



HAL
open science

Les troubles du sommeil au troisième trimestre de la grossesse

Gwenaëlle Beau

► **To cite this version:**

Gwenaëlle Beau. Les troubles du sommeil au troisième trimestre de la grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00863861

HAL Id: dumas-00863861

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00863861>

Submitted on 19 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 5 avril 2013

par

Gwenaëlle BEAU

Née le 23/08/1989

**Les troubles du sommeil au troisième
trimestre de la grossesse**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Madame MAREST Cécile

Sage-femme, Maternité Port-Royal, PARIS XIV^e

JURY :

Professeur CABROL

Madame RUDELLE

Madame IRAOLA

Madame BOUVARD

Madame DUQUENOIS

Directeur technique et d'enseignement

Directrice de l'école de Sages-Femmes de Baudelocque

Sage-femme Cadre

Sage-femme

Co-directrice du mémoire, sage-femme enseignante

N° du mémoire : 2013PA05MA03

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide d'un certain nombre de personnes que je tiens à remercier avant tout.

A Monsieur CABROL et Madame HILLION qui m'ont autorisé à distribuer mes questionnaires au sein de la maternité Port-Royal.

A toutes les sages-femmes qui m'ont aidé dans la distribution de mes questionnaires et qui m'ont permis de réaliser au mieux mon enquête, pour leur gentillesse et leur disponibilité.

Aux équipes soignantes pour leur aide et le temps qu'elles ont consacré pour récupérer mes questionnaires.

A toutes les femmes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Je tiens à remercier tout particulièrement Cécile MAREST d'avoir accepté de diriger ce mémoire, notamment pour son chaleureux soutien et ses précieux conseils formulés tout au long de mon travail.

Je remercie Catherine MENINAT pour avoir su me guider dans les prémices de ce mémoire et notamment dans l'élaboration de mes questionnaires. Je remercie également Sylvie DUQUENOIS, co-directrice, pour le temps qu'elle m'a consacré, pour sa patience et pour tous ses conseils prodigués afin de mener à bien ce travail.

A ma famille, qui m'a toujours soutenue et valorisée dans mon projet, qui a su être présente dans les moments difficiles.

A Marie-Laure, Cyrielle, Maud, Charlotte et Pauline avec qui j'ai partagé de très bons moments et qui m'ont soutenue, encouragée et beaucoup apporté tout au long de mon cursus.

A Jérôme, pour sa patience, ses encouragements et son énergie qui m'ont permis de garder confiance en moi

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures.....	II
Liste des annexes	III
Lexique	IV
Introduction.....	1
Première partie Les troubles du sommeil pendant la grossesse.....	2
1. Le sommeil.....	2
1.1 <i>Le cycle veille-sommeil</i>	2
1.2 <i>Le rôle du sommeil</i>	2
1.3 <i>Les différents stades du sommeil</i>	2
1.3.1 La veille	3
1.3.2 Le sommeil lent.....	3
1.3.2.1 Stade 1	3
1.3.2.2 Stade 2	4
1.3.2.3 Stade 3	4
1.3.2.4 Stade 4	5
1.3.3 Le sommeil paradoxal	5
1.3.4 L'éveil	6
2. Sommeil et grossesse.....	6
2.1 <i>Caractéristiques du sommeil pendant la grossesse</i>	6
2.1.1 Le 1 ^{er} trimestre	6
2.1.2 Le 2 ^{ème} trimestre	7
2.1.3 Le 3 ^{ème} trimestre	7
2.2 <i>Modifications hormonales</i>	7
2.3 <i>Modifications respiratoires</i>	8
2.4 <i>Modifications physiques</i>	8
3. Les troubles du sommeil.....	9
3.1 <i>L'insomnie</i>	9
3.1.1 Définition	9
3.1.2 Epidémiologie	9
3.1.3 Facteurs de risques.....	9
3.1.4 Conséquences	10
3.1.5 Traitement.....	10
3.2 <i>Le syndrome des jambes sans repos (SJSR)</i>	11

