

# Insomnie

## Conférences scientifiques

Offert par la Société canadienne du sommeil aux fins de la formation médicale continue des collègues médecins

Volume 1, Issue 5  
2012

### L'insomnie comportementale de l'enfant : Un bon dodo pour l'enfant et les parents

Par SHELLY K. WEISS, M.D., FRCPC et PENNY CORKUM, Ph.D.

Il est important de bien dormir pour une croissance et un développement optimaux, et la durée du sommeil varie de la petite enfance à l'âge adulte. Les problèmes d'insomnie chez les nourrissons et les jeunes enfants font partie des plaintes les plus fréquentes qui motivent les parents à consulter les professionnels de la santé. Les problèmes sont fréquemment liés à l'endormissement et au maintien du sommeil pendant la nuit. Le trouble du sommeil le plus fréquent pendant l'enfance est l'insomnie comportementale. Jusqu'à 25 % des enfants dans la population générale et plus de 50 % des enfants présentant des problèmes de santé physique et mentale ont des difficultés à s'apaiser, à s'endormir et à rester endormis<sup>1</sup>. Pour le médecin de soins primaires, il est important de disposer d'un cadre pour évaluer et traiter l'insomnie comportementale chez les enfants. Dans le présent numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*, nous mettons en lumière les causes fréquentes de l'insomnie comportementale et décrivons les stratégies d'évaluation et de traitement pour les enfants qui souffrent d'insomnie comportementale.

#### Qu'est-ce que l'insomnie comportementale de l'enfant ?

L'insomnie se manifeste autant par des difficultés d'endormissement (difficultés à s'apaiser et à s'endormir) de maintien du sommeil (rester endormi) que par un réveil matinal précoce. L'insomnie comportementale de l'enfant est définie comme « une difficulté répétée au niveau de l'endormissement, de la durée du sommeil, de sa consolidation ou de sa qualité, qui survient bien que l'heure et l'occasion de s'endormir soient adaptées à l'âge de l'enfant, et qui conduit à son affaiblissement fonctionnel ou à celui de sa famille » chez les enfants âgés de plus de 6 mois<sup>2,3</sup>.

Il est important de noter que dans cette définition, l'insomnie entraîne des conséquences diurnes pour les enfants et leur famille<sup>4</sup>. Chez les enfants, les conséquences peuvent inclure une mauvaise santé psychosociale et/ou physique, telle que des difficultés au niveau de la performance scolaire, de la mémoire, de l'apprentissage ou du comportement. Pour leurs parents, l'impact d'un sommeil insuffisant peut être une fatigue diurne accrue et la perte de productivité professionnelle<sup>5</sup>.

L'insomnie devrait être considérée comme un symptôme plutôt qu'un diagnostic. Chez les enfants, de nombreux troubles de la santé physique et mentale peuvent engendrer ou contribuer à l'insomnie. Certains exemples de troubles de la santé physique incluent les affections qui causent de la douleur (p. ex., otite moyenne récurrente, reflux gastro-œsophagien), l'asthme nocturne et l'eczéma. Des exemples de troubles de santé mentale incluent l'anxiété, la dépression et le déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Les enfants souffrant de ces troubles et d'autres troubles peuvent présenter une insomnie comportementale co-existante.

Dans l'évaluation de l'enfant qui souffre d'insomnie, il est essentiel de déterminer s'il est atteint d'un trouble de santé physique ou mentale pouvant être traité et d'évaluer les composantes comportementales pouvant possiblement contribuer à l'insomnie. Il existe trois types d'insomnie comportementale, qui apparaissent à différents stades du développement (Tableau 1).

#### Quelle est la prévalence de l'insomnie chez l'enfant ?

Dans la population générale, on estime que 10 à 25 % des enfants souffrent d'insomnie comportementale, celle-ci augmentant à plus de 50 % chez les enfants qui présentent des problèmes de santé physique et mentale<sup>1</sup>.

#### De quelle quantité de sommeil les enfants ont-ils besoin ?

Le sommeil des enfants de moins de 6 mois est réparti en plusieurs phases sur une période de 24 heures (sommeil polyphasique) ; les enfants se réveillent donc plusieurs fois pendant la nuit. Vers l'âge de 6 mois, le sommeil se consolide chez la plupart des enfants et ils deviennent capables de dormir  $\geq 6$  heures consécutives, ce qui est considéré à cet âge comme « faire ses nuits ». On peut considérer que les enfants qui n'acquiescent pas cette capacité souffrent d'un trouble du sommeil. Après 6 mois, la durée du sommeil continue à varier tout au long de l'enfance. Le tableau 2 présente des lignes directrices sur ce qui représente un besoin de sommeil moyen à différents âges. Cependant, il existe de grandes variations interindividuelles. Le facteur le plus important en lien avec l'évaluation du besoin de sommeil chez un enfant donné n'est pas la durée du



