

LES TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ L'ENFANT

Jean Labbé, MD, FRCPC

Professeur titulaire

Département de pédiatrie

Université Laval

La plupart des parents désirent que leur enfant « fasse ses nuits » le plus tôt possible et que, par la suite, il s'endorme rapidement dès qu'on le couche pour dormir sans interruption jusqu'au matin. Dans la réalité, peu de jeunes enfants se conforment à cette attente d'une façon constante, ce qui fait que les médecins d'enfants sont très souvent sollicités pour des conseils en rapport avec des troubles du sommeil.

Les bonnes nuits de sommeil sont nécessaires non seulement pour les enfants eux-mêmes mais aussi pour leurs parents. En pratique, les conséquences négatives des troubles du sommeil chez les enfants affectent davantage les parents qui se plaignent de fatigue, d'irritabilité et d'une baisse de la productivité au travail. L'association de fatigue et de frustration peut mener à des chicanes conjugales et même à des mauvais traitements envers les enfants.

Les troubles de sommeil ont ceci de particulier que leur définition varie selon l'âge de l'enfant et son développement, selon les parents et les cultures. Ce qui est considéré comme un problème par un parent est interprété par un autre comme une variante de la normale. Quand un comportement d'un enfant est « déviant » selon les normes de la littérature scientifique nord-américaine mais que ni l'enfant ni ses parents n'en semblent incommodés, il faut user de prudence et de jugement avant de conclure qu'il s'agit d'un trouble du sommeil nécessitant une approche « thérapeutique ». Dans ce domaine, le médecin ne doit pas imposer son point de vue mais servir de conseiller.

Il est donc essentiel pour lui de bien connaître :

- la physiologie du sommeil chez l'enfant
- l'étiologie des troubles du sommeil
- l'investigation d'un trouble du sommeil
- les principaux types de troubles du sommeil
- la conduite thérapeutique
- la prévention de ces troubles

1. La physiologie du sommeil chez l'enfant

1.1 Phases et cycles de sommeil

Le sommeil se divise en deux phases : REM (rapid eye movement) et NREM. Le sommeil REM est caractérisé à l'EEG par des ondes rapides désynchronisées. Durant cette phase, l'enfant a une respiration irrégulière, des mouvements oculaires rapides et de petits mouvements corporels. C'est durant cette phase du sommeil que surviennent les rêves. La phase NREM montre à l'EEG des ondes lentes de plus en plus synchronisées, avec une subdivision en 4 stades, du sommeil le plus léger (stade 1) au sommeil le plus profond (stade 4). Durant cette phase, l'enfant apparaît calme et sa respiration est régulière.

Le sommeil débute au stade 1 NREM, s'approfondit jusqu'au stade 4 avec une phase REM par la suite. L'ensemble constitue un cycle de sommeil (durée 90-100 m). Durant la nuit, les cycles se répètent avec des phases REM qui augmentent progressivement en durée et comprennent environ 20% du temps de sommeil.

Le jeune enfant se distingue par des cycles de sommeil plus courts (45-60 minutes) et par une proportion plus élevée de sommeil passé en phase REM (50%). Le pattern de sommeil ressemble à celui de l'adulte après l'âge de trois ans.

1.2 Durée du sommeil

À la naissance, le bébé ne dort pas plus de 4 heures de suite en moyenne, mais la durée de sommeil continu augmente progressivement durant la première année de vie (6 heures à 2 mois, 8 heures à 4 mois, 11 heures à 12 mois). Le sommeil quotidien est distribué au début en plusieurs segments égaux suivis d'une prédominance progressive de sommeil nocturne. Les siestes diurnes diminuent à deux vers l'âge de 10 mois, à une vers 14 mois pour cesser vers quatre ans.

La durée totale de sommeil sur 24 heures est maximale à la naissance et va en diminuant progressivement avec les mois et les années. Les moyennes indiquées sur le tableau suivant doivent être interprétées en tenant compte des particularités individuelles. Il y a en effet des « grands » comme de « petits » dormeurs chez les enfants comme chez les adultes.