3.2.1 Définition	11
3.2.2 Physiopathologie.....	11
3.2.3 Epidémiologie	12
3.2.4 Facteurs de risques.....	12
3.2.5 Conséquences	12
3.2.6 Traitement.....	13
3.3 <i>Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)</i>	13
3.3.1 Définition	13
3.3.2 Physiopathologie.....	14
3.3.3 Epidémiologie	14
3.3.4 Facteurs de risques.....	14
3.3.5 Conséquences	15
3.3.6 Traitement.....	15
3.4 <i>Troubles du sommeil et syndrome anxio-dépressif</i>	15
Deuxième partie La méthodologie de l'étude	17
1. Problématique	17
2. Hypothèses.....	18
3. Objectifs	18
4. Méthodologie	19
4.1 <i>Le type d'étude réalisé et les outils utilisés</i>	19
4.2 <i>La méthode</i>	21
4.3 <i>Les logiciels et les tests statistiques utilisés</i>	21
5. Présentation des résultats de l'étude	22
5.1 <i>Caractéristiques de l'échantillon concernant les femmes enceintes</i>	22
5.2 <i>Informations sur la grossesse actuelle</i>	23
5.3 <i>Sommeil et grossesse</i>	24
5.3.1 Les modifications physiologiques de la grossesse et l'hygiène de vie pendant la grossesse	27
5.3.1.1 La prise de poids	27
5.3.1.2 La sieste	27
5.3.1.3 La consommation de substances excitantes	29
5.3.1.4 Le dîner.....	29
5.3.1.5 L'association des troubles du sommeil aux petits maux de la grossesse ou à des situations psychologiques difficiles.....	30
5.3.2 Les facteurs psychologiques qui peuvent influencer sur la grossesse	31
5.3.2.1 La situation familiale.....	31
5.3.2.2 Le projet de grossesse.....	32

5.3.2.3 Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et l'évocation des caractéristiques du sommeil.....	32
5.3.2.4 La consultation chez le psychologue	33
5.3.2.5 Les arrêts de travail	33
5.3.2.6 Les complications durant les grossesses précédentes	33
5.3.3 La satisfaction des femmes enceintes vis-à-vis de leur prise en charge.....	34
5.3.3.1 L'automédication	34
5.3.3.2 Les solutions trouvées par les femmes.....	34
5.3.3.3 Les troubles du sommeil aux vues des femmes enceintes	35
5.3.3.4 L'évocation des troubles du sommeil	35
5.3.3.5 La prise en charge de ces troubles	36
5.3.3.6 La satisfaction	37
5.4 <i>Caractéristiques de l'échantillon concernant les sages-femmes</i>	38
5.4.1 Connaissances des sages-femmes au sujet des troubles du sommeil pendant la grossesse	39
5.4.2 Prise en charge par les sages-femmes des troubles du sommeil	41
Troisième partie Analyse et discussion	43
1. Forces et limites de l'étude.....	43
2. Discussion	44
2.1 <i>Les modifications physiologiques de la grossesse et l'hygiène de vie</i>	44
2.2 <i>Les facteurs psychologiques</i>	47
2.3 <i>La satisfaction des femmes vis-à-vis de leur prise en charge</i>	49
2.4 <i>Les connaissances des sages-femmes et la prise en charge proposée</i>	51
3. Propositions.....	53
3.1 <i>Les consultations prénatales</i>	53
3.2 <i>L'entretien du 4^{ème} mois et les séances de préparation à la naissance</i>	54
3.3 <i>Les conseils d'hygiène</i>	54
3.4 <i>Les techniques de relaxation</i>	55
3.5 <i>Les médecines douces</i>	56
3.5.1 La phytothérapie	56
3.5.2 L'homéopathie	57
3.5.3 L'acupuncture.....	57
3.6 <i>L'orientation</i>	57
3.6.1 Les techniques psychothérapeutiques	57
3.6.2 Les traitements médicamenteux	58
3.6.2.1 Les benzodiazépines.....	59
3.6.2.2 Les apparentés aux benzodiazépines	59
3.6.2.3 Les antihistaminiques	60

