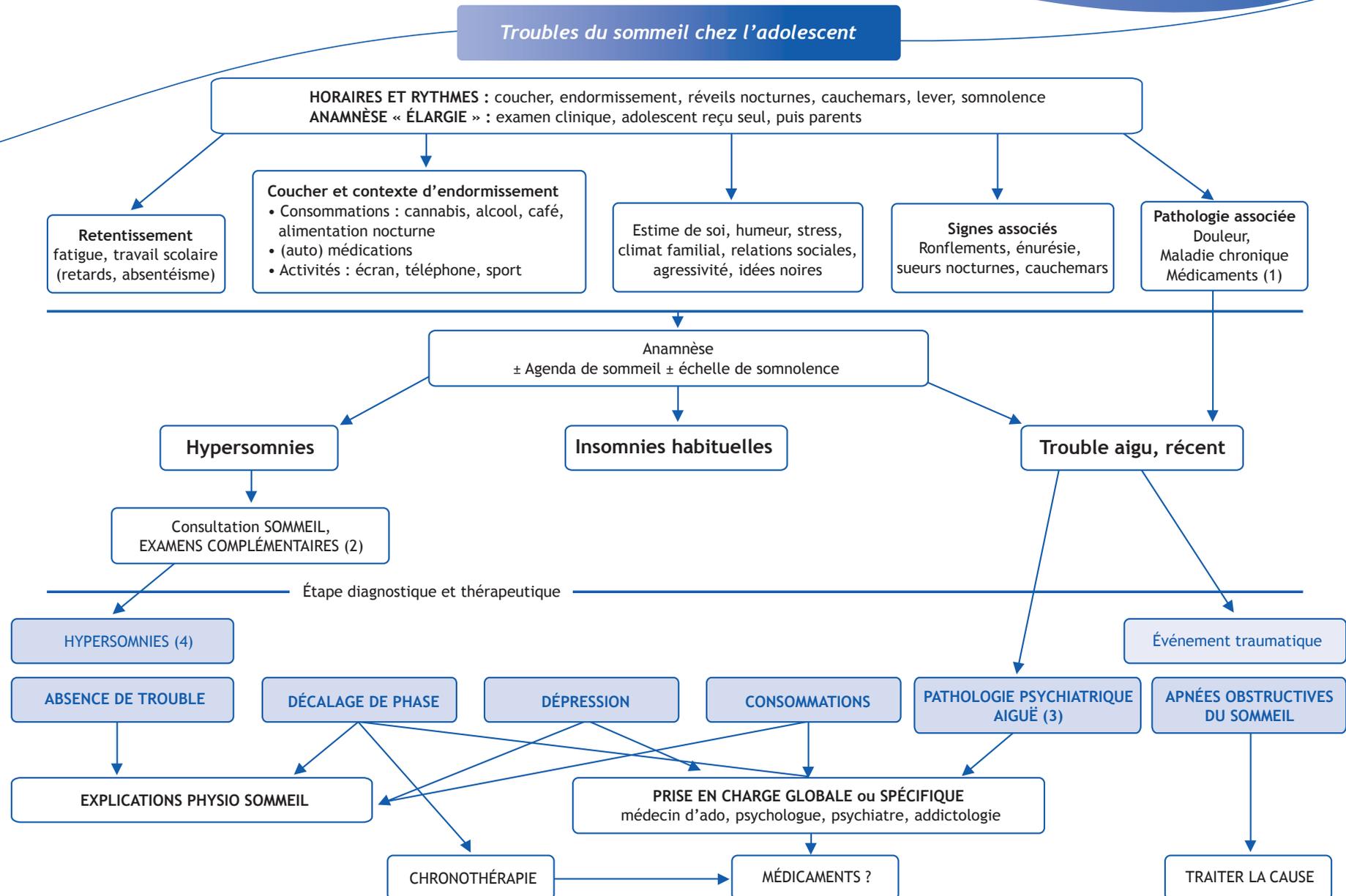


**P. Jacquin**

Médecine de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 48 Boulevard Sérurier, 75019 Paris, France



