perturbation concerne la quantité, la qualité et les horaires du sommeil.

Elles comportent 3 groupes de troubles : les insomnies, les hypersomnies et les troubles du rythme circadien.

Leur diagnostic repose essentiellement sur la notion de plainte subjective de la part du patient. Chez l'enfant, cette plainte vient surtout de l'entourage (parents, puéricultrices...) qui s'inquiète de sa somnolence, de sa fatigabilité, de son irritabilité, de son hyperémotivité ou de son déficit attentionnel.

Insomnies

Dans l'insomnie, le sommeil n'est pas satisfaisant en quantité et/ou qualité. Il peut s'agir de difficultés à l'endormissement, de difficultés à maintenir le sommeil et/ou de réveils matinaux précoces. Ces perturbations doivent être présentes au moins 3 fois par semaine pendant au moins 1 mois. Nous ne parlons pas ici des insomnies transitoires, banales, qui font partie de la vie quotidienne.

Pour évaluer un trouble du sommeil chez un enfant, il faut surtout s'attacher aux signes de privation de sommeil qui affectent son comportement diurne. Il faut aussi apprécier le retentissement du trouble sur la vie familiale.

1. Insomnie de la première année

Dès l'âge de 2-3 mois peuvent apparaître des insomnies qui sont le plus souvent induites par la rigidité parentale (non-respect des rythmes propres de l'enfant). Les troubles cèdent rapidement après correction de ces conditions défavorables. Il existe de rares cas d'insomnies précoces sévères, prenant soit une forme agitée (le bébé ne cesse de hurler et de s'agiter), soit une forme calme (le bébé reste silencieux, immobile dans son lit, gardant les yeux ouverts). Elles nécessitent souvent une évaluation psychopathologique, voire la mise en place d'une psychothérapie mère-enfant. Une cause organique doit toujours être éliminée.

Entre 3 et 9 mois, l'insomnie est plus rare.

À partir de 9 mois, des insomnies avec dette de sommeil peuvent s'installer. Après une journée agitée, l'endormissement est long, les réveils nocturnes fréquents ne faisant qu'accroître la tension familiale (facteurs d'aggravation et de pérennisation du trouble). La majorité de ces insomnies sont le reflet d'un malaise relationnel entre le nourrisson et son environnement. Dans ce contexte, il est fondamental de dépister un trouble des interactions précoces et d'éventuels signes inauguraux d'un trouble envahissant du développement. Les investigations paracliniques sont normales.

2. Insomnies du jeune enfant

Elles sont beaucoup plus banales, faisant presque partie du développement normal de l'enfant entre 2 et 6 ans. La plupart de ces insomnies sont liées aux difficultés à mettre en place « l'aire transitionnelle ». Généralement, ces troubles s'améliorent par de simples mesures psychoéducatives. Le recours aux prescriptions médicamenteuses n'est pas recommandé.

3. Insomnies de l'enfant d'âge scolaire et de l'adolescent

Plus rarement rencontrée à cet âge, l'insomnie est souvent liée à une hygiène de sommeil inadéquate. Les horaires de coucher tardif et de lever précoce (contraintes scolaires) peuvent parfois aboutir à une privation chronique de sommeil, responsable d'une somnolence diurne ayant un retentissement sur les résultats scolaires. Cependant, dans la majorité des cas, l'enregistrement polysomnographique montre un sommeil normal en quantité et en qualité.

Hypersomnies

L'hypersomnie est caractérisée soit par une somnolence diurne excessive ou des attaques de sommeil inadaptées, soit par une prolongation de la période de transition sommeil-éveil. Parmi les hypersomnies pathologiques, il faut distinguer les hypersomnies secondaires (cf. infra) de celles dites primaires, divisées en 2 catégories : les hypersomnies permanentes (syndrome de Gélineau et hypersomnie idiopathique) et les hypersomnies récurrentes (syndrome de Kleine-Levin).