Heures de sommeil *en moyenne* selon l'âge

<u>Age</u>	<u>Nuit</u>	<u>Jour</u>
1 semaine	8.25	8.25
1 mois	8.5	7.0
3 mois	9.5	5.5
6 mois	10.5	3.75
9 mois	11.0	3.0
12 mois	11.25	2.5
18 mois	11.5	2.0
2 ans	11.5	1.5
3 ans	11.0	1.0
5 ans	11.0	
8 ans	10.25	
10 ans	9.75	
15 ans	8.75	
18 ans	8.25	

1.3 « Faire ses nuits »

Qu'est-ce que ça veut dire au juste? Pour la plupart des parents, c'est le moment à partir duquel l'enfant a un sommeil continu de plusieurs heures pendant la nuit. Il serait plus juste de dire que c'est le moment à partir duquel l'enfant ne les dérange plus la nuit en se réveillant. Une étude faite par Anders en 1979 est très éclairante à ce sujet. Son travail portait sur le sommeil de deux groupes d'enfants âgés de deux et neuf mois. Au questionnaire, les parents mentionnaient que 44% des enfants de deux mois faisaient leurs nuits alors que le pourcentage s'élevait à 78% à neuf mois. L'étude du sommeil des mêmes enfants par vidéo a permis de constater que le pourcentage des enfants qui avaient réellement un sommeil nocturne continu n'était que de 15% à deux mois et 33% à neuf mois. Les autres se réveillaient et se rendormaient par leurs propres moyens.

Dans la littérature scientifique, on estime qu'un bébé « fait ses nuits » lorsqu'il dort ou semble dormir pour une période continue de 5 heures après minuit. C'est le cas de 70% des bébés à trois mois, de 83% des bébés à huit mois et de 90% des bébés à un an. Toutefois, un bébé qui faisait ses nuits peut recommencer à se réveiller la nuit après 6 mois en raison d'une phase reliée à son développement normal (anxiété de séparation, crainte des étrangers).

1.4 Comportement au coucher

Certains parents s'attendent à ce que leur enfant s'endorme immédiatement après avoir été placé au lit. Une étude (Beltramini, 1983) a révélé toutefois une série de comportements fréquemment rencontrés chez les enfants préscolaires en bonne santé (exprimés en pourcentages).

<u>Comportement</u>	<u>1 an</u>	<u>2 ans</u>	<u>3 ans</u>	<u>4 ans</u>	<u>5 ans</u>
Rituel (> 30 m)	6	12	24	49	33
Objet transitionnel	18	46	50	42	20
Appel après le coucher	14	26	42	49	50
> 30 m avant de s'endormir	26	43	61	69	66

2. L'étiologie des troubles du sommeil

Les causes de troubles du sommeil sont multiples. Un même trouble peut avoir une origine différente d'un enfant à l'autre et plusieurs causes peuvent être impliquées chez un même enfant. Une façon pratique de distinguer les différentes causes est de les diviser en facteurs internes et externes :

Facteurs internes

Causes physiques : faim, douleur, toux, apnées obstructives, etc

Phases du développement normal :

- 6-18 mois : anxiété de séparation, crainte des étrangers
- 18-24 mois : négativisme
- 3-5 ans : imaginaire

Tempérament

Facteurs externes

Aliments : caféine

Médicaments : antihistaminiques, sympathicomimétiques, etc

Environnement : trop chaud, trop froid, bruit, éclairage, etc

Événements stressants : retour de la mère au travail, nouvelle naissance, etc

Attitudes parentales :

- transfert d'anxiété
- stimulation au coucher ou la nuit
- création d'associations de sommeil
- absence de limites
- abus ou négligence...

3. L'investigation d'un trouble du sommeil

L'examen physique est utile pour l'identification des rares causes physiques de troubles du sommeil. Il permet également de rassurer les parents sur la bonne santé de l'enfant. Les examens de laboratoire sont rarement nécessaires mais peuvent être utilisés au besoin.

C'est de loin l'anamnèse qui est l'outil le plus utile pour bien cerner le problème, ses causes et ses conséquences. Il peut être difficile à la première visite d'obtenir tous les renseignements nécessaires. Un journal du sommeil de l'enfant pendant quelques jours s'avère alors très utile.

Il est important de connaître les antécédents personnels de l'enfant sur le plan médical. Prend-il des médicaments? Les parents ont-ils des troubles du sommeil? Il faut aussi une bonne connaissance de la situation familiale. Y a-t-il des facteurs de stress comme un déménagement récent par exemple? Quelle est l'organisation des lieux physiques au domicile? Où couche l'enfant? Comment se passe la période précédant les siestes et le coucher du soir (routine utilisée)? Y a-t-il des associations de sommeil?

