



La mélatonine dans le traitement des plaintes d'insomnie chez les patients pédiatriques avec trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : une revue systématique de la littérature

Melatonin in the treatment of insomnia complaints in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review of the literature

HEIN M.^{1,2}, POINT C.^{1,2}, MUNGO A.³ et VAN EYCKEN S.^{1,2}

¹Service de Psychiatrie et Laboratoire du Sommeil, CHU Brugmann, Université libre de Bruxelles (ULB)

²Laboratoire de Psychologie médicale et Addictologie (ULB312), CHU Brugmann, Université libre de Bruxelles (ULB)

³Service de Psychiatrie, CH Le Domaine, Université libre de Bruxelles (ULB), Braine l'Alleud

RÉSUMÉ

Introduction : Les plaintes de sommeil de type insomnie sont fréquentes chez les sujets pédiatriques avec trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). En cas d'échec des mesures non pharmacologiques, l'utilisation de la mélatonine est l'une des stratégies thérapeutiques pharmacologiques actuellement disponibles chez les sujets pédiatriques avec TDAH. Or, suite à la mise sur le marché belge de nouvelles formulations de mélatonine en octobre 2025, il semble important de réaliser un état des lieux des connaissances disponibles sur l'utilisation de cette molécule pour le traitement de ces plaintes dans cette sous-population.

Méthode : Une revue de la littérature a été réalisée sur PubMed-Medline afin d'identifier les articles investiguant l'impact de la mélatonine sur le sommeil chez les sujets pédiatriques avec TDAH.

Résultats : Quatre articles publiés entre le 01/01/2010 et le 30/10/2025 ont été identifiés. Ces articles ont démontré un effet positif de la mélatonine sur les plaintes de sommeil, la latence d'endormissement et le temps total de sommeil chez les sujets pédiatriques avec TDAH. Par ailleurs, cette molécule était relativement bien tolérée par cette sous-population.

Conclusion : La mélatonine semble représenter une option thérapeutique intéressante et bien tolérée pour traiter les plaintes de sommeil de type insomnie chez les enfants et potentiellement les adolescents atteints de TDAH, en particulier lorsqu'elles sont induites/aggravées par les psychostimulants ou lorsque les mesures non pharmacologiques sont insuffisantes. En effet, la mélatonine améliore la latence d'endormissement, la durée totale du sommeil et les plaintes de sommeil avec un profil de sécurité favorable. Cependant, son utilisation doit s'intégrer dans une approche globale du TDAH et des études contrôlées randomisées supplémentaires sont nécessaires pour confirmer les résultats disponibles actuellement dans la littérature, déterminer les modalités optimales d'administration, tant en termes de dosage que de timing et démontrer ses potentiels effets sur le fonctionnement global.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 221-228

Doi : 10.30637/2026.25-082

Mots-clés : mélatonine, insomnie, TDAH, traitement

ABSTRACT

Introduction: Sleep complaints such as insomnia are frequent in pediatric subjects with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In cases where non-pharmacological measures fail, the use of melatonin is one of the pharmacological therapeutic strategies currently available in pediatric subjects with ADHD. However, following the introduction of new melatonin formulations to the Belgian market in October 2025, it seems important to synthesize the available knowledge on the use of this molecule for the treatment of these complaints in this particular subpopulation.

Method: A literature review was conducted on PubMed-Medline to identify articles investigating the impact of melatonin on sleep in pediatric subjects with ADHD.

Results: Four articles published between 01/01/2010 and 30/10/2025 were identified. These articles demonstrated a positive effect of melatonin on sleep complaints, sleep latency and total sleep time in pediatric subjects with ADHD. Furthermore, this molecule was relatively well tolerated by this particular subpopulation.

