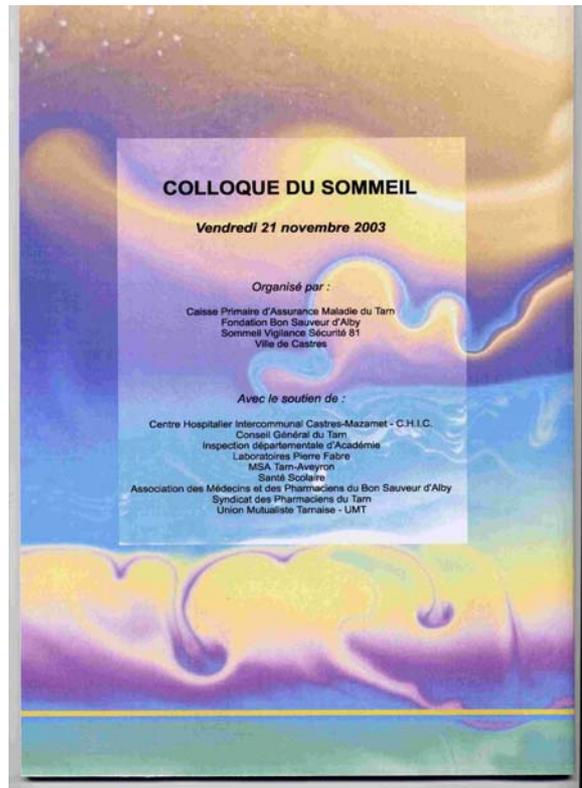
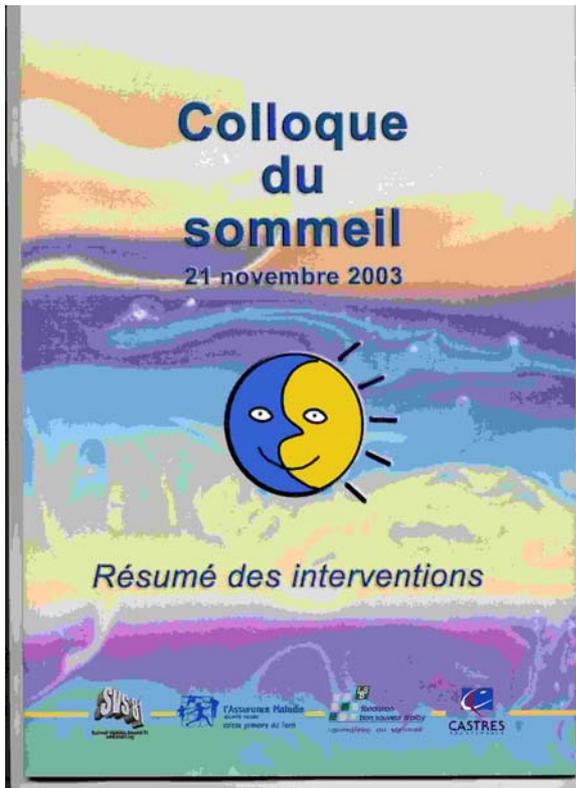


Livre des résumés



Introduction.....	3
Les illustrations théâtrales	4
Qu'attendent les parents et les professionnels d'une journée sur le sommeil de l'enfant ?	5
Une enquête sur le sommeil des enfants de 6 à 12 ans.....	6
Le développement du sommeil de l'enfant de la période néonatale à l'adolescence	9
La famille, l'enfant et son sommeil.....	11
Mon enfant dort ! Comment faire ?	12
Education pour la santé et sommeil de l'enfant	13
L'Assurance Maladie, la prévention, et le sommeil de l'enfant.....	15
Un cédérom destiné aux enseignants pour expliquer le sommeil aux enfants	17

Nous remercions pour leur soutien

- Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet - C.H.I.C
- Conseil Général du Tarn
- Inspection départementale d'Académie
- Laboratoires Pierre Fabre
- Association des Médecins et des Pharmaciens du Bon Sauveur d'Alby
- Mutualité Sociale Agricole Tarn-Aveyron – M.S.A.
- Santé scolaire
- Syndicat des Pharmaciens du Tarn
- Union Mutualiste Tarnaise - U.M.
- Association Sommeil et Santé

Introduction

L'idée d'organiser ce colloque sur le sommeil de l'enfant a 2 origines.

- Une expérience d'une dizaine d'années d'informations sur le sommeil qui a été menée auprès des enfants et des parents, dans les écoles, en partenariat avec Carrefour santé.
- Une invitation par le docteur Stéphane Noël à un colloque sur le sommeil de l'enfant à Liège en Belgique en novembre 2001 pour présenter le cédérom sur le sommeil des enfants que nous avons réalisés avec la CPAM du Tarn, je vous le présenterai en fin de journée.

Nous nous retrouvons aujourd'hui au théâtre de Castres pour parler de l'enfant et de son sommeil et nous vous proposons d'assister à deux types de communications.

- Des présentations orales assurées par d'éminents spécialistes qui se sont déplacés bien souvent de loin, nous les remercions très vivement de leur participation :
 - Mesdames les docteurs DELORMAS et CHALLAMEL, de Lyon
 - Monsieur le Professeur André KAHN et le docteur Stéphane NOËL qui viennent de Belgique
 - Le docteur Urbain CALVET, de Toulouse
 - et madame le docteur DUPIC, pédiatre, chef de service du Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet qui a bien voulu accepter d'ouvrir ce colloque en posant les problèmes auxquels sont confrontés professionnels et les parents.

Chaque intervenant disposera de 30 minutes pour sa présentation, il aura ensuite 10 minutes pour répondre aux questions

- Le choix du théâtre n'est pas anodin car vous assisterez aussi à des saynètes qui viendront s'intercaler entre ces communications. 6 enfants travaillent depuis un an à ce spectacle sous la direction de Madame Brigitte ARSON. Ils vont illustrer les principales plaintes du sommeil de l'enfant. Nous les avons également filmés afin d'actualiser notre cédérom du sommeil de l'enfant. Nous vous demandons de bien respecter le silence pendant ces courts moments de théâtre.

Bien évidemment une telle réunion n'aurait jamais été possible sans l'enthousiasme et le soutien des partenaires. Nous témoignons notre reconnaissance à Monsieur BUGIS, mairie de Castres, Monsieur FRAYSSE, directeur de la CPAM du Tarn et Monsieur BRUNET, directeur de la Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Nous remercions pour leur soutien financier le Conseil Général du Tarn. Les Laboratoires Pierre Fabre. La M.S.A. Tarn-Aveyron. L'Association des Médecins et des Pharmaciens du Bon Sauveur d'Alby. Le Syndicat des Pharmaciens du Tarn et l'Union Mutualiste Tarnaise.

Enfin, nous adressons toute notre gratitude à ceux qui nous ont aidé à organiser cette journée : L'Inspection départementale d'Académie et la Santé Scolaire, qui ont largement diffusé l'information mais aussi les personnes de l'accueil et les techniciens du théâtre.

Au nom du comité d'Organisation je vous souhaite une bonne journée à la découverte du sommeil de l'enfant et je donne la parole à Madame le Docteur DUPIC, pédiatre, chef de Service au CHIC Castres-Mazamet.

Pour le Comité d'Organisation
Docteur Eric MULLENS

Les illustrations théâtrales

<i>Mise en scène</i>	Brigitte ARSON
<i>Les enfants</i>	Claire, David, Fabien, Soïzic, Suzan, Tracy
<i>Maquette son et lumière</i>	Jérôme CROS
<i>Décor et costumes</i>	Malou GARIBAL

Les Saynètes

- Le somnambule
- Le cauchemar
- Mon enfant ne dort pas
- Mon enfant dort
- La journée et la sieste

Qu'attendent les parents et les professionnels d'une journée sur le sommeil de l'enfant ?