Canadian Sleep Society (CSS)  
Société Canadienne du Sommeil (SCS)

*Présidente*  
Shelly K. Weiss, M.D.  
Hospital for Sick Children  
Toronto, ON

*Ancienne présidente et Rédactrice,  
Insomnie – Conférences scientifiques*  
Helen S. Driver, Ph.D., RPSGT, DABSM  
Université Queens  
Départements de médecine  
Laboratoire des troubles du sommeil,  
Hôpital général de Kingston  
Kingston, ON

*Vice-présidente, Recherche*  
Célyne H. Bastien, Ph.D.  
École de psychologie  
Université Laval  
Québec, QC

*Vice-président, Activités cliniques*  
Charles Samuels, M.D., CCFP, DABSM  
Centre du sommeil et de la performance humaine  
Calgary, AB

*Secrétaire/Trésorier*  
Reut Gruber, Ph.D.  
Université McGill, Institut Douglas  
Montréal, QC

*Représentant des membres (Technologue)*  
Jeremy Gibbons, B.Sc., RPSGT  
Hospital for Sick Children  
Toronto, ON

*Représentant des membres (Technologue)*  
Natalie Morin, RPSGT  
Ottawa, ON

*Représentant des membres (Étudiant)*  
Christian Burgess  
Département de la biologie des cellules et des systèmes  
Université de Toronto  
Toronto, ON

*Représentant des membres (Étudiant)*  
Samar Khoury, M.Sc.  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal  
Centre d'études avancées en médecine du sommeil  
Montréal, QC

*Représentant des membres (Adhésions)*  
Glendon Sullivan, M.D., FRCPC, FCCP  
Atlantic Health Sciences Centre  
Saint John, NB

*Représentant des membres (spécialité du médecin)*  
Judith A. Leech, M.D., FRCPC  
The Ottawa Hospital Sleep Centre  
Ottawa, ON

*Représentant des membres (Dentaire)*  
Fernanda Almeida, DDS, M.Sc., Ph.D.  
Université de Colombie-Britannique  
Vancouver, C.-B.

*Représentant des membres  
(Bulletin d'information et site Web)*  
Stuart Fogel, Ph.D.  
Centre de Recherche  
Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal  
(CRIUGM)  
Montréal, QC

Disponible sur Internet [www.insomnieconferences.ca](http://www.insomnieconferences.ca)

Le contenu rédactionnel d'*Insomnie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par la Société canadienne du sommeil.

**Tableau 1. Trois types fréquents d'insomnie comportementale de l'enfant**

	Âge d'apparition	Caractéristiques
Trouble associatif d'endormissement	6 mois à l'âge scolaire	Nourrissons/enfants qui nécessitent une présence parentale pour s'endormir et lors de leurs éveils nocturnes
Trouble du sommeil associé à l'absence de structure	Tout-petits aux enfants d'âge scolaire	Difficultés à établir des règles, incluant (sans toujours s'y limiter) les routines du coucher
Trouble du sommeil lié à l'heure du coucher	Âge scolaire à l'adolescence	Enfants/adolescents qui préfèrent s'endormir et se réveiller tôt ou plus tardivement ; les adolescents sont généralement de type coucher plus tardif, c'est-à-dire ont une préférence au retard de phase

sommeil comme telle, mais plutôt si l'enfant est bien reposé pendant la journée. Les enfants font généralement la sieste jusqu'à environ 3 à 4 ans. Il n'est pas rare qu'ils se réveillent la nuit. Cependant, les enfants devraient pouvoir se rendormir seul ou avec une intervention minimale selon leur âge.

### Quelle est la différence entre l'insomnie chez l'adulte et l'insomnie chez l'enfant ?

Il existe de nombreuses différences entre l'insomnie chez l'adulte et l'insomnie chez l'enfant. Ces différences sont décrites au tableau 3. La principale différence est que les adultes sont conscients d'avoir de l'insomnie, ce qui peut produire de l'anxiété chez eux et aggraver le problème. Lorsqu'un enfant est aux prises avec un problème à s'endormir, à rester endormi ou se réveille trop tôt le matin, ce sont souvent ses parents qui sont conscients du problème. Les patrons de sommeil de leur enfant peuvent les rendre anxieux. Par