1. Syndrome de Gélineau : narcolepsie-cataplexie

Ce syndrome rare (prévalence de 0,06 %) touche surtout les hommes et débute le plus souvent à l'adolescence. Il se caractérise, dans sa forme complète, par l'association d'une somnolence diurne excessive, d'épisodes de sommeil diurne invincibles, d'accès cataplectiques (abolition brutale du tonus musculaire à l'occasion d'une vive émotion), d'hallucinations hypnagogiques et de paralysie du sommeil. Si le diagnostic demeure essentiellement clinique, l'enregistrement polygraphique du sommeil confirme le diagnostic ; le typage HLA (DQB1 0602) peut aussi aider au diagnostic. Le traitement de la somnolence est essentiellement symptomatique, reposant sur les psychostimulants (méthylphénidate ou modafinil). Institués précocement, en association à des mesures d'hygiène (siestes programmées, respect du temps de sommeil), ils permettent de donner une meilleure chance à ces adolescents de poursuivre une scolarité normale.

2. Hypersomnie idiopathique

Encore plus rare, l'hypersomnie idiopathique débute aussi à l'adolescence. Elle se manifeste par l'association d'un sommeil nocturne prolongé et de difficultés majeures à l'éveil du matin. Longtemps confondue avec la narcolepsie, elle s'en différencie par l'absence de cataplexie, d'hallucinations hypnagogiques et de paralysie du sommeil. Les enregistrements polygraphiques du sommeil confirment le diagnostic. La prise en charge repose sur les mesures d'hygiène du sommeil. Le traitement est symptomatique, visant à restituer une vigilance diurne normale.

3. Le syndrome de Kleine-Levin

Il s'agit d'une affection rare et bénigne, qui débute à l'adolescence, préférentiellement chez des adolescents de sexe masculin, et qui survient par crises récurrentes. Son origine reste inconnue mais on retrouve souvent des facteurs déclenchant les crises (épisode infectieux, traumatisme crânien, anesthésie générale, alcoolisation aiguë, surmenage). Il se caractérise par des accès de somnolence pouvant durer 3 à 10 jours, où l'adolescent dort 18 à 20 heures par 24 heures et ne se lève que pour les besoins physiologiques. Dans sa forme complète, à l'hypersomnie s'associent : une hyperphagie, une désinhibition sexuelle, des troubles du caractère, une labilité thymique, des déficits mnésiques et attentionnels. L'évolution se fait par accès récurrents séparés par des intervalles libres de quelques mois, durant lesquels l'adolescent retrouve son état antérieur. La fréquence et l'intensité des accès diminuent spontanément et la guérison est acquise en quelques années, sans séquelle. Les examens cliniques et paracliniques, pendant les accès, sont en général normaux (examens neurologique et psychiatrique, bilans biologiques, imagerie cérébrale). Les enregistrements polysomnographiques confirment le diagnostic. Actuellement, le traitement est purement symptomatique.

Troubles du rythme circadien

Les origines du dérèglement de l'horloge interne sont multiples : prédispositions génétiques, incohérences éducatives, contexte de crise d'adolescence... Typiquement, le sommeil est normal en quantité et qualité, mais impossible à stabiliser aux horaires conventionnels. Cette désynchronisation est facilement mise en évidence par l'agenda du sommeil. L'enregistrement polygraphique du sommeil est toujours normal. Il est important d'éliminer certaines causes neuro-endocriniennes et de rechercher d'éventuelles comorbidités psychiatriques.

Le syndrome de retard de phase, caractérisé par une insomnie d'endormissement, une incapacité à se lever aux horaires souhaités, associée à une somnolence diurne surtout matinale, concernerait 7 % des adolescents. Installé durablement, il peut devenir très invalidant (déscolarisation, voire désocialisation, aggravation des relations intrafamiliales) et être un facteur dépressogène puissant. Le traitement repose sur une resynchronisation progressive des rythmes par chronothérapie. Les hypnotiques sont à éviter du fait du risque d'abus et de dépendance.

Parasomnies

Les parasomnies regroupent toutes les manifestations qui font intrusion pendant le sommeil et dont le sujet ne garde généralement pas de souvenir. La plainte émane alors de l'entourage, comme c'est le cas dans le somnambulisme ou les terreurs nocturnes. Elles apparaissent à la période préscolaire, avec la disparition des siestes et la réorganisation de l'architecture du sommeil. Elles concernent près de la moitié des enfants scolarisés.

Leur place dans la nosologie est imprécise : beaucoup de parasomnies sont des manifestations physiologiques, survenant occasionnellement pour plus de 50 % de la population générale ; c'est leur pérennisation et leur répétition qui sont problématiques.