3.6.3 Prise en charge multidisciplinaire	60
Conclusion.....	61
Bibliographie.....	63
Annexes.....	69

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée	22
Tableau 2 : Informations générales sur la grossesse actuelle	23
Tableau 3 : Troubles du sommeil et grossesse	24
Tableau 4 : Prise de poids et troubles du sommeil	27
Tableau 5 : Sieste et troubles du sommeil.....	27
Tableau 6 : Sieste avant et pendant la grossesse	28
Tableau 7 : Sieste et insomnie.....	28
Tableau 8 : Consommation d'excitants et troubles du sommeil	29
Tableau 9 : Dîner et troubles du sommeil.....	29
Tableau 10 : Description des troubles du sommeil par les femmes enceintes	31
Tableau 11 : Situation familiale, obstétricale et troubles du sommeil.....	31
Tableau 12 : Désir de grossesse et troubles du sommeil.....	32
Tableau 13 : PNP et troubles du sommeil.....	32
Tableau 14 : Complications obstétricales et troubles du sommeil	33
Tableau 15 : Solutions trouvées par les femmes pour améliorer leur sommeil	34
Tableau 16 : Explications des femmes concernant la gêne occasionnée par les troubles du sommeil.....	35
Tableau 17 : Conseils reçus par les femmes enceintes	36
Tableau 18 : Explications données par les femmes pour expliquer leur insatisfaction vis-à- vis de leur prise en charge	37
Tableau 19 : Evocation du sommeil de la femme enceinte à un moment donné de sa grossesse et satisfaction de la femme vis-à-vis de sa prise en charge	38
Tableau 20 : Pourquoi les sages-femmes se sentent-elles démunies ?	39
Tableau 21 : Lien entre les connaissances des sages-femmes et l'évocation du sommeil pendant la grossesse	40
Tableau 22 : Conseils donnés aux femmes enceintes par les sages-femmes.....	41
Tableau 23 : Prescriptions des sages-femmes en vue d'améliorer le sommeil des femmes	41
Tableau 24 : Type de professionnel vers lequel les sages-femmes orientent les femmes..	42

Liste des figures

Figure 1 : Qualificatif employé par les femmes pour définir leur sommeil	25
Figure 2 : Durée de sommeil par nuit avant la grossesse	26
Figure 3 : Durée de sommeil par nuit pendant la grossesse	26
Figure 4 : Causes des troubles du sommeil évoquées par les femmes enceintes	30
Figure 5 : Autoévaluation des sages-femmes sur leurs connaissances des troubles du sommeil.....	39

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire distribué aux patientes	70
Annexe II : Questionnaire distribué aux sages-femmes.....	77

Lexique

CO₂ = Dioxyde de carbone

CRF = Capacité résiduelle fonctionnelle

EEG = Electroencéphalogramme

Hz = Hertz

IMC = Indice de masse corporelle

MAF = Mouvements actifs fœtaux

PNP = Préparation à la naissance et à la parentalité

REM = RapidEyeMovements

RGO = Reflux gastro-œsophagien

SA = Semaines d'aménorrhée

SAOS = Syndrome d'apnée obstructive du sommeil

SJSR = Syndrome des jambes sans repos

VAS = Voies aériennes supérieures

Introduction

La grossesse est une période de changements hormonaux, corporels et psychiques importants. Il n'est pas rare que durant cette période, les femmes se plaignent de troubles du sommeil. Ces derniers sont souvent banalisés mais ils peuvent néanmoins avoir des conséquences considérables sur la femme enceinte et dans le post-partum.

Les sages-femmes sont habilitées à prendre en charge les grossesses physiologiques ainsi que tous les petits maux de la grossesse qui peuvent en découler. Ce sont donc les premières interlocutrices face à ces femmes qui font état de leur difficulté à obtenir un sommeil sans interruption, profond et réparateur.

Le terme de troubles du sommeil est en fait assez vaste et englobe un certain nombre d'entités différentes. L'insomnie se définit par une difficulté à initier le sommeil et à le maintenir, avec des réveils précoces, et/ou un sommeil de mauvaise qualité. Nous évoquerons également le syndrome des jambes sans repos qui est une maladie neurologique, sensorielle et motrice. Enfin, nous aborderons le syndrome d'apnée obstructive du sommeil qui se caractérise par des apnées périodiques au cours du sommeil. Toutefois, ces deux syndromes sont plus rares et difficiles à diagnostiquer, c'est pourquoi notre étude portera plus particulièrement sur l'insomnie. De plus, nous nous intéressons essentiellement aux troubles survenant durant le troisième trimestre de la grossesse. En effet, il semble important de ne pas les négliger à l'approche de l'accouchement et de la période du post-partum.

Nous exposerons dans un premier temps les caractéristiques du sommeil physiologique et plus spécifiquement celui de la grossesse, puis nous décrirons trois types de troubles du sommeil. Dans un second temps, nous détaillerons le type d'étude réalisé et les outils utilisés. Nous retranscrirons ensuite les résultats de cette étude effectuée à l'aide de deux questionnaires, l'un s'adressant aux femmes, l'autre aux sages-femmes. Enfin, nous analyserons et discuterons nos résultats, en comparaison avec les données de la littérature et nous ferons des propositions pour une meilleure prise en charge des troubles du sommeil.

Première partie

Les troubles du sommeil pendant la grossesse

1. Le sommeil

1.1 Le cycle veille-sommeil

Chez l'homme, le cycle veille-sommeil dépend d'un rythme biologique spécifique, le rythme circadien. Ce rythme correspond à une période définie de 24 heures qui découle de l'alternance naturelle entre la lumière et l'obscurité, conséquence de la rotation de la Terre autour de son axe [4].

