

Les troubles du sommeil : fatalité ou maladie que l'on peut soigner ?

SOMMAIRE

Introduction	p. 2
Les apnées du sommeil : ces troubles qui perturbent nos nuits et notre santé	p. 3
Insomnies : quand dormir devient un problème	p. 5
Enfants : comment les aider à mieux dormir ?.....	p. 8
Les réponses à vos questions	p.10
Pour en savoir plus	p.14
Glossaire.....	p.14

Avec la participation de :

- > **Dr Jean-Louis Valatx**,
Directeur de recherche à l'Inserm U.480
Université Claude Bernard, Lyon.
- > **Dr Royant-Parola**,
Psychiatre au Laboratoire d'exploration du sommeil,
clinique du château de Garches..
- > **Dr Hélène De Leersnyder**,
Pédiatre, consultation du sommeil, hôpital Necker-
Enfants malades, Paris.



> Propos recueillis à l'occasion d'un débat grand public organisé par la Fondation Recherche Médicale et France Info dans le cadre des "Rencontres santé". Vendredi 17 octobre 2003, à la Maison de la Radio (Paris). Débat animé par Michel Cymes, chroniqueur médical de France Info et animateur TV sur France 5.

> Dossier disponible sur le site de la Fondation pour la Recherche Médicale www.frm.org

> Les termes avec astérisque (*) sont définis ou explicités dans le glossaire ou dans la rubrique *Pour en savoir plus* en page 14.

> Crédits photo : Radio France / Christophe Abramowitz .

Introduction



Michel Cymes - Quelques chiffres pour commencer. Nous consacrons un tiers de notre vie à dormir. Donc, si vous avez soixante ans, vous avez dormi vingt ans, dans votre vie. C'est beaucoup. Pour

certains, c'est du temps perdu, pour d'autres, c'est indispensable d'ailleurs, un être humain privé de sommeil ne vit pas très longtemps. D'autres chiffres montrent que nous sommes devant un véritable problème de santé publique : 10 à 15 % de la population souffre d'insomnies plus de trois nuits par semaine. 10 % de la population consomme régulièrement des somnifères. On estime qu'un accident de la circulation sur autoroute sur trois est lié à un défaut de vigilance, le plus souvent dû à un manque de sommeil. Chacun a son temps de sommeil idéal : certains dorment trois heures par nuit, d'autres sept, d'autres encore ont besoin de dix heures de sommeil. Certaines personnes, parce qu'elles dorment trois, quatre ou cinq heures pensent être insomniaques. Quelle est la différence entre l'insomnie et le fait de n'avoir pas besoin de beaucoup de sommeil ?

Dr Sylvie Royant-Parola - Il est vrai que les besoins en sommeil peuvent varier d'une personne à une autre. Et les différences vont à peu près de trois heures et demie par nuit jusqu'à onze heures, voire parfois douze heures par nuit. Comment différencier un court dormeur d'un insomniaque ? Un court dormeur dort très peu, mais est en forme le lendemain ; alors que l'insulaire se définit non seulement par un sommeil perturbé, mais, en plus, a des problèmes dans la journée.

Michel Cymes - M. Attali, le conseiller de François Mitterrand dormait trois heures par

nuit, il se levait toutes les nuits à 3 h pour écrire un livre. Quel est le « record » ?

Dr Sylvie Royant-Parola - Effectivement, il paraît qu'il dort très peu. Je ne l'ai pas eu comme patient, donc je ne peux pas vous le confirmer... Le record qui a été authentifié (mesuré et surveillé avec des enregistreurs pendant plusieurs nuits), est celui d'un Australien qui dort trois heures trente par nuit. Parmi mes patients, j'ai des personnes qui dorment trois heures quarante-cinq, quatre heures par nuit : ce n'est pas beaucoup. Ils consultaient en croyant être anormaux ou insomniaques, en particulier parce que leur entourage leur disait : " Ce n'est pas normal, tu dors trop peu, tu vas avoir des problèmes ".

Michel Cymes - Et l'autre extrême ? hors pathologie (on sait que les dépressifs ont plus tendance à avoir envie de dormir), quel est le besoin physiologique maximum enregistré ?

Dr Sylvie Royant-Parola - Il existe une pathologie, l'hypersomnie idiopathique, qui entraîne un surcroît de sommeil. Les gens qui en sont atteints dorment beaucoup jusqu'à treize ou quatorze heures d'affilée par nuit. Mais c'est une pathologie. En dehors de cette pathologie, on a défini que onze ou douze heures maximum étaient la limite normale de la durée de sommeil.

Michel Cymes - Cela signifie que si, parmi nous, des gens dorment treize heures par nuit, il faut se poser des questions ?

Dr Sylvie Royant-Parola - C'est un réel handicap. Il faut s'inquiéter un peu, parce qu'effectivement, dans ce cas, on n'a plus beaucoup de temps pour le reste. Et si le sommeil n'est toujours pas récupérateur après autant d'heures de sommeil, cela pose un problème.

Les apnées du sommeil, ces troubles qui perturbent nos nuits et notre santé

Dr Jean-Louis Valatx

Directeur de recherche à l'Inserm, Unité 480,
« Neurobiologie des états de sommeil et d'éveil »
Université Claude Bernard, Lyon

> L'organisation des cycles de sommeil



Comprendre comment se passe une nuit de sommeil est nécessaire pour bien comprendre les troubles du sommeil. Après une journée d'éveil, le cerveau envoie des signaux comme le bâillement, des picotements des yeux, etc. pour dire qu'il est temps d'aller dormir et de se

reposer. Vous connaissez tous ces signaux. Commence alors le cycle du sommeil : endormissement, sommeil léger, sommeil profond et sommeil très profond. Au bout d'une heure environ survient le sommeil paradoxal ou sommeil avec rêve, d'une durée de dix à quinze minutes.

Le premier cycle de sommeil dure de une à deux heures selon les personnes. Après cette phase de sommeil paradoxal, on revient en sommeil léger et on amorce un deuxième cycle : sommeil léger, sommeil profond, sommeil paradoxal.

Plusieurs cycles se succèdent ainsi. À la fin d'un cycle, on peut se réveiller naturellement pendant quelques secondes ou quelques minutes. Au total, au cours d'une nuit de sommeil, on est ainsi réveillé dix à douze minutes, même si on ne s'en souvient pas le matin au réveil.

Il est normal d'être réveillé la nuit, mais il ne l'est pas de ne pas pouvoir se rendormir.

> Les mécanismes du sommeil

La durée du sommeil varie selon les personnes entre trois et douze heures. À l'issue de quarante années de recherche, le sommeil apparaît de plus en plus complexe. Le nombre de neurotransmetteurs en jeu est très important. Mais on peut schématiser le cycle du sommeil suivant les âges. D'abord il n'y a pratiquement que du sommeil paradoxal à la naissance chez

les êtres très immatures. Ensuite les groupes de cellules nerveuses qui prennent en charge le sommeil lent se développent et un équilibre se crée entre les structures qui déclenchent le sommeil paradoxal et celles qui déclenchent le sommeil lent : en général, chez l'adulte, il y a trois quart de sommeil lent et un quart de sommeil paradoxal.

Puis se développent les structures de l'éveil (plutôt dans le cerveau antérieur), qui établissent des contacts avec celles du sommeil. On connaît bien les neurotransmetteurs qui bloquent chacun des états de sommeil : l'éveil est entretenu par toutes les stimulations de l'extérieur (le bruit, la lumière, etc.) et toutes les stimulations internes (végétatives, digestives, douloureuses, psychiques, etc.).

Quand on veut se rendormir à nouveau, il faut essayer de diminuer ces stimulations, mais ce n'est pas suffisant : un système de l'endormissement (dans le cerveau antérieur) vient bloquer le système de l'éveil. Le sommeil peut alors se mettre en route. Il met en jeu un système anti-éveil qui bloque chacun des éléments de l'éveil. Mais on ne s'endort pas n'importe quand. En général, c'est en fin de journée : nous avons à la base du cerveau une horloge biologique sensible à l'intensité lumineuse de l'environnement ; quand la lumière baisse, des cellules nerveuses se mettent en route et font libérer les substances qui bloquent l'éveil.

La plupart des insomnies sont des troubles de l'éveil et non des troubles du sommeil.

L'hypersomnie peut être un défaut d'éveil et certaines insomnies peuvent être dues à un retard de phase de l'horloge biologique (elle se met à retarder).

Le fonctionnement de l'horloge, qui ne se règle pas toujours sur vingt-quatre heures, est complexe. Une dizaine de gènes la régule. Certaines personnes n'ont pas forcément une synchronisation stricte. Le fonctionnement peut être décalé par rapport à l'environnement et cela évolue aussi au cours de la vie : l'horloge biologique des personnes âgées a plutôt tendance à avancer.

De plus, entre midi et trois heures, on constate un creux de la vigilance. Les repas un peu gras, abondants, accentuent ce creux. Les enfants qui sortent de l'école maternelle à 11h30 ou à midi peuvent s'endormir directement sans avoir mangé.

> Les troubles du sommeil

Il y en a de différents : l'insomnie, l'hypersomnie, la narcolepsie, les parasomnies comme le somnambulisme, le bruxisme, (grincement des dents), les ronflements naturels (sans apnée du sommeil), les mouvements périodiques des jambes et les apnées du sommeil et enfin le manque de sommeil avec ses conséquences : somnolence diurne, baisse de performances. Il est donc important de repérer aussi le manque de sommeil.

> Les apnées du sommeil

Ces apnées (arrêts respiratoires au cours du sommeil) peuvent entraîner des conséquences graves, notamment cardiovasculaires. On parle de syndrome des apnées du sommeil, le SAS, quand les arrêts respiratoires durent plus de dix secondes et se reproduisent plus de dix fois par heure de sommeil. Voilà la définition des apnées du sommeil. Elles peuvent survenir chez des personnes qui ronflent, mais pas forcément. Les signes accompagnateurs les plus fréquents sont les ronflements bien sûr, mais aussi une forte transpiration et des envies fréquentes d'uriner au cours de la nuit (pour les hommes, ce n'est pas forcément un problème de prostate). Les personnes qui en souffrent peuvent aussi se plaindre de maux de tête, le matin au réveil. Il faut disposer d'enregistrements particuliers pendant la nuit pour mesurer combien de temps durent ces apnées du sommeil et quelle est leur fréquence. Si elles se renouvellent très fréquemment, elles entraînent un sommeil non reposant et insuffisant. On peut voir des patients qui ont un indice d'apnée de 30, 40 voire 50 par heure de sommeil, ce qui signifie que, pratiquement toutes les minutes, ils s'arrêtent de respirer et se réveillent pour reprendre leur respiration. Leur sommeil n'est donc pas reposant : ils n'ont pas de sommeil profond et cela entraîne pendant la journée une somnolence, de la fatigue et une baisse des performances. C'est l'entourage et la famille qui s'en rendent compte et poussent la personne à venir consulter, mais souvent avec un délai de dix à quinze ans.

Un certain nombre d'apnées du sommeil multiplient les risques d'accident par sept (accidents du travail, de la circulation, etc.). À plus long terme, les conséquences sont cardiovasculaires : hypertension artérielle, infarctus ou accident vasculaire cérébral peuvent survenir. Depuis quelques années, les spécialistes se penchent sur la question. Des laboratoires de

recherche essaient de connaître l'origine de ces apnées du sommeil dues à un relâchement des muscles du pharynx qui bloquent le passage de l'air. Mais tout le monde peut avoir un relâchement sans pour autant faire des apnées. Selon certaines recherches, cela proviendrait du dysfonctionnement d'une commande centrale du cerveau qui entraînerait un relâchement complet de ces muscles.

D'autres recherches sont menées sur les conséquences des apnées du sommeil : on a montré que chez l'animal une diminution de l'oxygène pendant dix ou vingt secondes, répétée de nombreuses fois au cours de la journée, entraîne une hypertension artérielle. On commence donc à connaître le mécanisme et les conséquences et à essayer de pallier cela pour contrer ces effets cardiovasculaires. La fréquence des apnées du sommeil dans la population est en moyenne de 9 % chez les hommes adultes et de 4 % chez les femmes. Elle varie aussi en fonction de l'âge. Certaines recherches montrent qu'après soixante-cinq ans, plus de 50% des hommes ont des apnées du sommeil. Tous les somnifères ont un effet aggravant puisque ce sont des sédatifs des centres respiratoires.

> L'origine des apnées

L'origine de ces apnées peut être centrale (arrêt de la commande de la respiration) ou périphérique, constitutionnelle, du fait d'un pharynx étroit où l'air passe déjà difficilement à l'éveil. Les muscles dilatateurs fonctionnent au maximum et permettent à la personne de respirer, mais quand celle-ci s'endort, ces muscles, qui ont beaucoup travaillé, se relâchent d'autant plus. Les personnes obèses ou en surpoids rencontrent ce problème car la graisse se fixe sur le pharynx et réduit le diamètre du conduit aérien. Au cours de la nuit, le flux nasal s'arrête alors que le diaphragme continue à fonctionner et essaie de passer l'obstacle. En général, 80 à 90 % des apnées sont d'origine obstructive.

Le seul traitement donnant actuellement de très bons résultats est la pression positive continue pendant le sommeil : la personne porte un masque nasal dans lequel on fait passer de l'air sous pression pour éviter que les muscles ne se relâchent trop et pour qu'il demeure un passage de l'air correct. Actuellement, les personnes qui suivent ce traitement retrouvent une vigilance tout à fait normale et recouvrent toutes leurs performances physiques et intellectuelles pendant la journée. Si la personne est en surpoids, un amaigrissement lui est

recommandé. Certains, comme les Américains, préconisent la chirurgie pour augmenter le passage de l'air. Mais c'est une chirurgie assez lourde et l'on n'a pour le moment pas le recul suffisant pour en mesurer l'efficacité.

Michel Cymes - Plusieurs techniques chirurgicales sont proposées après examen clinique, notamment aux personnes qui ont des voiles du palais longs et mous formant comme un drapeau flottant pendant le sommeil (enlever les amygdales, couper un morceau de la luette). D'autres médecins proposent la radiofréquence vélaire : une petite électrode dans le voile du palais envoie un courant qui rétracte les tissus. Mais ce sont effectivement des techniques pour lesquelles il n'y a pas énormément de recul.

Insomnies : quand dormir devient un problème

Dr Sylvie Royant-Parola
Psychiatre, spécialiste des troubles du sommeil
Laboratoire d'exploration du sommeil, Clinique du
château de Garches.

.....

Michel Cymes - Si on veut passer une nuit plus complète et plus tranquille, a-t-on intérêt à s'endormir au moment où notre horloge biologique nous le demande ?



Dr Sylvie Royant-Parola - Pour avoir un sommeil optimal, il faut respecter son rythme et ses besoins. Cela paraît évident, mais dans la vie de tous les jours, ce n'est pas obligatoirement le cas. Respecter son rythme, c'est déjà repérer si l'on est du matin ou du soir : les "couche-tôt" et les "couche-tard"

représentent chacun environ 3 % de la population. Entre ces extrêmes, la majorité se couche vers 22h30, 23h, 23h30 et dort de sept heures trente à huit heures. Lorsque l'on a repéré à quelle tranche horaire on appartient, on a tout à fait intérêt à aller se coucher quand le corps lance des signaux de sommeil. Il ne faut pas lutter pour essayer de retarder l'horaire ni se coucher plus tôt, dans l'espoir utopique qu'on

dormira davantage et qu'ainsi on sera en meilleure forme le lendemain.

Michel Cymes - Le sommeil d'avant minuit compte-t-il double ?

Dr Sylvie Royant-Parola - Lorsque vous êtes très "couche-tard", que votre horaire privilégié d'endormissement est minuit une heure du matin, si vous vous couchez à dix heures du soir, vous aurez du mal à vous endormir et votre sommeil sera globalement plus léger. En revanche, les premières heures de la nuit sont effectivement les plus récupératrices parce que le sommeil de début de nuit est un sommeil plus riche en sommeil lent profond (qu'il ait lieu ou non avant minuit). Ainsi, vous serez plus reposé si vous dormez trois heures avant de prendre la route, par exemple, plutôt que de passer une nuit blanche et de ne pas dormir du tout.

Michel Cymes - Les micro-réveils sont-ils un signe de mauvais sommeil ou est-ce normal ?

Dr Sylvie Royant-Parola - Il est tout à fait normal de se réveiller en cours de nuit. Un mauvais dormeur se réveille aussi, mais il aura une sorte d'hypermnésie*, de sorte qu'il se souviendra davantage de ses réveils qu'un bon dormeur qui, lui, n'en tiendra pas compte et considérera qu'il a bien dormi. Un mauvais dormeur (qui aura somme toute la même quantité de sommeil si on fait un enregistrement polysomnographique) dira qu'il a mal dormi et qu'il s'est réveillé souvent parce qu'au cours de ces petits éveils, il garde en mémoire l'impression d'une discontinuité de son sommeil. Et vous avez tous l'expérience de vous être réveillés à 1 h 10, puis à 2 h 17 et de vous être dit que vous ne dormiez pas, alors qu'en fait, entre temps, vous avez dormi. Et c'est cela, le problème de l'insulaire, la perception d'un sommeil discontinu.

Dr Michel Cymes - La pleine lune, c'est une bêtise ?

Dr Sylvie Royant-Parola - Non, pas du tout. Certains patients signalent qu'ils dorment moins bien les jours de pleine lune. D'autres n'y font pas attention. Quand on prend l'agenda de leur

sommeil, on se rend compte qu'il y a des périodes où c'est plus gênant.

L'insomnie est différente du mauvais sommeil ou de la mauvaise nuit occasionnelle causée par un stress ponctuel, comme le fait de passer un examen le lendemain par exemple. Dès qu'on entre dans le régulier, le pourcentage baisse beaucoup : on parle d'insomnie chronique à partir de problèmes de sommeil rencontrés trois fois par semaine. Du point de vue de la durée, la définition est un peu vague. Néanmoins, on s'accorde à dire que ces troubles sont chroniques et gênants à partir du moment où ils durent plus de six mois.

Dans ce contexte-là, quels sont les types de troubles ? Sont prédominants les problèmes d'endormissement qui concernent à peu près 70 % des insomniaques. Ils sont suivis de près par ceux qui ont des problèmes d'éveil dans la nuit : ils se réveillent durant une heure, deux heures, assez souvent vers la même heure, c'est-à-dire vers une heure, une heure trente, deux heures du matin, sans cauchemar ou pensée particulière dans la tête. C'est juste un réveil soudain avec impossibilité de se rendormir durant une à deux heures. Puis, finalement, ils se rendorment.

Il y a aussi ceux qui se réveillent trop tôt, à quatre heures et demie, cinq heures du matin, et qui ne peuvent pas se rendormir.

Enfin, le dernier cas où l'on parle encore d'insomnie est celui des personnes qui dorment en quantité normale, mais qui n'ont pas la sensation d'un sommeil reposant : quand ils se réveillent le matin, quelle que soit la durée de leur sommeil, et malgré les preuves indirectes qu'ils ont dormi, ils se sentent fatigués. Ainsi, pour parler d'insomnie, il faut vraiment qu'existe un retentissement dans la journée : fatigue, troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire. Les personnes disent souvent qu'elles ont des difficultés à se souvenir des mots ou à retrouver les noms. Il peut aussi y avoir des troubles physiques, avec une sensation de fatigue, notamment une fatigue des yeux, des traits tirés, des cernes sous les yeux. Quand l'insomnie est régulière, la qualité de vie est vraiment altérée le lendemain.

> Les conséquences de l'insomnie

Au travers des tests objectifs, très peu d'indices ressortent. L'insulaire est aussi performant que le sujet de référence, mais il a deux fois plus d'accidents de voiture, un plus grand nombre d'accidents domestiques, d'arrêts de travail, de consultations chez le médecin. Au niveau de la mémoire verbale, dans le rappel

des mots, il y a un peu plus d'erreur chez les insomniaques.

> Les différentes causes de l'insomnie

La plupart des insomniaques ont des troubles psychologiques : il existe une anxiété, une sorte d'hyper-éveil, une difficulté à décrocher de l'éveil, une recherche d'activité, surtout le soir. Ce sont des personnes qui luttent de cette manière-là contre la peur de la nuit et entrent constamment en hyper-activité le soir pour repousser le moment où il faut se coucher. Ils ont peur de la nuit et cela peut venir de très loin dans l'enfance. Il y a aussi des signes physiques d'anxiété, comme des sueurs, une tachycardie*, une impression vasomotrice désagréable de chaleur. D'autres causes sont pathologiques ou psychiatriques comme les phobies, les névroses phobiques, les troubles obsessionnels compulsifs, où les personnes entrent dans des rituels qui retardent l'horaire du coucher.

La dépression est la deuxième cause d'insomnie après l'anxiété. Elle se traduit par un endormissement assez précoce : les personnes s'endorment devant la télé ou luttent pour ne pas s'endormir trop tôt, mais se réveillent en revanche très tôt, à trois heures trente, quatre heures. Ils restent longtemps réveillés, avec parfois un petit endormissement qui se ferait volontiers vers sept heures, mais c'est trop tard, il faut se lever. On est donc là vraiment dans un contexte où l'insomnie est essentiellement rattachée à des troubles psychopathologiques.

Il y a aussi des pathologies spécifiques du sommeil, dont on a un peu parlé avec le syndrome d'apnées du sommeil. Mais d'autres troubles sont à l'origine d'insomnie, comme les impatiences au moment du coucher par exemple : certaines personnes, lorsqu'elles se couchent et se mettent en position allongée, ressentent des sensations extrêmement désagréables dans les jambes, une sorte d'agacement, de picotement, d'énerverment des jambes, qui les oblige à se relever, à marcher pour se "dégourdir les jambes" comme ils disent, ou à se passer les jambes sous la douche, sous un jet froid, ou encore à se passer un gant sur les jambes, pour se soulager de cet énerverment. Ensuite elle se recouchent et cela recommence. Évidemment, l'endormissement est difficile et cela se reproduit, à tel point que certaines personnes ne s'endorment que vers deux, trois heures, voire quatre heures du matin, complètement exténuées. On imagine le retentissement sur la journée du lendemain !

Pour ce genre de troubles, interroger celui ou celle qui dort avec cette personne est très important. Ces agacements sont le plus souvent associés à des mouvements très particuliers des jambes : des secousses qui surviennent d'une manière assez rythmique, entre vingt et quarante secondes. Le conjoint reçoit des coups de pied tout au long de la nuit et au lieu d'avoir un insomniaque, on en a deux ! Ce trouble s'appelle le syndrome des impatiences des membres inférieurs ou le syndrome des jambes sans repos. C'est assez fréquent puisque cela touche environ 15 % de la population et s'accroît avec l'âge. Mais, curieusement, toutes les personnes atteintes de ce trouble ne consultent pas et n'ont pas obligatoirement un retentissement très important le lendemain. Il faut rechercher ces indications par des questions au patient, le témoignage du conjoint et, si besoin, par un enregistrement de sommeil pour voir si ces mouvements sont tout à fait anormaux et perturbent le sommeil. On demande systématiquement aux personnes insomniaques (car le syndrome d'apnées est une cause de somnolence diurne, et une cause de fractionnement du sommeil), si elles ronflent et font des arrêts respiratoires repérés par l'entourage.

Quand, devant une insomnie, on ne retrouve pas de dépression, pas d'anxiété importante, quand on ne trouve pas de cause qui permette d'expliquer l'insomnie, on est alors amené à faire un enregistrement de sommeil chez environ 10 % des insomniaques. On aimerait bien pouvoir enregistrer tous les insomniaques chroniques (10 % de la population), mais les délais d'attente dans les laboratoires du sommeil, qui sont actuellement de trois à six mois, seraient alors de cinq ans ! On essaie donc de cibler les insomnies vraiment importantes : quand on trouve les signes qui orientent vers un syndrome de mouvements périodiques ou vers de possibles apnées, on les enregistre. On enregistre aussi quand on ne trouve rien, quand on ne comprend pas l'insomnie ou quand un traitement n'a pas fonctionné.

> Les traitements

Les somnifères ont une histoire intéressante. Sans remonter aux somnifères ancestraux, les hypnotiques sont nés avec les benzodiazépines et les barbituriques dans les années 1960. Durant toute une période, les insomniaques voulaient recourir à ces pilules miracles qui permettaient d'avoir enfin un sommeil tranquille. Mais il y a eu des problèmes importants avec

les barbituriques car la différence entre la dose thérapeutique et la dose toxique est très faible. Des incidents graves sont ainsi survenus chez des gens qui voulaient dormir et seulement dormir, pas spécialement se suicider, mais qui mouraient parce qu'ils avaient pris une dose trop importante de barbituriques.

Avec l'apparition des benzodiazépines, on est passé à des produits actifs mais moins toxiques. Il est difficile d'arriver à se suicider avec des benzodiazépines. On a donc obtenu un certain confort avec ces médicaments. Ensuite, on a évolué avec des molécules plus modernes et qui fonctionnent encore mieux.

Néanmoins, si tous ces produits sont excellents quand ils sont pris d'une manière discontinue ou occasionnelle, ils deviennent catastrophiques quand on les prend d'une manière régulière. Actuellement, pour l'insomnie chronique, on conseille une prise discontinue de ces produits, c'est-à-dire une fois, deux fois, trois fois maximum dans la semaine ou bien par périodes. Dans tous les cas, il faut vraiment éviter une prise régulière parce que cela entraîne une accoutumance et même une dépendance : il devient difficile d'arrêter le médicament. On doit augmenter les doses pour obtenir le même effet positif sur le sommeil. Surviennent alors des effets secondaires importants sur le lendemain.

> Les alternatives aux médicaments ?

Il s'agit des thérapies comportementales et cognitives. Le problème de l'insomnie, en effet, est que, du fait même de l'expérience de l'insomnie, on perd un signal qui est déterminant pour déclencher le sommeil. Chez l'homme, ce signal déterminant est assez simple : c'est le fait de se mettre au lit. Il n'y a pas de système complètement opérationnel pour déclencher le sommeil d'une manière absolue. Certaines zones du cerveau vont permettre au sommeil de s'installer, mais il faut d'abord que le centre de l'éveil s'arrête. Il faut, pour cela, donner un certain nombre de signaux et arrêter de s'activer.

Cela paraît évident, mais ce n'est pas si simple que cela pour un insomniaque. Or, que fait celui-ci ? Comme il dort mal, il se couche plus tôt, en se disant : " Ce sera toujours cela de gagné ". S'il se réveille dans la nuit, il se gardera de bouger en se disant qu'il va se rendormir. Et le matin, s'il se réveille un peu trop tôt, ou s'il se réveille à l'heure mais qu'il a la possibilité de rester encore un peu au lit parce que c'est le week-end, il restera au lit en se disant : " Si je me rendors, je serai plus en forme ". On voit

donc finalement des insomniaques qui, sous prétexte d'essayer de dormir davantage, passent douze, treize ou quatorze heures au lit et dorment cinq ou six heures seulement. L'efficacité de leur sommeil est donc très mauvaise et, en plus, le fait de se mettre au lit n'a plus aucun sens pour eux et ne joue plus le rôle de déclencheur du sommeil. D'autres se mettent au lit le soir en regardant la télé, en prenant le dîner au lit et, bien sûr, cela ne fonctionne pas parce qu'ils ne s'endorment pas tout de suite. Là aussi, le signal déclencheur de sommeil est perdu. Tout le travail des thérapies comportementales et cognitives est de rétablir un sens au fait de se mettre au lit et surtout de lui associer une valeur de déclencheur de sommeil.

Enfants : comment les aider à mieux dormir ?

Dr Hélène de Leersnyder
Pédiatre, spécialiste des troubles du sommeil chez l'enfant. Consultation du sommeil, Hôpital Necker-enfants malades, Paris



L'insomnie de l'enfant prépare celle de l'adulte. L'insomnie de l'adulte se prépare dans l'enfance, notamment dès les premiers troubles du sommeil. Il faut distinguer les troubles du sommeil du petit enfant (80 % des demandes de consultation du sommeil chez l'enfant concernent

des enfants de moins de trois ans) de ceux des enfants plus grands, scolarisés, entre six et dix ans. Ceux-là sont ceux qui ont souvent des difficultés d'endormissement dues à une méconnaissance de leur propre rythme de sommeil. Ce sont des petits dormeurs « couche-tard ». Les parents pensent bien faire en les couchant à huit heures du soir. Mais au lieu de s'endormir spontanément vers neuf ou dix heures du soir, ces enfants s'endorment plus tard parce qu'ils se couchent trop tôt, à un moment qui n'est pas propice à leur endormissement. L'enfant scolarisé peut aussi avoir des difficultés d'endormissement « silencieuses », que les parents ne connaissent pas toujours. La méconnaissance des rythmes de l'enfant peut conduire ultérieurement à des

insomnies de l'adulte. La demande des parents d'un enfant qui se couche trop tard à leur gré se traduit par le souhait de « donner quelque chose pour dormir » et très vite on entend des demandes de traitement pour des enfants qui se couchent tard alors que spontanément, c'est peut-être leur propre rythme.

> Le cas des enfants « petits dormeurs »

Certains enfants vont très bien avec neuf heures de sommeil à huit ou neuf ans. Il faut savoir reconnaître leur rythme. A l'occasion des vacances notamment, on arrive à trouver le rythme de son enfant. Par ailleurs, l'école est un très bon régulateur du sommeil : les troubles du sommeil des petits enfants se corrigent parce qu'il leur faut se lever le matin pour aller à l'école. Chez l'enfant, l'horloge se met en route le matin : se lever pour aller à l'école régularise le sommeil car, après des journées assez chargées, ils sont fatigués et dorment.

Le cas de l'adolescent est différent. Il « installe » un retard de phase, se couche de plus en plus tard et a de plus en plus de mal à se lever.

Quand il cesse d'aller en classe, il n'arrive plus à se lever le matin. Le traitement consiste à l'obliger à se lever le matin. C'est une chronothérapie. Il faut recalibrer ces adolescents par le matin. Il faut savoir que l'on doit tous les jours remettre nos horloges biologiques à l'heure car nous naissons avec un rythme de presque vingt-cinq heures et la journée n'en compte que vingt-quatre. C'est pour cela qu'il est toujours un peu difficile de se lever : il nous manque toujours un peu de sommeil. Tout le travail de la petite enfance est d'acquiescer un rythme de vingt-quatre heures grâce à ce que l'on appelle les « donneurs de temps » comme les heures de repas régulières.

> Heures de repas et sommeil

Les enfants dînent souvent plus tôt. Mais il est certain qu'il faut au moins une heure entre le moment du repas et le moment où ils vont se coucher. Il faut aussi tenir compte de l'alimentation.

La maman d'un nourrisson en consultation pour troubles du sommeil explique qu'elle donne un biberon de lait dans la nuit, même à l'occasion des petits réveils physiologiques. L'enfant a ainsi pris l'habitude de s'endormir avec un biberon de lait. Or, normalement, un enfant, pour s'endormir, doit être seul dans sa chambre, au calme. Il ne doit surtout pas s'endormir en mangeant. S'il s'endort avec un biberon de lait, quand il aura de courts réveils nocturnes dans la

nuit, il réclamera le biberon et ne mangera pas dans la journée. C'est une erreur.

Il n'y a pas d'enfants vraiment insomniaques chez les petits. Ceux-ci ont un peu de mal à s'endormir et ont des réveils nocturnes assez brefs. Leur soupape de sécurité est la sieste qui leur permet de récupérer. Donc globalement, leur sommeil est suffisant et, en général, ils vont très bien. Par contre, l'enfant scolarisé qui a des difficultés d'endormissement, le plus souvent par anxiété par rapport à l'école ou à une situation familiale difficile, peut à la longue manquer de sommeil.

> Les antécédents familiaux

Il y a des habitudes ou des façons de parler du sommeil à la maison qui font que le sommeil est un moment un peu anxiogène et que l'enfant le ressent. Mais il n'y a pas de corrélation franche entre parents et enfants insomniaques à la réserve que les enfants qui dorment mal rendent leurs parents insomniaques.

Cependant, on retrouve des antécédents d'insomnie chez un certain nombre d'adultes. Ce qui est étonnant, c'est que des parents donnent parfois leur somnifère à l'enfant. Il y a donc une sorte de symbolique de transmission d'un vécu par rapport au sommeil. D'une certaine façon, les parents désignent leur enfant comme insomniaque.

> Cauchemars et terreurs nocturnes

Les cauchemars, les parasomnies* sont un passage obligatoire de notre vie nocturne et de celle des enfants. Quelquefois, les enfants font plus de cauchemars et sont donc plus terrifiés. La différence entre cauchemar et terreur nocturne est assez facile à faire. Un enfant qui a une terreur nocturne se réveille en hurlant, en sueur. Il reconnaît mal ses parents et est agité. Cela survient toujours dans la première partie de la nuit. Les cauchemars, eux, sont des rêves. Ils surviennent plutôt dans la deuxième partie de la nuit.

L'origine des terreurs nocturnes est très différente de celle des cauchemars. Les cauchemars surviennent durant le sommeil paradoxal. Il est physiologique de faire des rêves et de temps en temps de mauvais rêves. Les terreurs nocturnes, elles, surviennent en début de nuit, pendant la phase de sommeil lent. L'enfant part dans le sommeil, il enchaîne un cycle, deux cycles, quelquefois trois cycles de sommeil lent sans parvenir à alléger son sommeil, sans parvenir à la fonction du rêve et du sommeil paradoxal. Il va alors avoir un court moment de réveil, mais il est en sommeil lent profond, donc il ne se représente rien, alors que dans le rêve, il y a une représentation. La terreur nocturne, chez le petit entre deux et cinq ans, ressemble au somnambulisme : c'est un sommeil profond qui dure trop longtemps avec un réveil en sommeil profond.

Les réponses à vos questions

.....

« Je suis le président de l'Association " des jambes sans repos ". Je tenais à remercier le docteur Royant-Parola d'en avoir longuement parlé et d'avoir expliqué ce trouble, qui est considéré aux Etats-Unis comme le deuxième trouble du sommeil. Il touche cinq millions de Français. On en souffre énormément et on n'en parle presque pas. Dans le milieu médical, c'est une maladie pratiquement totalement inconnue, très mal diagnostiquée et très mal soignée. »

Dr S. Royant-Parola - Il est vrai que ce n'est pas reconnu ou pas recherché par les médecins. Je suis toujours surprise face à des patients qui s'en plaignent. Quand on leur dit qu'ils ont ce syndrome, ils disent : "C'est tout à fait cela et personne ne m'en a parlé". Il y a des traitements qui existent, il est donc dommage de ne pas le diagnostiquer.

« C'est un problème neurologique dû au dysfonctionnement d'un neurotransmetteur. Pour éviter d'avoir ces sensations désagréables (qui parfois vont jusqu'à amener des personnes au suicide !), il faut constamment stimuler le cerveau par de l'activité, non pas uniquement physique, mais cérébrale : écrire, calculer, faire de l'ordinateur... Constamment, il faut travailler, cela devient épuisant, car ceux qui en souffrent ne peuvent pas se reposer dans la journée et les nuits sont également très mauvaises pour ceux qui n'ont pas de traitement actuellement. Je voudrais préciser que ce syndrome des jambes sans repos atteint également, dans 50 % des cas, les membres supérieurs : on a des sensations de torsion et de décharges électriques dans les épaules et les bras. Pour beaucoup, ce syndrome représente un véritable enfer, une torture. »

« Je voulais avoir une petite précision sur le syndrome des jambes sans repos : les mouvements des jambes sont-ils synchrones d'une phase du sommeil ou pas ? »

Dr S. Royant-Parola - Certains de ces troubles peuvent, d'une manière un peu privilégiée, ne survenir qu'en sommeil lent léger. Mais le plus souvent, ils surviennent à la fois en stade de sommeil lent léger et en sommeil paradoxal. En revanche, sauf syndrome très violent, cela

disparaît en sommeil profond. En cas de syndrome très violent, les personnes ont des difficultés à atteindre le sommeil profond, parce qu'elles s'éveillent avant, c'est alors très déstructurant pour le sommeil.

« Vous avez cité plusieurs causes d'insomnie, mais je ne vous ai pas entendu citer les causes telles que les problèmes thyroïdiens, les problèmes hormonaux liés à la ménopause... »

Dr Sylvie Royant-Parola - Je n'ai pas fait une revue exhaustive de toutes les causes d'insomnie, mais je vous remercie d'avoir pointé ces causes-là. Je n'ai effectivement pas parlé des causes liées à des maladies qui sont repérées par ailleurs. L'hyperthyroïdie en particulier, est probablement l'une des premières causes de maladies organiques responsables d'insomnie, de même que le reflux gastro-œsophagien et les douleurs chroniques qui, la nuit, rendent le sommeil difficile. Je n'ai pas parlé non plus des causes environnementales comme l'augmentation de température. Cet été, par exemple, certaines personnes ont eu des nuits épouvantablement hachées parce qu'il est impossible de dormir s'il fait très chaud dans la pièce. On met notre corps en danger si l'on s'endort dans une atmosphère où il fait 45 ou 50°C. Or, de telles températures ont été mesurées chez des gens qui habitaient sous les combles. Évidemment, dans ce cas-là, il n'y a plus de possibilité de dormir. D'après les témoignages de cet été, les personnes ayant une maison avec les chambres en hauteur descendaient dormir dans la cave ou le garage ou dormaient dans la cuisine sur le carrelage.

« Je suis une toute petite dormeuse, trois ou quatre heures maximum. Quand je dors cinq heures, c'est beaucoup. Je suis insomniaque. Je n'ai aucun problème de jour, je suis du soir et du matin sans problème. Je voulais vous parler de très grosses secousses nerveuses au moment de l'endormissement et ensuite je ne retrouve plus le sommeil. A quoi est-ce dû ? Je prends du Lexomil® tous les trois mois, quand je ne dors pas suffisamment. Je sens le relâchement nerveux au bout d'un quart d'heure et le sommeil arrive. Je n'ai pas de problème de sommeil, ça ne me manque pas, je n'ai pas de baisse de forme, je suis super active et je suis capable de tenir avec le

décalage horaire (je fais beaucoup d'accompagnement touristique). »

Dr M. Cymes - Vous n'êtes peut-être pas insomniaque, alors. Vous avez besoin de peu de sommeil.

« J'ai beaucoup de problèmes, de stress. J'ai perdu le sommeil, étant jeune, parce que je travaillais avec mes parents la nuit. Je n'ai jamais pris de médicaments pour cela et je tiens très bien. Mais la secousse de nuit empêche le rendormissement et c'est épouvantable. »

Dr S. Royant-Parola - Les secousses à l'endormissement sont très fréquentes. Tout le monde a dû l'expérimenter. Cela arrive une fois de temps en temps. Parfois, il y a des gens, comme vous, qui ont ces secousses de manière plus régulière. C'est très surprenant : on commence à s'endormir et tout d'un coup survient un grand sursaut, avec parfois l'impression que l'on tombe dans un précipice ou que l'on a raté une marche. C'est extrêmement désagréable et c'est probablement lié au fait que, lorsque l'on s'endort, le tonus musculaire baisse. On ne sait pas pourquoi, il y a probablement une relâche des contrôles musculaires un peu trop rapide (le cerveau va un peu trop vite) et on est surpris. Comme c'est assez violent, cela relance les systèmes d'éveil et on a parfois un peu de mal à se rendormir. Je vous conseille tout simplement, si vous ne vous rendormez pas tout de suite, d'allumer la lumière, de lire un peu ou d'écouter la radio et d'éteindre dès que vous sentez que vous vous rendormez.