Y. Dupic - Pédiatre- CHIC Castres-Mazamet

Nous passons 1/3 de notre vie à dormir. Or les français sont dans le peloton de tête mondial des consommateurs d'anxiolytiques, hypnotiques, et autres inducteurs du sommeil, et ce dès la petite enfance : Une enquête révélait il y a quelques années que l'un des médicaments pour les nourrissons les plus vendus était un hypnotique célèbre.

Tous, parents et / ou professionnels travaillant avec des enfants (soignants, enseignants, nourrices ...etc.) avons besoin de mieux connaître la physiologie du sommeil de l'enfant et son évolution au fur et à mesure que l'enfant grandit, de différencier les « petits » troubles du sommeil des anomalies graves, de savoir éviter les attitudes nocives.

Que représente pour nous le sommeil ? Période réparatrice, période des rêves où l'on s'éloigne des tracasseries quotidiennes, période de dangers où l'on ne contrôle plus ni ses pensées, ni sa vie, ni celle de ses enfants, période de séparation entre les êtres.

A-t-on envie de dormir ? A-t-on envie que ses enfants s'endorment, et dorment loin de soi ?

Respectons-nous le sommeil de nos enfants ? Les enseignants soulignent régulièrement la fatigue des enfants après les week-ends de loisirs, et les lendemains de soirées télévisées ou autres ? Qui n'a pas, dans son enfance, terminé la lecture d'un livre à la lumière de la lampe électrique jusqu'à 2 heures du matin ? La télévision dans la chambre des enfants est-elle vraiment éteinte toute la et toutes les nuits ?

Les adultes dorment mal (ou ont la sensation de mal dormir), et nous sommes tous confrontés, dans notre famille, notre entourage, notre vie professionnelle, à cette souffrance des parents insomniaques qui redoutent que leurs enfants le soient aussi, et à celle de tous les parents dont les enfants « ne dorment pas », et le font savoir bruyamment

Il existe des pathologies neuropsychiatriques sévères qui se traduisent par d'importants troubles du sommeil chez le jeune enfant : Dans ce cas, il existe des troubles associés qu'une consultation médicale doit déceler.

Que ces parents, qui sont confrontés chaque jour aux difficultés, diurnes et nocturnes, de leurs enfants, difficultés que l'on a parfois niées pendant longtemps, ajoutant encore à leur souffrance, nous excusent : Le colloque d'aujourd'hui est consacré essentiellement au sommeil de l'enfant bien portant.

Heureusement en effet, dans la grande majorité des situations, les enfants sont en bonne santé, grandissent et se développent normalement : À l'évidence, ils ne manquent pas de sommeil, tandis que leurs parents, eux, sont épuisés, inquiets, culpabilisés : Ils font tout pour que leur enfant soit heureux, et cet enfant ne dort pas : Toutes les nuits sont des cauchemars attendus qui font suite à des soirées d'inquiétude.

Quand les difficultés surgissent précocement, chez un nourrisson vif, floride, impérieux, trônant dans les bras inquiets de deux parents aimants, à l'écoute, et visiblement épuisés par des nuits sans sommeil, la réassurance que leur enfant est bien portant, et la connaissance de la physiologie du sommeil du tout petit (il se réveille normalement toutes les heures ; il dort en moyenne 18 heures par jour à la naissance, 13 heures à 1 an, 11 heures à 5 ans ... , mais, comme pour les adultes , il existe des gros et des petits dormeurs ; il se rendort la nuit comme il s'est endormi le soir, éventuellement dans la poussette, la voiture ou les bras ... ; il est important de ritualiser le coucher, de parler, et de rester cohérent : conserver des modalités de coucher stables d'un jour à l'autre et d'un parent à l'autre, ne pas le faire jouer juste avant le coucher) suffiront généralement à ce que la situation s'améliore.

Mais quand la situation est pérennisée de longue date ; que l'on a « tout essayé », les méthodes douces et coercitives, les médicaments classiques et l'homéopathie, voire les méthodes ésotériques ; quand la mère dort avec son enfant tandis que le père rejoint le canapé du salon, il ne s'agit plus de troubles simples. Causes ou conséquences, les perturbations de la vie familiale sont au premier plan, et les difficultés nocturnes n'en sont qu'un des aspects.

Il n'y a pas de solution miracle, et les enfants de pédiatres ont autant de troubles du sommeil que les autres !

« Mieux vaut prévenir que guérir ». Pour éviter de prendre de mauvaises habitudes avec la meilleure intention du monde, pour éviter que des difficultés passagères ne se pérennisent, pour éviter les conseils inadéquats, il est nécessaire de connaître le développement et l'organisation du sommeil de l'enfant, tant du point de vue physiologique que sociologique et éducatif. Comment dorment les enfants ? Pourquoi et comment faire quand les enfants réveillent leurs parents la nuit ?

Ce sont les thèmes qui vont être abordés aujourd'hui par les orateurs, que je remercie : nous allons tous apprendre des choses essentielles.

Une enquête sur le sommeil des enfants de 6 à 12 ans

Dr Stéphane Noël - Unité de Sommeil. Centre Universitaire Provincial. « La Clairière »
Bertrix- Belgique.

Les caractéristiques du sommeil de l'enfant se modifient avec l'âge, de la même manière les troubles du sommeil se différencient par tranche d'âge.

Nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux enfants de 6 à 12 ans car les troubles du sommeil de cette tranche d'âge nous paraissaient sous-estimés dans la littérature pédiatrique.

Introduction

Le Pr. Kahn, chef de Service de l'Hôpital Universitaire des Enfants à Bruxelles faisait déjà cette constatation lors d'une étude parue dans *Pediatrics* en 1989. En interrogeant les parents, il a recueilli des informations sur le sommeil de 1000 enfants âgés de 8 à 10 ans, en région bruxelloise. Il a constaté que 43 % des enfants présentaient des troubles du sommeil et que 14 % étaient réellement de mauvais dormeurs. Un mauvais sommeil étant défini par une latence d'endormissement allongée (>30min) associée à au moins 1 éveil par nuit et ceci au moins 2 nuits par semaine. Les troubles existaient depuis au moins 6 mois.

La littérature internationale donnait des chiffres comparables (46 % en Suède, 35 % en Amérique).

4 % de ces mauvais dormeurs consommaient régulièrement des hypnotiques.

Le mauvais sommeil semblait être associé à différentes variables :

- Un faible niveau économique et éducationnel des parents
- Des parents séparés ou divorcés
- Du bruit dans leur environnement.

Le retard scolaire (d'un an ou plus) était plus fréquent dans le groupe des mauvais dormeurs (21 % au lieu de 11%)

L'enquête

L'enquête que nous avons menée durant une année scolaire sur le sommeil des enfants s'intègre dans une campagne d'éducation à la santé.

Les buts de notre étude étaient les suivants :

- Définir les caractéristiques du sommeil des enfants
- Individualiser les mauvaises habitudes de sommeil
- Décrire les troubles du sommeil
- Evaluer leur impact sur la scolarité

Notre étude épidémiologique s'est intéressée durant une année scolaire au sommeil de 4255 enfants scolarisés, âgés de 6 à 12 ans, provenant de 70 écoles choisies de manière aléatoire sur tout le territoire de la province de Luxembourg, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

Nous voulions que l'enfant puisse apprécier son sommeil, exprimer son vécu ou son insatisfaction par rapport à son sommeil. Pour ce faire, nous avons besoin d'un outil d'investigation qui soit accessible à tous les enfants entre 6 et 12 ans. Nous avons réalisé un questionnaire qui interrogeait l'enfant soit par le texte, soit par l'image sur son sommeil et sa scolarité.

Chaque étape du sommeil était illustrée et l'enfant avait la possibilité de choisir de manière non exclusive la proposition qui lui était la plus familière.

Les enfants étaient interrogés lors de leur passage à l'inspection médicale.

Le questionnaire a été préalablement validé sur 231 enfants de 4 à 5 ans et sur 316 enfants de 6 à 9 ans.