Conclusion: Melatonin appears to represent an interesting and well-tolerated therapeutic option for treating insomnia-type sleep complaints in children and potentially adolescents with ADHD, particularly when these are induced/aggravated by psychostimulants or when non-pharmacological measures are insufficient. Indeed, melatonin improves sleep onset latency, total sleep time, and sleep complaints with a favorable safety profile. However, its use must be integrated into a comprehensive approach to ADHD, and further randomized controlled trials are needed to confirm the currently available results in the literature, determine the optimal administration modalities—both in terms of dosage and timing—and demonstrate its potential effects on overall functioning.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 221-228

Doi : 10.30637/2026.25-082

Keywords : melatonin, insomnia, ADHD, treatment

INTRODUCTION

Épidémiologie

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des difficultés durables d'attention, d'hyperactivité et/ou d'impulsivité. Il débute généralement dans l'enfance et peut persister à l'âge adulte^{1,2}. Selon les critères du DSM-5, les symptômes doivent être présents avant 12 ans et affecter plusieurs contextes de vie (relation sociale, performances scolaires ou fonctionnement professionnel)^{1,2}. L'étiologie est multifactorielle avec l'implication de facteurs génétiques et environnementaux^{1,2}. Sur le plan épidémiologique, le TDAH est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents dans la population pédiatrique^{3,4}. En effet, malgré des variations potentielles selon les régions et les critères diagnostiques utilisés, les méta-analyses estiment une prévalence de 7,0-7,6 % chez les enfants de moins de 12 ans et de 3,0-5,6 % chez les enfants de plus de 12 ans, ce qui semble indiquer que la prévalence du TDAH tend à diminuer à l'adolescence^{3,4}. Le TDAH est deux fois plus diagnostiqué chez les garçons (10 %) que chez les filles (5 %)^{3,4}. Cependant, cette différence de prévalence liée au sexe pourrait potentiellement s'expliquer par un sous-diagnostic du TDAH chez les filles qui présentent généralement un tableau clinique plus marqué par des symptômes internalisés plus difficilement détectables (inattention et faible estime de soi)^{3,4}. Enfin, il existe trois sous-types de TDAH (inattentif, hyperactif et combiné) dont la prévalence est fortement influencée par l'âge avec

une répartition équivalente entre ces trois sous-types chez les enfants et une augmentation de la fréquence du sous-type inattentif chez les adolescents^{3,4}.

Les plaintes de sommeil dans les populations pédiatriques avec TDAH

Les troubles du sommeil de type insomnie sont fréquents chez les enfants et les adolescents atteints de TDAH puisque leur prévalence est estimée entre 25 % et 70 %⁵⁻⁷. Les plaintes les plus courantes incluent des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes, de la somnolence diurne excessive et de la fatigue⁵⁻⁷. Ces perturbations du sommeil peuvent être liées à un dérèglement du rythme circadien avec retard de la sécrétion de la mélatonine, à l'hyperactivité, à l'anxiété et à la présence de comorbidités telles que le syndrome des jambes sans repos ou les troubles respiratoires du sommeil⁵⁻⁷. En fonction de leur dosage et de leur formulation, les psychostimulants (notamment le méthylphénidate) peuvent potentiellement aggraver ces problèmes de sommeil chez certains enfants et adolescents en augmentant la latence d'endormissement et en réduisant la durée totale du sommeil⁵⁻⁷. Ces troubles du sommeil peuvent impacter la qualité de vie en raison de la survenue potentielle d'altérations du fonctionnement diurne, d'une irritabilité et d'une aggravation des symptômes attentionnels⁵⁻⁷. Ils nécessitent une prise en charge spécifique car la présence de ces plaintes de sommeil de type insomnie peut accentuer les difficultés cognitives et comportementales chez les enfants et les adolescents avec TDAH⁵⁻⁷.