« Je voudrais signaler que le bruit et les vibrations sont générateurs de stress et le stress provoque l'insomnie. Toutes ces vibrations liées à la vie moderne, les bruits, en particulier près des routes et des autoroutes, sont des facteurs très importants de stress, en évolution dans les entreprises et ailleurs, si bien que le sommeil devient de plus en plus mauvais et non réparateur. »

Dr Sylvie Royant-Parola - Il faut distinguer d'une part, le stress, qui est effectivement une cause d'insomnie (d'ordre psychopathologique), du bruit. Le stress, d'après des études, donne un sommeil fractionné et raccourci. Au sujet du bruit, quand on vit près d'un aéroport ou près d'une voie ferrée, il y a une certaine habitude : on n'entend plus le train ou l'avion qui passe. Pourtant (et c'est très intéressant), quand on fait un enregistrement de sommeil, on observe

toujours une accélération cardiaque et, éventuellement, des micro-éveils au moment où le train passe ou quand l'avion décolle. Donc, même si on ne perçoit pas le bruit de manière consciente, son effet existe.

« Dans le cas où une personne manquerait de sommeil pendant plusieurs années, a-t-on constaté un vieillissement accéléré des cellules ou des organes ? »

Dr S. Royant-Parola - Dormir mal est différent de ne pas dormir assez. Tous les insomniaques disent qu'ils ne dorment pas assez. Mais quand on les enregistre, ils dorment en quantité. En revanche, si on réduit sensiblement le temps de sommeil (c'est-à-dire d'une heure et demie par nuit) chez un groupe de sujets volontaires, leurs défenses immunitaires diminuent. Il s'agit d'une privation de sommeil quantifiée. Concernant le vieillissement, aucune étude n'a montré que les insomniaques vieillissent plus vite. Il y a eu, en revanche, des études sur les temps de sommeil extrêmes : ceux qui dorment très peu - les « courts dormeurs » - et ceux qui dorment beaucoup - les « gros dormeurs » - vivraient moins longtemps.

« Quelles conséquences la privation volontaire de sommeil a-t-elle ? »

Dr S. Royant-Parola - Le record, dans le domaine des privations contrôlées est celui de Rudi Gardner, qui avait 19 ans à l'époque et qui a été privé de sommeil d'une manière contrôlée pendant onze jours et demi. À la suite de cette privation de sommeil, et à la grande surprise des expérimentateurs, il n'a dormi que 14h30, donc peu de temps. Dès la nuit suivante, il a récupéré son rythme normal. Durant l'expérience, Rudi Gardner a eu des moments de dépersonnalisation, d'hallucinations. Il avait en particulier par moment l'impression qu'on lui mettait du poison dans son eau pour essayer de l'endormir. Puisque c'était dans le cadre d'un jeu où il allait gagner de l'argent, il avait l'impression qu'on essayait de diminuer ses performances, donc son gain.

Dr J-L. Valatx - Effectivement, quand on fait des privations de sommeil, aussi bien chez l'animal que chez l'homme, la récupération est très variable selon les personnes ou les animaux. En moyenne, 50% de la dette est récupérée, mais cela peut varier de 10 à 80% suivant les personnes ou les animaux. C'est très variable.

« Est-ce que tous les ronfleurs font des apnées du sommeil ? Pourquoi le SAS* atteint-il plus les hommes que les femmes ? »

Dr J-L. Valatx - Tous les ronfleurs ne font pas d'apnées du sommeil. Dans le ronflement simple, assez fréquent, on ne s'arrête pas de respirer. Plus on est fatigué, plus on ronfle. Par exemple, après une marche de 15 km, les militaires de la chambrée ronflent ! Les hommes font plus d'apnées que les femmes. Mais, à la ménopause, la prévalence du SAS devient identique chez l'homme et chez la femme. Donc, visiblement, les oestrogènes protègent des apnées, tout au moins pendant la période d'activité génitale (de l'adolescence à la ménopause). Des traitements à base d'oestrogènes ont été proposés, mais ils ne marchent pas très bien. Et le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) ne fait pas totalement régresser le SAS chez les femmes. Ce n'est donc pas si simple que ça. Il y a aussi la prise de poids qui entre en jeu. Et les femmes et les hommes ne stockent pas la graisse au même endroit.

« Je suis désolée de vous contredire, mais le CPAP* (la pression positive) ne corrige pas toujours les apnées du sommeil. C'est devenu un cauchemar de me mettre au lit. L'air va partout ; c'est vraiment très contraignant. Et puis cela ne me corrige rien, je suis toujours aussi fatiguée, toujours aussi somnolente. On me l'avait prescrit, il y a 4 ans, parce que j'ai 32 apnées par heure. Je suis hypertendue, j'ai des problèmes dans les jambes. »

Dr J-L. Valatx - Ce que vous soulignez est un réel problème pour un certain nombre de patients appareillés. L'appareil à pression positive ou CPAP* est un appareil qui envoie de l'air sous pression et qui est donc posé sur le nez. L'air sous pression permet d'ouvrir les voies aériennes supérieures. L'air passe donc plus correctement. Néanmoins, ce que vous dites est vrai : le masque étant appliqué sur le nez, il y a souvent des fuites et il faut trouver la position suffisamment confortable. Il ne faut pas trop tirer sur le harnais qui applique le masque

sur le nez pour que cela ne soit pas douloureux, mais il faut tout de même une application suffisamment proche de la peau pour qu'il n'y ait pas de fuite. Chez certaines personnes, du fait de la configuration anatomique, on ne trouve pas de masque suffisamment confortable. Les masques obtenus par thermo-moulage ont une consistance dure, mais ceux que l'on fabrique aujourd'hui ont beaucoup évolué. Ce sont des prestataires de service qui sont à l'interface entre le médecin et la machine. Il faut chercher avec ces techniciens, faire d'autres essais, parfois faire à nouveau un enregistrement en laboratoire pour contrôler que tout se passe bien et qu'il n'y a pas de dysfonctionnement. Malgré tout cela, il y a parfois des gens chez lesquels on rencontre réellement des problèmes. Il y a donc effectivement d'autres solutions : une orthèse* d'avancée mandibulaire (on met un appareil dans la bouche).

