

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine. L'Académie dans sa séance du mardi 17 mars 2026, a adopté le texte de ce rapport par 68 voix pour, 3 voix contre et 1 abstention.

## LE SOMMEIL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT *CHILD AND ADOLESCENT SLEEP*

**Patrick LEVY<sup>1</sup> et Yves DAUVILLIERS<sup>2</sup>** (rapporteurs) au nom du groupe de travail<sup>3</sup> des commission 4 de l'Académie nationale de médecine (ANM).

**Membres du groupe de travail :** C. Schroder, P. Franco, S. Bioulac, B. Fauroux, S. Mazza, JM Vallat, M. Hamon, B. Bioulac, B. Dubois, Y. Toutilou, Y. Dauvilliers, D. Lecomte, C. Barthélémy, JM Hascoet.

**Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien ni conflit d'intérêt.**

### **RESUME**

Le sommeil est un élément essentiel du développement physique, cognitif et émotionnel de l'enfant et de l'adolescent. Chez l'enfant, un sommeil suffisant et régulier soutient l'apprentissage, la concentration et l'équilibre émotionnel. À l'inverse, un manque de sommeil entraîne irritabilité, troubles de l'humeur, difficultés d'attention et comportements impulsifs ou hyperactifs, souvent liés à une somnolence diurne excessive.

Les causes du déficit de sommeil sont multiples et intimement liées au mode de vie moderne. L'exposition excessive aux écrans, la diminution de l'activité physique, une alimentation déséquilibrée et des horaires irréguliers perturbent profondément le rythme veille-sommeil. Chez les adolescents, le décalage de phase - tendance biologique à s'endormir et se réveiller plus tard - accentue cette privation, provoquant fatigue, baisse des performances scolaires et difficultés relationnelles. Par ailleurs, certaines pathologies spécifiques, telles que l'insomnie, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil, la narcolepsie et autres hypersomnolences, contribuent à aggraver la somnolence diurne. Ces troubles demeurent souvent sous-diagnostiqués malgré leurs effets délétères sur la santé physique et mentale. Les enfants présentant des troubles du neurodéveloppement, comme le TDAH ou les troubles du spectre de l'autisme, sont particulièrement vulnérables, leurs difficultés de sommeil renforçant leurs troubles comportementaux et cognitifs. Enfin, le sommeil joue un rôle essentiel sur le plan de la chrono-pharmacologie et dans l'aggravation de différentes pathologies, somatiques ou psychiques.

<sup>1</sup> Professeur Émérite de l'Université Grenoble Alpes, membre de l'Académie Nationale de Médecine

<sup>2</sup> Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Université de Montpellier, membre de l'Académie Nationale de Médecine

<sup>3</sup> Le groupe de travail a été créé sur proposition de la commission 4 de l'Académie, validé par décision du CA en octobre 2024. Validation du rapport le 12/01/2026 avec modifications.

La prévention et l'éducation jouent un rôle crucial pour préserver un sommeil de qualité. Il est nécessaire d'informer les enfants/adolescents, les parents, les enseignants et les professionnels de santé sur les besoins de sommeil selon l'âge, de maintenir la sieste à l'école maternelle, de limiter l'usage des écrans le soir et de dépister précocement les troubles. L'Académie recommande ainsi d'intégrer le suivi du sommeil dans le carnet de santé dès la naissance, de sensibiliser la population à travers des campagnes nationales et d'inclure l'éducation au sommeil dans les programmes scolaires. Enfin, la feuille de route interministérielle 2025-2026, inscrite dans la Grande Cause Nationale « Santé mentale », vise à améliorer la prévention, la formation et l'accès aux soins, reconnaissant ainsi le sommeil comme un pilier majeur de la santé publique, au même titre que la nutrition et l'activité physique.

## **SUMMARY**

*Sleep is an essential component of the physical, cognitive, and emotional development of children and adolescents. In childhood, sufficient and regular sleep supports learning, concentration, and emotional balance. Conversely, a lack of sleep leads to irritability, mood disturbances, attention difficulties, and impulsive or hyperactive behaviours, often associated with excessive daytime sleepiness.*

*The causes of sleep deprivation are numerous and closely linked to modern lifestyles. Excessive screen exposure reduced physical activity, an unbalanced diet, and irregular schedules profoundly disrupt the sleep-wake rhythm. Among adolescents, delayed sleep phase syndrome—a biological tendency to fall asleep and wake up later—further aggravates sleep deprivation, resulting in fatigue, decreased academic performance, and social or family difficulties. In addition, some specific disorders, insomnia, obstructive sleep apnea, narcolepsy, and other hypersomnolence, contribute to worsening daytime sleepiness. These disorders are often underdiagnosed despite their harmful effects on both physical and mental health. Children with neurodevelopmental disorders, such as ADHD or autism spectrum disorder, are particularly vulnerable, as their sleep difficulties exacerbate behavioural and cognitive problems. Sleep also plays a crucial role with respect to chrono-pharmacology and as co-morbid factor in many mental or physical diseases.*

*Prevention and education play a crucial role in preserving healthy sleep. It is essential to inform children/adolescents, parents, teachers, and healthcare professionals about age-appropriate sleep needs, to maintain naptime in nursery schools, to limit evening screen use, and to detect sleep disorders early. The Academy recommends including sleep monitoring in children's health records from birth, raising public awareness through national campaigns, and incorporating sleep education into school curricula. Finally, the 2025–2026 interministerial roadmap, established as part of the National Cause “Mental Health,” aims improving prevention, professional training, and access to care. By doing so, it recognizes sleep as a major pillar of public health, alongside nutrition and physical activity.*

**Mots-clefs:** Sommeil; Enfants; Privation de sommeil; Troubles du neurodéveloppement; Pathologies du sommeil

**Key-words:** Sleep; Children; Sleep Deprivation; Neurodevelopmental Disorders; Sleep Disorders

## INTRODUCTION

Le sommeil est essentiel pour le bien-être physique et mental. Il est ainsi crucial pour le développement neurologique, psychologique et physique des enfants et des adolescents, et ce notamment pendant la maturation cérébrale jusqu'à 20 ans. Il a été établi qu'un sommeil altéré quantitativement et/ou qualitativement impacte la santé mentale (anxiété, dépression), génère des difficultés cognitives (mémoire, attention) et peut provoquer des troubles métaboliques et cardiovasculaires ainsi qu'une altération de l'immunité et une inflammation systémique (1). Les pathologies (insomnies, parasomnies, hypersomnolences, syndrome d'apnées du sommeil) sont fréquemment aggravées par la privation de sommeil, en particulier liée à l'usage excessif des écrans. Il existe également fréquemment, depuis l'enfance et jusqu'à l'adolescence, la survenue de parasomnies, au cours du sommeil lent ou paradoxal (sommambulisme, terreurs nocturnes, cauchemars, troubles moteurs, notamment) qui peuvent être invalidantes. Le sommeil pendant la grossesse, le sommeil associé aux troubles du neurodéveloppement comme le TDAH ou des troubles du spectre de l'autisme ainsi que les décalages de phase notamment à l'adolescence, représentent également des questions cliniques importantes car extrêmement prévalentes. Des questions fondamentales portant sur les mécanismes en cause, les interactions avec l'environnement et les processus de maturation cérébrale sont posées.

