

« Mon bambin ne dort pas bien! »

L'évaluation clinique du sommeil



Claire Hudon MD, FRCPC

Présenté dans le cadre de la conférence : *Les entretiens de pédiatrie 2007*,
Université Laval, novembre 2007

*25% des patients
d'âge préscolaire
souffrent de troubles du
sommeil, et les parents
sont souvent peu ou mal
outillés pour faire face à
ces problèmes.*

Vous est-il déjà arrivé, à la fin d'une consultation, qu'un parent vous demande juste avant de sortir : « Docteur, j'oubliais, mon enfant se réveille trois à quatre fois par nuit et je suis épuisé. Pouvez-vous lui donner quelque chose pour dormir? »

En effet, 25 % des patients d'âge préscolaire souffrent de troubles du sommeil, et les parents sont souvent peu ou mal outillés pour faire face à ces problèmes. Afin de nous aider à mieux prévenir et traiter les troubles du sommeil, il sera ici question d'un bref rappel de la physiologie normale du sommeil de l'enfant et de l'approche clinique des problèmes de sommeil de ce groupe d'âge.

La physiologie normale du sommeil de l'enfant

Pour bien comprendre comment apparaissent les troubles du sommeil, nous devons réviser l'architecture du sommeil normal.

Les cycles du sommeil

Chaque cycle du sommeil est composé de quatre phases de sommeil non Rem (peu d'activité cérébrale [*rapid eye movement*]) et une phase Rem (haute activité cérébrale) lors de laquelle le bébé peut téter sa langue, grimacer, grogner,

La Dre Hudon est pédiatre au Centre mère-enfant du CHUQ à Québec et professeure agrégée de clinique à l'Université Laval.

etc. Ces cycles se répètent quatre à six fois par nuit, et leur durée varie avec l'âge (50 minutes chez le nourrisson et 90 à 120 minutes chez l'adulte).

Chez le nourrisson, le sommeil Rem compte pour 50 à 80 % du sommeil par rapport à 25 % chez l'adulte. C'est pourquoi les parents ont parfois l'impression que leur bébé ne dort pas bien. Par ailleurs, comme il y a cinq à six brefs éveils entre les cycles, l'enfant peut appeler ses parents s'il ne réussit pas à se rendormir seul.

Chez le nourrisson, le sommeil Rem compte pour 50 à 80 % du sommeil par rapport à 25 % chez l'adulte. C'est pourquoi les parents ont parfois l'impression que leur bébé ne dort pas bien.

La régulation des cycles du sommeil

La régulation des cycles du sommeil est dépendante de plusieurs facteurs physiques et extérieurs, dont :

- la sécrétion hormonale
- la température basale
- la lumière du jour
- l'horaire des boires
- les activités dans la journée
- la routine

- la température ambiante
- la douleur
- les médicaments
- la caféine

Dans la littérature, on appelle les stimuli extérieurs les *zeitgebers*; ils sont importants pour la régularité du sommeil nocturne.

Pour permettre à l'enfant de développer de bonnes habitudes de sommeil, on doit discuter de ces stimuli avec les parents dès les premières visites. De façon spécifique, il est important d'expliquer la notion des « associations de sommeil ». Ces associations constituent l'ensemble des conditions positives ou négatives, créées quand l'enfant s'endort et après chaque réveil la nuit. On entend par associations de sommeil positives l'utilisation de moyens par l'enfant pour se rendormir seul (téter son pouce, la « doudou », etc.). Elles sont négatives quand le parent doit intervenir lors des réveils (bercer l'enfant, l'amener dans son lit, etc.).

Par ailleurs, le nourrisson possède une horloge biologique d'une durée moyenne de 25 heures plutôt que de 24 heures, ce qui favorise des heures de boires différentes de jour en jour.

L'approche clinique des troubles du sommeil

La présentation clinique des troubles du sommeil et des autres problèmes médicaux ou psychiatriques peut être tout à fait semblable. Il est donc extrêmement important de réaliser une démarche clinique rigoureuse (histoire complète et examen physique) en évaluant bien les aspects psychosociaux.

Pour permettre à l'enfant de développer de bonnes habitudes de sommeil, on doit discuter de ces stimuli avec les parents dès les premières visites.