**Tableau 3. Différence entre l'insomnie de l'adulte et l'insomnie de l'enfant**

Facteur	Adulte	Enfant
Étiologie	Diverses causes de santé physique et mentale	Souvent déclenchée ou perpétuée par des facteurs comportementaux ; comme décrit dans cet article, il est nécessaire d'exclure les causes de santé physique et/ou mentale
Qui prend en charge le problème d'insomnie ?	Les adultes souffrant d'insomnie désirent améliorer leurs habitudes de sommeil et sont motivés à utiliser les techniques suggérées	Bien que l'enfant subisse les conséquences diurnes de son insomnie (p. ex. problèmes d'apprentissage, de comportement, de mémoire), il peut être ou ne pas être motivé à changer ses habitudes de sommeil
Capacité à faire face	Les adultes comprennent la nécessité de bien dormir et les conséquences des troubles du sommeil	Selon l'âge de l'enfant, il peut ou non comprendre les conséquences des troubles du sommeil
Utilisation de stratégies comportementales pour améliorer le sommeil	Les adultes peuvent contrôler les changements suggérés en vue d'améliorer leur sommeil ; p. ex. horaire de coucher/de réveil, environnement du sommeil et d'autres questions relatives à l'hygiène du sommeil	Le ou les parents doivent comprendre les modifications de l'hygiène du sommeil et utiliser des stratégies comportementales pour améliorer le sommeil de l'enfant
Stratégies thérapeutiques	Les médecins peuvent utiliser des stratégies comportementales avec/sans pharmacothérapie	Pour la plupart des enfants au développement normal, les stratégies comportementales permettent souvent de résorber le problème d'insomnie
Issue	L'insomnie peut être un problème chronique ou récurrent, qui est amélioré par une thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie (voir le numéro 3 d'Insomnie – Conférences scientifiques)	Excellente chance de résoudre les problèmes de sommeil chez les enfants atteints d'insomnie comportementale

Adapté avec la permission de Weiss SK. *Better Sleep for your Baby and Child*. Toronto (ON): Robert Rose Inc; 2006.

**Tableau 2. Besoins moyens de sommeil**

Âge	Nombre d'heures totales de sommeil en moyenne/24 h
≤ 2 mois	16 à 18
2 - 6 mois	14 à 16
6 à 12 mois	13 à 15
1 à 3 ans	12 à 14
3 à 5 ans	11 à 13
5 à 12 ans	10 à 11
12 à 18 ans	8,5 à 9,5

Adapté avec la permission de Weiss SK. *Better Sleep for your Baby and Child*. Toronto (ON): Robert Rose Inc; 2006.

contre, l'enfant peut ne pas être motivé à changer ses comportements liés au sommeil.

### Comment évalue-t-on l'insomnie chez l'enfant ?

Il existe de nombreuses méthodes pour évaluer l'insomnie chez l'enfant.

- L'examen clinique, incluant une anamnèse du sommeil et un examen physique par un professionnel de la santé
- Les questionnaires sur le sommeil remplis par le parent ou par le patient
- Les agendas du sommeil
- L'étude du sommeil nocturne (polysomnographie)
- L'actigraphie, qui est un détecteur de mouvements informatisé, de la dimension d'une montre, qui détecte les cycles veille-sommeil par le biais des mouvements des membres. Cette méthode est utilisée dans la pratique clinique et la recherche par des spécialistes du sommeil

Pour les besoins de cette revue sur l'insomnie de l'enfant, un questionnaire sur le sommeil (BEARS) et un lien vers un site Web, comprenant différents modèles d'agendas du sommeil pour les enfants, sont fournis. Dans de nombreux cas, une évaluation basée sur un questionnaire et un agenda du sommeil fournira suffisamment d'informations pour déterminer les causes comportementales sous-jacentes de l'insomnie et guidera ainsi le traitement.

## Questionnaires sur le sommeil chez l'enfant

Les questionnaires jouent un rôle important dans l'évaluation des troubles du sommeil de l'enfant. Il est important de comprendre qu'ils sont conçus comme des outils de dépistage afin d'identifier les enfants chez qui un examen plus approfondi du trouble du sommeil est nécessaire. De nombreux questionnaires sur le sommeil publiés et non publiés sont disponibles<sup>6</sup>. Ce sont également des outils de dépistage succincts que l'on peut utiliser lors des visites pédiatriques pour inciter le clinicien/professionnel de soins de santé à poser des questions sur le sommeil.

### Questionnaire de dépistage des troubles du sommeil BEARS

Le questionnaire de dépistage des troubles du sommeil BEARS<sup>7</sup> est présenté au tableau 4. Le questionnaire BEARS a été élaboré par Owens et Dalzell pour aider les professionnels à dépister ces troubles chez les enfants lors de visites cliniques. C'est un outil utile dont le nom est un acronyme anglais pour se rappeler des questions à poser : problèmes au niveau de l'heure du coucher (*Bedtime problems*), somnolence diurne excessive (*Excessive daytime sleepiness*), éveils nocturnes (*Awakenings during the night*), régularité de l'heure du coucher le soir et de réveil le matin (*Regularity of evening sleep time and morning awakenings*), et problèmes respiratoires liés au sommeil/ronflements (*Snoring/sleep-related breathing problems*). Cet outil de dépistage est limité, car il ne comprend pas de questions sur les mouvements périodiques des jambes, le syndrome des jambes sans repos, les parasomnies (comportements inhabituels pendant le sommeil) ou l'énurésie.