Ce rythme circadien est possible chez l'homme grâce à une horloge biologique interne qui se situe au cœur du cerveau ; c'est le noyau suprachiasmatique. C'est l'activité de ce noyau qui régit notre horloge biologique et donc le cycle veille-sommeil [4,35].

1.2 Le rôle du sommeil

A ce jour, seule la fonction « restauratrice » du sommeil sur le plan physique et psychique a pu être mise en évidence. En effet, il est démontré que dormir est une nécessité absolue, avec un besoin irréprensible de sommeil au fur et à mesure que la période de veille augmente. Le sommeil est donc une fonction vitale contre laquelle notre organisme ne peut pas lutter [35].

1.3 Les différents stades du sommeil

Le sommeil se répartit chez l'homme adulte en une seule période qui dure en moyenne 6 à 8 heures [4]. Cette période est composée de 4 à 6 cycles d'environ 90 minutes chacun. La durée moyenne d'un cycle est la même, que le sujet soit court ou long dormeur [35].

Chaque cycle débute par du sommeil lent et se termine par du sommeil paradoxal [4]. On distingue ainsi différents stades de sommeil au sein d'un cycle.

La classification du sommeil en différents stades se base sur plusieurs examens tels que l'électroencéphalogramme (EEG), l'électro-oculogramme et l'électromyogramme réalisés pendant le sommeil.

Chaque cycle comprend trois états différents de vigilance :

- La veille,
- Le sommeil lent,
- Le sommeil paradoxal [3].

1.3.1 La veille

Cet état de vigilance est aussi nommé phase de somnolence. Elle correspond à un état intermédiaire où le sujet n'est ni endormi ni éveillé mais ressent un besoin de sommeil assez marqué. Des signes d'endormissement sont présents tels que le picotement des yeux, le bâillement, l'inattention à l'environnement [35].

L'activité électrique cérébrale ralentit pendant cette phase de veille calme et on note l'apparition d'ondes alpha (8 à 12 Hz).

Le tonus musculaire, la respiration, la fréquence cardiaque et la température corporelle diminuent [6].

1.3.2 Le sommeil lent

Il se décompose en quatre stades. Les deux premiers correspondent à du sommeil lent léger et les deux derniers à du sommeil lent profond. Le réveil de l'individu est d'autant plus difficile que le sommeil évolue du stade 1 vers le stade 4 [35].

1.3.2.1 Stade 1

C'est le stade de transition entre l'éveil et le sommeil. Il ne représente pas plus de 10% du sommeil nocturne [3].

L'activité électroencéphalographique est de faible voltage durant ce stade et les ondes lentes alpha (8 Hz) qui apparaissent à l'état de veille calme sont progressivement remplacées par des ondes thêta (2 à 7 Hz) de même amplitude [3, 6, 35].

Il persiste quelques mouvements oculaires qualifiés de lents qui indiquent la perte du contrôle du tonus musculaire volontaire avec passage à l'état de somnolence [3].

L'activité musculaire est diminuée. On peut observer des myoclonies d'endormissement qui se traduisent par des sursauts du sujet ou par une secousse brève d'un membre.

Au cours de cette phase, la respiration est instable [35].

1.3.2.2 Stade 2

C'est le stade de l'endormissement confirmé. Il correspond habituellement à 50% de la durée totale de sommeil [3].

L'activité électroencéphalographique est caractérisée par des fréquences mixtes, c'est-à-dire des rythmes thêta (2 à 7 Hz), des ondes delta (moins de 20%) et des éléments électrophysiologiques typiques faciles à identifier : le complexe K et les fuseaux de sommeil [3, 35].

Les complexes K sont des grandes ondes lentes formées d'une composante négative suivie immédiatement d'une composante positive et d'une durée égale à au moins une demi-seconde.

Les fuseaux de sommeil sont des trains d'ondes rapides de fréquences oscillant entre 12 et 15 Hz qui durent minimum une demi-seconde [6].

L'activité musculaire est minime voire absente. Il en est de même pour l'activité oculaire [3].

La respiration est bien régulière [35].

1.3.2.3 Stade 3

C'est le premier stade du sommeil lent profond.

Il est caractérisé par l'apparition d'ondes lentes nommées delta (0,5 à 3 Hz) de grande amplitude associées aux ondes thêta. Ces ondes lentes doivent occuper 20 à 50% d'une période de sommeil pour que l'on puisse parler de stade 3 [6].

L'activité musculaire est pratiquement nulle et les mouvements oculaires sont absents [3].