Le questionnaire porte sur une trentaine d'items :

- Alimentation avant le coucher.
- Activités précédant le coucher (TV, jeux électroniques).
- Endroit où l'enfant dort et s'endort.
- Comportement des parents au coucher des enfants.
- Comportement de l'enfant au coucher.
- Peurs au coucher, rêves et cauchemars, réveils nocturnes.
- Eléments pouvant perturber le sommeil de l'enfant.
- Nécessité de la sieste.
- Typologie de l'enfant (couche tôt, couche tard).
- État de vigilance et de fatigue au réveil et à l'école.
- Différences entre le sommeil de semaine et de week-end.
- Scolarité et sociabilité de l'enfant.
- Appréciation par l'enfant de son sommeil.

Plus de 90 % des questionnaires étaient analysables.

Résultats

Nous avons plus ou moins la même proportion d'enfants par tranche d'âge entre 6 et 11 ans, avec peu d'enfant de 5 et 12 ans, la même proportion de garçons et de filles.

On ne constate pas de différence significative entre garçon et fille, hormis sur la durée de sommeil.

L'analyse statistique des données s'est faite sur base du Khi carré (significativité $p < 0,01$)

La durée de sommeil

La durée de sommeil diminue avec l'âge de manière linéaire entre 6 et 12 ans. La différence en temps de sommeil entre un enfant de 6 ans et un enfant de 12 ans est de environ 1h20. L'enfant perd par an 10 à 20 minutes de sommeil. Il existe toutefois une grande variabilité interindividuelle.

La typologie

Nous avons proposé à l'enfant pour distinguer les typologies matinales des typologies vespérales deux métaphores animales : « tu es comme le coq, tu aimes te coucher tôt et te lever tôt ? » ou « es-tu comme le hibou, tu aimes te coucher tard et te lever tard ? »

Tout âge confondu nous retrouvons la même proportion de typologie matinale et vespérale, cependant si nous suivons cette variable par tranche d'âge, nous constatons que le rapport entre hibou et coq s'accroît avec l'âge, ce qui veut dire que plus l'enfant grandit, se sentant en forme le soir, il aime se coucher tard et se lever tard ou éprouve des difficultés à se lever le matin. Cette constatation va avoir une incidence sur la scolarité car en semaine les enfants quel que soit leur âge doivent se lever plus ou moins à la même heure pour aller à l'école.

Le lever

D'ailleurs, en moyenne un enfant sur deux se lève fatigué et ce pourcentage augmente sensiblement avec l'âge. En grandissant l'enfant éprouve des difficultés à se réveiller seul, réclamant l'aide de ses parents ou d'un réveille-matin strident pour s'extraire de son sommeil.

On peut avancer l'hypothèse d'une privation de sommeil en période scolaire liée aux modifications des horaires de coucher et de typologie. L'étude de Sanders en 1980 mettait en évidence une dette de sommeil journalière en période scolaire, qui s'accroît à l'adolescence.

Le sommeil en semaine et le W-E

On le constate également lorsqu'on interroge l'enfant sur son sommeil le W-E en le comparant au sommeil en semaine (en période scolaire).

Plus l'enfant grandit, plus il a tendance à mieux dormir le W-E qu'en semaine, plus en adéquation avec son horloge biologique. Il peut ainsi compenser la privation de sommeil de la semaine liée aux contraintes scolaires.

Habitudes de sommeil

L'enfant souvent livré à lui-même dans la période qui précède le coucher aurait tendance à prendre de mauvaises habitudes : 60 % regardent la TV, 15 % s'amuse avec des consoles de jeux, 25 % consomment des boissons excitantes, 24 % des enfants s'endorment régulièrement en dehors de leur lit, c'est-à-dire dans le salon, la cuisine, la chambre ou le lit des parents...

Sur base de cette constatation, nous sommes amenés à envisager différentes hypothèses : soit, les parents ne parviennent pas à fixer des règles à l'enfant et ne tiennent pas compte de son besoin de sommeil ; soit, l'enfant est incapable de percevoir les premiers signes de fatigue qui devraient l'amener à rejoindre son lit ; soit, l'enfant ne se sent pas en sécurité dans sa chambre à l'abord de la nuit et préfère s'endormir dans des lieux de vie, même s'ils sont plus bruyants.

Peurs au coucher

En effet comme nous avons pu le constater 30 % des enfants décrivent des peurs au moment du coucher. Nous les avons recensées par ordre d'importance :

- Peur de faire un mauvais rêve
- Peur des films vus à la télévision
- Peur du noir
- Peur de voir les parents se séparer
- Peur d'entendre les parents se disputer
- Peur de rester seul
- Peur de ne plus se réveiller
- Peur de l'école

Les peurs sont l'expression du vécu de l'enfant que l'approche de la nuit a tendance à raviver : Comme par exemple les conflits parentaux ou l'influence néfaste de certains programmes télévisés.

Tout doit être fait pour rassurer l'enfant au moment du coucher, il y va de la bonne qualité de son sommeil.

Rituel du coucher

Malheureusement, trop peu de parents (seulement 20 %) prennent le temps d'accompagner l'enfant au moment du coucher. La rentrée tardive des parents pour des raisons professionnelles, les programmes de télévision, les tâches ménagères écourtent ou suppriment malheureusement ce moment important de vie familiale.

Le co-sleeping

Nous nous sommes également intéressés au co-sleeping : Lorsque l'enfant passe tout ou une partie de la nuit dans le lit des parents ou du parent.

On retrouve dans la littérature une évolution du « co-sleeping » en fonction de l'âge. Il est présent chez 35 à 40 % des enfants de 2 à 5 ans et chez 15 à 19 % des enfants de 6 à 9 ans.

Nos chiffres pour la tranche d'âge étudiée sont comparables : En effet, on remarque cette pratique chez 6 % de nos enfants tout âge confondu et chez 16 % des enfants de 6 ans.

On constate des différences culturelles importantes dans la pratique du co-sleeping. Aux Etats-Unis, chez les enfants de 6 mois à 4 ans, 26 % pratiquent fréquemment le co-sleeping dans la population d'origine japonaise, 6% dans la culture blanche, 46 % dans la population noire et 21 % dans la population hispanique. La relation entre co-sleeping et troubles du sommeil est fortement controversée, différemment appréciée en fonction des cultures.

Les troubles du sommeil sont 4 à 6 fois plus fréquents chez les enfants américains de race blanche qui pratiquent régulièrement le co-sleeping, alors que cette association n'est pas significative dans la population noire ou japonaise.

En effet, il faut tenir compte non seulement des habitudes culturelles, mais aussi de la promiscuité (famille nombreuse, logement exigu) et de la composition de la famille (plus fréquent dans les familles monoparentales : 5 fois plus dans notre étude).

Dans notre étude, il existe une association significative entre le co-sleeping et un mauvais sommeil : 3 fois plus de troubles du sommeil parmi les enfants qui dorment dans le lit des parents

Si cette association est acceptée, on peut se demander si le co-sleeping favorise la survenue de troubles du sommeil ou si parce que l'enfant a des troubles du sommeil, il se retrouve dans le lit des parents ou encore si co-sleeping et troubles du sommeil ont une origine commune (par exemple psychologique, familiale ou environnementale).

Appréciation du sommeil

30 % des enfants se plaignent de troubles du sommeil et 6 % sont de mauvais dormeurs. Dans notre étude, l'appréciation du « mauvais sommeil » est subjective puisqu'elle émane directement de l'enfant. Nos résultats sont donc difficilement comparables à ceux d'autres études qui utilisent des critères d'évaluation objective auxquels seuls peuvent répondre les parents. Nous nous sommes donc demandés sur quels critères l'enfant évaluait la qualité de son sommeil.

Nous avons mis en relation l'appréciation par l'enfant du « mauvais sommeil » et d'autres variables de l'étude. Les critères d'appréciation d'un mauvais sommeil sont les suivants : Des difficultés d'endormissement, des éveils nocturnes, la survenue de cauchemars, le bruit dans son environnement au cours de la nuit, la fatigue au lever.