Concernant le problème lui-même, il faut le préciser et le décrire depuis son début avec son évolution et ses conséquences sur l'enfant et sur son entourage. Qu'est-ce qui a été essayé à date? Quels ont été les résultats?

4. Les principaux types de troubles du sommeil et les conduites recommandées

Une fois que l'on s'est entendu avec les parents sur la nature et la cause d'un trouble du sommeil, la conduite doit être individualisée. Comme il existe plusieurs écoles de pensée concernant le traitement de ces troubles, il importe d'éviter une attitude dogmatique et d'informer les parents sur les différentes approches pour leur laisser la décision finale.

4.1 Problèmes au coucher

Nourrisson

- faim : boire avant le coucher
- associations de sommeil :
 - coucher éveillé
 - pas de biberon pour dormir
 - pas de suce

- rythme circadien : limiter les périodes de sommeil diurne

Enfant

- associations de sommeil : coucher éveillé

- rythme circadien : coucher lorsque fatigué
rapprocher l'ensuite l'heure du coucher de 15 min / jour
pas de sieste

- résistance : aviser l'enfant à l'avance du coucher et du fait qu'on ne répondra pas à ses demandes
établir une routine et la maintenir
ramener l'enfant à sa chambre sans argumenter

- peurs : évaluer et diminuer les sources de stress
routine rassurante, veilleuse
contrôle de l'exposition aux médias
avertir qu'on revient après 5 minutes
chaise pour le parent, rapprochée
progressivement de la porte

- automatismes moteurs : vérifier si problème physique ou maltraitance
(roulement de tête, balancement, cognage de tête)
stimulation physique durant le jour

- dépression, anxiété : consultation en pédopsychiatrie :

4.2 Problèmes au cours de la nuit

Nourrisson

- sommeil agité : explications (REM)

- rythme circadien : lumière vive le jour
jeux le jour, interactions limitées la nuit
bain au coucher avec activités calmes

- associations de sommeil : coucher éveillé
pas de suce pour la nuit

- boires nocturnes (> 4 m) : allonger l'intervalle entre les boires diurnes
boire précédant le coucher
sevrage progressif (1 on / nuit) si biberon ou 1 min / boire si allaité
- réveils par habitude : attendre 5 min, le consoler sans le prendre
augmenter le délai entre les visites
- maladie : répondre aux besoins et revenir aux habitudes antérieures dès qu'il va bien
- phase du développement : attendre 2 min, rassurer l'enfant sans le prendre, s'asseoir ou coucher dans la chambre
- réveil tôt : pas de boire au réveil
retarder l'heure du coucher

Enfants

- associations de sommeil : éviter les associations
- cauchemars : rassurer l'enfant
faire raconter et jouer son rêve le jour
diminuer les sources de stress
veilleuse
contrôle de l'exposition aux médias
- terreurs nocturnes : diminuer les sources de stress
sieste en PM
réveiller 30 minutes avant l'épisode anticipé
- somniloquie : explications
- somnambulisme : sécuriser le milieu
ramener l'enfant à son lit et demeurer avec lui jusqu'à la fin de l'épisode
- bruxisme : appareil de protection dentaire au besoin
relaxation
- enfant qui se lève : retourner à son lit
2 histoires si reste dans sa chambre ou récompense le matin
veilleuse
- jambes hyperactives : massages

- apnées obstructives : coucher de côté, investigation A+A
- réveil tôt : vérifier l'environnement
décaler l'heure du coucher
radio-réveil

4.3 Somnolence diurne excessive

- manque de sommeil : recherche de la cause
- narcolepsie : methylphenidate
2-3 siestes