Par ailleurs, il existe de multiples interrogations. Les capacités diagnostiques, la formation et la sensibilisation des médecins ainsi que les possibilités de prise en charge sont-elles suffisantes au vu de l'épidémiologie des troubles ? Les interventions portant sur les comportements, l'éducation parentale et des programmes spécifiques dans les écoles, pour les enfants dans le primaire, et pour les adolescents dans les collèges et lycées, sont-elles efficaces ? Comment faire de ces questions des priorités de santé publique ?

## **I. MATERIEL ET METHODES**

Le rapport repose sur les auditions des experts qui se sont tenues à l'Académie de Médecine et en visio-conférence entre février et juillet 2025. Les auditions comme le rapport ont très étroitement associé le GSEA, Groupe Sommeil de l'Enfant et l'Adolescent de la Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil (SFRMS) qui a été représenté au sein du groupe de travail de l'Académie<sup>4</sup>, et notamment lors des auditions des experts. La liste des experts est indiquée en annexe 1.

Par ailleurs, ce rapport prend en compte les orientations gouvernementales récentes en faveur du sommeil<sup>5</sup>. Dans le cadre de la Grande Cause Nationale Santé Mentale, Yannick Neuder, alors ministre de la Santé et de l'Accès aux Soins, a annoncé, en juillet 2025, une nouvelle feuille de route interministérielle 2025-2026 pour la promotion d'un sommeil de qualité et la prévention de ses troubles. Ce plan d'actions mobilise plusieurs ministères et propose des mesures concrètes pour améliorer la qualité de ce déterminant essentiel de la santé physique et mentale.

## **II. RESULTATS**

### **A. Les facteurs déterminants du sommeil**

#### **a. Sommeil et neurodéveloppement : du fœtus au jeune enfant**

Le sommeil joue un rôle essentiel dans le neurodéveloppement du fœtus et du jeune enfant. Dès la vie fœtale, le sommeil alterne entre phases agitées et calmes, le sommeil agité correspondant au sommeil

---

<sup>4</sup> Représentants du groupe d'étude du sommeil de l'enfant et de l'adolescent de la SFRMS : Carmen Schroder, Patricia Franco, Stéphanie Bioulac, Brigitte Fauroux, Stéphanie Mazza.

<sup>5</sup><https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/promotion-et-prevention/article/sommeil-un-determinant-de-sante-essentiel-pour-la-sante-mentale-et-physique>

paradoxal. Ce dernier, très présent à la naissance (50-60 % du sommeil), diminue progressivement pour atteindre environ 30 % à six mois, tandis que le sommeil lent (léger et profond) devient dominant. Le sommeil paradoxal favorise la formation et le renforcement des connexions synaptiques, contribuant à la maturation des réseaux neuronaux(2). Il est aussi lié à la programmation des circuits sensori-moteurs, comme en témoignent les sourires spontanés et les mouvements oculaires rapides observés chez le nouveau-né endormi(3).

Le sommeil lent, quant à lui, participe au remodelage synaptique et à la plasticité cérébrale, facilitant la consolidation des apprentissages déclaratifs et le transfert de la mémoire à court terme vers la mémoire à long terme. Les ondes lentes et les fuseaux de sommeil, présents dès les premiers mois, sont associés au développement moteur, cognitif et linguistique du nourrisson(4).

Un déficit chronique de sommeil durant la petite enfance a des effets délétères sur le développement cognitif et scolaire. Des études longitudinales montrent qu'un sommeil insuffisant avant l'âge de trois ans augmente significativement le risque de difficultés d'apprentissage ultérieures. De même, un excès de sommeil diurne au détriment du sommeil nocturne perturbe la maturation mentale et psychomotrice. Ainsi, la qualité et la structure du sommeil, dès les premiers mois de vie, constituent des facteurs déterminants du développement cérébral, cognitif et émotionnel de l'enfant(5).

#### b. Le sommeil de l'enfant et ses troubles. De l'ante-conceptionnel à la grossesse et au post partum

Les troubles psychologiques et psychiatriques touchent jusqu'à 30 % des femmes enceintes ou en post-partum, incluant dépression, troubles bipolaires, stress post-traumatique et troubles de l'adaptation, souvent plus marqués en fin de grossesse(6). La qualité du sommeil joue un rôle clé dans cette période. Bien qu'un sommeil perturbé chez la femme enceinte notamment au 3<sup>ème</sup> trimestre soit assez banal et pas nécessairement associée à des conséquences médicales, l'insomnie, la réduction marquée du temps de sommeil total et la détérioration de la qualité de sommeil, augmentent les risques de complications obstétricales (fausse couche, prééclampsie, diabète gestationnel, prématurité) et psychiatriques, notamment la dépression périnatale, la psychose puerpérale et les idées suicidaires - le suicide constituant la première cause de mortalité maternelle en post-partum(7).

Sur le plan fœtal, le concept de DOHaD (Developmental Origins of Health and Disease) montre que le stress chronique maternel perturbe le développement cérébral du fœtus, augmentant la vulnérabilité à des troubles psychiatriques ultérieurs. Dès 28 semaines de gestation, le fœtus présente des capacités d'apprentissage et de mémorisation, parallèlement à la mise en place de son horloge biologique (8).

Chez le nouveau-né, le sommeil occupe environ 70 % du temps au cours des premières semaines, puis les rythmes circadiens s'organisent progressivement. Vers 15 semaines, les cycles veille-sommeil se stabilisent, bien que les éveils nocturnes restent fréquents chez 10 à 46 % des nourrissons de 6 à 18 mois. Ainsi, la qualité du sommeil maternel et infantile, étroitement liée au bien-être psychique et au développement neurobiologique, constitue un déterminant majeur de la santé périnatale et du développement futur de l'enfant.

#### c. Le sommeil : un facteur de réussite scolaire

La durée de sommeil a considérablement diminué au fil des décennies : chez les adultes, elle se situe en deçà des 7 heures par nuit, et les enfants dorment eux aussi de moins en moins(9). Or, le sommeil est essentiel à la santé, aux apprentissages et à la réussite scolaire. Chez l'enfant, le sommeil évolue d'un rythme polyphasique (plusieurs périodes jour et nuit) à un rythme biphasique, avec une sieste qui persiste jusqu'à 4-5 ans selon les besoins individuels. La sieste joue un rôle clé dans la consolidation de la mémoire et la réduction de la somnolence diurne, soutenant ainsi les apprentissages(10).

Cependant, la pratique de la sieste a fortement diminué ces dernières années, certaines écoles la supprimant prématurément pour des raisons d'organisation, sans prendre en compte les besoins physiologiques des enfants. Cette évolution peut compromettre la vigilance, l'attention et les performances scolaires(11).