Le questionnaire BEARS est divisé en 5 principales sphères de sommeil, fournissant un dépistage complet des principaux troubles du sommeil touchant les enfants de 2 à 18 ans. Chaque sphère de sommeil comprend une série de questions-clés adaptées à l'âge pouvant être utilisées au cours de l'entrevue clinique.

### Agenda du sommeil

Les agendas du sommeil font intervenir le patient ou (dans le cas d'enfants) le parent/soignant qui inscrit l'heure à laquelle les lumières ont été éteintes, l'heure de l'endormissement et l'heure du réveil, et

répond aux questions sur la qualité de son sommeil. Les données sont généralement enregistrées toutes les 24 heures et pendant plusieurs jours et nuits consécutifs (généralement pendant 2 semaines au minimum). Il existe divers agendas ou journaux du sommeil qui comportent des questions différentes et des instructions différentes sur le moment où il faut les remplir. Par exemple, il peut y avoir des informations sur la sieste, ou une évaluation parentale portant sur le réveil de l'enfant. Un exemple d'agenda du sommeil est présenté dans le premier numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*. Divers agendas du sommeil pour enfants peuvent être téléchargés sur le site Web *Sleep for Kids* de la *National Sleep Foundation* (NSF) (<http://www.sleepforkids.org/index.html>) ou commandés auprès de la NSF à l'adresse <http://www.sleepfoundation.org>.

### Traitement de l'insomnie comportementale de l'enfant

Les interventions comportementales représentent le traitement le plus efficace de l'insomnie comportementale de l'enfant chez la majorité des enfants ayant un développement normal. Les interventions comportementales se sont révélées efficaces pour atténuer les symptômes à court et à long terme. Elles sont sûres et sont considérées de façon favorable par les parents<sup>8</sup>. Des données probantes indiquent que ces interventions sont un moyen efficace non seulement d'améliorer le sommeil des enfants, mais également d'améliorer le fonctionnement diurne de l'enfant et des parents<sup>10</sup>. La littérature de recherche actuelle appuie les interventions comportementales comme traitement de première ligne pour l'insomnie comportementale de l'enfant<sup>10</sup>.

Avant d'avoir recours à un traitement comportemental dans le cadre de cette problématique, il est important de déterminer si un facteur psychologique peut contribuer au problème d'insomnie. Les problèmes d'éveils nocturnes chez les jeunes enfants peuvent être causés ou exacerbés par des facteurs psychologiques, tels que des allergies, des problèmes respiratoires et des coliques<sup>3</sup>.

Chez les enfants ayant un développement normal souffrant d'insomnie comportementale, les médicaments ne sont pas recom-

**Tableau 4. Questionnaire de dépistage des troubles du sommeil BEARS**

Exemples de questions appropriées pour l'âge de l'enfant

	Tout-petits/âge préscolaire (2 à 5 ans)	Âge scolaire (6 à 12 ans)	Adolescents (13 à 18 ans)
1. Problèmes au moment du coucher	Votre enfant a-t-il des difficultés à aller se coucher ? S'endormir ?	Votre enfant a-t-il des problèmes à aller se coucher ? (P) Avez-vous des problèmes à aller vous coucher ? (E)	Avez-vous des problèmes à vous endormir à l'heure du coucher ? (E)
2. Somnolence diurne excessive	Votre enfant semble-t-il épuisé ou très somnolent pendant la journée ? Fait-il la sieste ?	Votre enfant a-t-il des difficultés à se réveiller le matin, semble-t-il somnolent pendant la journée ou fait-il la sieste ? (P) Vous sentez-vous très fatigué ? (E)	Êtes-vous très somnolent pendant la journée ? À l'école ? Pendant que vous conduisez ? (E)
3. Réveils nocturnes	Votre enfant se réveille-t-il souvent la nuit ?	Votre enfant semble-t-il se réveiller fréquemment la nuit ? Est-il somnambule ou fait-il des cauchemars ? (P) Vous réveillez-vous fréquemment la nuit ? Avez-vous des difficultés à vous rendormir ? (E)	Vous réveillez-vous fréquemment pendant la nuit ? Avez-vous des difficultés à vous rendormir ? (E)
4. Régularité et durée du sommeil	Votre enfant a-t-il des horaires de coucher et de réveil réguliers ? Quels sont-ils ?	A quelle heure votre enfant va-t-il se coucher et se lève-t-il les jours d'école ? Les fins de semaine ? Pensez-vous qu'il dort suffisamment ? (P)	A quelle heure allez-vous généralement vous coucher les jours d'école ? Les fins de semaine ? Combien d'heures dormez-vous généralement ? (E)
5. Ronflements/ problèmes respiratoires liés au sommeil	Votre enfant ronfle-t-il beaucoup ou a-t-il des difficultés respiratoires la nuit ?	Votre enfant ronfle-t-il fort ou chaque nuit ou a-t-il des difficultés respiratoires ? (P)	Votre enfant ronfle-t-il intensément ou chaque soir ? (P)