## ■ Arbre décisionnel - Commentaires

### RAPPEL

Avant de parler de troubles du sommeil, il convient de rappeler ses caractéristiques à l'adolescence. Le sommeil évolue à cette période de la vie vers un profil de type adulte avec des particularités :

- raccourcissement de la durée générale du sommeil, passant de 9 h à 7 h en moyenne les jours de semaine entre 10 et 20 ans (+ tendance actuelle à la baisse du temps de sommeil à tous les âges) ;
- diminution du temps de sommeil lent profond, corrélée aux stades de Tanner ;
  - coucher plus tardif et retard à l'endormissement : facteurs psycho-sociologiques et biologiques (pic de mélatonine décalé),
  - réveil spontané plus tardif,
  - tendance à la somnolence diurne (diminution de la latence aux tests itératifs d'endormissement).

Les besoins de sommeil sont en général insuffisamment couverts

les jours de semaine avec une récupération les week-ends et vacances scolaires (allongement de la durée moyenne de sommeil de plus de 2 h). Il faut donc apprécier le temps de sommeil total sur la semaine et non sur un jour.

Les troubles du sommeil sont fréquents à l'adolescence, puisqu'au moins 30 à 40 % des adolescents déclarent en avoir. Mais ils sont rarement motif de consultation, volontiers banalisés ou considérés comme faisant partie de la « culture adolescente ». Ils peuvent pourtant être un signe d'alerte de difficultés importantes, du simple mal-être à la dépression avérée en passant par des consommations abusives (écrans, cannabis, alcool). Les conséquences d'un sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité sont la fatigue, les réveils tardifs sources de retards ou d'absentéisme scolaire, des difficultés de concentration et d'apprentissage (mémoire), la perturbation des autres rythmes biologiques. L'usage de psychotropes pour le sommeil, prescrits ou en automédication, concerne 7 à 10 % des adolescents.

Ces différentes raisons justifient que l'évaluation du sommeil fasse partie de tout bilan de santé à l'adolescence. À l'inverse,

lorsque la plainte ou le motif de consultation est le trouble du sommeil, il ne saurait être question de se limiter à l'analyse du trouble. Une anamnèse large et un examen clinique dans de bonnes conditions (confidentialité) doivent permettre d'aborder avec l'adolescent ce sujet paradigmatique comme un moyen de « prendre soin de soi ».

### Renvois de l'arbre décisionnel

- (1) Médicaments insomniants : corticoïdes, psychostimulants.
- (2) Examens complémentaires : saturation O<sub>2</sub> nocturne, EEG, polysomnographie, actimétrie, test itératif de latence d'endormissement (TILE).
- (3) Pathologie psychiatrique aiguë (hors dépression) : post-psychotraumatisme, bouffée délirante, entrée dans la schizophrénie, accès maniaque révélateur d'un état bipolaire.
- (4) Hypersomnies vraies : narcolepsie, hypersomnie idiopathique, syndrome de Kleine-Levin.

### Conflits d'intérêts :

Aucun.

Correspondance.

Adresse e-mail : paul.jacquin@rdb.aphp.fr

### ■ Références

- Billiard M, Dauvilliers. Les troubles du sommeil. Paris, Masson, 2005.
- de Leersnyder H. Traitement par la mélatonine des troubles du sommeil de l'enfant. Arch Pediatr 2002;9 (Suppl 2):190-1.
- INSERM. Rythmes de l'enfant. De l'horloge biologique aux rythmes scolaires. Expertise collective. Editions de l'INSERM, 2001.
- Valatx JL, Patois E, Alperovitch A. Le sommeil des lycéens (1988) <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/valatx/lyceens/sommaire.php>.
- Vignau J, Bailly D, Duhamel A, et al. Epidemiologic study of sleep quality and troubles in French secondary school adolescents. J Adolesc Health 1997;21:343-50.