Le cas particulier de la mélatonine dans le traitement des troubles du sommeil chez les patients pédiatriques avec TDAH

La mélatonine joue un rôle clé dans la régulation du rythme circadien et du cycle veille-sommeil⁸. Chez les enfants et les adolescents atteints de TDAH, les anomalies de sécrétion de la mélatonine caractérisées par un retard de l'initiation de sa production nocturne sont fréquentes, ce qui peut contribuer aux plaintes de sommeil^{9,10}. L'administration exogène de mélatonine est l'une des options thérapeutiques recommandées lorsque les mesures d'hygiène du sommeil sont insuffisantes^{9,10}. L'action hypnotique et chronobiotique de la mélatonine peut permettre de corriger le retard de phase associé au TDAH^{9,10}. Les études montrent qu'une dose de 1 à 5 mg, administrée 30 à 60 minutes avant le coucher, peut réduire significativement la latence d'endormissement et augmenter la durée totale du sommeil^{9,10}. Cet effet positif est observé même chez les enfants et les adolescents sous traitement psychostimulant, sans impact négatif sur la cognition^{9,10}. Les effets indésirables sont rares (sommolence matinale et céphalées) et la tolérance est confirmée en usage prolongé et semble être sans influence sur la puberté^{5,9,10}. Par ailleurs, bien que les données proviennent principalement d'études réalisées chez l'adulte, les méta-analyses de Van Geijlswijk *et al.* (2010) et de Buscemi *et al.* (2006) semblent indiquer que la mélatonine exogène ne présente pas d'effet suppressif sur la sécrétion naturelle avec un retour aux valeurs initiales à l'arrêt du traitement et n'aurait pas d'impact significatif sur la signalisation endocrinienne^{11,12}. La mélatonine est donc généralement considérée comme une option sûre et efficace pour traiter les plaintes de sommeil de type insomnie dans le TDAH^{9,10}.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, il pourrait être intéressant de faire le point sur l'état des connaissances disponibles dans la littérature puisque de nouveaux conditionnements de la mélatonine en

comprimé à libération immédiate (3, 4 et 5 mg) et en solution buvable (1 mg/ml) avec comme indication le traitement des plaintes de sommeil de type insomnie chez les enfants et les adolescents avec TDAH ont été mis sur le marché belge depuis octobre 2025.

MÉTHODOLOGIE

Une revue systématique de la littérature disponible a été effectuée dans la base de données PubMed-Medline entre le 10/11/2025 et le 16/11/2025 en utilisant l'équation de recherche suivante : («Attention Deficit Disorder with Hyperactivity»[Mesh] or ADHD) AND («Melatonin»[Mesh] or Melatonin) AND ((«Child»[Mesh] or child) OR («Adolescent»[Mesh] or adolescent)).

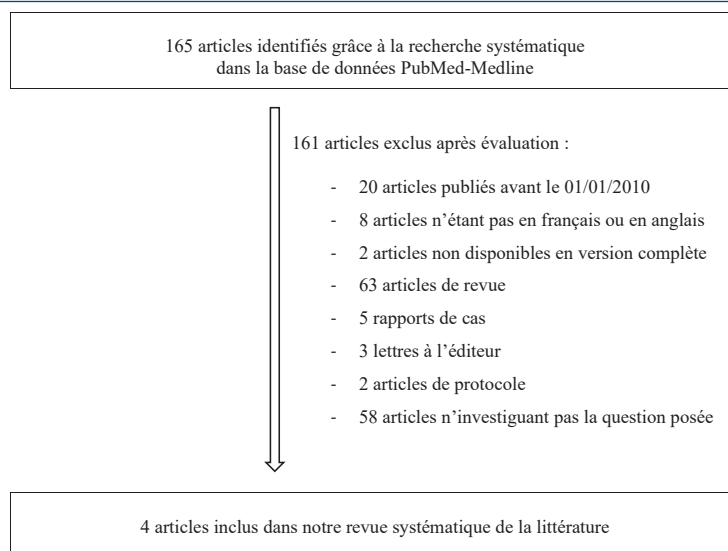
Après introduction de cette séquence de mots-clés, 165 articles ont été identifiés et évalués par deux lecteurs selon les critères d'inclusion suivants :

- Articles investiguant l'impact de la mélatonine sur le sommeil chez les enfants et/ou les adolescents (< 18 ans) avec TDAH ;
- TDAH diagnostiqué selon les critères diagnostiques du DSM-IV ou DSM-5^{1,13} ;
- Tous les types d'études (cross-sectionnelle, longitudinale, prospective, rétrospective, interventionnelle et expérimentale) à l'exception des revues de littérature, des protocoles d'études, des rapports de cas, des articles d'opinion, des études animales, des prépublications, des éditoriaux et des lettres à l'éditeur ;
- Articles publiés entre le 01/01/2010 et le 30/10/2025 ;
- Articles écrits en anglais ou français ;
- Articles disponibles en version complète.