P = question s'adressant au parent; E = question s'adressant à l'enfant

mandés. Si les stratégies comportementales sont inefficaces, le médecin de soins primaires devrait envisager de demander à voir l'enfant pour évaluer les comorbidités sous-jacentes possibles pouvant contribuer à son insomnie avant d'envisager l'utilisation d'hypnotiques. Les médicaments (incluant la mélatonine) ne sont pas recommandés pour le traitement de l'insomnie comportementale chez les enfants au développement normal pour les raisons suivantes :

- Il n'existe pas de médicaments approuvés pour l'insomnie chez les enfants
- Des préoccupations ont été émises sur l'innocuité et les effets indésirables de ces médicaments
- Les médicaments ne traitent pas nécessairement les facteurs sous-jacents qui peuvent avoir déclenché l'insomnie
- Ces médicaments sont inefficaces à long terme<sup>11</sup>

### Comment les interventions comportementales agissent-elles sur l'insomnie des enfants ?

L'insomnie comportementale survient dans le contexte de la relation parent-enfant. Ainsi, les stratégies thérapeutiques consistent souvent en des stratégies de gestion des comportements parentaux en lien avec le sommeil de l'enfant. Ces stratégies sont fondées sur le principe qu'un sommeil sain est un comportement appris. Une approche par étapes a été recommandée dans le traitement de l'insomnie comportementale de l'enfant<sup>9</sup>. En utilisant cette approche, le médecin de soins primaires commencerait par l'intervention la moins intensive et progresserait vers des interventions plus intensives au besoin. Des interventions plus intensives peuvent nécessiter l'orientation du patient vers un médecin spécialiste du sommeil. La figure 1 représente une approche par étapes que le médecin de soins primaires pourrait utiliser pour traiter un enfant souffrant d'insomnie comportementale.

Il est essentiel de fournir des informations aux parents sur le sommeil des enfants non seulement pour traiter l'insomnie comportementale, mais cela peut également être utile pendant les consultations habituelles pour prévenir l'insomnie chez les enfants. Par exemple, des fiches d'information pourraient être remises aux parents dans la salle d'attente. Des brochures de la Société canadienne du sommeil sont disponibles à l'adresse <http://www.canadiansleepsociety.ca/publisher/articleview//frm ArticleID/341>. Avant d'avoir recours à un traitement médicamenteux, il faut examiner les croyances des parents, les éduquer sur le sommeil et l'hygiène du sommeil et utiliser des stratégies comportementales spécifiques (étapes 1 à 3). La majorité des enfants ayant un développement normal répondront à ces stratégies de traitement comportemental et n'auront pas besoin d'un traitement médicamenteux. Les premières étapes de l'intervention peuvent avoir lieu dans le bureau du médecin de soins primaires. La troisième étape peut nécessiter d'orienter le patient vers un consultant tel

qu'un psychologue, un pédiatre, un pédopsychiatre ou un médecin spécialisé en médecine du sommeil. Les enfants chez qui il est nécessaire d'adopter des stratégies comportementales spécifiques requièrent souvent un degré de surveillance élevé et la modification du programme de traitement pour que leurs difficultés de sommeil soient traitées efficacement. L'utilisation de médicaments (étape 4) peut être envisagée, de pair avec des stratégies comportementales, après consultation d'un pédiatre, d'un pédopsychiatre ou d'un médecin spécialiste du sommeil. Les stratégies comportementales se sont révélées efficaces chez les enfants ayant un développement normal ainsi que chez les enfants souffrant de déficiences neurologiques du développement.

### Étape 1 : Croyances et éducation des parents sur le sommeil

La connaissance qu'ont les parents des habitudes de sommeil de leur enfant influe sur leurs croyances et leurs stratégies, et a donc un impact sur le sommeil de leur enfant<sup>12,13</sup>. Par conséquent, il est important d'examiner les connaissances et les croyances des parents ainsi que les stratégies qu'ils ont utilisées pour résoudre les difficultés de sommeil de leur enfant. Communiquer aux parents des informations précises sur le sommeil de leur enfant est un élément essentiel des interventions comportementales pour les troubles du sommeil<sup>10</sup>. Il est important de partager les informations suivantes avec les parents, en particulier parce que les parents ont souvent des idées fausses sur ces points<sup>12,13</sup> 4.