Le questionnaire

Concernant le questionnaire, il est important de bien décrire la raison de la consultation, la perception de chacun des parents, la description des symptômes associés, etc. Les questions devront porter sur :

- les habitudes de sommeil avant apparition du problème;
- les habitudes du coucher : si l'heure est appropriée ou non, la présence ou non des parents, l'heure à laquelle débute la routine et la consistance dans les attitudes;
- la routine : la nature des activités pratiquées le soir, leur durée et leur lieu;
- les associations liées à l'endormissement : le berçage, le biberon, la télévision, etc.;
- la revue des comportements de refus du sommeil et des attitudes parentales;
- l'endormissement : combien de temps dure-t-il? Où l'enfant s'endort-il? Où est-il amené une fois endormi?;
- l'environnement du sommeil : l'enfant a-t-il sa propre chambre? Y a-t-il de la lumière, du bruit? Quel est le type de lit?;
- l'horaire des siestes;
- la régularité de l'horaire;

- les comportements nocturnes : combien y a-t-il d'éveils? Comment l'enfant est-il retourné au lit?;
- les comportements diurnes : à quelle heure l'enfant se réveille? Quelle est son humeur? Y a-t-il des difficultés lors de l'éveil matinal? Éprouve-t-il de la fatigue le jour? A-t-il des troubles de comportement associés?

L'examen physique

L'examen physique est souvent normal chez ces enfants, mais il doit être minutieux à la recherche de problèmes physiques. Les enfants atteints de maladies neurologiques et de retard de développement sont plus à risque de développer des troubles du sommeil. Il est parfois important de les adresser à leur neurologue pour s'assurer que les problèmes de sommeil ne sont pas des convulsions nocturnes, lorsque les problèmes nous semblent atypiques.

Les conseils à prodiguer

Après avoir complété cette démarche clinique, quels conseils pouvons-nous donner aux parents? Nos interventions dépendront du type de trouble de sommeil (peurs, difficultés d'endormissement, problèmes d'éveils fréquents, etc.) et de l'âge de l'enfant. De façon générale, les particularités du sommeil doivent être expliquées simplement ainsi que l'importance des associations de sommeil dont nous avons discutées précédemment. Parmi les ouvrages énumérés dans la bibliographie de cet article, vous retrouverez une foule de conseils et de renseignements appropriés au problème particulier de l'enfant.

Les facteurs à considérer en cas d'échec

Si les parents sont incapables de suivre nos conseils et que le trouble persiste :

- Y a-t-il de l'anxiété parentale, les parents se sentent-ils seuls ou coupables?
- S'agit-il de dépression maternelle?
- Est-ce que ça les dérange comme couple? Est-ce que les parents ont des problèmes de couple ou ont-ils décidé de mettre de côté, pendant quelques temps, leur vie de couple pour se consacrer entièrement à l'enfant?

Vous pouvez tenter de faire participer les parents à la recherche de solutions. Soyez humbles et patients avec ceux-ci, car nous n'avons pas toujours la solution miracle!

La prévention : un élément intéressant

Les troubles du sommeil chez l'enfant sont donc causés par différents facteurs médicaux et comportementaux. Il est très important de faire une démarche clinique complète afin de bien traiter les enfants et d'y consacrer le temps nécessaire, même si cela n'est pas toujours facile dans le contexte clinique. Je pense que la prévention est l'élément le plus intéressant dans nos interventions. Parlons-en alors aux parents, particulièrement concernant ces aspects :

- la définition du sommeil normal de l'enfant selon son âge;
- comment aider l'enfant à acquérir des associations de sommeil afin qu'il s'endorme seul;
- l'importance de la routine stable, même dans les premiers mois de vie;
- la révision de l'environnement autour du sommeil (ex. : chambre seule ou non, température, doudou, etc.);

Ressources disponibles pour les parents

Livre

Enfin je dors... et mes parents aussi

Un ouvrage écrit par Evelyn Martello, publié aux Éditions du CHU Sainte-Justine, 2007.

Internet

Bons trucs, bons dodos!

Article disponible sur le site Servicevie.com au :

www.servicevie.com/02Sante/Sante_jeunes/Jeunes04032002/jeunes04032002.html



Dodo, l'enfant do

Article disponible sur le site PetitMonde.com au :

www.petitmonde.com/idoc/Article.asp?id=24506

- l'évitation du renforcement des comportements qui augmentent la nécessité de la présence des parents à l'endormissement (ex. : bercer l'enfant, le coucher dans son lit, etc.). *Clin*

Bibliographie

1. Mindell J, Owens J: A Clinical Guide to Pediatric Sleep. Lippincott W W. 2003.
2. Finn Davis K: Sleep in Infants and Young Children: Part one: Normal Sleep. *Pediatr Health Care* 2004; 18:65-71.
3. Finn Davis K: Sleep in Infants and Young Children: Part Two: Common Sleep Problems. *Pediatr Health Care* 2004; 18:130-37.
4. Owens JA, Witmans M: Sleep Problems. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2004; 34:154-79.
5. Someren JW, Riemersma-Van Der Lek RF: Live to the Rhythm, Slave to the Rhythm. *Sleep Med Rev* 2007; 11:465-84.

L'auteure désire remercier le Dr Pierre Tremblay, pédopsychiatre, pour l'aide apportée lors de la préparation de cet article.