La scolarité

Une mauvaise qualité de sommeil semble être manifestement corrélée à des difficultés scolaires : La proportion des enfants en difficulté scolaires est deux fois plus élevée dans le groupe des mauvais dormeurs.

Les conclusions de l'enquête sous forme de conseils

- Reconnaître les troubles du sommeil de l'enfant dans cette tranche d'âge (éveils nocturnes, fatigue au réveil, cauchemars...) : 30 à 45 % selon les études.
- Connaître le besoin de sommeil et la typologie de l'enfant, en fonction de l'âge.
- Être conscient d'un possible manque de sommeil en semaine surtout chez les enfants plus âgés.
- Souhaiter la présence des parents au moment du coucher afin de lui apporter la sécurité nécessaire à un bon sommeil.
- Nécessité à ce que l'enfant acquière une autonomie par rapport à son sommeil : Apprendre à dormir seul et à s'endormir dans son lit.
- Dans la recherche des causes de retard scolaire, ne pas négliger l'éventualité d'un trouble du sommeil
- Aménagement des horaires et des rythmes scolaires en fonction de l'âge de l'enfant, cela relève plus d'une décision politique que médicale.
-
-
- Dr Stéphane Noël.

Unité de Sommeil. Centre Universitaire Provincial. « La Clairière »

Route des Ardoisières

6880 BERTRIX

BELGIQUE

Tel : 003261221820

Mobile : 0032475697991

Mél : s.noel@skynet.be

Site : www.sommeil.org

Le développement du sommeil de l'enfant de la période néonatale à l'adolescence

Docteur MJ challamel - Unité Inserm 480, Hôpital Lyon-Sud 68495 Pierre-Bénite Cedex

Le développement du sommeil de la période néonatale à l'adolescence est caractérisé par des modifications importantes de la qualité et de la quantité des états de sommeil et de l'organisation des différents états de vigilance au cours des 24 heures. Pratiquement toutes ces modifications apparaissent au cours des deux premières années. Les parents, l'environnement jouent un rôle important dans la mise en place du sommeil, on sait par exemple que des interventions maternelles trop fréquentes encouragent le bébé à se réveiller et à signaler ses éveils nocturnes.

Les cinq stades de vigilance du nouveau-né à terme

On retrouve chez le nouveau-né les états de sommeil de l'adulte : Sommeil agité et sommeil calme équivalent du sommeil paradoxal et du sommeil lent profond. Sur la simple observation du nouveau-né on peut classer les états de vigilance du nouveau-né en 5 stades allant du sommeil calme, au cours duquel le nouveau-né est complètement immobile (stade I), à l'excitation maximale de l'éveil avec pleurs (stade V).

Chez le nouveau-né à terme, le cycle de sommeil est court de 50 à 60 mn il est constitué d'une période de sommeil agité et d'une période de sommeil calme. Le sommeil est très riche en sommeil agité puisqu'il représente de 50 à 60 % du temps de sommeil. Les endormissements se font en sommeil agité (ils se font en sommeil lent chez l'adulte). Le nouveau-né dort nuit et jour ses cycles de sommeil sont nombreux de 18 à 20 par 24 heures

Le sommeil des six premières années

Toutes les principales caractéristiques du sommeil de l'adulte vont se mettre en place au cours de cette période. Le sommeil agité des premiers jours entrecoupé par de fréquents mouvements corporels va progressivement faire place à un sommeil stable que l'on va dès l'âge de 3 mois appeler sommeil paradoxal. Ce sommeil va surtout beaucoup diminuer en quantité de 50 à 60 % du temps de sommeil à la naissance, il n'en représente que 35 % à 3 mois et atteint les valeurs de l'adulte vers 1 an (20-25 %). À partir de 3 mois, il va être possible de reconnaître dans le sommeil calme les différents stades du sommeil lent de l'adulte, stades I, II et III-IV, sommeil lent léger et sommeil lent profond.

À partir de 6 mois les endormissements se font en sommeil lent.

Dès l'âge de 9 mois, la structure du sommeil nocturne ressemble à quelques différences près, à celle de l'adulte : Le sommeil va devenir rapidement très stable au cours des 3-4 premières heures ; après la disparition des siestes il va être, en première partie de nuit, presque exclusivement composé de sommeil lent profond : les éveils survenant au cours de cette période pourront correspondre dès l'âge de 9 mois à des éveils incomplets au cours desquels l'enfant pleure mais n'est que partiellement réveillé. En seconde partie de nuit des éveils brefs au cours desquels l'enfant est bien réveillé surviennent à chaque changement de cycle ; Ils surviennent chez l'enfant de moins de 2 ans toutes les heures. Le nombre de ces éveils va diminuer avec : L'allongement du cycle de sommeil (après 3 ans), l'augmentation du temps de sommeil lent profond et de la stabilité du sommeil paradoxal. Chez le jeune enfant, la survenue en seconde partie de nuit d'éveils brefs est donc normale ; Mais des difficultés apparaîtront si l'enfant ne sait pas s'endormir seul dans son lit dans sa chambre.

Le sommeil du pré-adolescent

Entre 6 et 11 ans, le sommeil nocturne reste de très bonne qualité, riche en sommeil lent profond dans la première partie de nuit ce qui va favoriser la survenue de certains troubles du sommeil : Terreurs nocturnes, somnambulisme et énurésie.

Le sommeil de l'adolescent

Au cours de cette période, l'organisation du sommeil nocturne devient identique à celui de l'adulte. Ainsi si on compare les enregistrements polygraphiques de sommeil de pré-adolescents entre 6 et 12 ans et d'adolescents entre 13 et 18 ans on constate chez ces derniers une diminution importante du sommeil lent profond au profit du sommeil lent léger. Une étude américaine révèle que le temps de sommeil et la durée du sommeil paradoxal restaient constants entre 10 et 16 ans, tandis que le temps de sommeil lent profond diminuait de 35 %, au profit du sommeil lent léger, à partir de 13 ans. Les tests qui permettaient d'évaluer la capacité à rester réveillé dans la journée ont montré qu'après une durée égale de sommeil nocturne pour tous, les préadolescents ne s'endormaient que très rarement dans la journée, alors qu'à partir de l'âge de 13 ans les adolescents étaient beaucoup plus somnolents que les préadolescents. Il existe donc au cours de l'adolescence des besoins de sommeil plus importants que chez le pré-adolescent, une " hypersomnie physiologique " très souvent aggravée les jours scolaires par une privation de sommeil puisque de nombreuses enquêtes sur le sommeil des adolescents révèlent qu'il existe une diminution importante du temps de sommeil, de 2 heures en moyenne entre 10 et 20 ans. L'adolescence est également caractérisée par une tendance naturelle au retard de phase, au

décalage des heures d'endormissements et d'éveils. Une tendance au coucher et lever tardifs partiellement liée aux modifications biologiques qui accompagnent la puberté.

Durées de sommeil

Le nouveau-né dort en moyenne 16-17 heures par 24 heures. Ce temps de sommeil diminue à 14-15 heures à 6 mois, environ 13 heures à 2 ans, 9 heures à 10 ans et 7.5 heures à la fin de l'adolescence. Mais il existe à tous les âges une variabilité pour les temps de sommeil importante d'un enfant à un autre, de 2 à 3 heures, et on peut pratiquement affirmer qu'il existe dès les tous premiers jours de vie, comme chez l'adulte, des petits et des grands dormeurs.

Avant 6 ans la diminution de la durée de sommeil est expliquée par la disparition progressive des siestes.

Après 6 ans elle est liée à un retard progressif de l'heure du coucher, alors que l'heure du lever reste fixe en raison des impératifs scolaires.

Organisation des siestes

Il existe en général 3 siestes à 6 mois : Une le matin, une en début d'après-midi, une en fin d'après-midi. La sieste de fin d'après midi disparaît généralement entre 9 et 12 mois, celle du matin entre 15 et 18 mois. À partir de 2 ans et jusqu'à l'âge de la disparition de la dernière sieste entre 3 et 6 ans, la durée du sommeil diurne va rester stable aux environs de 2 heures.

Chaque fois qu'existeront des difficultés de sommeil, il faudra être très attentif à la répartition du sommeil de jour, au nombre et à la durée des siestes et réorganiser le sommeil d jour de façon à ce qu'il ressemble le plus possible à ce qui correspond à l'âge de l'enfant. En effet, des siestes trop fréquentes pour l'âge de l'enfant, une sieste supprimée trop précocement, une sieste d'après-midi se prolongeant après 16 heures, une sieste de matin trop précoce (avant 9 heures du matin) peuvent entraîner un retard du coucher et des éveils nocturnes. Il peut exister aussi, à partir de 2 ans une relation négative entre la durée du sommeil diurne et celle du sommeil nocturne. La persistance ou la réapparition d'une sieste régulière après l'âge de 7 ans doit faire évoquer une privation de sommeil nocturne ou même une hypersomnie.

Installation du rythme jour / nuit

Le nouveau-né dort presque autant le jour que la nuit. Il dort par période de 3-4 heures entrecoupées d'éveils ; on parle de rythme ultradien de 3-4 heures. En fait, la composante circadienne (aux environ de 24 heures) existe dès la période néonatale. Il existe d'ailleurs dès les tout premiers jours de vie un peu plus de sommeil dans la nuit. Un rythme jour-nuit stable va s'installer normalement avant le sixième mois. Il peut parfois apparaître très vite. Chez les enfants nés à terme, les périodes de veille et de sommeil, les plus longues peuvent donc survenir à heures régulières, dès l'âge de 1 mois : être diurnes pour les premières, nocturnes pour les secondes. Chez les enfants nés prématurés, ce rythme ne se mettra en place que 4 à 5 semaines après le terme.

Chez les enfants nés à terme, les périodes de veille et de sommeil, les plus longues peuvent donc survenir à heures régulières dès l'âge de 1 mois : être diurnes pour les premières, nocturnes pour les secondes. Ce rythme circadien de 24 heures ne pourra s'installer sans donneurs de temps : chez le nouveau-né, la relation mère-enfant, très tôt l'alternance du jour et de la nuit ; la régularité des prises alimentaires et leur disparition progressive dans la nuit ; la régularité des moments de promenade et d'échanges ; un peu plus tard celle des heures de siestes, de coucher et surtout de réveil, le matin, tous ces donneurs de temps vont aider le nourrisson dans l'installation de ce rythme.

Références

- Löhrl B, Siegmund R. Ultradian and circadian rhythms of sleep-wake and food intake behavior during early infancy. *Chronobiology international* 1999, 16 : 129-148.
- Louis J, Cannard C, Bastuji H, Challamel MJ. Sleep ontogenesis revisited : a longitudinal 24-hour home polygraphic study on 15 normal infants during the first 2 years of life. *Sleep* 1997, 20 : 323-333.
- Shimada M, Takahashi K, Segawa M, Higurashi M, Samejima M, Horiuchi K. Emerging and entraining patterns of sleep-wake rhythm in preterm and term infants. *Brain and development* 1999, 21 : 468-473

Livres

- Ferber R : Protéger le sommeil de votre enfant. ESF, Paris, 1990.
- Kahn A. Le sommeil de votre enfant. Santé au quotidien, Odile Jacob, 1998.
- Lecendreux M. Réponse à 100 questions sur le sommeil. Ed Solar, 2002.
- De Leersnyder H. L'enfant et son sommeil. Réponses : Robert Laffont, 1998.
- Nemet-Pier Lyliane. Moi, je fais jamais dodo ... Ed. Fleurus, 2000.
- Thirion M, Challamel MJ. Le sommeil, le rêve et l'enfant. Ed. Albin Michel, 1999.

La famille, l'enfant et son sommeil

Kahn A. Groswasser J, Sottiaux M, Mozin MJ
Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, Bruxelles

Bien dormir est aussi nécessaire à l'enfant que bien respirer ou bien manger. Tout ne se passe pas toujours aussi bien qu'on le voudrait. Près de 20 à 30 % des jeunes enfants et 10 % des préadolescents souffrent de difficultés de l'endormissement et des éveils fréquents.

Quelles sont les règles d'un bon sommeil ? Que faire lorsqu'un enfant refuse systématiquement d'aller se coucher ? Faut-il s'inquiéter s'il se réveille toutes les nuits en pleurant ?

Le but de l'exposé est d'aider à identifier les problèmes les plus fréquemment rencontrés en pratique et d'y apporter des solutions. L'exposé se limitera à aborder les difficultés rencontrées dans l'installation du sommeil, les éveils et les pleurs nocturnes.

Dans plus de 80 % des cas, des « malentendus » qui se sont développés entre l'enfant et sa famille sont à la source de pleurs et de l'agitation nocturnes. Une fois le diagnostic posé grâce à l'anamnèse et un examen physique, une approche comportementale permet de corriger la situation en quelques nuits. À la grande surprise des familles.

Dans 15 à 20 % des situations, une cause physique est trouvée, comme des douleurs, une intolérance alimentaire ou de erreurs diététiques. Une mise au point et un traitement médical s'imposent alors. Le traitement sera le plus souvent complété par une approche comportementale, car dans bien des cas des « malentendus » se sont développés à l'occasion des pleurs nocturnes.

Lorsque la détresse de l'enfant ou de sa famille sont particulièrement aiguës, une intervention psychothérapeutique est conseillée. D'autres interventions destinées à soulager le stress de la famille ou de l'enfant sont parfois requises. L'emploi de médicaments hypnotiques ne se justifie pratiquement jamais pour les troubles du sommeil de l'enfant.

Référence : Le sommeil de votre enfant. Pr André Kahn. Odile Jacob, Santé au quotidien.

Mon enfant dort ! Comment faire ?

Docteur Urbain CALVET
Clinique Saint-Jean Languedoc. TOULOUSE

Un bébé qui pleure pour s'endormir, que ce soit dans la journée ou le soir, qui se réveille en pleurant de sa sieste ou en cours de nuit, une à plusieurs fois, ou qui se réveille tôt, est inquiétant pour ses parents, devient très rapidement fatigant, déséquilibrant le rythme jour-nuit de ses parents : il est surtout inquiet ...

La réponse de l'entourage à ses pleurs est très rapidement pressée, trop rapide pour tenter l'apaisement, éviter l'emballlement des pleurs, récupérer le cycle de sommeil en pleine nuit, protéger l'environnement familial, le frère, la sœur, le père qui travaille ...

Ces pleurs, au départ, font craindre un problème physique : A-t-il mal ? Est-il malade ? Ou bien s'agit-il d'un besoin : A-t-il faim, soif, trop froid, trop chaud ? Est-il incommodé par ses couches ?

Ces pleurs n'ont pas tendance à se calmer tout seuls, si on le laisse pleurer, il bloque la respiration, il devient pâle, parfois se fait vomir, il réveille frère et sœur qui se mettent à pleurer à leur tour, puis il y a les voisins ...

Que faire ? Pauvres parents qui arrivent à la consultation et qui nous disent « on a tout essayé, les bras, les bercements, la sucette, les doudous, le laisser pleurer, l'empêcher de faire la sieste, le réveiller, l'ostéopathie, l'homéopathie, les sirops, ça ne marche pas, nous sommes épuisés ».

En présence de cet enfant, garçon ou fille, de sa maman ou de ses deux parents, mon rôle est avant tout de préciser l'histoire de l'enfant en situant le moment de l'installation du trouble par rapport à la consultation, de m'assurer que toutes les pistes organiques (rares) ont été éliminées, de vérifier s'il y a une répercussion du trouble du sommeil sur le développement physique et la croissance de l'enfant, d'éviter en fonction de l'histoire les éléments qui ont amené celui-ci (ce n'est pas toujours facile à authentifier) à des réponses qui ont induit la mise en place d'habitudes ou de comportements inadéquats et de véritables conditionnements qui sont à l'origine de renforcements négatifs (biberon, sucette, bras des parents, lit des parents ...), de préciser les différentes demandes qui ont été formulées auprès de professionnels et les conseils qui ont pu être récoltés et leur efficacité, d'étudier le comportement de l'enfant au moment de la consultation, l'espace utilisé, les sollicitations auprès des parents, sa capacité à faire du bruit, à pleurer, à tout utiliser, d'observer la réponse des parents dans leur capacité à faire attendre, à le contenir, à poser des limites, à voir comment utiliser le verbal par rapport au non verbal, de vérifier le fonctionnement familial tout au long de la journée au niveau des repères, des habitudes, des jeux, des repas, de la mise à la sieste, au niveau des rythmes, au niveau du temps consacré, à la manière de gérer des situations difficiles.

Pour les enfants chez une assistante maternelle ou à la crèche, s'assurer que les repères sont identiques et vérifier si les réponses de l'enfant par rapport au cadre de la journée est différent. Préciser le rôle du père : Est-il absent ? Comment intervient-il dans ces moments délicats ? A-t-il une attitude différente de la maman, la culpabilise-t-il ? Est-il sourd ?

Enfin, préciser le niveau de souffrance parentale, est-ce que le couple est en train de s'asphyxier et n'a plus de temps pour parler, pour partager des moments d'intimité ?

Comment réagissent les membres de la famille ?

Y a-t-il des comportements d'opposition, de provocation qui témoignent de l'existence d'un signe de souffrance ?

À partir de là, deux tableaux cliniques en fonction de l'âge : les troubles du sommeil primitif qui apparaissent dès la naissance, et les troubles du sommeil secondaire qui s'installent après une période de mise en place des rythmes normaux.

Il y a des enfants qui ont uniquement des éveils nocturnes courts, ceux qui ont des éveils nocturnes courts ou longs plus ou moins conscients, éveils anxieux, terreurs, et qui ont des difficultés d'endormissement ; Il y a ceux qui n'ont que des difficultés la nuit et qui n'ont pas de difficultés la journée par rapport au sommeil, mais qui dans la journée ont des comportements provocateurs et qui ont du mal à rester dans leur espace, qui ont du mal à accepter les limites. Enfin, il y a ceux qui ont du mal à s'endormir, qui se réveillent la nuit, qui se lèvent tôt.

Dès qu'ils ont la possibilité de quitter leur lit, il y a des enfants qui envahissent l'espace parental, qui jouent au moment du coucher et qui, la nuit, vont envahir les parents.

Pour chacun de ces troubles, la réponse thérapeutique va tenir compte de l'histoire propre de l'enfant, du repérage en dehors des starters, du conditionnement éducatif négatif, et tout le travail va être un travail de recentrage par rapport à la journée, par rapport aux habitudes, aux limites, à l'espace, au temps, et à la mise en place de nouveaux conditionnements par rapport aux habitudes du coucher, par rapport aux attentes, par rapport au rituel, en faisant intervenir le père chaque fois que cela est possible ou la mère lorsqu'elle est seule.

Ces exemples de thérapie planifiée qui est basée sur la méthode progressive ou temps de paliers seront exposés lors de la réunion.

Education pour la santé et sommeil de l'enfant

Docteur Françoise DELORMAS
Directeur de PROSOM

Le sommeil est un sujet fondamental en éducation pour la santé en direction des enfants et de leurs parents. En effet, le sommeil est devenu un véritable problème de Santé publique. Les conséquences d'un mauvais sommeil sont de mieux en mieux connues des chercheurs, mais pas encore suffisamment du public.

Pendant le sommeil s'effectuent des fonctions importantes pour la croissance et le développement de l'organisme, la réparation de l'usure des tissus, la récupération de la fatigue physique et nerveuse, la production d'anticorps, la mémorisation, l'équilibrage psychique Un sommeil amputé ou perturbé peut nuire à ces fonctions, fondamentales chez tous (et particulièrement pour des organismes en cours de croissance), et s'accompagner de troubles plus ou moins intenses selon l'importance de la dette de sommeil, et selon les personnes : troubles de l'humeur, (irritabilité, instabilité psychomotrice, et même agressivité) troubles intellectuels (lenteur de la pensée, troubles de la mémoire, diminution de l'attention avec risques d'accidents de tous ordres)... Les modes de vie actuels sont sans doute à l'origine d'une grande partie de ces troubles : anxiété, stress, sédentarité, solitude, bruit, usage excessif de la télévision. Des attitudes négatives ou inadaptées vis-à-vis du sommeil et du repos sont fréquentes et particulièrement préjudiciables aux enfants. (La menace du lit punition, le mépris parfois affiché pour les grands dormeurs, le sentiment que moins dormir signifie qu'on est devenu « un grand », la non-prise en compte des craintes, sinon des peurs du jeune enfant - peur du noir, de la solitude, de la mort...-- l'irrégularité du coucher et du lever, la méconnaissance des besoins individuels en sommeil et des rythmes biologiques).

Le sommeil est un sujet privilégié, car il suscite intérêt et curiosité à tous les âges, et peut être un point de départ pour aborder d'autres domaines de la santé : on ne peut parler du sommeil sans parler des rythmes de vie dans la journée, de l'alimentation, des activités physiques, de l'habitat, de l'environnement, de l'usage des médicaments, des relations dans la vie familiale, dans le couple, des relations familles- structures d'accueil – école.

Le sommeil est un thème fédérateur qui implique la participation de nombreux partenaires : professionnels de la santé, de l'éducation, les parents et les enfants eux-mêmes. Les facteurs qui agissent sur les rythmes de vie le jour et la nuit sont si nombreux qu'il paraît nécessaire d'associer le plus de partenaires possible dans une action collective et bien structurée : des représentants de tous les groupes, organismes et structures concernés de près ou de loin par le sujet, et pouvant apporter expérience et compétence pour une optimisation des conditions de vie de l'enfant dans le temps et dans l'espace.

Les actions d'éducation au sommeil reposent, pour être efficaces, sur le respect d'une méthodologie en plusieurs étapes.

Un premier temps indispensable est de faire un « état des lieux » de recueillir par enquêtes et témoignages des différentiels partenaires les problèmes prioritaires en termes de quantité, et de gravité. Egalement « état des lieux » concernant le public visé : ses caractéristiques socio-économiques, culturelles, son langage, ses traditions et ses pratiques, et si possible le « vécu » du sommeil et de ses troubles, et de leur expression.

Cet état des lieux permettra à l'équipe d'éducation sanitaire de définir des objectifs, dont certains seront retenus comme « marqueurs » pour l'évaluation de l'action éducative.

Pour être efficace, l'Information proprement dite, structurée et pédagogique, devra être précédée d'actions de sensibilisation.

Actions de sensibilisation

Menées auparavant par plusieurs voies convergentes, elles incitent parents et enfants à se poser des questions sur leur sommeil, les causes de difficultés et troubles, et visent à exciter leur curiosité et stimuler leur imagination, et à les inviter à demander plus d'explications.

Des actions très variées peuvent être réalisées, en fonction de l'âge du public, du choix des enseignants et animateurs, et de leurs capacités d'imagination et de créativité.

La tenue d '**agendas du sommeil, de grilles d'observation** des rythmes de jour et de nuit (remplis par les parents et le personnel des structures d'accueil pour les plus jeunes, et par les enfants eux-mêmes à partir de l'école primaire) aide à mieux connaître les caractéristiques de chacun, et de proposer un meilleur agencement de la journée et de la nuit.

Les **enquêtes dites de sensibilisation** permettent de se poser des questions qu'on n'avait pas encore envisagé, de même que les **questionnaires « d'accord, pas d'accord »** qui permet de balayer le domaine des préjugés et des idées fausses sous des formes parfois humoristiques.

Des **activités ludiques** peuvent être proposées : création ou utilisation de jeux de société, dessins des rêves ou de la chambre à coucher, élaboration de diapositives par des enfants pour des enfants, lectures, chansons,

comptines, poèmes, pièces de théâtre ou sketches. Avec les plus grands peuvent s'ajouter la préparation d'expositions avec la participation d'enseignants de disciplines diverses : le sommeil à travers la littérature et la poésie, reportages sur le sommeil des animaux, panneaux scientifiques sur le système nerveux central...recherches de musiques pour se relaxer ou s'activer, création de clips ou de vidéocassettes sur les comportements, enquêtes auprès de travailleurs postés...

Les Informations

Elles seront faites successivement auprès des enfants, puis des parents auxquels on pourra présenter les travaux, recherches et bilans faits au niveau de leurs enfants.

Avantages et principes de base de l'information collective sont les mêmes, que l'on s'adresse à un groupe d'enfants ou d'adultes :

L'avantage de l'information collective (qui ne remplace pas mais s'ajoute à l'information individuelle) est l'enrichissement réciproque des participants, les questions des uns suscitant les questions des autres, et les réponses aux uns étant utiles aux autres. Les solutions trouvées par le groupe sont souvent plus adaptées que celles que pourraient proposer les personnels animateurs et médico-sociaux qui ne vivent pas dans les mêmes conditions environnementales.

Un autre avantage est la dédramatisation : constater que les troubles dont on se plaint sont fréquemment rencontrés banalise les problèmes.

Ces informations sont organisées autour des messages de base sélectionnés à partir des enquêtes, constatés, et problèmes répertoriés, de l'âge, et du niveau de connaissances générales du public, de ses centres d'intérêt et de ses demandes...

Il s'agit alors d'expliquer le fonctionnement du sommeil et des rythmes biologiques, l'origine de certains troubles, et les comportements à privilégier ou à éviter, en privilégiant les échanges, et en s'appuyant sur des supports audiovisuels : ils aident à la mémorisation et servent de fil conducteur à l'animateur.

Les personnes concernées par l'information doivent pouvoir interroger par la suite des personnes relais facilement accessibles, capables de préciser et confirmer les explications, réformer les erreurs d'interprétation, corriger éventuellement les changements de comportements trop rapides ou trop radicaux, réactiver l'intérêt, fournir des références bibliographiques récentes.

En milieu scolaire, l'expérience montre la nécessité de renouveler l'action éducative trois années de suite.

L'évaluation.

Elle comporte plusieurs étapes :

Evaluation immédiate

On mesure la satisfaction du public – le courant est-il passé ?

Evaluation à moyen terme

Le message a-t-il été retenu ? Y a-t-il une détermination à changer de comportement ?

Cette évaluation peut se faire par questionnaires plusieurs mois après l'action éducative.

Evaluation à long terme

Par constatation de changements de comportements au niveau familial, enfants et parents, et au niveau des enseignants et de l'équipe éducative.

Toutes ces étapes de la démarche d'éducation pour la santé ne peuvent pas être assumées par une seule personne : le travail en équipe, avec des partenaires motivés et compétents est une des conditions fondamentales du succès et de l'efficacité de ces actions.

L'Assurance Maladie, la prévention, et le sommeil de l'enfant

Stéphane COBIGO, Directeur adjoint de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Tarn

Si la mission prioritaire de l'Assurance Maladie est la réparation des risques : Maladie, Accident du Travail, Maladie Professionnelle, Maternité, Invalidité, la mission prévention est inscrite dans les textes depuis 1945. Cette mission de prévention s'est développée de façon inégale sur le territoire. Au début c'est le dépistage de la tuberculose qui mobilisait les forces.

Puis, petit à petit les choses ont évolué pour aboutir à la prise en charge financière de nombreux actes de prévention telles que : les vaccinations (grippe, Rougeole Oreillons Rubéole) - le dépistage (cancer du sein) - les Bilans Bucco-dentaire - la nutrition - le tabac-- ...et le sommeil qui nous réunit aujourd'hui...

Dans le Tarn, 2 services de la CPAM sont dédiés à la prévention et à la promotion de la santé : Le Centre d'examens de Santé et Carrefour Santé

Le **Centre d'examens de santé** créé en 1954

Sur ses 2 sites, Albi et Castres sont réalisés près de **5 000** bilans de santé gratuits par an. L'examen de santé est un moment privilégié pour faire un point sur la santé de façon globale : vérification de l'existence ou non de pathologies, mais aussi dispense de conseils médicaux, comportementaux hygiéno-diététiques

Dans le Tarn, 40 % des consultants qui fréquentent le CES de la CPAM formulent des plaintes concernant la quantité et la qualité de leur sommeil et déclarent mal dormir.

Une enquête de l'URCAM Midi-Pyrénées relève que 6% des personnes interrogées consomment des psychotropes (projeté sur la population de la région, cela représente 115.000 personnes).

Carrefour santé

Le service Carrefour Santé, créé en 1988, service de prévention des maladies de la CPAM est mandaté pour informer, réaliser,, ou faciliter la réalisation d' **actions concourant au maintien de la santé.**

LES ACTIONS DANS LES ECOLES

Les Semaines de l'Hygiène

En matière de comportement, il convient d'intervenir très tôt. C'est pourquoi notre choix s'est porté vers les jeunes enfants...

Le développement du thème du sommeil est venu compléter le programme des "Semaines de l'Hygiène" Actions pédagogiques de sensibilisation à une bonne hygiène de vie : équilibre alimentaire et tabac, sur une semaine, auprès de toutes les classes d'une école. *Ce travail est le résultat des efforts conjugués du service de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Education Nationale, des médecins généralistes et pédiatres libéraux de secteur, des enseignants*

Depuis 15 ans près de 90 % des écoles primaires du Tarn ont bénéficié des "Semaines de l'Hygiène" et ont été visitées au moins une fois.

En moyenne cela représente 25 écoles par an.

Le module sommeil

Pourquoi ?

- * pour promouvoir un sommeil de qualité chez les enfants
- * Pour répondre aux préoccupations des enseignants :
 - qui observent un état de fatigue et de la somnolence dans la journée,
 - Qui sont face à des enfants fatigués et énervés
 - Qui sont à court d'arguments faces aux idées reçues des parents (exemple la sieste)

L'objectif du module sommeil est double :

- Améliorer les connaissances sur le sommeil des enfants et des adultes
- Favoriser une prise de conscience en vue d'adopter les bonnes habitudes de vie.

L'histoire :

Tout a débuté en 1993, par la rencontre avec un spécialiste tarnais du sommeil: le docteur Éric Mullens, responsable du Laboratoire du sommeil du Bon Sauveur d'Albi.

Depuis 10 ans les actions se sont étoffées pour devenir des modules ou de programmes d'abord en direction du grand public par le biais de stands aux foires économiques à Albi et à Castres puis vers les enfants du primaire, ceux des maternelles, enfin à destination des professionnels et des personnes relais.

Pour le primaire, le **module de travail sur le sommeil** apporte aux enseignants, un soutien méthodologique et logistique, des outils, un suivi, qui les aident à bâtir des actions pour leurs élèves, tout en impliquant les familles. Au fur et à mesure, ce kit a évolué et s'est enrichi en 2001 d'un outil : le **CD-ROM "le sommeil de l'enfant"**, support facilitant l'animation de l'enseignant ou des éducateurs.

La réalisation de ce **CD-ROM** est le fruit d'une réflexion et de rencontres menées par **Carrefour Santé**, des enseignants (210) et des médecins (15) qui interviennent dans le cadre des semaines de l'hygiène.

Ces **CD-ROM** Sommeil ont circulé largement sur tout le département. L'évaluation de l'utilisation nous permet de dire qu'il est bien adapté à l'adulte qui bâtit un projet sommeil, à développer auprès des 6 à 11 ans. Ce CD-ROM a été diffusé aussi en dehors du département, essentiellement, dans le réseau de l'assurance maladie

Le déroulement : une action sur plusieurs semaines et en plusieurs temps.