Cauchemars (ou rêves d'angoisse)

Les cauchemars chez l'enfant sont d'une grande fréquence et leur prévalence est estimée à 75 % pour les cauchemars de survenue occasionnelle. Ils peuvent se manifester dès l'âge de 2 ans mais se voient surtout entre 3 et 6 ans, survenant par périodes, pour diminuer progressivement. Ils surviennent au cours du sommeil paradoxal, et plus fréquemment en début de nuit. Le cauchemar est une expérience de rêve, chargée d'anxiété ou de peur, s'accompagnant d'un souvenir détaillé du contenu du rêve. Cette expérience est très intense et repose sur des thèmes de menaces pour l'existence, la sécurité ou l'estime de soi. Les épisodes typiques comportent un certain degré d'activation neurovégétative (sueurs, palpitations...) sans activité verbale ni motrice notable. L'enfant gémit, pleure, appelle au secours, parfois se réveille. Au réveil, il est rapidement orienté et bien éveillé, parfaitement capable de communiquer et de raconter son rêve en détail. Le rêve d'angoisse est banal, surtout lorsqu'il succède à un événement traumatique : il est alors le témoin de la structuration progressive de l'appareil psychique et de la mise en place des principaux mécanismes de défense. En revanche, sa répétition régulière toutes les nuits, sa persistance au-delà d'un certain âge, ou son association avec d'autres symptômes, peuvent devenir préoccupantes.

Terreurs nocturnes

Il s'agit d'une conduite hallucinoïde nocturne accompagnée de manifestations d'angoisse intense, comportementales et neurovégétatives, qui apparaissent généralement 2 à 3 heures après le coucher. Brusquement, l'enfant hurle dans son lit, les yeux hagards, le visage effrayé. Il ne reconnaît pas l'entourage et paraît inaccessible à tout raisonnement. Les tentatives d'apaisement de l'entourage peuvent être suivies d'une désorientation, de persévérations motrices et aggraver la peur de l'enfant. On note une pâleur, des sueurs, une tachycardie. L'épisode dure au maximum quelques minutes. L'enfant se rendort aussitôt et l'amnésie de la terreur est habituelle, le lendemain au réveil.

Les terreurs nocturnes concernent principalement l'enfant prépubère, entre 4 et 12 ans. L'évolution du trouble est favorable et tend à se résoudre spontanément à l'adolescence. Leur persistance justifie une investigation plus approfondie. La prévalence

du trouble est d'environ 3 % des enfants. Il apparaît plus fréquent chez le garçon et peut être mis en évidence chez plusieurs membres d'une même famille. Des facteurs déclenchants ou favorisants ont pu être rapportés à l'origine de certains épisodes (privation de sommeil, fièvre, prise de certains psychotropes).

Somnambulisme

Le somnambulisme survient au cours du sommeil à ondes lentes. Il s'agit d'une altération de l'état de conscience tenant à la fois du sommeil et de la veille, se traduisant par une série de comportements plus ou moins complexes. Le somnambulisme prédomine chez le garçon et apparaît entre 7 et 12 ans. Les antécédents familiaux de somnambulisme sont fréquents. Sa prévalence est de 15 %. Au cours de la première moitié de la nuit, l'enfant se lève et déambule, le regard fixe, puis se recouche ou se laisse reconduire au lit (il n'y a aucun danger à réveiller l'enfant). Parfois, il peut quitter sa chambre ou plus rarement son domicile, réaliser des tâches précises et risquer de se blesser. Il ne garde habituellement aucun souvenir de l'épisode. Le somnambulisme de l'enfant évolue souvent de façon favorable, disparaissant spontanément.

Autres parasomnies

1. Rythmiques d'endormissement

Les rythmiques d'endormissement sont des manifestations rythmiques répétitives survenant au moment de l'endormissement. Elles s'observent essentiellement au cours de la première année de vie de l'enfant, entre 5 et 11 mois, plus fréquemment chez le garçon. Le rythme est toujours régulier, autour d'un coup par seconde. Le mouvement est variable et intéresse le plus souvent la tête, à type de balancement ou de roulement, mais peut concerner un membre ou segment de membre, ou le corps dans son ensemble. Le mouvement peut atteindre une grande intensité, être très bruyant et entraîner le déplacement du lit dans la chambre.