Sur la base de ces différents critères d'inclusion, quatre articles ont été sélectionnés pour cette revue systématique de la littérature (figure)¹⁴⁻¹⁷.

FIGURE

Diagramme de sélection des articles



RÉSULTATS

Synthèse des principaux résultats de ces quatre articles investiguant l'impact de la mélatonine sur le sommeil chez les enfants et/ou les adolescents (< 18 ans) avec TDAH (tableau) :

- Article de Mohammadi *et al.* (2012) : essai clinique randomisé en double aveugle, 50 sujets TDAH (Groupe contrôle de 24 sujets : méthylphénidate [1 mg/kg/jour] + placebo le soir – Groupe expérimental de 26 sujets : méthylphénidate [1 mg/kg/jour] + mélatonine le soir [3 mg si < 30 kg et 6 mg si > 30 kg]), pas de différences significatives entre les deux groupes au niveau de la *Sleep Disturbance Scale for Children* (temps total de sommeil, latence d'endormissement et score total des plaintes de sommeil) mais amélioration significative du score total des plaintes de sommeil par rapport au début de l'étude pour le groupe mélatonine et absence de différences entre les deux groupes concernant la survenue d'effets secondaires¹⁴;
- Article de Masi *et al.* (2019) : étude ouverte non randomisée, 74 sujets TDAH (méthylphénidate [dosage moyen 33,5±13,5 mg/jour] + mélatonine le soir [dosage moyen 1,85±0,84 mg/jour]), réduction des plaintes de sommeil objectivée par une amélioration du score de la *Clinical Global Impression Severity* à la fin du traitement par mélatonine avec 60,8 % de répondants à la mélatonine selon la *Clinical Global Impression Improvement* et sans effets secondaires significatifs attribués à la mélatonine¹⁵;
- Article de Yuge *et al.* (2020) : étude ouverte non randomisée, 99 sujets avec troubles du neurodéveloppement (incluant 60 sujets TDAH sous traitement usuel + mélatonine le soir [1 à 4 mg selon la réponse clinique]), réduction de la latence moyenne d'endormissement pour les sujets TDAH au niveau des agendas de sommeil électroniques et absence d'effets secondaires graves attribuables à la mélatonine¹⁶;
- Article de Checa-Ros *et al.* (2023) : étude ouverte non randomisée, 27 sujets TDAH (méthylphénidate [0,7-1,0 mg/kg/jour] + mélatonine le soir [1 mg/jour]), augmentation du temps total de sommeil à l'actigraphie à la fin du protocole de traitement par mélatonine mais pas de différences significatives pour les autres paramètres actigraphiques et absence d'effets secondaires significatifs en rapport avec la mélatonine rapportés¹⁷.

DISCUSSION

Bien que la mélatonine semble avoir une efficacité sur les plaintes de sommeil de type insomnie chez les enfants et les adolescents atteints de TDAH, elle n'est pas recommandée en première intention pour le traitement des symptômes centraux du TDAH puisque son action cible principalement la régulation du rythme circadien et l'amélioration du sommeil sans effet

direct sur l'inattention ou l'hyperactivité¹⁸. En effet, les données disponibles au départ des trois études ouvertes non randomisées et du groupe mélatonine de l'essai contrôlé randomisé semblent indiquer que chez les enfants et les adolescents avec TDAH, la mélatonine peut améliorer la qualité du sommeil, la latence d'endormissement et la durée du sommeil en cas d'insomnie liée au TDAH ou induite par les psychostimulants mais présente un impact limité sur les autres symptômes du TDAH¹⁴⁻¹⁷.