Les programmes de prévention et d'éducation au sommeil, qu'ils soient destinés aux jeunes parents ou intégrés au milieu scolaire, ont démontré leur efficacité(12). Des initiatives menées dans les écoles primaires, conçues par des enseignants et des professionnels de santé<sup>6</sup>, ont permis d'améliorer la qualité et la quantité du sommeil des élèves, mais aussi leurs capacités cognitives et leurs résultats scolaires. Promouvoir une véritable culture du sommeil à l'école représente donc un levier majeur de réussite éducative et de bien-être chez l'enfant.

#### d. Sommeil et comportements chez l'adolescent : sommeil, activité physique et comportement alimentaire

Chez l'adolescent, le sommeil, l'activité physique et les comportements alimentaires sont étroitement liés et s'influencent mutuellement. Une activité physique régulière améliore la qualité du sommeil, sa durée et son efficacité, tout en réduisant les réveils nocturnes(13). En revanche, la sédentarité, souvent associé à un usage excessif des écrans, perturbe le sommeil et réduit sa durée. L'exercice physique pratiqué en après-midi est particulièrement bénéfique(14), tandis que les activités intenses en soirée, surtout après 20 h, retardent l'endormissement, en particulier chez les adolescents au chronotype matinal ou les jeunes filles(15).

Les habitudes alimentaires sont également déterminantes : un sommeil court est fréquemment associé à une consommation accrue de boissons sucrées, *fast-foods* et aliments gras ou transformés, ainsi qu'à une moindre consommation de fruits et légumes. Le manque de sommeil favorise les comportements alimentaires déséquilibrés, les troubles de l'humeur et la somnolence diurne(16). Les adolescents au chronotype du soir présentent un IMC plus élevé, mangent plus tard, sautent souvent le petit-déjeuner et consomment davantage de caféine et d'aliments caloriques(17).

Enfin, les rythmes de sommeil irréguliers et la privation chronique de sommeil sont associés à un apport énergétique excessif, à une augmentation du risque de surpoids et à des complications cardio-métaboliques(18). Ces interactions entre sommeil, activité physique et alimentation soulignent l'importance d'une approche globale de promotion des rythmes de vie sains chez les adolescents, combinant régularité du sommeil, activité physique quotidienne et équilibre nutritionnel.

#### e. Liens entre Troubles du Neuro-Développement et Troubles du Sommeil chez l'enfant

Les troubles du neurodéveloppement (TND) - incluant le TDAH, le TSA, les troubles des apprentissages, du langage, de la coordination, la déficience intellectuelle ou encore les tics s'accompagnent très souvent de troubles du sommeil précoces et persistants, qui aggravent les difficultés cognitives, émotionnelles et comportementales.

Les études de cohortes, comme EDEN(19), montrent que les enfants dormant moins de 10 heures entre 2,5 et 6 ans présentent davantage de comportements hyperactifs ou impulsifs et de moins bonnes performances cognitives. Une autre cohorte a mis en évidence qu'un nombre élevé de réveils nocturnes à 1 an est corrélé à l'apparition ultérieure de symptômes précoces de TSA vers 2 ans, suggérant un lien entre qualité du sommeil et trajectoire neurodéveloppementale(20).

Le TDAH est un trouble multidimensionnel, mêlant instabilité psychomotrice, déficit attentionnel et dysrégulation émotionnelle. Environ 25 à 55 % des enfants atteints présentent aussi des troubles du sommeil(21), parfois en tant que comorbidités, parfois comme facteurs aggravants ou facteurs confondants (« symptômes *TDAH-like* » liés à la privation de sommeil). Ces troubles s'accompagnent généralement d'une hyperactivité plus marquée.

Dans les TSA, les troubles du sommeil concernent 50 à 80 % des enfants(22). Ils se manifestent souvent par des insomnies, des troubles du rythme circadien et une réduction du temps total de sommeil. Ces perturbations impactent la mémoire, l'attention, les apprentissages et la régulation émotionnelle, contribuant à des comportements auto-agressifs ou hétéro-agressifs. L'intensité des troubles du sommeil

---

<sup>6</sup> <https://memetonpyj.fr/>

est proportionnelle à la sévérité du profil autistique, notamment en ce qui concerne les interactions sociales et la communication. Enfin, les deux troubles partagent une altération de la sécrétion de mélatonine : retardée dans le TDAH, abaissée dans le TSA. Cette dysrégulation circadienne explique en partie les difficultés d'endormissement et les réveils nocturnes. Plusieurs essais cliniques ont confirmé l'efficacité thérapeutique de la mélatonine, améliorant la qualité et la durée du sommeil, et indirectement le fonctionnement diurne et les capacités d'apprentissage(23).

Ainsi, le sommeil apparaît comme un marqueur précoce et un levier thérapeutique majeur dans les TND, justifiant une prise en charge intégrée, associant interventions comportementales, hygiène du sommeil et régulation circadienne.

#### f. Troubles des rythmes circadiens veille-sommeil et santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Les troubles des rythmes circadiens veille-sommeil (TRCVS) correspondent à un désalignement entre le rythme biologique interne et les exigences sociales ou environnementales. Très fréquents à l'adolescence, ils affectent la santé mentale, les performances cognitives, les apprentissages et la qualité de vie.

Le rythme veille-sommeil est régulé par l'horloge circadienne située dans l'hypothalamus, qui coordonne les fonctions biologiques selon le cycle lumière-obscurité. Ce système est influencé par des synchroniseurs externes (lumière, activité physique, interactions sociales, repas). Quand ces repères sont perturbés, un « jetlag social » apparaît, particulièrement marqué chez les adolescents. Le chronotype - préférence pour des horaires matinaux ou tardifs - dépend pour moitié de la génétique (gènes PER, CLOCK). Durant l'adolescence, la période circadienne s'allonge, le sommeil devient moins profond, et la sécrétion de mélatonine est retardée, entraînant un coucher plus tardif. Ces changements biologiques, accentués par les comportements modernes (écrans, irrégularité des horaires), favorisent la désynchronisation et la privation de sommeil(24).

Le syndrome de retard de phase du sommeil (SRPS) est la forme la plus fréquente des TRCVS, touchant 1 à 3 % de la population générale et jusqu'à 16 % des adolescents. Il se manifeste par un endormissement tardif (entre 1 h et 6 h) et une difficulté de réveil le matin. Le sommeil s'améliore lors de périodes sans contraintes (week-ends, vacances), ce qui distingue ce trouble de l'insomnie classique. Le SRPS provoque une dette de sommeil, une somnolence diurne excessive et une baisse des performances scolaires et émotionnelles.

Un lien bidirectionnel existe entre les TRCVS et les troubles psychiatriques. Les adolescents souffrant d'insomnie ont un risque 3,4 fois plus élevé de développer une pathologie mentale. Le SRPS est souvent associé à la dépression, au TDAH et, chez l'adulte, au trouble bipolaire (26 % des cas)(25). Le manque de sommeil est aussi un facteur de risque suicidaire indépendant(26). En France, près de 43 % des adolescents dorment moins de 7 heures par nuit et un tiers souffre de somnolence diurne, altérant la mémoire, la concentration et la régulation émotionnelle(27).