L'existence d'une activité rythmique est rapportée chez 65 % des enfants âgés de 9 mois, et disparaît spontanément. Ces rythmiques seraient, chez certains enfants, un mode particulier d'aménagement de l'aire d'endormissement : l'enfant se bercerait lui-même. Elles ne sont pas pathologiques en soi, mais peuvent parfois s'intégrer à un tableau clinique préoccupant : carence affective, trouble envahissant du développement.

2. Bruxisme

Le bruxisme se manifeste par un grincement des dents pendant le sommeil, facilité par un stress émotionnel, chez les enfants anxieux. Il est désagréable pour l'entourage, mais aussi source d'abrasion des surfaces dentaires.

3. Somniloquie

L'enfant parle dans son sommeil sans s'en rendre compte. Il prononce un mot isolé ou tient un discours plus ou moins compréhensible pendant quelques secondes ou minutes. Ce symptôme bénin est souvent présent lors de périodes difficiles ou de moments conflictuels. La somniloquie n'a aucune valeur d'orientation vers une pathologie spécifique.

Troubles du sommeil de l'enfant

POINTS FORTS À RETENIR

- ➊ Les perturbations du sommeil sont fréquentes chez l'enfant et s'inscrivent dans un processus de développement normal. La répétition ou la sévérité de ces perturbations orientent vers un trouble pathologique.
- ➋ Quel que soit le motif de consultation, une évaluation de la qualité du sommeil chez l'enfant doit être systématique.
- ➌ La pérennisation d'un trouble du sommeil doit amener à rechercher une cause organique ou psychiatrique.
- ➍ Le retentissement familial doit être systématiquement évalué.
- ➎ Le traitement des troubles du sommeil, dont l'origine organique ou psychiatrique a été écartée, repose sur la réassurance, les conseils d'hygiène de sommeil et parfois la mise en place d'une psychothérapie. Les psychotropes ne sont jamais utilisés en première intention.

4. Myoclonies d'endormissement

Ces myoclonies sont des secousses brutales de tout ou partie du corps, pouvant empêcher l'enfant de s'endormir ou pouvant le réveiller. Ce symptôme est bénin.

5. Phénomènes hypnagogiques

Ils s'observent au moment de l'endormissement et surviennent entre 6 et 15 ans. Ces secousses hypnagogiques correspondent à des sensations cénesthésiques (décharges électriques, sensations de chute avec sursaut), visuelles (images géométriques, personnages ou animaux plus ou moins flous), et plus rarement auditives. Ces phénomènes peuvent provoquer le réveil de l'enfant. Ils sont dénués de signification pathologique.

Troubles du sommeil secondaires (liés à une cause médicale ou psychopathologique)

Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent peuvent révéler une maladie organique, mais aussi une consommation de toxiques, ou encore être un symptôme d'une authentique affection psychiatrique. C'est pourquoi tout trouble du sommeil chez un enfant doit commencer par un interrogatoire soigneux, un examen clinique complet et rigoureux, et un choix pertinent d'examens paracliniques, pour orienter le diagnostic étiologique.

Origine médicale

De nombreuses pathologies médicales et chirurgicales peuvent entraîner des troubles du sommeil : encéphalite, hypertension intracrânienne, traumatisme crânien, épilepsie, asthme avec crises nocturnes, syndrome d'apnées du sommeil, reflux gastro-œsophagien, pathologies infectieuses ou algiques...

Le syndrome d'apnées obstructives au cours du sommeil (SAS) est la première cause d'excès de sommeil chez l'enfant. Ce syndrome est caractérisé par des épisodes répétitifs d'obstructions plus ou moins complètes des voies aériennes supérieures au cours du sommeil. Il est souvent dû à une augmentation du volume des amygdales ou des végétations. Il peut s'accompagner de nombreuses manifestations nocturnes (ronflement, réactions d'éveil, énurésie) et diurnes (sommolence, troubles attentionnels avec retentissement scolaire). L'investigation polysomnographique permet de porter le diagnostic. Une consultation ORL complète le bilan. Le traitement repose sur la levée de l'obstacle au niveau des voies aériennes supérieures (amygdalectomie...).