Préparation : un mois et demi à 2 mois avant l'intervention travail préparatoire par l'enseignant avec l'aide des parents :

- fiche : **Evaluation "Ton Sommeil"**
- Fiche : **"Quel dormeur est-tu ?"**
- Fiche : **"Agenda du sommeil"**
- Fiche : **"Le sommeil raconte"**

En soutien, le CD-ROM, des cassettes vidéos et différents articles ou ouvrages sont mis à la disposition de l'enseignant et des enfants.

Information des parents : une lettre aux parents est transmise par l'enseignant aux enfants à destination des familles

Intervention du spécialiste du sommeil

Un mois et demi à 2 mois après, animation, en classe, à l'aide d'un diaporama, par le Dr Eric Mullens.

Pendant 1 h, sont évoqués de façon didactique les mécanismes du sommeil illustrés à partir du sommeil des animaux. Les enfants apportent des réponses sur ce qui peut procurer un bon sommeil et ce qui peut être nuisible au sommeil (atmosphère calme, la petite histoire, environnement bruyant, excitation par les jeux vidéo, la télé ...)

À la fin de la séance, remise de documents pour chaque enfant :

Le sommeil c'est la santé
Dessine ta chambre
Carte d'embarquement

Évaluation

Un questionnaire identique **"Ton Sommeil"** est complété en début de module et quelques jours après l'intervention du Dr Eric Mullens. Il permet de vérifier les acquis des enfants.

De plus en plus d'enseignants proposent depuis un temps de relaxation quand les élèves ne sont plus attentifs.

Depuis 10 ans, 2 500 enfants ont bénéficié de ces modules de sensibilisation.

LES ACTIONS VERS LES ADULTES

Dans le même temps, différentes démarches ont été programmées par **Carrefour Santé** telles que présence dans les foires économiques ou réponse aux demandes d'associations, de clubs, de municipalités...

Cela concernait : **6500 adultes, 1400 collégiens, 900 lycéens.**

Exemple d'intervention

À la demande de la mairie de Castres, service de la petite enfance, une action en faveur des personnels des crèches et haltes-garderies a été réalisée...

Préparation : par un questionnaire élaboré par Carrefour Santé, diffusé auprès de 65 personnels des crèches et haltes-garderies (connaissance du sujet et recueil des interrogations des personnels).

Intervention : en soirée, sur 2 heures, animée par le Docteur Eric Mullens.

1^{ère} partie : explication sur le déroulement du sommeil en général et celui de l'enfant en particulier.

2^{ème} partie : réponses aux questions préparées et des questions à "chaud".

Participants : 60 adultes et 26 personnes représentant les crèches et haltes-garderies de Castres.

Documentation : en support de chaque intervention, des documents adaptés sont remis aux participants, certains créés par Carrefour Santé, d'autres provenant de diverses structures.

Notre souci est d'impulser, de soutenir des actions, en apportant aux porteurs de projets :

- **un soutien méthodologique et logistique,**
- **une mise en relation,**
- **la création d'outils adaptés.**

Cela pour que le plus grand nombre puisse bénéficier de ces actions.

Un cédérom destiné aux enseignants pour expliquer le sommeil aux enfants

Docteur Eric Mullens(1), Carrefour Santé(2).

(1) Laboratoire du sommeil, Fondation Bon Sauveur d'Alby, BP 94, 81003 ALBI CEDEX – France

(2) Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Tarn - 4, rue Justin Alibert 81000 ALBI - FRANCE

Une enquête

Dans une dynamique départementale de sensibilisation sur le sommeil et la somnolence nous avons réalisé en janvier 1994 une enquête dans la population du département du Tarn, situé dans le sud-ouest de la France. Sur les 4852 personnes il y avait 514 enfants. Les réponses obtenues ont mis en évidence que les enfants entre 2 et 12 ans présentaient déjà des troubles du sommeil :

- 5 % pensent mal dormir.
- 10 % pensent ne pas dormir suffisamment.
- 5,4 % mettent plus de 30 minutes pour s'endormir.
- 6 % se réveillent 3 fois et plus au cours de leur sommeil.
- 13 % ne sont pas en forme au réveil.
- 15 % se réveillent de mauvaise humeur.
- 7 % des 3-8 ans et surtout 22,4 % des 8-12 ans se réveillent fatigués.
- 9,5 % s'endorment souvent en classe.
- 2 % prennent quelquefois des médicaments pour dormir.
- 10,3 % ont le sommeil dérangé par le bruit: 4,5 % par des bruits dans le logement et 8 % par des bruits extérieurs au logement.

Un fascicule sur le sommeil des enfants

Ces résultats nous ont conduits à élaborer un document sur le sommeil des enfants. Il est construit à partir de l'analyse de 140 grilles de sommeil complétées par des enfants de 2,5 à 12 ans en février 1995. Ce livret peut-être consulté sur le site Internet www.svs81.org. On y trouve des informations et de conseils d'hygiène de vie en fonction des moments de sommeil : au coucher, au cours de la nuit, au lever et pendant la sieste. Il y a aussi des exemples de grilles de sommeil.

Une information aux élèves et aux parents

Parallèlement à ce support, nous avons développé une information dans les écoles délivrée au sein d'un module-sommeil conçu pour la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans le cadre des Semaines de l'Hygiène. En collaboration avec les services de Santé Scolaire et les enseignants nous proposons une sensibilisation sur le rythme de sommeil, la somnolence et les risques d'accidents aux enfants du CP au CM2.

L'intervention se déroule de la façon suivante :

Aux élèves des grandes sections de maternelle. Elle se fait en classe et s'adresse à la fois aux enfants et aux parents. Pendant la première demi-heure, il y a une projection de diapositives et des explications sur le sommeil pour les enfants. La seconde demi-heure est consacrée à un débat avec les parents.

Pour les enfants du primaire, du cours préparatoire au CM2, la sensibilisation se fait en 2 étapes :

- À l'école dans la classe pendant 45 minutes à 1 heure. L'idéal est d'avoir un petit groupe d'élèves (une dizaine) pour établir un échange.
- En soirée, une rencontre avec les parents sous forme d'une réunion débat de 1 heure environ à 18h ou à 20h. Avec remise du fascicule « Le sommeil des enfants de 2 à 12 ans ».

Un cédérom

L'expérience acquise lors de ces très nombreuses interventions dans les écoles auprès des élèves de tout le département du Tarn a permis la création de ce support en octobre 2001. Il est remis aux enseignants désirant informer sur le sommeil. Il inclut un diaporama, un livret explicatif qui aide l'enseignant à conduire sa séance d'information. Il précise les objectifs de chaque diapositive et les questions à poser aux élèves. Des commentaires étayent chaque thème. Un lexique complète certaines diapositives. Il y a également des références de bibliographie.

Le diaporama comprend 24 diapositives qui font pour la plupart référence au comportement des animaux.

12 thèmes sont abordés:

- Les fonctions du sommeil
- Le besoin de sommeil
- Le comportement du sommeil
- La durée du sommeil
- La vigilance
- La privation de sommeil
- La somnolence
- Le rythme veille-sommeil
- Les signaux du sommeil
- L'hygiène veille-sommeil
- La structure du sommeil
- Apprendre à mieux se connaître avec la grille de sommeil.

En complément, Carrefour Santé fournit des conseils méthodologiques pour le bon déroulement du projet ainsi qu'une documentation et une évaluation à distance.

Ce cédérom est prêté par la CPAM du Tarn aux personnes désirant informer sur le sommeil. En contre partie, elles doivent fournir un dossier qui détaille le projet dans lequel s'inscrit la sensibilisation sur le sommeil. On demande aussi de faire un bilan détaillé de l'action.

Toutes ces informations peuvent être consultées sur le site Internet: Sommeil, Vigilance, Somnolence à l'adresse <http://www.svs81.org>. Webmaster Docteur Eric Mullens ericmullens@svs81.org

Référence : Mullens E., Apprendre à dormir. Ed Josette Lyon, Paris, 2002