La prise en charge vise à resynchroniser les rythmes circadiens : éducation au sommeil, horaires réguliers, réduction de la lumière bleue le soir, activité physique et exposition à la lumière du matin. Les thérapies cognitivo-comportementales et la mélatonine (0,5–1 mg avant le coucher) sont efficaces, tout comme la luminothérapie matinale. Enfin, un aménagement des horaires scolaires pourrait contribuer à réduire la dette de sommeil et améliorer le bien-être global des adolescents.

#### g. Sommeil et écrans : de la petite enfance à l'adolescence

L'usage des écrans, omniprésent dès la petite enfance, influence différemment le sommeil selon l'âge de l'enfant. Chez les tout-petits (moins de 5 ans), plusieurs études montrent qu'une exposition quotidienne, parfois dès 7 mois, réduit significativement la durée du sommeil. Une heure d'écran supplémentaire par jour entraîne jusqu'à 44 à 50 minutes de sommeil en moins (28). La stimulation visuelle et cognitive, combinée à la lumière bleue qui inhibe la sécrétion de mélatonine, retarde l'endormissement et perturbe la qualité du sommeil. Ces effets apparaissent à un âge où le sommeil joue un rôle majeur dans le développement cérébral et émotionnel.

Entre 6 et 10 ans, la durée d'écran augmente fortement, passant en moyenne de 50 minutes à 2 h 19 par jour selon la cohorte ELFE (29). Cette hausse s'accompagne d'une diminution progressive du temps de sommeil, de 11 h à 10 h par nuit. Le lien entre sommeil et écrans est bidirectionnel mais un manque de sommeil à 6 ans est plus fortement prédictif d'une durée plus importante d'usage des écrans à 10 ans plutôt que l'inverse. Il en est de même pour les enfants qui se couchent tard.

À l'adolescence, les effets deviennent plus marqués : 70 % des jeunes utilisent un écran dans l'heure précédant le coucher, et 20 % gardent leur téléphone allumé pendant la nuit. L'usage tardif, surtout interactif (jeux, réseaux sociaux), provoque un décalage du rythme circadien et une privation chronique de sommeil. Les adolescents utilisateurs d'écrans le soir ont un risque multiplié par deux de dormir moins de sept heures, et par cinq s'ils les utilisent la nuit (29). Cela accentue la somnolence diurne, la baisse des performances scolaires et les troubles émotionnels.

Les interventions visant à réduire l'usage des écrans après 21 h montrent des effets positifs : elles allongent la durée de sommeil et améliorent la vigilance et la régulation émotionnelle. Chez les enfants plus jeunes, limiter les écrans augmente légèrement le temps de sommeil, mais surtout améliore la qualité et la régularité du rythme veille-sommeil. Ces résultats soulignent l'importance d'une éducation précoce au bon usage des écrans et d'un accompagnement parental adapté à chaque âge, afin de préserver la santé du sommeil tout au long du développement.

## **B. Les pathologies du sommeil chez l'enfant et l'adolescent**

### **a. Insomnie**

L'insomnie chez l'enfant et l'adolescent est un trouble fréquent, défini par des difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil depuis plus de trois mois, entraînant une altération du fonctionnement diurne. Chez l'enfant de moins de 5 ans, elle touche environ un tiers des enfants et est majoritairement d'origine comportementale. Deux formes principales sont distinguées : l'insomnie de conditionnement, liée à une dépendance excessive à la présence parentale pour s'endormir, et l'insomnie de limite, marquée par une opposition à l'heure du coucher lorsque les règles sont floues. Ces troubles sont souvent entretenus par des attitudes parentales inadaptées, influencées par des croyances ou la « parentalité bienveillante » qui retarde l'apprentissage de l'autonomie du sommeil(30, 31).

Les conséquences de ces insomnies sont multiples : altération du développement cognitif et émotionnel, risque accru d'obésité, de troubles attentionnels et comportementaux, ainsi que de difficultés sociales. Le sommeil perturbé de l'enfant affecte aussi celui des parents -notamment des mères - avec un risque d'épuisement et de dépression. La prévention, débutée dès la grossesse ou les premiers mois de vie, réduit jusqu'à 75 % les cas d'insomnie. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) constituent le traitement de première intention. Les techniques d'extinction progressive, permettant à l'enfant d'apprendre à s'endormir seul, ont démontré leur efficacité malgré certaines controverses médiatisées.

À l'adolescence, l'insomnie persiste chez une proportion importante de jeunes : 40 % présentent un trouble du sommeil, et 15 à 20 % une véritable insomnie chronique. Elle est souvent liée à un retard de phase, à une surcharge cognitive ou émotionnelle (stress scolaire, attentes parentales), ou encore à des comportements défavorables (écrans, caféine, horaires irréguliers). Les filles sont plus touchées, notamment au moment de la puberté. Ces troubles du sommeil sont associés à un risque accru de dépression, d'irritabilité et de difficultés scolaires(32).

Le traitement repose sur une approche comportementale : les TCC adaptées à l'adolescent, la chronothérapie et la mélatonine pour les insomnies avec retard de phase, et la re-scénarisation d'image mentale pour les cauchemars chroniques. Les hypnotiques, notamment les benzodiazépines, sont à proscrire. Restaurer un rythme veille-sommeil régulier et renforcer l'éducation au sommeil sont essentiels pour prévenir les répercussions à long terme sur la santé mentale et émotionnelle.

#### b. Hypersomnolences centrales chez l'enfant

La narcolepsie est une hypersomnolence centrale rare mais sévère, touchant environ 0,03 % de la population pédiatrique et souvent diagnostiquée avec plusieurs années de retard. Chez l'enfant, elle se manifeste principalement par une somnolence diurne excessive, des endormissements involontaires, une baisse de l'attention et parfois une hyperactivité paradoxale. D'autres signes peuvent inclure des troubles de l'humeur, une irritabilité, une prise de poids rapide et des difficultés scolaires. La narcolepsie de type 1, la plus fréquente, résulte d'une destruction auto-immune des neurones à hypocretine (ou orexine) situés dans l'hypothalamus. Ce déficit entraîne une dérégulation du sommeil paradoxal. Des facteurs génétiques (présence du marqueur HLA DQB1\*06:02 dans plus de 97 % des cas) et environnementaux (infection par le virus H1N1 ou vaccination par Pandemrix) (33) sont impliqués. La maladie débute souvent avant 20 ans et se manifeste précocement par des cataplexies, c'est-à-dire des pertes brutales du tonus musculaire déclenchées par une émotion, souvent le rire. Chez l'enfant, elles peuvent se traduire par un faciès cataplectique (ptosis, chute de la mâchoire, protrusion de la langue). Les complications métaboliques sont fréquentes : obésité, intolérance au glucose, voire puberté précoce (34). Sur le plan cognitif et psychosocial, la narcolepsie impacte lourdement la scolarité et l'estime de soi, augmentant le risque d'isolement et d'anxiété.

