

Sommeil et *TDAH*

Une relation bidirectionnelle qu'on a tout intérêt à comprendre.

Près de **70 % des enfants et adultes** avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) rapportent des difficultés de sommeil. Et inversement, un mauvais sommeil mime ou aggrave les symptômes du TDAH. Cette fiche explique les particularités, les pièges, et ce qui aide concrètement.

AU SOMMAIRE

- 01 Le lien TDAH □ sommeil
- 02 Les difficultés typiques
- 03 Ce qu'on cherche systématiquement
- 04 Les solutions
- 05 Méthylphénidate et sommeil

CHAPITRE 01

Le lien TDAH □ sommeil

Une relation à double sens — il faut traiter les deux.

Le TDAH dérègle le sommeil : difficulté à se coucher (procrastination, agitation mentale), à rester au lit, à se réveiller le matin, rythme typiquement « du soir ».

Le mauvais sommeil aggrave le TDAH : les fonctions exécutives (attention, inhibition, planification) sont les premières atteintes par la dette de sommeil. Un enfant TDAH qui dort 8 h au lieu de 10 h paraît bien plus agité.

LE CERCLE VICIEUX

L'illustration parfaite

Beaucoup de TDAH s'aggravent **visiblement** les week-ends où l'enfant se couche tard et dort moins. Inversement, instaurer 1 heure de sommeil supplémentaire transforme parfois la situation en 2-3 semaines.

CHAPITRE 02

Les difficultés typiques

Trois tableaux qui reviennent fréquemment.

01 • Insomnie d'endormissement

Latence d'endormissement souvent > 1 h, malgré un coucher à heure raisonnable. Rumination, agitation, pensées qui défilent. Très fréquent chez l'adolescent et l'adulte TDAH.

02 • Retard de phase

Endormissement spontané très tardif (2-3 h du matin) et réveil spontané tardif. Particulièrement marqué à l'adolescence. Pose problème avec les horaires scolaires/professionnels.

03 • Sommeil agité et réveils

Sommeil fragmenté, multiples positions, parfois bruxisme, réveils nocturnes. Sentiment de « ne pas avoir dormi » au matin.

CHAPITRE 03

Ce qu'on cherche systématiquement

Plusieurs comorbidités du TDAH méritent un dépistage actif.

- **Syndrome des jambes sans repos (SJSR)** : 25 à 40 % de comorbidité. Sensations désagréables dans les jambes le soir, soulagées par le mouvement.
- **SAOS** : à dépister surtout si ronflements ou obésité — un enfant TDAH avec ronflements doit avoir une polygraphie.
- **Anxiété, dépression** : souvent associées au TDAH à l'adolescence et à l'âge adulte.
- **Bilan martial (ferritine)** : une carence en fer favorise SJSR + aggrave TDAH. Cible > 50 µg/L chez l'enfant, > 75 chez l'adulte.

CHAPITRE 04

Les solutions

Hygiène + comportemental + souvent un peu de mélatonine.

Hygiène du sommeil renforcée

- **Heure de lever fixe 7/7 jours**. C'est la mesure.
- **Pas d'écran 1 h avant le coucher** : la dopamine qu'ils délivrent est particulièrement addictive pour les cerveaux TDAH.
- **Activité physique en journée** (très efficace sur le sommeil et le TDAH).
- **Lumière du matin** dehors, au moins 20 minutes.
- **Rituel du coucher stable**, court (15-20 min), prévisible.
- **Pas de café/cola/énergisantes**, surtout après 14 h.

Mélatonine

Très utile dans le TDAH, spécialement en cas de retard de phase ou d'insomnie d'endormissement persistante malgré une bonne hygiène.

- **Mélatonine LP 1 à 5 mg**, 30-60 minutes avant le coucher.
- Efficacité documentée chez l'enfant et l'adulte TDAH.
- Bonne tolérance, pas d'accoutumance.
- Prescription médicale obligatoire chez l'enfant.

TCC et stratégies comportementales

- Tableau de coucher (récompenses) pour l'enfant.
- « Heure des soucis » pour l'adulte (15 min en soirée pour noter ses préoccupations).
- Techniques de relaxation, méditation guidée — beaucoup d'applications gratuites adaptées.

CHAPITRE 05

Méthylphénidate et sommeil

Le traitement stimulant du TDAH a un impact sur le sommeil — à connaître, pas à craindre.

Le **méthylphénidate** (Ritaline®, Concerta®, Quasym®) peut allonger la latence d'endormissement de 30 à 60 minutes en moyenne — surtout si la dernière prise est trop tardive.

Conseils pratiques

- **Pas de prise après 14 h** pour les formes courtes ; **pas après 8-10 h** pour les formes LP qui durent 8-12 h.
- Évaluer l'effet sommeil 2-3 semaines après l'introduction.
- Si insomnie persistante : réduction de la dose vespérale, passage à une forme à durée plus courte, ou association mélatonine.
- Paradoxalement, **certains enfants dorment mieux SOUS méthylphénidate** : l'agitation diminue, le coucher se passe mieux. À évaluer.

Notes personnelles

Observations, questions à poser, événements particuliers à signaler en consultation.

TDAH et sommeil se traitent ensemble. Améliorer l'un améliore presque toujours l'autre.