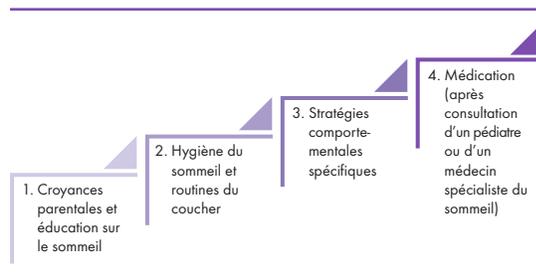
- **Causes de l'insomnie** : La plupart des difficultés de sommeil sont de nature comportementale, et les stratégies comportementales sont un traitement efficace.
- **Signes potentiels de difficultés de sommeil** : Les difficultés à s'apaiser ou à rester endormi ou les réveils précoces constituent une insomnie comportementale chez la plupart des enfants.
- **Conséquences d'un sommeil de faible qualité** : Le sommeil est essentiel pour la santé physique, la santé mentale et l'apprentissage.
- **Attentes réalistes en termes de sommeil** : Les besoins de sommeil peuvent varier, mais il existe des lignes directrices pour aider les parents à connaître la quantité de sommeil dont leur enfant a besoin (Tableau 2).
- **Les horaires de sommeil sont modifiables** : Les parents peuvent apprendre les stratégies visant à modifier les habitudes de sommeil de leur enfant.
- **Le sommeil est sensible** : Il existe de nombreux facteurs qui favorisent le sommeil et de nombreux facteurs qui peuvent entraîner des troubles du sommeil.

### Étape 2 : Hygiène du sommeil et routines du coucher

Une bonne hygiène de sommeil consiste en des pratiques qui favorisent le sommeil au cours de la journée et de la soirée. Pour une bonne hygiène du sommeil, il faut s'assurer que l'enfant ait des habitudes de sommeil saines et créer un environnement propice au sommeil. Ce sont des pratiques importantes dans la plupart des interventions pour troubles du sommeil. On peut utiliser *The ABCs of SLEEPING*<sup>15</sup> pour se rappeler les principes clés d'hygiène du sommeil :

- 1) Heures de coucher et de réveil appropriées pour l'âge respectées avec constance
- 2) Emploi du temps : routines quotidiennes, y compris les heures de repas
- 3) Lieu : chambre sombre, au calme, lit confortable et toujours la même pièce
- 4) Exercice et repas : exercices réguliers, aucune activité trop intense près de l'heure du coucher, repas réguliers, y compris

Figure 1. Approche par étapes pour le traitement de l'insomnie comportementale



- éviter la consommation de caféine et les repas copieux avant le coucher
- 5) Pas d'appareils électroniques dans la chambre et avant de se coucher
  - 6) Être positif : passer du temps ensemble de manière positive pendant la journée, routines positives et relaxantes au coucher
  - 7) Indépendance pour s'endormir : après une routine relaxante, lui souhaiter une bonne nuit
  - 8) Satisfaction des besoins de l'enfant pendant la journée : affection, attention, activités
  - 9) Tous ces éléments contribuent à un bon sommeil !

### Qu'expliquez-vous au(x) parent(s) au sujet des routines du coucher ?

Les routines du coucher sont un élément important de l'hygiène du sommeil qui nécessite une attention particulière. Des routines du coucher positives et constantes (i.e. activités motivant l'enfant à aller se coucher) aident l'enfant à adopter des comportements appropriés à l'heure du coucher et réduisent le stress associé au coucher. La routine du coucher doit être la même chaque soir et ne doit pas être accélérée. Il est

**Tableau 5. Interventions comportementales spécifiques pour combattre l'insomnie comportementale chez l'enfant**

Intervention	Description
Extinction non modifiée	Le nourrisson est couché dans son lit pendant qu'il est éveillé, laissé seul jusqu'à ce qu'il s'endorme et les éveils nocturnes sont ignorés. Le nourrisson apprend à s'auto-apaiser lorsqu'il réalise que ses pleurs nocturnes n'attirent pas l'attention.
Extinction avec présence parentale	Le parent demeure dans la pièce pendant l'extinction pour rassurer l'enfant, mais établit peu d'interaction.
Extinction graduelle	Le parent ignore les comportements négatifs (i.e. les pleurs) pendant un certain temps avant de venir voir si tout va bien. Le parent augmente graduellement l'intervalle entre les pleurs et la réponse parentale. Les parents rassurent par leur présence de courte durée et avec une interaction minimale.
Réduction du délai d'endormissement	Cette technique consiste à retarder l'heure du coucher pour se rapprocher de l'heure du coucher cible de l'enfant. L'objectif de ce traitement est que l'enfant développe une association positive entre être au lit et s'endormir rapidement. L'heure de coucher peut être progressivement fixée plus tôt.
Sommeil planifié	Fixer des heures de coucher et de lever régulières et adéquates qui lui donneraient la possibilité de bien dormir.
Stratégies cognitives	Ces stratégies sont utilisées pour pallier les croyances non productives sur le sommeil, incluant la croyance que l'enfant ne peut pas améliorer ses difficultés de sommeil. Les stratégies d'adaptation sont également incluses (p. ex. techniques de relaxation telles que la respiration abdominale).

important que le parent passe du temps seul avec son enfant de façon positive. Voici une routine typique du coucher : a) un rappel des parents qu'il est bientôt l'heure de se préparer à aller se coucher ; b) un en-cas ; c) se brosser les dents et se laver ; d) mettre son pyjama ; e) les parents racontent une histoire à l'enfant/passe du temps avec lui ; et f) la lumière est éteinte. L'heure du coucher ne devrait pas varier de plus d'une demi-heure pendant la semaine et la fin de semaine, et l'heure du lever devrait également être aussi constante que possible en ayant comme objectif une différence d'un maximum de 30 minutes entre les jours de la semaine et la fin de semaine.

### Étape 3 : Stratégies comportementales spécifiques

Un certain nombre de stratégies comportementales spécifiques peuvent être utilisées pour aider les enfants qui souffrent d'insomnie comportementale à mieux dormir. Ces stratégies sont fondées sur des principes psychologiques d'apprentissage (i.e. conditionnement opérant)<sup>16</sup>. Un examen approfondi de ces stratégies dépasserait la portée de cet article. Un bref aperçu des principales stratégies est présenté au tableau 5. Pour les lecteurs intéressés, un certain nombre de revues exhaustives fournissent des informations plus détaillées.

### Étape 4 : Médication

Une grande variété de médicaments disponibles sur ordonnance et en vente libre sont utilisés pour traiter l'insomnie chez les enfants, incluant des antidépresseurs, des antipsychotiques atypiques, des anticonvulsivants, des antihistaminiques et des compléments tels que la mélatonine<sup>10,23</sup>. Aucun de ces médicaments, y compris la mélatonine, n'est recommandé pour un usage à long terme par le médecin de soins primaires traitant des enfants au développement normal qui souffrent d'insomnie comportementale. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation de la mélatonine, vous pouvez consulter un document de principes publié récemment par la Société canadienne de pédiatrie (<http://www.cps.ca/documents/position/melatonin-sleep-disorders-children-adolescents>)<sup>24</sup>. Brièvement, la mélatonine est considérée comme un « produit de santé naturel ». Elle est offerte sous deux formes : à libération immédiate et à libération prolongée. Au Canada, des normes visant à assurer la fiabilité des préparations sont appliquées depuis 2004 en vertu du Règlement sur les produits de santé naturels et de la Loi sur les aliments et drogues. L'utilisation de la mélatonine chez les enfants est considérée comme un usage « hors étiquette », étant donné que Santé Canada considère que la mélatonine ne doit être recommandée pour les difficultés de sommeil que chez les adultes<sup>25</sup>. Il n'existe pas de données probantes à l'appui de l'utilisation de la mélatonine chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

### Signes d'alarme

- Des exemples de « signes d'alarme » qui devraient inciter à orienter l'enfant vers une évaluation du sommeil/consultation avec un pédiatre ou un autre consultant sont les suivants :
- Ronflements nocturnes intenses ou difficultés respiratoires nocturnes
  - Symptômes d'un trouble de santé mentale ; p. ex. anxiété
  - Agitation extrême ou mouvement inhabituels répétés pendant le sommeil
  - Trouble du comportement important pendant la journée en outre de l'insomnie comportementale
  - Insomnie chez un enfant souffrant d'une pathologie mentale et/ou physique ne répondant pas à la thérapie comportementale
  - Insomnie entraînant un échec scolaire ou des difficultés scolaires
  - Somnolence diurne excessive due à l'insomnie

## Conclusion

Les troubles du sommeil de l'enfant sont un problème fréquemment rencontrés par les médecins de famille. L'insomnie comportementale est le trouble du sommeil de l'enfant le plus fréquent, rapportée chez 10 à 25 % des enfants dans la population générale. Chez la plupart des enfants, l'approche thérapeutique comportementale permet de résorber le problème d'insomnie. Il est important pour le médecin de soins primaires d'avoir une stratégie pour évaluer et prendre en charge l'insomnie comportementale de l'enfant, et d'orienter l'enfant (p. ex. vers un pédopsychiatre, un psychologue, un pédiatre ou un médecin spécialiste du sommeil) dans les cas où ces stratégies sont inefficaces.

*La D<sup>re</sup> Weiss est neuropédiatre et professeure agrégée au sein du Département de pédiatrie à l'Hôpital pour enfants malades, Université de Toronto, Toronto, Ontario. La D<sup>re</sup> Corkum est psychologue agrégée et professeure agrégée, Programme de psychologie clinique, Département de psychologie, Université de Dalhousie, Directrice de recherche et de formation à la Clinique du TDAH, Hôpital régional de Colchester et membre du personnel scientifique au IWK Health Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse. Elle est également la chercheuse principale dans le projet Better Nights/Better Days financé par une subvention d'équipe des IRSC, concevant, appliquant et évaluant des interventions sur le Web pour l'insomnie comportementale chez des enfants âgés de 1 à 10 ans.*

### Ressources en ligne

#### Société canadienne du sommeil

<http://www.canadiansleepsociety.ca>

#### Société canadienne de pédiatrie

<http://www.cps.ca/fr>

#### American Academy of Sleep Medicine

<http://www.aasmnet.org>

#### National Sleep Foundation

<http://www.sleepfoundation.org>

#### Sleep for Kids

<http://www.sleepforkids.org/index.html>

#### Better Nights, Better Days

<http://betternightsbetterdays.weebly.com>

### Références:

- Ivanenko A, Gururaj BR. Classification and epidemiology of sleep disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009;18(4):839-848.
- Mindell JA, Emslie G, Blumer J, et coll. Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics*. 2006;117(6):e1223-1232.
- Tikotzky L, Sadeh A. The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Med*. 2010;11(7):686-691.
- Vriend J, Davidson FD, Corkum PV, Rusak B, McLaughlin EN, Chambers CT. Sleep quantity and quality in relation to daytime functioning in children. *Child Health Care – Special Edition. Pediatr Behav Sleep Med*. In press.
- Weiss SK. *Better Sleep for your Baby and Child*. Toronto (ON): Robert Rose Inc; 2006.
- Spruyt K, Gozal D. Pediatric sleep questionnaires as diagnostic or epidemiological tools: a review of currently available instruments. *Sleep Med Rev*. 2011;15(1):19-32.
- Owens JA, Dalzell V. Use of the "BEARS" sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. *Sleep Med*. 2005;6(1):63-69.
- Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A. Behavioral treatment of bedtime problems and night waking in infants and young children. *Sleep*. 2006;29(10):1263-1276.
- Reid GJ, Hong RY, Wade TJ. The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2- and 3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology. *Journal Sleep Res*. 2009;18(1):49-59.
- Vriend J, Corkum P. Clinical management of behavioral insomnia of childhood. *Psychol Res Behav Manag*. 2011;4:69-79.
- Owens J. Pharmacotherapy of pediatric insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(2):99-107.
- Bessey M, Coulombe A, Smith I, Corkum P. Assessing parental sleep attitudes and beliefs in typically developing children and children with special needs. *Child Health Care*. In press.
- Owens J, Jones C. Parental knowledge of health sleep in young children: Results of a primary care clinic survey. *J Dev Behav Pediatr*. 2011;32(6):447-453.
- Keenan R, Wild M, McArthur I, Espie C. Children with developmental disabilities and sleep problems: Parental beliefs and treatment acceptability. *J Applied Res in Intellectual Disabilities*. 2007;20(5):455-465.
- The "ABCs of sleeping" mnemonic was created by Ms. Melissa Gendron, MSc, Project Coordinator for the Sleepy Children Study, Corkum LABS, Dalhousie University.
- Meltzer L. Clinical management of behavioral insomnia of childhood: Treatment of bedtime problems and night wakings in young children. *Behav Sleep Med*. 2010;8(3):172-189.
- Hill C. Practitioner review: Effective treatment of behavioural insomnia in children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(7):731-741.
- Galland BC, Mitchell EA. Helping children sleep. *Arch Dis Child*. 2010; 95(10):850-853.
- Moore M. Behavioral sleep problems in children and adolescents. *J Clin Psychol Med Settings*. 2012;19(1):77-83.
- Mindell JA, Owens JA. *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. 2nd ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Vriend J, Corkum P, Moon E, Smith I. Behavioral interventions for sleep problems in children with autism spectrum disorders: Current findings and future directions. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(9):1017-1029.
- Corkum P, Davidson F, MacPherson M. A framework for the assessment and treatment of sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am*. 2011;58(3):667-683.
- Weiss SK, Garbutt A. Pharmacotherapy in pediatric sleep disorders. *Adolesc Med State Art Rev*. 2010;21(3):508-521.
- Cummings C; Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Melatonin for the management of sleep disorders in children and adolescents. *Paediatr Child Health*. 2012;17(6):331-333
- Health Canada. Melatonin product monograph. December 7, 2006.

*Les auteurs déclarent qu'elles n'ont aucune divulgation de conflits d'intérêts à faire en lien avec le contenu de cette publication.*

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement *Insomnie – Conférences scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse [info@snellmedical.com](mailto:info@snellmedical.com). Veuillez vous référer au bulletin *Insomnie – Conférences scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus.

*La version française a été révisée par la D<sup>re</sup> Lynda Bélanger.*

Cette activité est appuyée par un don à but éducatif offert par

# Meda Valeant Pharma Canada Inc.

©2012 La Société canadienne du sommeil, qui est exclusivement responsable du contenu de cette publication. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire, mais sont celles de l'établissement qui en est l'auteur et qui se fonde sur la documentation scientifique existante. Édition : SNELL Communication Médicale Inc. avec la collaboration de la Société canadienne du sommeil. Tout recours à un traitement thérapeutique décrit ou mentionné dans *Insomnie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques reconnus au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.