Origine toxique ou iatrogène

Il convient de toujours rechercher une consommation de toxiques (drogue, alcool) ou de médicaments aux effets psychotropes, prescrits ou non. Une insomnie peut en effet être en lien avec la prise de médicaments (corticoïdes...) ; une somnolence peut être induite par des antihistaminiques, des benzodiazépines...

Une recherche toxicologique peut être faite au moindre doute.

Origine psychiatrique

Les troubles anxieux, les états dépressifs, les états de stress post-traumatique, les troubles envahissants du développement, comme la plupart des états de souffrance psychique chez l'enfant et l'adolescent, sont souvent accompagnés de troubles du sommeil, non spécifiques. La répétition et la sévérité d'un trouble du sommeil chez l'enfant peuvent amener à demander une consultation spécialisée pédopsychiatrique.

Conduite à tenir

La conduite à tenir thérapeutique est différente selon le type de trouble, sa cause, et de l'âge auquel il survient.

Dyssomnies

1. Insomnies

L'anamnèse est une étape capitale de la prise en charge. Elle porte sur les circonstances d'apparition du trouble, sur l'histoire familiale et parentale. Les notions de stress, de difficultés conjugales et de dépression maternelle sont fréquentes. Il est donc fondamental de rencontrer les parents pour évaluer la dynamique familiale et le retentissement du trouble. L'anamnèse porte également sur l'environnement de l'enfant, le mode de couchage, le mode de garde et la qualité de son sommeil hors du milieu familial. Les enfants qui dorment bien chez les grands-parents, la nourrice ou les amis ont probablement des parents très anxieux ou trop permissifs. Il importe également d'évaluer le comportement et la personnalité de l'enfant, ainsi que la dynamique familiale.

Chez l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent, un interrogatoire est possible. Il est important de rencontrer l'enfant en entretien, afin qu'il décrive dans quel environnement il s'endort, ses habi-

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

Pierre, 16 ans, consulte en raison d'accès de somnolence qui surviennent 2 fois par jour au minimum, notamment lors des périodes d'inactivité physique. Cette somnolence est présente depuis un an, mais le gêne depuis 2 mois, date de sa rentrée en terminale S.

Il ne présente par ailleurs aucun antécédent personnel en dehors de troubles anxieux avec insomnie au début de sa rentrée en 6^e ayant nécessité une psychothérapie et un traitement anxiolytique par hydroxyzine (Atarax) pendant 2 mois. Sur le plan familial, sa mère est suivie et traitée pour un syndrome anxio-dépressif, depuis 6 mois.

L'examen général est sans particularité, en dehors d'un certain ralentissement psychomoteur.

QUESTION N° 1

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

QUESTION N° 2

Que recherchez-vous à l'interrogatoire chez ce patient pour étayer vos différentes hypothèses ?

QUESTION N° 3

Demandez-vous des examens paracliniques en urgence ? Si oui, lesquels ?

QUESTION N° 4

Vous lui proposez de reprendre son suivi psychothérapeutique et de le revoir dans un mois.

Un mois après, il vous dit qu'il se sent moins fatigué et somnolent mais qu'il aurait fait 3 chutes inexplicables qui ont motivé un bilan paraclinique exhaustif qui est resté négatif. Quel diagnostic principal évoquez-vous ?

QUESTION N° 5

Comment le confirmez-vous ?

QUESTION N° 6

Votre diagnostic est confirmé. Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous ?



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur www.larevuedupraticien.fr onglet [Références Universitaires](#)

OK

tudes, les contraintes auxquelles il est soumis, mais aussi son vécu des troubles. Les antécédents pathologiques et thérapeutiques sont pris en compte. Le contexte psychologique du jeune doit être soigneusement évalué.

Il faut ensuite rechercher une cause organique. En cas d'association à un trouble mental, une prise de toxique ou une pathologie organique, le traitement est fonction de l'origine retrouvée.

Une fois la cause organique écartée, il convient d'évaluer les besoins et le temps de sommeil de l'enfant. L'évaluation du temps de sommeil est facilitée par la tenue d'un agenda du sommeil par les parents (sur une durée de 3 semaines minimum).

L'évaluation des besoins en sommeil est difficile, du fait d'importantes variations interindividuelles. La possibilité d'une privation de sommeil doit être évaluée sur le comportement diurne de l'enfant : un enfant anormalement hyperactif, irritable, capricieux manque probablement de sommeil ; en revanche, même si le temps de sommeil est diminué, il peut être suffisant si l'enfant est calme, émotionnellement stable et joyeux.