Contrairement aux psychostimulants, dont l'effet est immédiat sur les symptômes, la mélatonine agit sur le cycle veille-sommeil et doit être administrée avant le coucher (30 minutes à 2 heures selon le profil circadien)¹⁹. Les doses administrées chez les sujets pédiatriques avec TDAH varient généralement entre 1 et 6 mg bien que des études récentes semblent démontrer qu'une dose faible (1 mg) peut déjà être efficace en augmentant la durée totale du sommeil chez les enfants sous méthylphénidate avec une bonne tolérance^{14-17,20-23}. Les effets indésirables de la mélatonine sont rares et bénins tandis que l'usage prolongé de cette molécule ne semble pas affecter la puberté ni induire de tolérance^{5,14-17,20-24}.

La mélatonine semble donc être une option thérapeutique complémentaire prometteuse, particulièrement chez les enfants et les adolescents avec TDAH présentant un retard de phase ou une insomnie persistante malgré l'instauration de mesures non pharmacologiques adéquates (programmes d'éducation/de formation des parents, psychoéducation, mesures d'hygiène du sommeil, interventions comportementales et thérapie cognitivo-comportementale)²⁵. Néanmoins, son utilisation doit s'intégrer dans une prise en charge globale associant interventions comportementales et traitements pharmacologiques ciblant les symptômes du TDAH²⁶.

Malgré ces résultats encourageants, plusieurs limites réduisent la portée des études actuellement disponibles sur la mélatonine dans le traitement des troubles du sommeil de type insomnie chez les enfants et adolescents avec TDAH¹⁰. La plupart des études présentent des échantillons restreints, des durées d'observation courtes et des protocoles hétérogènes (doses, timing d'administration et formulations)^{14-17,20-23}. L'absence de mesure objective du profil circadien limite l'optimisation du moment d'administration, particulièrement pour les faibles doses (≤ 1 mg) qui semblent plus efficaces lorsqu'elles sont données 2 à 3 heures avant la sécrétion endogène de mélatonine^{14-17,20-23}. De plus, les études ouvertes exposent à un biais de performance et peu d'essais randomisés contrôlés par placebo sont disponibles^{14-17,20-23}.

Synthèse des principaux résultats des articles investiguant l'impact de la mélatonine sur le sommeil chez les enfants et/ou les adolescents (< 18 ans) avec TDAH

Etudes	Population	Critères diagnostiques TDAH	Evaluation initiale des plaintes de sommeil	Design, durée de l'étude et réévaluation des plaintes de sommeil	Résultats principaux	Sécurité d'utilisation
Mohammadi <i>et al.</i> , 2012 ¹⁴	Introduction concomitante de MPH et de mélatonine chez des sujets avec et sans plaintes de sommeil Groupe 1 : MPH (1 mg/kg/jour) + placebo le soir (n=24) Age moyen 8,83±1,82 années 70,8 % garçons Groupe 2 : MPH (1 mg/kg/jour) + mélatonine le soir (3 mg si <30 kg et 6 mg si >30 kg) (n=26) Age moyen 9,57±1,65 années 73,1 % garçons	DSM-IV	SDSC (rempli par la mère) avec évaluation du temps total de sommeil, de la latence d'endormissement et du score total	Essai clinique randomisé en double aveugle Traitement par mélatonine de 8 semaines Repasse du SDSC lors des 2 ^{ème} , 4 ^{ème} et 8 ^{ème} semaines de traitement	Pas de différences significatives entre les 2 groupes au niveau du temps total de sommeil (p=0,197), de la latence d'endormissement (p=0,267) et du score total du SDSC (p=0,528) Amélioration significative du score total du SDSC par rapport au début de l'étude pour le groupe mélatonine (p=0,001)	Pas de différence entre les deux groupes au niveau du score sur le questionnaire d'effets secondaires (10,16±9,05 pour le groupe contrôle et 11,35±8,81 pour le groupe mélatonine)
Masi <i>et al.</i> , 2019 ¹⁵	Introduction de mélatonine chez des sujets avec problèmes de sommeil après instauration de MPH Groupe : MPH (dosage moyen 33,5±13,5 mg/jour) + mélatonine le soir (dosage moyen 1,85±0,84 mg/jour) (n=74) Age moyen 11,6±2,2 années 93,2 % garçons	DSM-IV	Échelle de Likert à sept points selon la CGI-S remplie par les parents	Etude ouverte non randomisée Traitement par mélatonine de 1 à 12 mois selon les patients Passage à la fin du traitement par mélatonine d'une échelle de Likert à sept points selon la CGI-S remplie par les parents et d'une échelle de Likert à sept points selon la CGI-I remplie par les parents	Sur base de l'échelle de Likert à sept points selon la CGI-S, réduction des plaintes de sommeil (3,41±0,70 vs 2,13±1,05, p<0,001) à la fin du traitement par mélatonine Sur base de l'échelle de Likert à sept points selon la CGI-I (score 1 ou 2), 60,8 % de répondeurs à la mélatonine	Pas d'effets secondaires significatifs en rapport avec la mélatonine rapportés Dose maximale de mélatonine comprise entre 1 et 5 mg selon la réponse clinique

TABLEAU (SUITE)

Synthèse des principaux résultats des articles investiguant l'impact de la mélatonine sur le sommeil chez les enfants et/ou les adolescents (< 18 ans) avec TDAH

Yuge <i>et al.</i> , 2020 ¹⁶	Introduction de mélatonine chez des sujets avec problèmes de sommeil sous traitement usuel Groupe : 99 sujets avec troubles du neurodéveloppement (60 TDAH) sous traitement usuel + mélatonine le soir Age moyen 10,4±2,5 années 80,8 % garçons	DSM-5	Agenda de sommeil électronique avec évaluation de la latence moyenne d'endormissement	Etude ouverte non randomisée Phase de sélection de 2 semaines, phases de traitement médicamenteux de 26 semaines (phase I : 10 semaines et phase II : 16 semaines) et suivi de 2 semaines Réévaluation de la latence moyenne d'endormissement à la fin de la phase I de traitement	Pour les sujets TDAH, réduction de la latence moyenne d'endormissement de 32,8±31,2 minutes ($p<0,001$) (phase de sélection vs phase I de traitement)	Aucun effet secondaire grave attribuable à la mélatonine Effets indésirables potentiels légers avec une fréquence faible Dose maximale de mélatonine comprise entre 1 et 4 mg selon la réponse clinique
Checa-Ros <i>et al.</i> , 2023 ¹⁷	Introduction de mélatonine chez des sujets avec et sans plaintes de sommeil après instauration de MPH Groupe : MPH (0,7-1,0 mg/kg/jour) + mélatonine le soir (1 mg/jour) (n=27) Age moyen 9,67±2,13 années 62,96 % garçons	DSM-5	Actigraphie avec évaluation de la latence d'endormissement, du temps total de sommeil, l'éveil intra-sommeil, et de l'efficacité de sommeil	Etude ouverte non randomisée 4 semaines de traitement par mélatonine Nouvelle actigraphie à la fin du protocole de traitement	Augmentation du temps total de sommeil à l'actigraphie (463±49 minutes vs 485±41 minutes, $p=0,040$) à la fin du protocole de traitement Pas de différences significatives pour les autres paramètres actigraphiques	Aucun effet secondaire grave attribuable à la mélatonine

TDAH = trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ; MPH = méthylphénidate ; DSM = Diagnostic and Statistical Manual ; SDSC = Sleep Disturbance Scale for Children ; CGI-S = Clinical Global Impression Severity ; CGI-I = Clinical Global Impression Improvement.

Par ailleurs, il est important de souligner que les études actuellement disponibles portent principalement sur des échantillons composés exclusivement ou majoritairement d'enfants de moins de 12 ans¹⁴⁻¹⁷, ce qui limite potentiellement la généralisation des premiers résultats prometteurs disponibles aux adolescents, chez qui les profils circadiens, les besoins de sommeil et la physiologie mélatoninergique diffèrent. De plus, aucune des études incluses n'a évalué l'effet de la mélatonine chez des enfants ou adolescents atteints de TDAH non traités par psychostimulants¹⁴⁻¹⁷. Dans tous les travaux sélectionnés¹⁴⁻¹⁷, la mélatonine est systématiquement administrée en association avec du méthylphénidate, rendant impossible l'isolation de ses effets propres et empêchant de déterminer si les résultats observés reflètent un effet spécifique de la mélatonine ou une interaction avec le traitement stimulant. Cette absence de données chez les sujets naïfs de psychostimulants constitue une limite majeure et appelle à des études ciblant spécifiquement les enfants et adolescents avec TDAH non traités afin d'évaluer l'efficacité intrinsèque de la mélatonine dans cette population.

Dans ce contexte, les perspectives futures de recherche incluent la réalisation d'essais multicentriques, randomisés et contrôlés avec des mesures objectives (actigraphie, polysomnographie, biomarqueurs circadiens) et une standardisation des critères d'efficacité. Il est également nécessaire d'évaluer l'impact à long terme de la mélatonine sur le comportement, la cognition et la sécurité, notamment en ce qui concerne les effets endocriniens et métaboliques. Enfin, l'élaboration de recommandations d'utilisation spécifiques de la mélatonine pour la population pédiatrique avec TDAH, intégrant le dosage minimal efficace et le timing optimal, apparaît indispensable pour limiter les risques de mésusage et garantir une prise en charge fondée sur les preuves.

CONCLUSION

La mélatonine semble représenter une option thérapeutique intéressante et bien tolérée pour traiter les plaintes de sommeil de type insomnie chez les enfants et potentiellement les adolescents atteints de TDAH, en particulier lorsqu'elles sont induites/aggravées par les psychostimulants ou lorsque les mesures non pharmacologiques sont insuffisantes. En effet, la mélatonine améliore la latence d'endormissement, la durée totale du sommeil et les plaintes de sommeil avec un profil de sécurité favorable. Cependant, son utilisation doit s'intégrer dans une approche globale du TDAH et des études contrôlées randomisées supplémentaires sont nécessaires pour confirmer les résultats disponibles actuellement dans la littérature, déterminer les modalités optimales d'administration, tant en termes de dosage que de timing et démontrer ses potentiels effets sur le fonctionnement global.

Conflits d'intérêt : néant



**SCANNEZ ce QR-Code pour
répondre aux questions et
obtenir 1 point d'accréditation**

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: 2013.
2. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020;51(5):315-35.
3. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord*. 2023;339:860-6.
4. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, *et al*. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1):48.
5. Rzepka-Migut B, Paprocka J. Efficacy and Safety of Melatonin Treatment in Children with Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder-A Review of the Literature. *Brain Sci*. 2020;10(4):219.
6. Tsai MH, Hsu JF, Huang YS. Sleep Problems in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Current Status of Knowledge and Appropriate Management. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(8):76.
7. Stein MA, Zulauf-McCurdy C, DelRosso LM. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Medications and Sleep. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2022;31(3):499-514.
8. Tordjman S, Chokron S, Delorme R, Charrier A, Bellissant E, Jaafari N, *et al*. Melatonin: Pharmacology, Functions and Therapeutic Benefits. *Curr Neuropharmacol*. 2017;15(3):434-43.
9. Anand S, Tong H, Besag FMC, Chan EW, Cortese S, Wong ICK. Safety, Tolerability and Efficacy of Drugs for Treating Behavioural Insomnia in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review with Methodological Quality Assessment. *Paediatr Drugs*. 2017;19(3):235-50.
10. Cortese S, Fusetto Veronesi G, Gabellone A, Margari A, Marzulli L, Matera E, *et al*. The management of sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): an update of the literature. *Expert Rev Neurother*. 2024;24(6):585-96.
11. Buscemi N, Vandermeer B, Hooton N, Pandya R, Tjosvold L, Hartling L, *et al*. Efficacy and safety of exogenous melatonin for secondary sleep disorders and sleep disorders accompanying sleep restriction: meta-analysis. *BMJ*. 2006;332(7538):385-93.
12. van Geijlswijk IM, Korzilius HP, Smits MG. The use of exogenous melatonin in delayed sleep phase disorder: a meta-analysis. *Sleep*. 2010;33(12):1605-14.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th revised ed.). Washington, DC: 2000.
14. Mohammadi MR, Mostafavi SA, Keshavarz SA, Eshraghian MR, Hosseinzadeh P, Hosseinzadeh-Attar MJ, *et al*. Melatonin effects in methylphenidate treated children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized double blind clinical trial. *Iran J Psychiatry*. 2012;7(2):87-92.
15. Masi G, Fantozzi P, Villafranca A, Tacchi A, Ricci F, Ruglioni L, *et al*. Effects of melatonin in children with attention-deficit/hyperactivity disorder with sleep disorders after methylphenidate treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;15:663-7.
16. Yuge K, Nagamitsu S, Ishikawa Y, Hamada I, Takahashi H, Sugioka H, *et al*. Long-term melatonin treatment for the sleep problems and aberrant behaviors of children with neurodevelopmental disorders. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):445.
17. Checa-Ros A, Muñoz-Hoyos A, Molina-Carballo A, Viejo-Boyano I, Chacín M, Bermúdez V, *et al*. Low Doses of Melatonin to Improve Sleep in Children with ADHD: An Open-Label Trial. *Children (Basel)*. 2023;10(7):1121.
18. Larsson I, Aili K, Lönn M, Svedberg P, Nygren JM, Ivarsson A, *et al*. Sleep interventions for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A systematic literature review. *Sleep Med*. 2023;102:64-75.
19. Coogan AN, McGowan NM. A systematic review of circadian function, chronotype and chronotherapy in attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017;9(3):129-47.
20. Tjon Pian Gi CV, Broeren JPA, Starreveld JS, A Versteegh FG. Melatonin for treatment of sleeping disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder: a preliminary open label study. *Eur J Pediatr*. 2003;162(7-8):554-5.
21. Hoeber M, van der Heijden KB, van Geijlswijk IM, Smits MG. Long-term follow-up of melatonin treatment in children with ADHD and chronic sleep onset insomnia. *J Pineal Res*. 2009;47(1):1-7.
22. Van der Heijden KB, Smits MG, Van Someren EJ, Ridderinkhof KR, Gunning WB. Effect of melatonin on sleep, behavior, and cognition in ADHD and chronic sleep-onset insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(2):233-41.
23. Weiss MD, Wasdell MB, Bomben MM, Rea KJ, Freeman RD. Sleep hygiene and melatonin treatment for children and adolescents with ADHD and initial insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(5):512-9.
24. Golmirzaei J, Mahboobi H, Yazdanparast M, Mushtaq G, Kamal MA, Hamzei E. Psychopharmacology of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Effects and Side Effects. *Curr Pharm Des*. 2016;22(5):590-4.
25. Ogundele MO, Yemula C. Management of sleep disorders among children and adolescents with neurodevelopmental disorders: A practical guide for clinicians. *World J Clin Pediatr*. 2022;11(3):239-52.
26. Bendz LM, Scates AC. Melatonin treatment for insomnia in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann Pharmacother*. 2010;44(1):185-91.

Travail reçu le 26 novembre 2025 ; accepté dans sa version définitive le 1^{er} décembre 2025.

AUTEUR CORRESPONDANT :

M. HEIN

CHU Brugmann

Service de Psychiatrie et Laboratoire du Sommeil

Place A. Van Gehuchten, 4 - 1020 Bruxelles

E-mail : matthieu.hein@ulb.be