Dans votre cas, il faut revoir, avec le médecin qui a prescrit l'appareil, si l'on ne peut pas corriger le problème. Mais si, effectivement, c'est un supplice pour vous, si vous dormez moins bien et qu'en plus lors de la nuit de contrôle, on voit que les événements respiratoires ne sont pas bien corrigés, il n'y a plus d'intérêt à utiliser la machine. Il peut malheureusement arriver que l'on ne trouve pas de solution pour certaines personnes. Si le sommeil est plus perturbé que corrigé par la machine, on abandonne le traitement. Mais il faut savoir que le risque cardiovasculaire est toujours là, avec des conséquences à 5 ans, à 10 ans, et une dégradation de l'état de santé de la personne.

« On a parlé de chirurgie du voile du palais pour le traitement des apnées du sommeil. A priori, ce n'est pas un traitement de référence, c'est simplement un traitement du ronflement et non pas de l'apnée du sommeil. Le traitement de référence de l'apnée du sommeil, c'est le CPAP, avec éventuellement maintenant des prothèses qui se mettent en place, en particulier la prothèse d'avancée mandibulaire. »

Dr M. Cymes - Au sujet des cloisons nasales, pour répondre plus généralement, les gens qui ont une cloison nasale un peu déviée ont des problèmes de respiration. Cela peut jouer dans le ronflement, mais, comme en général quand on ne respire pas bien par le nez, on respire la bouche ouverte, même en dormant, le ronflement est à ce moment-là dû à autre chose ou en tout cas aggravé par autre chose. Ce

n'est donc pas toujours l'intervention chirurgicale qui pourra permettre de diminuer ou de tarir ces ronflements.

« Peut-on arrêter le ronflement d'une personne qui vous gêne, sans la réveiller ? »

Dr J-L. Valatx - Il faut essayer de dormir sur le côté, cela peut diminuer les ronflements. Mais si, même dans cette position, le ronflement est toujours très important, il faut consulter un ORL*.

« Les apnées du sommeil peuvent-elles être à l'origine d'un syndrome de fatigue chronique ? »

Il ne faut pas dire que c'est le syndrome d'apnées du sommeil qui se transforme en syndrome de fatigue chronique. Si un syndrome de fatigue chronique ne répond pas aux traitements mis en œuvre, on fait une exploration du sommeil pour voir s'il y a des anomalies. Elles peuvent être spécifiques, avec souvent une fibromyalgie et des aspects particuliers dans le cadre du sommeil. On peut aussi trouver une pathologie spécifique du sommeil, que ce soit un syndrome des mouvements périodiques nocturnes ou des apnées du sommeil. Malheureusement, dans certains cas, malgré le traitement, il y a effectivement une persistance des apnées et de la fatigue du lendemain, c'est alors un échec thérapeutique.

« Est-ce que les gens qui ont des apnées du sommeil sont des gens plus stressés dans la vie ou pas ? »

Dr J-L. Valatx - Pas forcément, mais il est vrai que si le stress entraîne une tension anxieuse, le sommeil est moins profond. Il faut préciser que toutes les apnées ne sont pas dues à l'arrêt du diaphragme (muscle de la respiration). Il n'y a que 5 ou 10 % des apnées du sommeil qui sont dues à l'arrêt du diaphragme par défaut de la commande centrale. (Quelque chose se produit au niveau du cerveau, qui arrête la commande respiratoire.) 90 % des apnées sont de nature obstructive, c'est-à-dire dues au

relâchement des muscles du pharynx, alors que le diaphragme fonctionne toujours.

Un ou deux laboratoires, à l'étranger et en France, font des recherches pour comprendre pourquoi il y a, dans certains cas, arrêt de la commande respiratoire. Les muscles impliqués sont innervés par la douzième paire de nerfs crâniens, le grand hypoglosse. Certains chercheurs essaient de comprendre comment fonctionnent ces cellules nerveuses chez l'animal. Y a-t-il quelque chose qui les empêche de fonctionner ? On ne le sait pas encore, on en est actuellement au tout début de la recherche dans ce domaine.

« Comment trouver le moment où il faut mettre l'enfant au lit, s'il faut aussi l'habituer à la cérémonie de l'allongement dans le lit ? »

Dr H. de Leersnyder - Ce qui est important, c'est d'instaurer un rituel assez court avec l'enfant. Il faut bien sûr essayer de trouver la bonne heure. Le petit enfant essaye tout le temps de dépasser les limites, il mettra longtemps à aller se coucher. Il faut avoir un rituel et être ferme dans son rituel, ne pas se laisser déborder par l'enfant, ne pas laisser l'enfant s'endormir à côté de soi non plus.

L'enfant doit apprendre à s'endormir seul, même si cela paraît cruel. Si l'on veut qu'il ne se réveille pas la nuit, il faut qu'il s'endorme seul. S'il s'endort en présence de ses parents, pendant la nuit, au moment des courts réveils nocturnes, il va vouloir retrouver ses parents.

« Ma fille de onze ans dort très bien, mais parle beaucoup la nuit. Est-ce normal ? »

Dr H. de Leersnyder - C'est tout à fait bénin. C'est ce qu'on appelle la somniloquie, ce n'est pas grave.

Dr J-L. Valatx - C'est l'équivalent du somnambulisme sur les cordes vocales. Cela arrive en sommeil profond ou en sommeil paradoxal. Ce n'est pas très compréhensible quand c'est en sommeil profond, ça l'est un peu plus en sommeil paradoxal.

Pour en savoir plus :

.....

> **Recherche & Santé n°96 – Dossier spécial « Troubles du sommeil »**

http://www.frm.org/informez/info_rs_numero.php?revue=23

> **Association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil (Prosom)**

<http://sommeil.univ-lyon1.fr/prosom/>

> **Société française de recherche sur le sommeil**

CHU La Milétrie
BP 577
86021 Poitiers cedex

> **Institut du sommeil et de la vigilance**

19, boulevard de la Chantourne
38700 La Tronche
<http://www.institut-sommeil-vigilance.com>

> **Site d'information et de prévention des troubles du sommeil**

<http://www.svs81.org>

> **Association sommeil et santé**

BP 28
92236 Meudon-la-forêt
<http://www.sommeilsante.asso.fr>

Glossaire :

.....

> **CPAP** : (abrév. angl.) *continuous positive airway pressure*.

> **Hypermnésie** : hyperactivité de la mémoire.

> **ORL** : oto-rhino-laryngologiste.

> **Orthèse** : aide technique dont l'objectif est de suppléer ou réduire une fonction déficiente.

> **Parasomnie** : événement indésirable (de nature psychique ou physique) survenant au cours du sommeil.

> **SAS** : syndrome d'apnées du sommeil.

> **Tachycardie** : accélération du rythme cardiaque.