Les conseils d'hygiène de sommeil sont importants :

- lorsque de mauvaises habitudes existent, il faut réorganiser le sommeil et les siestes sur 24 heures. Au moment du coucher, on peut conseiller aux parents d'instaurer un rituel, de favoriser

un objet transitionnel et de laisser l'enfant s'endormir seul, sans leur présence. Chez les plus grands, qui présentent une opposition au coucher ou qui arrivent dans la chambre parentale, il importe d'instituer des limites, en accord avec les parents. Lorsqu'il existe des troubles liés aux conditions de l'endormissement, il faut reprendre les attitudes parentales, éventuellement inappropriées. L'attitude des parents doit alors être un compromis entre souplesse et autorité. Enfin, il est important que l'enfant soit impliqué dans la prise en charge ;

- il convient de limiter les activités « excitantes » en soirée (sport, ordinateur, console) et d'éviter la prise de thé ou de café le soir, chez l'adolescent.

L'écoute, la réassurance, les conseils d'hygiène de sommeil constituent donc le traitement de première intention. Il est ici très important de prendre en considération la plainte des parents, de les écouter, de les rassurer.

Une prise en charge psychologique est proposée quand les troubles sont intenses et durables, ou lorsqu'il existe des difficultés relationnelles parents-enfant. Une prise en charge individuelle ou familiale peut être nécessaire. L'approche cognitivo-comportementale est particulièrement intéressante, dans un premier temps.

Un traitement médicamenteux (hypnotique) est rarement indiqué. Il peut avoir un effet paradoxal chez l'enfant. Il ne doit jamais être prescrit en première intention. Si toutefois un traitement est institué, il doit être de courte durée (n'excédant pas une semaine) et le sevrage doit être progressif. En cas de trouble durable et invalidant, l'alimémazine (Théralène) peut être utilisée chez l'enfant, sous contrôle médical strict et toujours dans le cadre d'un accompagnement psychologique de l'enfant et de sa famille.

2. Hypersomnies

Après avoir retracé l'anamnèse et éliminé une cause organique, il faut rappeler les mesures d'hygiène de sommeil. Le traitement est purement symptomatique.

Parasomnies

D'une manière générale, les parasomnies sont des troubles bénins, transitoires, qui disparaissent spontanément. Dans ces cas, l'abstention thérapeutique est la règle.

Si les parasomnies persistent ou deviennent trop invalidantes de par leur fréquence ou leur intensité, un trouble psychopathologique sous-jacent doit être recherché. Une consultation pédopsychiatrique est alors nécessaire. Les techniques de psychothérapie comportementale utilisant la relaxation ont montré une certaine efficacité dans les formes modérées. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

■ DÉJÀ PARU

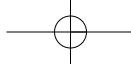
Troubles du sommeil chez l'adulte. Rev Prat 2008;58(16):1829-36.

POUR EN SAVOIR +



Monographie
Troubles du sommeil
Rev Prat 2007;
57(14):1518-82

- **Bourrillon A.** L'enfant fatigué et l'école. Rev Prat 2008 ;58(7) :731-6
- **Organisation mondiale de la santé.** Classification multiaxiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. Classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Masson, 2001.
- **Marcelli D.** Enfance et Psychopathologie. Collection les âges de la vie. Paris : Masson, 8^e édition, 2009.
- **Dossier La nuit.** Enfance et Psy n°10, Eres, 2000.
- **Lecendreux M.** Troubles du sommeil chez l'enfant et l'adolescent. Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie 37-200-E-38. Pédiatrie, 4-102-A-10, 1996.
- **Vantalon V, Lecendreux M, Mouren-Simeoni MC.** Indication des traitements psychotropes chez l'enfant. Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie, 37-209-A-10, 1999.
- **Sibertin-Blanc D, Vidhaillet C, Purper-Ouakil D, Raynaud JP.** Approche clinique des troubles du sommeil chez l'enfant et l'adolescent. 2008 www.univ-rouen.fr
- **American Sleeps Disorders Association.** Classification internationale de troubles du sommeil (ICSD), 1990.



 **Q43** | - 3

TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT

