

6 Troubles du sommeil de l'adolescent

Troubles du rythme circadien et insomnies

Prévalence

Les plaintes de mauvais sommeil sont très fréquentes chez les adolescents. Une enquête épidémiologique finlandaise de Tynjala et al. auprès de 4 187 adolescents de 11 à 15 ans révèle qu'une plainte de fatigue matinale est retrouvée, pendant un minimum de quatre jours scolaires par semaine, chez 16 à 34 % des filles et 24 à 35 % des garçons. Cette plainte augmente avec l'âge.

Dans l'étude de Patois et al. en 1993, qui analyse les habitudes de sommeil de 25 703 lycéens de 15 à 20 ans, 13 % des garçons et 17 % des filles considèrent qu'ils dorment mal. Près de 10 % des lycéens ayant des difficultés d'endormissement consomment de façon chronique des somnifères. Dans cette population de lycéens, la différence moyenne entre les durées du sommeil en période scolaire et en fin de semaine est de près de 2 heures, celle entre période scolaire et vacances de 1,25 heure ; 85 % des adolescents dorment plus longtemps en vacances qu'en période scolaire : 49 % 1 à 2 heures de plus, 21 % 3 à 4 heures de plus, 3 % plus de 5 heures. Plus récemment, l'enquête Sofress/Institut du sommeil et de la vigilance, réalisée en 2005, révèle que 37 % des 15-19 ans ont une plainte d'insomnie. Pour 19 % d'entre eux, le problème est fréquent. Trente pour cent sont anormalement somnolents dans la journée.

Facteurs favorisant les troubles du rythme circadiens et les insomnies

Ces facteurs sont :

- physiologiques : la structure du sommeil de l'adolescent devient identique à celle de l'adulte. Il existe chez l'adolescent, quand on le compare au préadolescent, une diminution importante du sommeil lent profond, au profit du sommeil lent léger (figure 1.5, p. 14). Cet allègement du sommeil favorise les difficultés d'endormissement et les éveils nocturnes. L'adolescent a aussi une tendance physiologique à décaler ses heures d'endormissement et de réveil. Les horaires habituels d'endormissement des adolescents se situent aux environs de 23 heures, alors que leurs besoins de sommeil restent importants, aux environs de 9 heures pour la moyenne.

- environnementaux : la prise d'autonomie de l'adolescent vis-à-vis de ses heures de coucher, sa sensibilité à la pression du groupe, son attirance pour des expériences nouvelles et à risque (consommation de substances psychoactives, de drogues) ; son goût pour les activités stimulantes en fin de soirée : sorties, jeux vidéos, navigation sur Internet, conversations téléphoniques ou chat avec les copains ; l'impression parfois que le sommeil est une perte de temps sont autant de facteurs qui vont accentuer sa tendance normale à décaler ses heures d'endormissement. (voir « Les voleurs de sommeil », page 56.)
- psychologiques : l'adolescence est une période de découvertes, d'essais, de doutes et de remises en question. Les transformations corporelles, les préoccupations sentimentales et sexuelles, la pression scolaire, les relations souvent tendues avec les parents sont autant de facteurs de stress qui vont favoriser un hyperéveil, des difficultés d'endormissement et des éveils nocturnes.

Privation chronique de sommeil, rythmes veille/sommeil irréguliers

Tous ces facteurs font que tout adolescent est presque normalement en privation chronique de sommeil en période scolaire. En effet, si les besoins en sommeil de l'adolescent se situent aux environs de 9 heures par nuit, la plupart des adolescents ne dorment que 7 à 8 heures en période scolaire. Ils doivent en effet souvent se lever tôt, notamment s'ils ont un temps de transport important. De nombreux adolescents se trouvent donc en état de privation de sommeil pendant la semaine qu'ils essaient de compenser pendant le week-end par des réveils très tardifs. Les rythmes de sommeil deviennent très irréguliers, ce qui peut conduire à des endormissements du soir encore plus difficiles les jours scolaires.

Syndrome de retard de phase

Observation de Adrien

Adrien, 13 ans, consulte avec ses parents en avril 1996. Il n'a pas d'antécédent pathologique. Son histoire médicale débute en avril 1995 avec la survenue d'un retard progressif du sommeil nocturne ; ce décalage va s'aggraver pendant les vacances scolaires d'été et entraîner un absentéisme scolaire complet à partir de novembre 1995. Au point de vue scolaire on retient une entrée à l'école maternelle très difficile qui avait été rattachée à des difficultés de séparation mère/enfant ; une très bonne scolarité jusqu'en avril 1995, mais des difficultés relationnelles avec certains enseignants.

En mars et avril 1996, les endormissements survenaient le plus souvent entre 2 heures et 4 heures du matin ; les réveils entre 12 et 13 heures. Le sommeil, une fois installé, était parfaitement stable. Il n'existait aucune tentative de travail

scolaire, alors que ce jeune adolescent était parfaitement vigilant entre 15 heures et 2 heures du matin. Il n'existait pas non plus de phénomène d'évitement social puisqu'il rencontrait régulièrement ses amis de classe à la sortie de l'école et pendant les jours non scolaires. Il n'existait pas de consommation télévisuelle ou informatique excessive, Adrien étant plutôt passionné par la lecture.

L'examen somatique et neurologique est normal. Le bilan psychologique révèle une certaine immaturité, quelques éléments dépressifs et une anxiété un peu augmentée. L'agenda de sommeil et les actimétries révèlent des endormissements très tardifs, souvent après 2 heures du matin, des réveils tardifs s'échelonnant entre 12 et 16 heures.

Une hospitalisation est décidée : la polysomnographie sur 48 heures montre des endormissements très tardifs mais l'organisation du sommeil est normale.

Les dosages plasmatiques de la mélatonine sur 48 heures révèlent un pic de sécrétion très retardé, décalé de 5 heures par rapport aux contrôles.

Notre diagnostic a été celui de retard de phase voulu, lié à une phobie scolaire, d'autant qu'une certaine aggravation des troubles avait été constatée en avril, lorsque nous lui avons annoncé qu'il pourrait reprendre sa scolarité après les vacances de Pâques.

Le traitement a consisté en une chronothérapie par avance de phase de 15 minutes en 15 minutes tous les jours, à partir de 12 heures (voir p. 72), associée à un soutien psychothérapique. Le sommeil s'est régularisé en trois semaines sur des endormissements entre 22 h et 22 h 30 et des réveils à 7 h 30. Ce jeune adolescent a repris une activité scolaire normale en cinquième en septembre 1996.

Fin octobre 1996, le rythme veille sommeil reste parfaitement normal mais il existe, depuis la rentrée scolaire, 28 demi-journées d'absentéisme pour des affections mineures. Un décalage important des rythmes est de nouveau constaté en décembre 1996. Cet adolescent a été perdu de vue après notre refus de l'inscrire au CNED.

Commentaires

Ce jeune adolescent présente un syndrome de retard de phase majeur. Dans cette observation les endormissements tardifs et surtout les réveils tardifs entrent dans un processus d'évitement de la scolarité.

Définition

Le syndrome de retard de phase est une altération du rythme veille/sommeil qui se manifeste par une incapacité à s'endormir le soir, avec un décalage permanent de deux heures ou plus, par rapport à l'heure d'endormissement conventionnelle (ou désirée par l'adolescent). Le sommeil est de bonne qualité après l'endormissement. Sa durée est normale si on laisse l'adolescent se réveiller spontanément le matin (figure II.1A, p. 39).

En revanche, l'obligation de se lever tôt pour aller au collège ou au lycée entraîne une privation de sommeil. Privation de sommeil que l'adolescent va essayer de compenser, par des siestes en fin d'après-midi, par des levers très tardifs pendant le week-end. Ces siestes et ces levers tardifs vont encore accentuer le décalage.

Prévalence

Ce syndrome est chez l'adolescent beaucoup plus fréquent que dans la population générale, puisque sa prévalence a été évaluée entre 5 et 10 % pour une prévalence de 0.7 % dans la population générale.

Diagnostic différentiel

Le syndrome de retard de phase n'est pas une insomnie d'endormissement. S'il n'y a pas de contrainte horaire, l'endormissement sera facile ; le réveil, s'il est spontané, sera tardif repoussé en fin de matinée ou en début d'après-midi, il n'y aura pas de déficit de sommeil ou de mauvais sommeil. En revanche si le réveil, pour des raisons scolaires, est précoce, le déficit de sommeil sera important, l'adolescent sera anormalement somnolent en particulier entre 8 et 10 heures du matin.

Quelles sont les causes du retard de phase ?

Le retard de phase serait favorisé par la diminution physiologique de la sécrétion de la mélatonine à la puberté, peut-être aussi par un certain allongement de la période circadienne et une augmentation de la sensibilité à la lumière du soir. Il a été également décrit dans certains cas, surtout familiaux, un polymorphisme du gène Hper 3.

Facteurs prédisposants

- Une prédisposition familiale ; elle est retrouvée dans environ 40 % des cas.
- Le retard de phase est plus fréquent chez les adolescents qui ont une typologie du soir marquée.
- Le retard de phase est, dans près de 50 % des cas, associé à des troubles psychologiques : trouble anxieux, dépression, trouble de la personnalité avec processus d'évitement social ou scolaire. Dans l'étude de Tomada et al., 40 % des enfants présentant un refus scolaire ont un trouble du rythme circadien.

Insomnies

Définitions

Les caractéristiques cliniques de l'insomnie de l'adolescent ne sont pas différentes de celles de l'adulte.

Le diagnostic repose sur l'existence de symptômes nocturnes avec plainte de :

- difficultés à s'endormir, l'adolescent va mettre plus de 30 minutes pour s'endormir après l'extinction des lumières ;
- associées ou non à des difficultés à rester endormi : le sommeil va être interrompu par des éveils plus ou moins longs, plus ou moins nombreux, apparaissant plutôt en seconde partie de nuit ; le réveil matinal peut être anormalement précoce.
- le sommeil peut parfois avoir une durée normale, mais être ressenti comme non reposant, non réparateur.

Cette insomnie retentit sur le comportement diurne. L'adolescent insomniaque se plaint d'être fatigué, d'avoir des difficultés à se concentrer ; il est facilement irritable. Si l'insomnie est sévère, les résultats scolaires pourront s'en ressentir ; il pourra désinvestir toute activité sociale ou sportive.

Insomnie aiguë

L'insomnie est dite aiguë ou d'ajustement si elle date de moins d'un mois, ces insomnies sont très fréquentes chez l'adolescent. Elles sont liées à un stress identifiable (rupture amoureuse, stress des examens, tension familiale, mauvaise hygiène de sommeil...). Elles peuvent avoir un retentissement diurne : l'adolescent peut devenir triste, dépressif ou anormalement tendu dans la journée, il ressasse ses problèmes au moment du coucher, ce qui va aggraver son hyperéveil.

Ces insomnies sont susceptibles de conduire à la prise d'alcool, de somnifères ou de produits illicites. Non prise en charge, l'insomnie d'ajustement peut favoriser une insomnie chronique.

Insomnie chronique

Il s'agit généralement d'une insomnie qui dure depuis plus de 6 mois. L'adolescent décrit au moins trois mauvaises nuits par semaine.

Prévalence

Selon l'étude de Patois et al., 13 % des garçons et 17 % des filles se plaignent de mal dormir. Price et al. donnent, pour une population de 627 adolescents, les chiffres de 37 % pour les insomnies occasionnelles, et de 12 % pour les insomnies chroniques.

Diagnostic différentiel

L'insomnie est à différencier :

- de l'endormissement tardif d'un retard de phase du sommeil, où le sommeil est décalé dans la nuit, mais qui après l'endormissement se déroule

sans éveil, et est en quantité suffisante, si le réveil est spontané. Il s'agit d'un sommeil réparateur, s'il n'est pas écourté ;

- du temps de sommeil réduit d'un court dormeur : le temps de sommeil est court mais il est de bonne qualité, reposant. La vigilance diurne est normale.

Étiologies des insomnies chroniques

Elles correspondent à une réactivité exagérée et prolongée du système d'éveil à un stress. Le passage d'une insomnie aiguë à une insomnie chronique est favorisé par une mauvaise hygiène de sommeil et des facteurs de vulnérabilité.

Causes environnementales, mauvaise hygiène de sommeil

Un certain nombre d'habitudes et de modes de vie des adolescents sont incompatibles avec un bon sommeil :

- des rythmes trop irréguliers de coucher et de lever ;
- des activités éveillantes le soir : effet éveillant d'une exposition prolongée à la lumière de la chambre ou des écrans ; excitation liée aux jeux vidéo, aux longues périodes sur Internet, aux chats prolongés avec les copains, à l'attente de SMS ; effet éveillant du travail scolaire fait trop tard le soir. Il faut pour pouvoir s'endormir mettre son système d'éveil au repos ;
- l'usage de café, tabac, alcool ;
- un environnement défavorable, trop bruyant, un partage de chambre mal accepté ;
- une absence de donneurs de temps : absence d'horaires réguliers de repas, absence de rituel du coucher : on dort tout habillé, la chambre reste éclairée, on s'endort devant la télévision.

Les voleurs de sommeil

Rythmes de coucher et de lever trop irréguliers

Temps passé devant un écran > 2 heures chez le jeune enfant, > 3 heures chez les adolescents

Absence d'exercice physique ou exercice physique trop tardif le soir

Trop nombreuses activités extrascolaires

Pression scolaire et sociale trop importante

Début d'école trop matinal, trajet scolaire trop long

Stress, anxiété, difficultés scolaires

Psychopathologie personnelle ou familiale

Consommation de caféine, alcool, tabac, drogues

Régime amaigrissant

Diminution de l'influence parentale

L'insomnie survient chez un adolescent vulnérable

Il peut exister une prédisposition familiale : les antécédents familiaux de troubles de l'humeur, d'anxiété anormale et de troubles du sommeil sont plus fréquents chez les adolescents insomniaques.

Adolescent anormalement anxieux ? Les insomnies associées à l'anxiété sont souvent des insomnies d'endormissement ; l'objet de l'anxiété est souvent lié aux performances scolaires ; soit ponctuellement, en période de contrôle ou d'examen ; soit de façon plus persistante chez un adolescent globalement anxieux qui va être tracassé beaucoup plus qu'un autre adolescent par l'éventualité de manquer de sommeil ; qui va être plus préoccupé par sa santé ou son avenir qu'un autre adolescent.

Adolescent dépressif ? Insomnie et dépression sont fréquemment associées, mais il est parfois difficile de faire la part entre les conséquences sur l'humeur d'un manque de sommeil et une authentique dépression associée à une insomnie. En cas de dépression, l'insomnie est souvent sévère ; elle touche souvent la deuxième partie de la nuit, le réveil matinal est très précoce. Il existe d'autres symptômes : idées pessimistes ou désabusées, tendance à l'isolement. Ces symptômes doivent être recherchés.

Insomnie idiopathique ? Ces insomnies débutent souvent dans l'enfance. Elles ne sont associées ni à une maladie neurologique, ni à une affection psychiatrique.

Il peut aussi s'agir d'une *insomnie d'origine médicale* (voir chapitre suivant).

