

UN PEDIATRE DE FAMILLE ET LES TROUBLES DU SOMMEIL

Le Docteur A. Kahn m'a demandé de vous présenter mon expérience concernant les troubles du sommeil chez l'enfant.

Je suis attaché à une clinique privée qui possède une importante maternité à partir de laquelle se constitue l'essentiel de ma clientèle. Celle-ci est formée d'une population cosmopolite d'enfants qui appartiennent à des classes socioculturelles plutôt favorisées.

Pendant leurs trois premières années de vie, je vois régulièrement ces enfants pour des consultations de contrôle, des vaccinations ou des affections médicales. Par la suite, les parents font moins systématiquement appel au pédiatre au profit du médecin de famille. Le calendrier de base des consultations se présente à peu près comme suit: bilan mensuel jusqu'à 6 mois, trimestriel jusqu'à 18 mois et enfin semestriel jusqu'à 3 ans.

J'accepte volontiers les consultations par téléphone.

Voici quelques chiffres qui donnent une idée de ma pratique journalière.

Pour 1985, le total des consultations au cabinet s'élève à: 3659,

dont 2621 " en routine "

et 1038 " en urgence ";

le total des consultations par téléphone est de 2630.

Je suis un pédiatre " à la demande, " c'est-à-dire que j'essaie de répondre à toute demande des parents , tout en m'efforçant d'être le moins directif possible . Mon ambition est d'être spécialiste de l'enfant et non spécialiste - au sens restreint du terme - des maladies d'enfants. J'exerce une pédiatrie globale, qui s'efforce d'intégrer les aspects physiques et psychologiques. Une consultation dure, en moyenne, 35 minutes. Après l'examen clinique, je demande aux parents de décrire une journée-type de leur enfant. Toutes les informations reçues sont transcrites sur des feuilles à rubriques pré imprimées. Alimentation, sommeil, développement psychomoteur, vie sociale, affections médicales constituent des paramètres systématiquement abordés au cours des consultations de routine. Le comportement des parents et de leur(s) enfant(s), les questions et les grands axes de l'entretien qui s'ensuit sont également enregistrés. Même les consultations par téléphone sont consignées dans les dossiers. Ainsi, depuis plusieurs années, j'enregistre, en vue de recherches ultérieures, toute une série de données même quand, pour certaines, l'intérêt ne m'apparaît pas immédiatement.

Comme les parents qui me consultent acceptent à priori l'attitude d'écoute à l'égard de leur(s) enfant(s), l'évolution des divers comportements qui me sont rapportés peut être qualifiée de "naturelle".

Si, en pathologie infectieuse, les infections des voies respiratoires supérieures constituent le premier motif de consultation entre 0 et 3 ans, pour ce qui relève des troubles du comportement, les problèmes de sommeil occupent une place prépondérante.

En 1985, le sommeil a été la préoccupation majeure de 289 consultations (le plus grand nombre au cabinet et quelques- unes par téléphone) , soit 10% des consultations de routine. A la question banale que je pose en guise de bonjour : " Comment ça va ? ", les réponses les plus fréquentes sont : " Ca va bien, il mange bien et il dort bien, " ou " Ca ne va pas, il ne mange rien ", ou encore " Ca ne va pas, il ne veut pas dormir ". Plus d'un parent lie l'alimentation et les troubles du sommeil chez le petit enfant. Que celle-ci puisse être mise en cause ou non, la solution est souvent recherchée à ce niveau : on voudrait soigner l'insomnie per os!

Dans notre société où, très souvent, les deux parents exercent une activité professionnelle, l'enfant qui ne dort pas devient un problème crucial et pour tout dire vital.

Mes investigations m'ont fait prendre conscience de l'importance du sommeil: tout comme l'alimentation, il est non seulement une fonction physiologique mais un comportement qui a

une évolution à la fois prévisible et aussi variée que celle du développement psychomoteur. Cette évolution est marquée par des étapes dont les caractéristiques sont spécifiques à chaque âge et sont dépendantes de facteurs génétiques, psychosociaux et médicaux. Les troubles du sommeil, c'est-à-dire les manifestations qui sont vécues comme tels par les parents, correspondent la plupart du temps à des étapes normales et même inévitables.

Les médecins, dans leur grande majorité, ne sont guère préparés à résoudre les problèmes de sommeil. Faute de formation, ils sont trop souvent amenés à émettre des avis qui relèvent plus d'archétypes culturels que de données scientifiques. Le pourcentage des troubles du sommeil dus à des causes médicales est très limité dans ma pratique quotidienne. Il est néanmoins important de ne pas méconnaître ces causes. Avec une connaissance approfondie des rythmes classiques du sommeil pendant les premiers mois de la vie, une bonne anamnèse devrait permettre de diagnostiquer un dérèglement lié, par exemple, à une intolérance au lait de vache.

Voici quelques étapes clés de l'évolution du sommeil de 0 à 3 ans. Chacune d'elles est susceptible d'entraîner des perturbations familiales et des attitudes impropres qui peuvent être évitées par une information adéquate. J'insisterai particulièrement sur les caractéristiques du sommeil pendant les premiers mois de la vie parce que les théories à leur sujet sont les plus divergentes.

Les données chiffrées sont évidemment discutables étant donné l'extrême diversité des situations. Pour la clarté de l'exposé et l'élaboration d'une conception synthétique, il était nécessaire de dégager les tendances principales. Toute tentative de classification est bien sûr restrictive.

Jusqu'à présent, et malgré de nombreuses interviews établies dans les jours qui suivent l'accouchement, je ne suis pas arrivé à clarifier les notions de rythmes du sommeil et d'éveil chez l'enfant in-utero. Pour la majorité des mamans, celui-ci présentait une activité motrice accrue quand elles étaient au repos, essentiellement au moment des repas, pendant les soirées et ce jusqu'au coucher. Mais n'était-ce pas leur perception somesthésique qui était accrue à ces moments particuliers de détente? Deux situations plaident peut-être en faveur de la réalité d'un état d'éveil en fin de journée et pendant la nuit. Certaines femmes disent avoir été souvent tirées de leur sommeil par des " coups de pieds dans le ventre " et d'autres qui avaient été mises au repos pour raison obstétricale semblent avoir senti davantage la présence du bébé en fin de journée... Ces périodes d'éveil du Bébé semblent donc interférer davantage sur le sommeil de la mère que le mode de vie de celle-ci ne joue sur le sommeil de celui-là.

L'enfant in utero est probablement soumis à une alternance de phases de sommeil et d'éveil qui sont induites par des mécanismes neuro-hormonaux et qui sont peu modulés par des facteurs d'environnement telles " les humeurs " de la mère.

Il me semble y avoir une correspondance entre l'activité in utero et celle des trois premiers mois de vie même si des fœtus qui avaient été décrits comme très agités pendant la grossesse, peuvent se révéler des nourrissons très calmes et vice-versa.

En Belgique, la durée moyenne d'un séjour en maternité est de six jours. Elle est déterminée par des contraintes d'ordre gynécologique et par au moins un impératif pédiatrique qui est le Test de Guthrie réalisé à partir du sang prélevé au cinquième jour. Cette durée correspond à une entité particulière, qui peut être divisée en trois parties.

La première se caractérise par un état d'éveil relativement tranquille pendant les

premières heures de la vie. Le bébé a généralement les yeux grands ouverts et tête volontiers. La solitude du berceau lui est souvent insupportable, le contact physique l'apaise.

La deuxième se distingue par un état de quiétude qui s'étend jusqu'au troisième jour inclus et rarement au-delà. Le bébé présente alors un sommeil profond, il peut rester pendant des intervalles de 5 à 8 heures sans rien réclamer. Il prend rarement plus de 5 repas par jour. Les biberons ne dépassent pas 60 gr. Les tétées au sein ne durent guère plus de 20 minutes. Les parents optimistes se réjouissent à la perspective d'avoir un bébé facile. Les pessimistes se lamentent chaque matin en constatant la chute de poids corrélative. "Bébé ne veut pas le sein". "Bébé n'aime pas son lait..." Durant cette période, les fins de soirée et les débuts de nuit se révèlent quelquefois plus laborieux et donnent à la mère un avant-goût de ce qui l'attend bientôt : repas plus rapprochés, "résistance" de bébé à être remis au berceau,...

La troisième période, en effet, se différencie nettement de la précédente par un état d'éveil hyperactif pendant les soirées et les nuits du 3e au 6e jour, plus précisément entre 21h et 05h. Il faut insister sur la notion d'éveil. Le début est abrupt et inattendu. Bébé a les yeux grands ouverts comme il ne les a pas eus de toute la journée. Il regarde intensément le visage de celle qui lui parle. Parfois, le seul fait d'éteindre la lumière le met en colère alors qu'il paraissait paisiblement endormi dans les bras de sa mère. Il boit à intervalles rapprochés et sans réellement s'endormir "entre les coups" ou alors de façon brève et superficielle. Ainsi, il peut réclamer à boire toutes les heures. Dans le cas d'une alimentation par lait maternel, dont les propriétés laxatives intrinsèques sont évidentes, l'abondance de selles liquides et même de crampes associées font parler de coliques et induisent plus d'un à incriminer l'alimentation de la mère et le manque de discernement de celle-ci quant à la manière de donner le sein. Dans le cas d'une alimentation par lait artificiel, on met en cause la marque du lait, le caractère capricieux de l'enfant ou sa gloutonnerie. En général, tant qu'il est contre sa mère, bébé reste calme. Mais à chaque tentative de le remettre au lit, il devient cramoisi de colère, crie et se contorsionne. Le matin, on reconnaît au nez et aux genoux râpés les bébés qui dorment sur le ventre et que l'on a laissés pleurer la nuit. Quelle mère ne s'est pas sentie dans un désarroi total au moins une nuit ? Etre ballottée des heures, comme un bouchon de liège sur des vagues tumultueuses, par un va-et-vient de pleurs de faim et de crampes, de pleurs pour sucer et être caressé, de pleurs de soif et d'inquiétude, etc., il y a de quoi donner des haut-le-cœur aux âmes les mieux trempées. De plus, les contradictions réelles ou apparentes dans les conseils donnés par les proches, les amis et les différents membres de l'équipe soignante ne facilitent pas les choses.

La dernière nuit du séjour en maternité est généralement moins éprouvante et donne quelque courage à la jeune maman qui appréhende le retour à domicile.

Il convient de constater qu'il n'existe pas de corrélation entre la succession des comportements décrits ci-dessus, les conditions de la grossesse et les circonstances de l'accouchement. Le bébé né par césarienne programmée en fin de matinée n'est guère différent de celui né la nuit par ventouse après un travail dyscinétique. Dans les limites d'un bon Apgar, cela s'entend.

En fait, durant les trois premiers jours de son existence, l'enfant vit en partie sur ses réserves et au ralenti "en attendant" que la fonction nourricière, assurée par l'intermédiaire du placenta soit reprise par la glande mammaire. Cela explique la perte de poids et l'état de léthargie propres à cette période. La notion de bébé qui récupère de l'accouchement est tout à fait erronée. Si un accouchement peut être traumatisant, la naissance n'est pas un traumatisme en soi. Cette période devrait, par contre, permettre à la mère de retrouver des forces après les efforts fournis.

Le début de la troisième période coïncide avec ce qu'il est convenu d'appeler la montée laiteuse. Je désigne celle-ci par la "Marée du Mont Saint- Michel" tant son installation est subite. Il n'y a pas de relation de cause à effet. Le bébé nourri par biberon présente, d'ailleurs, le même cycle de 6 jours.

Les nouveau-nés transférés à la naissance dans un département néonatal et pour autant qu'ils ne soient pas trop prématurés et ne présentent plus de problèmes médicaux importants, montrent également souvent une activité motrice accrue à partir du troisième jour tout à fait comparable à celle de leurs congénères restés auprès de leur mère. Dans ce cas, l'influence de la présence maternelle, du mode d'alimentation et de l'alternance lumière du jour et noir de la nuit ne jouent plus. Pour bien des mères, le séjour en maternité est considéré comme la seule occasion de repos entre l'accouchement et le retour à domicile. Les nuits d'insomnies imposées par le bébé sont dès lors très mal acceptées. En fait, tout se passe physiologiquement comme si bébé attendait la nuit pour s'éveiller à la vie extra-utérine. Pour des raisons neuroendocriniennes déjà invoquées à propos du cycle sommeil-éveil in utero, le nouveau-né est de facto noctambule." Il confond le jour et la nuit", s'entend-on dire couramment.

Durant les 3 premiers mois de vie, la majorité des bébés présentent deux périodes d'éveil par 24h.

La première se situe dans la matinée et dure de 1 à 2 heures entre 07 et 11h. L'enfant peut rester dans son lit ou dans un relax, les yeux ouverts, à s'intéresser à l'un ou l'autre objet suspendu autour de lui (carrousel musical), sans rien exiger davantage. Alors que cette première période d'éveil est relativement facultative, il est exceptionnel que la seconde soit absente.

Cette période dite " de pleurs " apparaît en fin de journée et se situe entre la 2e semaine et la fin du 3e mois. Elle prend le relais des heures agitées qui ont caractérisé les soirées et les nuits entre les 3e et 6e jour à la maternité.

La période difficile, qui apparaît après le retour à domicile, est éprouvante pour les parents, tant par les controverses familiales qu'elle engendre que par les cris qui la marquent. Quand il s'agit du premier enfant, elle représente une véritable épreuve initiatique aux nouveaux rôles de père et de mère. De toutes les exigences du nouveau-né, c'est avec les repas de nuit, celle qui est le moins bien tolérée dans notre système culturel. Il est habituel, même parmi les pédiatres, puéricultrices et infirmières, de la considérer comme une revendication non recevable. D'ailleurs, le terme d'esclavage, souvent cité à son propos, montre à quel point elle est mal acceptée. Elle apparaît donc dans le courant du 1er mois dès la 2e semaine en général. Elle s'étend sur un intervalle d'environ 2 à 4 heures, entre la fin de la journée et le début de la nuit (entre 17h et 03h). L'alternative la plus tardive (minuit - 03h) est heureusement assez rare. Quand elle survient dans le courant de l'après-midi et même de la matinée, elle peut n'être que le prologue à la " soirée musicale " proprement dite. Le plus souvent, elle se situe après 17h et avant 22h et s'intercale entre les deux derniers repas de la journée. Pour un bébé donné, cette période occupe souvent, d'un jour à l'autre, la même fourchette horaire. Cela en facilite le repérage. Au fil des semaines, elle va se raccourcir, avec un décalage dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Ainsi du marathon 18 - 23h, on passe au semi-marathon 17 - 20h. Cette période peut disparaître dès avant la fin du 3e mois ou, exceptionnellement, se poursuivre jusqu'à la fin du 4e mois.

Nombreux sont ceux qui, à propos de cette période, parlent de caprices, de difficultés à trouver le sommeil en fin de journée, du besoin de se faire les poumons ou la voix, de jalousie à l'égard du père, d'un excès de nervosité (le sottisier est inépuisable en ce domaine) et préconisent le "laisser-pleurer" afin d'éviter le risque d'être pris dans un engrenage infernal !

Les parents, quant à eux, fort désorientés tant par ce comportement d'insatisfaction qu'ils ne s'expliquent pas que par les conseils répressifs de l'entourage bien intentionné, parlent souvent

de repas qui s'éternisent et de mauvaise digestion à propos d'essais d'alimentation répétés et fort décevants en vue de calmer bébé.

Pour toute réponse à leur attente, combien d'enfants n'ont-ils droit qu'à des modifications en cascade du régime ou à des gélules calmantes, sans compter ceux qui, claquemurés dans un couffin rose ou bleu, se heurtent au silence d'une chambre close.

J'explique aux parents que cette période correspond à un besoin irrépressible de contacts, de stimulations, de tendresse et de découvertes. Il s'agit d'un véritable rendez-vous quotidien à ne pas manquer. C'est l'heure du "dialogue-promenade", de la "rencontre-récréation". C'est la première manifestation de la volonté d'apprendre. Le nouveau-né éprouve des besoins multiples. IL ne vit pas que de lit ni de lait. Mais si les moyens d'exprimer ses besoins sont, d'emblée, appropriés, il n'en va pas de même pour ses moyens de les satisfaire. J'ai coutume de dire que le petit de l'homme naît "sans bras et sans jambes".

"Les bras d'un adulte et/ou le mouvement" sont presque toujours les meilleurs sédatifs aux pleurs inexpliqués du soir. La promenade dans les bras, dans un sac ventral, dans un landau ou dans une voiture s'avère d'une efficacité quasi absolue.

Tout se passe comme si le nouveau-né, pendant les trois premiers mois, présentait des phases de sommeil et d'éveil dont la succession était réglée de façon impérative selon un programme établi avant la naissance et déterminé essentiellement par des facteurs génétiques. Pendant cette période, il ne se réveille que pour manger sauf à un ou deux moments, toujours les mêmes pour un bébé donné. Il devient alors réceptif aux stimuli variés de son environnement et "il vient au monde".

J'appelle cette période d'exigences incontournables "le baptême du feu des jeunes parents".

Vers 3 mois, l'intérêt croissant du nourrisson pour son environnement et sa capacité de commencer à l'appréhender seul feront spontanément s'estomper cette période difficile. Par ailleurs, plus pénible aura été celle-ci, plus rapide sera le développement psychomoteur de l'enfant. Quand on interroge les parents d'un enfant à périodes difficiles particulièrement éprouvantes, on entend fréquemment dire que l'un des deux parents, au moins, avait été aussi difficile au même âge. Fait remarquable, durant les premières années de vie, l'enfant sera toujours plus exigeant en fin de journée quant au besoin de contact et d'attention.

Au cours des trois premiers mois, l'enfant se réveille de faim une à trois fois par nuit. Mais très vite et contrairement à ce qui se passe après les autres repas, il se rendort tout de suite, ce qui est déjà une première manière de "passer" la nuit. Le matin, il dort. S'il est éveillé, il reste calme ou, comme je l'ai dit plus haut, il ne faut pas grand chose pour qu'il le soit. Entre midi et 18h, il présente assez souvent un sommeil profond d'une durée de 3 à 5 heures.

En ce qui concerne les repas de nuit, soit le ou les intervalles qui les séparent s'allongent progressivement, soit le ou les biberons de nuit seront supprimés en l'espace de un à quelques jours. Cette dernière alternative est relativement fréquente et entraîne des réveils tardifs en sursaut chez de nombreux parents bien rôdés aux "levers nocturnes"!

Quand bébé passera-t-il la nuit ? Très rarement dès la maternité, le plus souvent entre 1 et 2 mois, parfois seulement après le 3e mois.

En Belgique, le congé légal de maternité s'achève dans le meilleur des cas au début du 4e mois. Cette contrainte sociale rend les repas de nuit d'autant plus intolérables qu'ils se maintiennent au fil des semaines. De là, l'habitude "d'épaissir" le dernier biberon, et d'introduire des farines plus précocement que ne le recommandent les diététiciens actuels.

Si la plupart des enfants, au cours des trois premiers mois, dorment de 16 à 18 heures par 24h, un petit nombre présente après une nuit relativement courte un état d'éveil quasi

permanent entrecoupé par de petites phases de sommeil ne dépassant pas une heure. Ces enfants-là, à partir de 4 mois, se mettent à allonger de façon aussi inattendue qu'inespérée et leurs nuits et leurs siestes.

Un nombre non négligeable d'enfants présentent un cycle caractérisé par l'alternance d'une période de sommeil de minuit à midi interrompue brièvement par 1 ou 2 repas et une période d'éveil quasi continue de midi à minuit.

Une manière de faire dormir davantage ces deux groupes d'enfants pendant le jour, au cours des premiers mois, est de les mettre à l'extérieur de la maison dans un jardin ou même sur la terrasse.

Une fois la période dite de pleurs terminée, un certain nombre d'enfants commencent leur nuit vers 17 - 18h et se réveillent de faim entre 02 et 04h. Le fait de réveiller le bébé vers 22h, par exemple, pour lui donner un repas, fera reculer l'heure du réveil jusqu'à 05 - 06h. Une telle tentative, quand elle est faite avant l'âge de 1 mois 1/2, se solde presque inévitablement par une augmentation des réveils... et des repas nocturnes !

Dès la fin du 3e mois, l'enfant " suceur " prendra son pouce pour autant que la sucette ne lui ait pas été donnée auparavant. Certains commencent à tenir un bout de drap, de couverture ou de lange qu'ils portent près de leur nez (prélude à l'objet dit transitionnel, que l'on trouvera presque systématiquement au début de la 2e année).

Jusqu'à 4 mois, l'enfant a tendance à s'endormir en promenade et à "passer l'heure du repas", comme disent les parents. Dès le retour à domicile, son impatience à être sustenté est directement proportionnelle au retard pris. Par la suite, au contraire, il n'est plus question de le voir dormir pendant les promenades. "Il lutte" contre le sommeil. S'il est dans un landau, il n'accepte plus la position ventrale tant il veut voir ce qui se passe au dehors. Si la promenade se prolonge ou dès le retour à domicile, il sombre dans le sommeil.

A partir du 4e mois, la plupart des enfants font des nuits de 10 à 12 heures qui commencent entre 19 et 21h. La journée est entrecoupée de 2 à 3 siestes : une dans la matinée et une au début de l'après-midi, chacune de plus ou moins 2 heures; la dernière, facultative, dépasse rarement une heure en fin d'après-midi.

Entre les 5e et 6e mois, un certain nombre d'enfants qui passaient bien leur nuit depuis 1, 2 ou 3 mois se réveillent de nouveau entre 04 et 05h. On les rendort plus ou moins aisément soit en leur donnant un biberon ou une tétée soit en leur remettant la sucette. Il suffit parfois de les remettre sur le ventre. C'est l'époque, en effet, où l'enfant passe du ventre sur le dos mais pas encore dans l'autre sens. Ayant été habitué à dormir sur le ventre depuis la naissance selon la coutume la plus communément adoptée à l'heure actuelle, il ne supporte pas de se retrouver sur le dos en plein sommeil. En général, ce même bébé préfère le décubitus dorsal pendant les périodes d'éveil. La majorité des parents pensent que ces réveils sont dus au régime alimentaire qui n'est plus adapté aux besoins de bébé.

Le fait d'augmenter l'apport calorique du dernier repas de la journée donne, cependant, rarement la solution à ces réveils jugés trop matinaux. A noter que bien souvent à cette époque, le biberon du soir est déjà plus volumineux que celui du matin et ce, " à la demande " de l'enfant. Je parle volontiers de "la boulimie du soir de 5 à 8 mois"

Entre 6 mois et 1 an, certains enfants n'acceptent plus d'être couché avant 22h. Toute tentative pour les faire dormir plus tôt entraîne des cris véhéments.

Toujours au même âge, d'autres enfants qui s'endorment rapidement vers 18 - 19h se réveillent une heure plus tard en hurlant. Les parents doivent les prendre et les laisser jouer auprès

d'eux. Aux premiers signes de fatigue, ils les remettent au lit sans peine. Je nomme ce début de nuit avorté " la sieste du soir ". La présence d'invités à la maison est également, quelquefois, un motif de coucher tardif ou de réveil pendant la soirée.

Vers la fin de la première année, un certain nombre d'enfants se réveillent probablement à cause de cauchemars. Ils se mettent subitement à hurler au milieu de la nuit et sans raison apparente. Habituellement, il suffit de les prendre quelques minutes dans les bras pour les rassurer. La plupart des parents attribuent ces réveils à la douleur provoquée par une poussée dentaire. Il n'en est rien, bien évidemment. Les douleurs d'otite sont les seules à donner ce même type de pleurs.

Du 4e au 15e mois, les enfants font une sieste le matin et l'après-midi. Ensuite, une seule après le repas de midi leur suffit généralement. Celle-ci sera habituellement nécessaire jusqu'à 3 ans et plus.

Dans le courant de la 2e année, la période de 15 à 20 mois constitue également une entité particulière sous bien des rapports.

Le tableau clinique des troubles du sommeil décrits par les parents est très spécifique. Comme pour la plupart des modifications dans le développement de l'enfant, les perturbations observées apparaissent subitement, presque d'un jour à l'autre, et peuvent faire suite à des mois de sommeil irréprochable.

La nuit, l'enfant se réveille brutalement 2 à 3 fois et même plus. Il appelle presque toujours sa mère. Quand celle-ci entre dans la chambre, elle le trouve habituellement assis ou debout, en train de crier en se tenant aux barreaux du lit. Elle doit le prendre dans ses bras. Après quelques minutes, elle le recouche avec plus ou moins de facilité. Parfois, elle doit rester près de lui jusqu'à ce qu'il soit complètement endormi.

Si au fil des semaines, la répétition des réveils se maintient ou s'accroît, la mère qui ne supporte plus le fractionnement intempestif de son repos nocturne, finira par " embarquer " l'enfant dans son lit dès le 1er ou 2e appel. Cependant, certains enfants bougent tellement pendant leur sommeil que les nuits des parents n'en sont pas améliorées. Ce qu'il y a de pire, ce sont les enfants qui se réveillent vers 01 ou 02h et veulent entraîner leur mère au tapis... de jeux! Quelquefois, la mise au lit est déjà problématique et ne peut se faire que par le biais de l'endormissement dans le lit des parents. Certaines mères sont obligées de se coucher en même temps que leur rejeton, quitte à se relever dès qu'il est endormi.

Les siestes de l'après-midi réservent, de temps à autre, également des surprises quand elles se terminent, sans raison apparente, par des hurlements soudains et difficiles à faire cesser. Une difficulté de digestion, une poussée dentaire ou une douleur à l'oreille sont les trois causes fréquemment invoquées.

De plus, ces troubles du sommeil qui se manifestent donc, de jour comme de nuit, sont très souvent associés à des modifications du comportement dans d'autres domaines. L'enfant pique des crises de colère à la moindre contrariété, se met à refuser nombre d'aliments dont il se régala quelques semaines auparavant et présente une attitude "colle-jupe" inattendue à l'égard de sa mère. En présence d'une telle série "d'anomalies", plus d'un parent se persuade que son enfant couve une maladie, surtout s'il a présenté récemment quelques infections fébriles successives, pourtant tout à fait admissibles dans le contexte épidémiologique du moment.

La 3e année constitue le dernier grand sommet en ce qui concerne les problèmes du

sommeil chez le jeune enfant.

La mise au lit le soir n'offre en général pas de résistance mais se caractérise par un rituel plus ou moins sophistiqué: dernière séance petit pot, brossage des dents, petit tour de chambre, lecture d'une histoire, etc.

Nombreux sont les enfants qui au milieu de la nuit sortent de leur lit et réclament leur place dans le lit des parents...Ils expriment parfois des angoisses suscitées par des cauchemars.

Entre 3 et 5 ans, quelques enfants forcent encore l'accès au lit des parents mais essentiellement en fin de nuit. Dans l'ensemble, cependant, on note une nette diminution des troubles du sommeil, un peu comme celle que l'on observe dans les cas d'énurésie nocturne

CONCLUSION.

L'exercice quotidien de la pédiatrie impose la prise en considération d'un paramètre de vie dont les perturbations dressent un mur auquel bien des parents se heurtent. Ce paramètre est le cycle de l'éveil et du sommeil. Jusqu'à présent, les connaissances cliniques à ce sujet sont relativement disparates et les conseils en résultant sont le plus souvent faits d'un amalgame de stéréotypes culturels. Grâce à une approche scientifique plus rigoureuse, on peut espérer de nets progrès dans un avenir proche.

En étudiant de façon longitudinale le sommeil de l'enfant, j'ai essayé, malgré l'infinie multiplicité des cas, d'en dégager les grandes étapes de zéro à trois ans.

Chaque être, dès sa conception, est doté d'une personnalité potentielle avec sa cohérence interne. Ainsi, le développement psychomoteur est programmé pour chaque enfant et il existe une relation étroite entre le développement et l'évolution de comportements spécifiques tels que le sommeil et l'alimentation. L'enfant qui marche à dix mois peut par exemple dormir pendant des nuits courtes et des siestes brèves, et aller jusqu'à tenir lui-même sa cuillère pendant les repas. Par ailleurs, si les périodes du développement se présentent de façon très variable et parfois surprenante, d'aucuns ne s'en étonnent plus ou presque. La diffusion et la vulgarisation des connaissances en ce domaine y ont certainement contribué.

En ce qui concerne le sommeil, dont le profil au cours du temps s'harmonise cependant avec celui du développement, la plupart s'étonnent et continuent à considérer les réveils nocturnes propres à certains âges comme des contraintes inacceptables. Les adultes ne s'inquiètent pas trop si un enfant ne marche pas à quinze mois ; en revanche, ils comprennent

difficilement qu'un nouveau-né ne dorme pas une nuit entière avant trois mois.

Le vécu exprimé par les parents est source de nombreuses différences - contradictoires en apparence - constatées dans la description des troubles du sommeil et dans le remède. A ce niveau, le contexte culturel joue un rôle déterminant. Telle mère trouve normal de dormir avec son enfant de vingt mois parce qu'il pleure la nuit alors que telle autre se plaindra de devoir se lever deux ou trois fois par nuit pour un enfant du même âge tout en refusant, par principe, l'idée de le prendre dans son lit.

Le climat familial et les conditions psychosociales comptent énormément, surtout à partir du quatrième mois.

Pendant longtemps, j'ai attribué exclusivement à l'âge certaines modalités de réveil nocturne jusqu'au jour où je me suis rendu compte que les enfants qui ne connaissent pas ces réveils étaient presque toujours élevés à la maison. Dans certains cas, ce que j'appelais comportements de sommeil se révèlent être en réalité des troubles qui témoignent de perturbations psychoaffectives pendant la période d'éveil.

A ce titre, la mise en crèche précoce augmente le pourcentage de troubles du sommeil. A l'inverse, les enfants qui restent à la maison, qu'ils soient gardés ou non par un parent, risquent moins de présenter ces troubles. Jusqu'à deux ans minimum, la plupart des enfants sont plus rassurés par l'unité de lieu que par l'unité de personne, un peu comme si dans le premier cas, l'enfant savait que la mère allait rentrer et comme si, dans l'autre, il doutait chaque jour que l'on vienne le reprendre.

Quelle est mon attitude pratique?

En face des parents parfois excédés par la répétition des réveils nocturnes, je tente, sans les culpabiliser, de leur expliquer que tel comportement est dû à l'âge, ou à la situation familiale ou sociale.

J'affirme qu'il est inutile de s'opposer manu militari aux étapes du sommeil, qu'elles se succèdent inéluctablement et que vouloir s'opposer de force à leur déroulement est aussi vain que de vouloir enfoncer des portes qui vont s'ouvrir d'elles-mêmes à leur heure.

De toute manière, l'enfant se développe par palier: un jour il se met debout ; un autre jour il est propre; brusquement il abandonne le biberon, etc. Il en va de même pour le sommeil.

J'essaie d'apprendre aux parents à respecter les rythmes de la vie et ceux de chaque être et à établir une relation privilégiée de confiance et d'échange avec l'enfant.

Dimitri Dourdine.

Communication au symposium:

“Le sommeil normal et anormal de l'enfant”

Bruxelles, le 18 avril 1986.

Association Belge pour l'Etude du Sommeil.
Hôpital Erasme.

Publication en cours.

Reproduction interdite.