5. La prévention de ces troubles

On ne peut commander le sommeil des enfants mais on peut le favoriser en portant une attention particulière aux éléments suivants :

a) sécurité

- coucher l'enfant sur un matelas ferme, en position sur le dos, dans les 6 premiers mois
- ne pas couvrir la tête du bébé avec un drap
- pas d'oreiller dans la couchette des bébés, ni de toutous
- coucher l'enfant dans sa couchette, jamais sur un divan, ni sur une surface molle

b) environnement

- réduire le bruit et la clarté
- température autour de 21°C
- couche sèche
- vêtements confortables
- couvertures appropriées

c) lieu du coucher

- berceau ou couchette pour le nouveau-né
- couchette à 8-10 semaines
- petit lit à 2-3 ans

d) rituel au coucher

- heure similaire à chaque soir
- routine relaxante (max : 30 m) : bain, histoire...
- objet transitionnel

e) attitudes

- s'assurer que l'enfant a suffisamment d'activité physique le jour
- prendre du temps le jour avec l'enfant
- pas d'activité stimulante juste avant le coucher
- coucher l'enfant éveillé, mais somnolent
- bébé couché sur le dos
- pas de biberon pour s'endormir
- pas de suce pour la nuit
- boires la nuit jusqu'à 4 mois, sans stimuler le bébé (certaines mères qui allaitent leur bébé préfèrent continuer plus longtemps les boires de nuit)

Situations particulières

f) sommeil partagé

- La Société canadienne de pédiatrie et l'American Academy of Pediatrics considèrent qu'il est risqué pour un jeune bébé de coucher dans le lit des parents, même si l'objectif est de favoriser l'allaitement.
- Il n'y a aucun problème cependant à ce que la couchette du bébé soit placée juste à côté du lit des parents.

g) voyage (jeune enfant)

- amener son objet transitionnel et quelques objets familiers
- le faire coucher dans un parc portatif avant le départ
- utiliser ce parc pour le coucher en voyage

h) déménagement

- chambre d'enfant est le dernier élément à déménager et le premier à réinstaller
- recréer un environnement similaire dans sa chambre

i) hospitalisation (jeune enfant)

- amener à l'hôpital son objet transitionnel et quelques objets familiers
- visites fréquentes
- reprise de la routine antérieure au retour

g) séparation parentale

- même routine chez papa et maman

CONCLUSIONS

Les troubles du sommeil sont fréquents, en particulier chez les jeunes enfants. La frontière entre la « normalité » et l' « anormalité » dans ce domaine dépend souvent du point de vue de l'observateur. Chaque cas doit être considéré par le médecin comme un cas d'espèce. Il faut préciser la situation à l'histoire et rechercher les causes possibles (internes et externes). Ensuite, les différentes avenues thérapeutiques doivent être explorées avec les parents en tenant compte non seulement des recommandations « scientifiques » mais aussi des valeurs familiales et du contexte culturel. Dans ce domaine, le médecin doit limiter son rôle à celui d'un conseiller. Dans les véritables troubles du sommeil, on estime qu'un traitement instauré va souvent améliorer la situation en moins de trois semaines tandis que le problème pourrait durer jusqu'à trois ans en l'absence d'une intervention. On peut prévenir un certain nombre de ces problèmes par des conseils anticipatoires lors des visites médicales périodiques.

Références

American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 2002; 109: 704-712.

Anders TF. Waking in infants during the first year of life. *Pediatrics* 1979; 63: 860-864.

Beltramini AV, Hertzog ME. Sleep and bedtime behavior in preschool-aged children. *Pediatrics* 1983; 71: 153-158.

Blader JC et al. Sleep problems of elementary school children. *Arch Child Adol Med* 1997; 151 : 473-480.

Bowle J, Cropley M. Children's sleep: problems and solutions. *J Fam Health Care* 2004; 14: 61-63.

Capp PK et al. Pediatric sleep disorders. *Prim Care* 2005; 32 : 549-562.

Challamel MJ. Le syndrome d'apnée du sommeil, du diagnostic au traitement. Arch Pediat 2001; 8 (Suppl 2): 377s-379s.

Desombre H et al. Prise en charge cognitivo-comportementale des troubles du sommeil du jeune enfant. Arch Pédiat 2001; 8: 639-644.

Hoban TF. Sleep and its disorders in children. Semin Neurol 2004; 24: 327-340.

Howard BJ, Wang J. Sleep disorders. Pediat Rev 2001; 22: 327-341.

Kass LJ. Sleep problems. Pediat Rev 2006; 27 : 455-462.

Mindell JA et al. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep 2006; 29: 1263-1276.

Mondor C. Au secours! Il ne dort plus et nous non plus! Entretiens de pédiatrie 1998: 171-175.

Schmitt BD. The prevention of sleep problems and colic. Pediat Clin N Am 1986; 33: 763-774.

Ward TM et al. Caring for children with sleep problems. J Pediat Nurs 2007; 22: 283-296.

Révision: avril 2008