Le diagnostic de la narcolepsie de type 1 (typique, NT1) repose sur une polysomnographie (PSG) suivie d'un test de latence d'endormissement (TILE), révélant une latence courte ( $\leq 8$  min) et au moins deux endormissements en sommeil paradoxal(35). Le dosage de l'hypocretine-1 dans le liquide céphalorachidien confirme le diagnostic lorsqu'il est inférieur à 110 pg/ml (36). Les erreurs diagnostiques sont fréquentes, la maladie étant parfois confondue avec un TDAH, une dépression, une hypothyroïdie ou une infection virale.

Les autres formes d'hypersomnies centrales, comme la narcolepsie sans cataplexie (non déficiente en hypocretine) et l'hypersomnie idiopathique, caractérisée par un besoin de sommeil de plus de 11 heures chez l'adulte (absence de données normatives chez l'enfant) avec une inertie au réveil, sont rares. La maladie de Kleine-Levin, caractérisée par des épisodes récurrents d'hypersomnie, est un autre diagnostic différentiel.

Le traitement combine des mesures d'hygiène du sommeil (siestes régulières, activité physique), un accompagnement psychosocial et, si nécessaire, des traitements médicamenteux. Le pitolisant et le sodium oxybate disposent d'une AMM pédiatrique, tandis que le modafinil et le méthylphénidate peuvent être prescrits pour réduire la somnolence. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine traitent les cataplexies. Une prise en charge multidisciplinaire est essentielle : accompagnement scolaire, soutien psychologique, et participation à des ateliers d'éducation thérapeutique proposés dans les centres de référence CRMR. Ces approches visent à améliorer l'autonomie, la qualité de vie et l'adhésion au traitement, en aidant l'enfant à mieux comprendre et gérer cette pathologie chronique.

#### c. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant

Le SAOS chez l'enfant est un trouble respiratoire du sommeil causé par une obstruction des voies aériennes supérieures (VAS), entraînant des apnées ou hypopnées nocturnes. Il se manifeste par des ronflements, des pauses respiratoires, des efforts respiratoires accrus, et peut impacter le comportement, l'attention et la croissance. On distingue trois phénotypes: le type I, lié à l'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes chez l'enfant sain; le type II, associé à l'obésité ; et le type III, ou SAOS complexe, lié à des malformations cranio-faciales ou à des anomalies des VAS (37).

Le diagnostic repose sur l'examen clinique, les antécédents rapportés par les parents et, si nécessaire, la polysomnographie (PSG) ou la polygraphie ventilatoire (PG) pour évaluer la sévérité. Sa réalisation, ou celle d'une polygraphie ventilatoire (PG), n'est indiquée qu'en cas de discordance entre les symptômes et l'examen clinique, d'âge de moins de 2 ans, lorsqu'un risque anesthésique est suspecté avant une éventuelle adéno-amygdalectomie. La gravité du SAOS est définie selon l'index d'apnées-hypopnées (IAH) (IAH < 1.5 évènements/heure : pas de SAOS ; IAH  $\geq 1.5$  et < 5: SAOS léger ; IAH  $\geq 5$  et < 10 : SAOS

modéré, et IAH  $\geq 10$  : SAOS sévère) (38). Les comorbidités principales chez l'enfant concernent surtout la cognition et le comportement (39), moins les troubles cardiovasculaires ou métaboliques que chez l'adulte.

Le traitement du SAOS de type I repose sur l'adéno-amygdalectomie, avec un bénéfice sur le sommeil, le comportement et la qualité de vie (40). Les corticoïdes nasaux, antagonistes des leucotriènes, et la prise en charge des allergies ou du surpoids peuvent être utilisés dans les formes légères ou en complément. Pour le SAOS de type II, la perte de poids est prioritaire, tandis que la chirurgie reste indiquée en cas d'échec. Le SAOS de type III nécessite une prise en charge multidisciplinaire spécialisée avec endoscopie et chirurgie adaptée (37).

La prévalence du SAOS est plus élevée chez les enfants obèses et chez ceux présentant des anomalies crânio-faciales ou syndromes rares. La détection précoce et le traitement adapté sont essentiels pour prévenir les complications neurocognitives et améliorer la qualité de vie(41).

### III. COMMENTAIRES

Sur la base des rapports des experts et des discussions au sein du groupe de travail, l'Académie attire l'attention des pouvoirs publics, de la population et des professionnels de santé suggère des recommandations suivantes.

#### 1) Recommandation 1 : préserver le sommeil de l'enfant

Du fait de l'importance du sommeil dès le plus jeune âge (nouveau-né, nourrisson, jeune enfant) et chez l'enfant d'âge scolaire, pour permettre notamment la maturation cérébrale et l'ensemble des processus d'acquisition, l'Académie propose de :

a. Informer la population sur les besoins en sommeil des plus jeunes enfants (11 à 14 heures avant l'âge de 3 ans, 10 à 13 heures entre l'âge de 3 et 6 ans) ainsi que leur rythmes (siestes selon besoin individuel jusqu'à l'âge de 6 ans)

b. **Intégrer le sommeil dans le suivi prénatal et postnatal.** Il est suggéré d'intégrer, sous la forme de recommandations simples, cette dimension dans le **carnet de santé** dès la naissance et tout au long de la vie. Il est notamment suggéré d'évaluer impérativement le sommeil de l'enfant **avant et après l'âge de six mois** (âge d'autonomisation du sommeil)

c. Aménager des espaces de repos ou de sieste pour les enfants jusqu'au primaire (écoles maternelles).

#### 2) Recommandation 2 ; dépister les pathologies du sommeil

Du fait de la fréquence des pathologies qui peuvent altérer le sommeil, en quantité et qualité, l'Académie propose de :

a. **Intégrer un dépistage systématique du sommeil** dans le suivi pédiatrique et généraliste (insomnie, somnolence diurne, retard de phase de sommeil).

b. **Promouvoir un dépistage précoce de ces troubles**, notamment auprès des milieux éducatifs (crèches, assistante maternelle, école) pour prévenir les impacts cognitifs, comportementaux et émotionnels.

c. **Accompagner les populations vulnérables** et en particulier les troubles du neuro développement : trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), troubles du spectre de l'autisme (TSA), enfants avec troubles des apprentissages (dys), polytraumatismes (e.g., Victimes de violence, MNA...).

d. **Mettre à disposition de la population un programme d'éducation parentale au sommeil** du jeune enfant, gratuit et multilingue porté par les ministères en vue de la prévention de l'insomnie et de la diffusion des avis d'experts sur le bon développement du sommeil.

### 3) Recommandation 3 : Éducation, information du public, formation des professionnels, recherche

L'Académie propose de :

a. **Promouvoir des habitudes saines** : régularité des rythmes de sommeil, lumière naturelle, réduction de l'utilisation des écrans.

**b. Promouvoir un couvre-feu digital : pas d'utilisation d'écrans la nuit**

c. Intégrer l'éducation au sommeil dans les programmes scolaires (éducation à la santé)

d. Intégrer le sommeil et ses pathologies dans les programmes des professionnels de santé et des professionnels de la petite enfance.

e. Intégrer le sommeil dans les politiques de santé publique, au même titre que la nutrition et l'activité physique.

f. En recherche :

i. Créer un Observatoire National du sommeil de l'enfant et de l'adolescent.

ii. Lancer des appels d'offres nationaux "Sommeil et apprentissages" et "sommeil/TDAH/autisme".

iii. Réaliser des études pilotes sur le sommeil et ses troubles chez l'enfant et l'adolescent, en lien avec la santé mentale et les apprentissages.

Les trois mesures chocs :

1)	Visite obligatoire "sommeil" à 6 mois et à 6 ans, obligatoire dans le carnet de santé de l'enfant
2)	Limitation des écrans : Instaurer un couvre-feu digital après 20 h pour les jeunes de moins de 15 ans
3)	Décaler le début des enseignements à 9h00

## **CONCLUSION**

Le sommeil joue un rôle fondamental dans le développement cérébral, la mémoire et la santé mentale de l'enfant dès la vie fœtale. Le sommeil paradoxal et le sommeil lent participent à la maturation neuronale et à la consolidation des apprentissages. Les troubles du sommeil pendant la grossesse ou l'enfance augmentent le risque de difficultés psychiques ultérieures. Chez l'enfant et l'adolescent, les perturbations du sommeil sont aggravées par l'exposition aux écrans, le manque d'activité physique et une mauvaise hygiène de vie.

Le décalage de phase propre à l'adolescence accentue la privation de sommeil et ses conséquences cognitives, émotionnelles et métaboliques, notamment l'obésité et l'affaiblissement immunitaire. La somnolence diurne altère la concentration, la mémoire et la régulation émotionnelle, entraînant irritabilité ou hyperactivité compensatrice.

La prévention repose sur l'éducation au sommeil, la préservation de la sieste, la limitation des écrans et la détection précoce des troubles. L'éducation et la prévention jouent un rôle essentiel. Promouvoir une littératie en santé du sommeil (accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour améliorer le sommeil) semble important et synergique avec les recommandations récentes du Haut Conseil de la Santé Publique concernant le prochain plan national nutrition santé<sup>7</sup>. En ce sens, une enquête de l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance en 2022 montrait que les parents bien informés sur le sommeil y accordent davantage d'importance, dorment mieux et favorisent de meilleures habitudes chez leurs enfants<sup>8</sup>. Par ailleurs, les pathologies du sommeil chez l'enfant restent largement sous-diagnostiquées. Une meilleure formation des professionnels et le développement des filières pédiatriques sont indispensables. La feuille de route interministérielle 2025-2026 vise à renforcer cette prise en charge et à promouvoir un sommeil de qualité pour soutenir la santé mentale des jeunes.

<sup>7</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1445>

<sup>8</sup> [https://institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2020/02/CP\\_JS2022.pdf](https://institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2020/02/CP_JS2022.pdf)

#### IV. REFERENCES

1. Ordway MR, Condon EM, Basile Ibrahim B, Abel EA, Funaro MC, Batten J, et al. A systematic review of the association between sleep health and stress biomarkers in children. *Sleep Med Rev.* 2021;59:101494.
2. Li W, Ma L, Yang G, Gan WB. REM sleep selectively prunes and maintains new synapses in development and learning. *Nat Neurosci.* 2017;20(3):427–37.
3. Challamel MJ, Hartley S, Debilly G, Lahlou S, Franco P. A video polysomnographic study of spontaneous smiling during sleep in newborns. *J Sleep Res.* 2021;30(3):e13129.
4. Satomaa AL, Makela T, Saarenmaa-Heikkila O, Kylliainen A, Huupponen E, Himanen SL. Slow-wave activity and sigma activities are associated with psychomotor development at 8 months of age. *Sleep.* 2020;43(9).
5. Cai S, Tham EKH, Xu HY, Fu X, Goh RSM, Gluckman PD, et al. Trajectories of reported sleep duration associate with early childhood cognitive development. *Sleep.* 2023;46(2).
6. Jones E, Quinn L, Tanner JR, Jankovic J, Berrisford G, MacArthur C, et al. Prevalence and incidence of moderate and severe mental illness in the second postpartum year in England (1995-2020): a national retrospective cohort study using primary care data. *Lancet Reg Health Eur.* 2025;53:101312.
7. Lu Q, Zhang X, Wang Y, Li J, Xu Y, Song X, et al. Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2021;58:101436.
8. Lagercrantz H. The Awakening of the Newborn Human Infant and the Emergence of Consciousness. *Acta Paediatr.* 2025;114(5):823–8.
9. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics.* 2003;111(2):302–7.
10. Staton S, Rankin PS, Harding M, Smith SS, Westwood E, LeBourgeois MK, et al. Many naps, one nap, none: A systematic review and meta-analysis of napping patterns in children 0-12 years. *Sleep Med Rev.* 2020;50:101247.
11. Kurdziel L, Duclos K, Spencer RM. Sleep spindles in midday naps enhance learning in preschool children. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2013;110(43):17267–72.
12. Owens LJ, France KG, Wiggs L. REVIEW ARTICLE: Behavioural and cognitive-behavioural interventions for sleep disorders in infants and children: A review. *Sleep Med Rev.* 1999;3(4):281–302.
13. Master L, Nye RT, Lee S, Nahmod NG, Mariani S, Hale L, et al. Bidirectional, Daily Temporal Associations between Sleep and Physical Activity in Adolescents. *Sci Rep.* 2019;9(1):7732.
14. Saidi O, Peyrel P, Del Sordo G, Gabriel B, Maso F, Dore E, et al. Is it wiser to train in the afternoon or the early evening to sleep better? The role of chronotype in young adolescent athletes. *Sleep.* 2023;46(7).
15. Juric P, Karuc J, Martinko A, Misigoj-Durakovic M, Soric M. Does time of the day matter? Temporal associations between physical activity and quality and quantity of subsequent sleep in adolescents. *Sleep Med.* 2022;92:41–9.
16. Zhong L, Han X, Li M, Gao S. Modifiable dietary factors in adolescent sleep: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med.* 2024;115:100–8.
17. Baron KG, Reid KJ, Kern AS, Zee PC. Role of sleep timing in caloric intake and BMI. *Obesity (Silver Spring).* 2011;19(7):1374–81.
18. Duraccio KM, Whitacre C, Krietsch KN, Zhang N, Summer S, Price M, et al. Losing sleep by staying up late leads adolescents to consume more carbohydrates and a higher glycemic load. *Sleep.* 2022;45(3).
19. Plancoulaine S, Reynaud E, Forhan A, Lioret S, Heude B, Charles MA, et al. Night sleep duration trajectories and associated factors among preschool children from the EDEN cohort. *Sleep Med.* 2018;48:194–201.
20. Nguyen AKD, Murphy LE, Kocak M, Tylavsky FA, Pagani LS. Prospective Associations Between Infant Sleep at 12 Months and Autism Spectrum Disorder Screening Scores at 24 Months in a Community-Based Birth Cohort. *J Clin Psychiatry.* 2018;79(1).
21. Cortese S, Brown TE, Corkum P, Gruber R, O'Brien LM, Stein M, et al. Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(8):784–96.

22. Krakowiak P, Goodlin-Jones B, Hertz-Picciotto I, Croen LA, Hansen RL. Sleep problems in children with autism spectrum disorders, developmental delays, and typical development: a population-based study. *J Sleep Res.* 2008;17(2):197–206.
23. Schroder CM, Malow BA, Maras A, Melmed RD, Findling RL, Breddy J, et al. Pediatric Prolonged-Release Melatonin for Sleep in Children with Autism Spectrum Disorder: Impact on Child Behavior and Caregiver's Quality of Life. *J Autism Dev Disord.* 2019;49(8):3218–30.
24. Meyer N, Harvey AG, Lockley SW, Dijk DJ. Circadian rhythms and disorders of the timing of sleep. *Lancet.* 2022;400(10357):1061–78.
25. Takaesu Y, Inoue Y, Murakoshi A, Komada Y, Otsuka A, Futenma K, et al. Prevalence of Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders and Associated Factors in Euthymic Patients with Bipolar Disorder. *PLoS One.* 2016;11(7):e0159578.
26. Rolling J, Ligier F, Rabot J, Bourgin P, Reynaud E, Schroder CM. Sleep and circadian rhythms in adolescents with attempted suicide. *Sci Rep.* 2024;14(1):8354.
27. Reynaud E, Berthier J, Louis E, Eyuboglu E, Scelles R, Schroder CM. Interconnection between adolescents' and family members' sleep. *Sci Rep.* 2024;14(1):28244.
28. Chen B, van Dam RM, Tan CS, Chua HL, Wong PG, Bernard JY, et al. Screen viewing behavior and sleep duration among children aged 2 and below. *BMC Public Health.* 2019;19(1):59.
29. Charles MA, Thierry X, Lanoe JL, Bois C, Dufourg MN, Popa R, et al. Cohort Profile: The French national cohort of children (ELFE): birth to 5 years. *Int J Epidemiol.* 2020;49(2):368–9j.
30. Gustin MP, Lecuelle F, Anders R, Leslie W, Franco P, Putois B. The development and validation of the beliefs about Baby Crying at Night (BBCN) scale. *Sleep Med.* 2024;124:745–53.
31. Lecuelle F, Challamel MJ, Kahn M, Mindell JA, Bruni O, Claustrat B, et al. Should you let your baby cry at night? The "no" rumor persists, despite insufficient scientific evidence with cortisol-stress measures. *Sleep Health.* 2025;11(2):127–30.
32. de Zambotti M, Goldstone A, Colrain IM, Baker FC. Insomnia disorder in adolescence: Diagnosis, impact, and treatment. *Sleep Med Rev.* 2018;39:12–24.
33. Dauvilliers Y, Arnulf I, Lecendreux M, Monaca Charley C, Franco P, Drouot X, et al. Increased risk of narcolepsy in children and adults after pandemic H1N1 vaccination in France. *Brain.* 2013;136(Pt 8):2486–96.
34. Arvis L, Doye E, Perge K, Zhang M, Thieux M, Guyon A, et al. Obesity in children with narcolepsy: metabolic and endocrine comorbidities. *Sleep.* 2023;46(5).
35. Pizza F, Barateau L, Jaussent I, Vandi S, Antelmi E, Mignot E, et al. Validation of Multiple Sleep Latency Test for the diagnosis of pediatric narcolepsy type 1. *Neurology.* 2019;93(11):e1034–e44.
36. Mignot E, Lammers GJ, Ripley B, Okun M, Nevsimalova S, Overeem S, et al. The role of cerebrospinal fluid hypocretin measurement in the diagnosis of narcolepsy and other hypersomnias. *Arch Neurol.* 2002;59(10):1553–62.
37. Kaditis AG, Alonso Alvarez ML, Boudewyns A, Abel F, Alexopoulos EI, Ersu R, et al. ERS statement on obstructive sleep disordered breathing in 1- to 23-month-old children. *Eur Respir J.* 2017;50(6):1700985.
38. Aubertin G, Akkari M, Andrieux A, Colas des Francs C, Fauroux B, Franco P, et al. Management of obstructive sleep apnea syndrome type 1 in children and adolescents - A French consensus. *Arch Pediatr.* 2023;30(7):510–6.
39. Menzies B, Teng A, Burns M, Lah S. Neurocognitive outcomes of children with sleep disordered breathing: A systematic review with meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2022;63:101629.
40. Marcus CL, Moore RH, Rosen CL, Giordani B, Garetz SL, Taylor HG, et al. A randomized trial of adenotonsillectomy for childhood sleep apnea. *N Engl J Med.* 2013;368(25):2366–76.
41. Kaditis AG, Alonso Alvarez ML, Boudewyns A, Alexopoulos EI, Ersu R, Joosten K, et al. Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children: diagnosis and management. *Eur Respir J.* 2016;47(1):69–94.

## **GLOSSAIRE**

- AASM: American Academy of Sleep Medicine
- ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- AP : Activité physique
- DI : Déficience intellectuelle
- CRMR : centres de références maladies rares (ex. narcolepsies et hypersomnies rares)
- DOHaD : Developmental Origins of Health and Disease, concept de l'origine développementale de la santé et des maladies
- EDC : épisodes dépressifs caractérisés
- ENCM : Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles
- FCS : fausse couche spontanée
- GSEA : Groupe Sommeil de l'Enfant et l'Adolescent de la SFRMS
- H1N1 : virus de la grippe A
- HLA : antigènes des leucocytes humains (Human Leukocyte Antigen), complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) chez l'humain.
- ICSD : classification internationale des troubles du sommeil
- IMC : Index de masse corporelle
- INSV : Institut National du Sommeil et de la Vigilance
- PG : enregistrement nocturne des signaux respiratoires, sans évaluation du sommeil
- PSG : polysomnographie (enregistrement nocturne incluant une mesure des stades de sommeil)
- RadioImmunoAssay : dosage radio-immunologique
- SAOS : syndrome d'apnées obstructives au cours du sommeil
- SDE : somnolence diurne excessive
- SFRMS : Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil
- SRPS Syndrome de retard de phase du sommeil
- TCC Thérapies cognitivo-comportementales
- TDAH : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- TDL : Trouble développemental du langage
- TND : Troubles du neuro-développement
- TRCVS : Troubles des rythmes circadiens veille-sommeil
- TROS : Troubles respiratoires obstructifs au cours du sommeil
- TSPT : trouble de stress post-traumatique
- TILE : enregistrements répétés de l'endormissement et du sommeil, sur des périodes limitées de temps, toutes les 2 heures, 5 fois dans la journée. Mesure objectivement la somnolence.

## **Annexe 1**

- Dr Marie-Jo Challamel, pédiatre, experte reconnue du sommeil de l'enfant. Chercheuse Inserm en 1979 dans l'unité du Pr Michel Jouvét, pionnier de la recherche sur le sommeil. Responsable de l'unité de sommeil pédiatrique du Centre Hospitalier Lyon-Sud, puis de l'Hôpital Debrousse. Anime depuis de nombreuses années des conférences et ateliers à destination des professionnels de santé et de la petite enfance. Elle est également l'auteur de plusieurs ouvrages de référence sur les troubles du sommeil chez l'enfant.
- Pr Stéphanie Mazza, chercheuse en neurosciences, Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, Inserm, Université de Lyon 1. Membre du conseil scientifique de l'institut nationale du sommeil et de la vigilance et du conseil scientifique de l'éducation nationale. Ses travaux s'intéressent plus particulièrement à l'impact du manque de sommeil sur les performances. A coconstruit avec des professeurs des écoles un programme d'éducation au sommeil pour les enfants du primaire.
- Pr Stéphanie Bioulac, pédopsychiatre, cheffe de Service du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU de Grenoble, docteur en Neurosciences, spécialiste du TDAH et de ses liens avec le sommeil et les rythmes biologiques, Co-co-auteur d'ouvrages grand public sur le sujet de l'hyperactivité de l'enfant.
- Pr Sabine Plancoulaine, médecin de Santé Publique, docteur en épidémiologie génétique et spécialiste du sommeil, chercheuse à l'Inserm, Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, Inserm, Université de Lyon 1. Est en particulier impliquée dans plusieurs cohortes de naissance en population générale dont elle étudie le sommeil (AuBE, EDEN, SEPAGES et ELFE).
- Pr Anne-Laure Sutter-Dallay, pédopsychiatre, Doctorat en Psychologie, responsable du Réseau de Psychiatrie Périnatale, Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte UNIVA, CH Charles Perrens Bordeaux et Centre de Recherche INSERM 1219 Bordeaux « Population Health » Université de Bordeaux. Co-auteur d'ouvrage grand public concernant l'impact des pathologies mentales parentales sur le développement précoce des enfants et l'impact de la prise de psychotropes durant la grossesse sur le développement du fœtus, du nouveau-né et du jeune enfant.
- Pr Patricia Franco, neuro-pédiatre, Unité de Sommeil Pédiatrique & Centre de Référence Maladies Rares-Narcolepsie de l'enfant, Explorations fonctionnelles neuropédiatriques, Hôpital Femme Mère Enfant, U1028 Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, Inserm, Université de Lyon 1. Spécialiste des pathologies du sommeil de l'enfant.
- Pr Brigitte Fauroux, pneumo-pédiatre. Cheffe de service, Unité du sommeil de l'enfant de l'hôpital Necker-Enfants Malades. Spécialiste du sommeil de l'enfant, de la Ventilation Non Invasive pédiatrique, des muscles respiratoires et du travail respiratoire dans les maladies neuromusculaires, les maladies génétiques et/ou malformatives.
- Dr Benjamin Putois, psychologue clinicien, psychothérapeute, enseignant universitaire (Unidistance), chercheur associé à l'INSERM, Formateur & Consultant dans le domaine de la santé mentale, expert en Thérapie Comportementale et Cognitive et en Thérapie de l'Acceptation et de l'Engagement. Recherche en psychothérapie & télé-psychologie : Trouble du comportement en sommeil paradoxal.
- Pr Carmen Schröder, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, cheffe de Service du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, docteur en Neurosciences, CNRS UPR 3212, INCI, Strasbourg. Spécialiste du sommeil et des rythmes circadiens. Co-rapporteuse du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française Sommeil intitulé « rythmes et psychiatrie » (2016).
- Dr Sylvie Royant-Parola, Psychiatre, spécialiste du sommeil et de ses pathologies, Consultante du Pôle Sommeil de la Clinique du Château de Garches, Enseignante chargée de cours à l'Université Paris-Cité et formation de FMC-DPC. Présidente d'honneur et membre fondateur du Réseau Morphée, Présidente de la commission Santé publique à l'URPS Ile-de-France.
- Dr Michel Lecendreux, psychiatre, pédopsychiatre impliqué dans la recherche en psychopathologie et médecine du sommeil de l'enfant et de l'adolescent à l'Hôpital Universitaire Robert Debré, Paris. Praticien

Hospitalier coordonnateur du Centre Pédiatrique des Pathologies du Sommeil, responsable du Centre de Référence pour la Narcolepsie et les Hypersomnies Idiopathiques et le Syndrome de Kleine-Levin. Expert des troubles du sommeil au cours du TDAH, président du comité scientifique de l'association HyperSupers TDAH France.

## Conduite à tenir devant une insomnie de l'enfant

Étapes	Actions	Conduite à tenir
<b>1. Identifier le problème</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge de l'enfant, durée d'évolution et fréquence du trouble</li> <li>- Horaire du coucher / réveils nocturnes</li> <li>- Conditions d'endormissement (présence des parents, écrans, sieste, rituels, etc.)</li> <li>- Symptômes associés : ronflement, apnées, cauchemars, terreurs nocturnes, douleurs, anxiété</li> </ul>	Identifier le <b>type d'insomnie</b> (difficulté d'endormissement, réveils nocturnes, insomnie par réveil précoce) et rechercher une <b>cause organique ou comportementale</b>
<b>2. Rechercher une cause</b>	Douleur ? Toux ? Reflux ? Apnées ? Médicaments ?	Traiter la <b>cause somatique</b> si identifiée
<b>3. Évaluer le contexte psychologique et familial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress, anxiété, conflits familiaux, changements récents (naissance, déménagement, école)</li> <li>- Troubles anxieux, TDAH, dépression</li> </ul>	Dépister un <b>facteur psychologique</b> ou environnemental
<b>4. Vérifier l'hygiène du sommeil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Horaire de coucher régulier</li> <li>- Éviter les écrans 1-2 h avant le coucher</li> <li>- Température, luminosité et calme de la chambre</li> <li>- Éviter les excitants le soir</li> <li>- Routine apaisante et stable</li> </ul>	Mettre en place / renforcer les <b>mesures d'hygiène du sommeil</b>
<b>5. Prise en charge comportementale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retarder légèrement l'heure du coucher si endormissement tardif</li> <li>- Rassurer sans renforcer la dépendance</li> <li>- Renforcer les rituels positifs du coucher</li> <li>- Thérapies comportementales et cognitives adaptées</li> </ul>	Corriger les <b>situations inadaptées à l'endormissement</b>
<b>6. Si échec des mesures comportementales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réévaluer l'anamnèse, rechercher un trouble anxieux, dépressif ou neurodéveloppemental</li> <li>- Avis spécialisé (pédiatre du sommeil, pédopsychiatre)</li> </ul>	<b>Orientation spécialisée</b> pour évaluation complémentaire
<b>7. Traitement médicamenteux (exceptionnel)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniquement sous avis spécialisé</li> <li>- Mélatonine possible dans certains cas (troubles du rythme veille-sommeil, TSA, TDAH)</li> </ul>	<b>Usage limité et temporaire</b> , jamais en première intention

Pour copie certifiée conforme



**Professeur Christian BOITARD**  
Secrétaire perpétuel