1.3.2.4 Stade 4

C'est le stade le plus profond du sommeil lent. Il est caractérisé par la présence d'ondes lentes delta sur au moins 50% de la période considérée. A ce moment là, le sujet est très difficilement réveillable.

La régularité respiratoire est souvent remarquable avec une saturation en oxygène parfaitement stable [35].

Avec le stade 3, il occupe environ 20% de la durée totale de sommeil [3].

Le sommeil profond (stades 3 et 4 confondus) est normalement abondant en début de nuit au cours des deux premiers cycles, pour ensuite diminuer et disparaître au cours du ou des dernier(s) cycle(s) [35].

1.3.3 Le sommeil paradoxal

C'est un état particulier, appelé sommeil de rêve. En effet, c'est pendant ce stade que se produisent 90% des rêves. Il représente environ 25% de la durée totale de sommeil [3].

Les séquences de sommeil paradoxal sont plus longues en fin de nuit. Généralement, une phase de sommeil paradoxal survient après une séquence de sommeil profond pour terminer le premier cycle de sommeil [35].

L'activité électroencéphalographique est constituée de rythmes proches du stade 1 de sommeil avec des ondes rapides (3 à 7 Hz) mais de faible amplitude ayant un aspect d'ondes thêta « en dents de scie » [3, 6, 35].

Cette période de sommeil est caractérisée par des mouvements oculaires rapides que les anglo-saxons nomment REM (*rapide eye movements*).

L'activité musculaire est abolie ce qui correspond à une véritable paralysie physiologique [3, 35].

La respiration est irrégulière, dysrythmique en rapport avec une dysrégulation du système nerveux autonome [35].

1.3.4 L'éveil

Il est caractérisé par une activité corticale intense et une désynchronisation neuronale, ce qui se traduit à l'EEG par des rythmes dits « rapides » bêta et alpha (fréquence supérieure à 20 Hz) mais de faible amplitude (50 μ V). Cette désynchronisation s'accompagne en parallèle d'un blocage du système de sommeil [6, 35].

2. Sommeil et grossesse

Nous connaissons peu la physiologie du sommeil de la femme enceinte [16]. En revanche, nous savons que le sommeil est différent entre la période prégestationnelle et la période gestationnelle [23].

Les troubles du sommeil et de la vigilance sont particulièrement fréquents chez la femme enceinte. Ils sont liés aux modifications hormonales, morphologiques et parfois psychologiques induites par la grossesse. Ces troubles sont plus fréquents et plus invalidants au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse. Ils disparaissent généralement quelques semaines après l'accouchement. Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et l'insomnie sont les plus fréquents. Le syndrome d'apnée du sommeil existe également. Il est important de le dépister, car il représente une source potentielle de complications fœtomaternelles [31, 36].

2.1 Caractéristiques du sommeil pendant la grossesse

2.1.1 Le 1^{er} trimestre

Il est caractérisé par une augmentation du temps de sommeil nocturne, attribué en général à l'effet sédatif de la progestérone [11]. La durée de sommeil nocturne est d'environ 9 heures par 24 heures [16]. En revanche, la somnolence diurne est fréquente et caractéristique du 1^{er} trimestre [13, 23].

L'efficacité du sommeil et la part de sommeil à ondes lentes diminuent de manière significative par rapport à la période précédant la grossesse [36].

2.1.2 Le 2^{ème} trimestre

Il représente une période d'accoutumance avec, de façon générale, un sommeil de meilleure qualité [13]. Cependant, le temps total de sommeil est diminué si on se réfère à celui enregistré avant la grossesse [36]. Il atteint une moyenne d'environ 8 heures par 24 heures [16].

2.1.3 Le 3^{ème} trimestre

Le sommeil change dans sa composition. En effet, on observe une proportion plus importante des phases de sommeil lent léger et d'éveils. Le nombre de phases de sommeil lent profond diminue. Ceci a pour effet de limiter l'effet réparateur de la fatigue physique que doit procurer le sommeil. La durée du sommeil change puisqu'on observe une diminution des heures de sommeil, la femme enceinte dort en moyenne moins de 8 heures par nuit. Enfin, le sommeil change dans sa qualité puisqu'il apparaît de moins en moins réparateur, on note également une augmentation des parasomnies et des dyssomnies en fin de grossesse. Ces modifications entraînent des retentissements physiques et psychiques chez les femmes enceintes [16, 23].

Le troisième trimestre de la grossesse est caractérisé par une fréquence accrue du ronflement, des troubles du sommeil, de la fatigue diurne, d'une diminution de la vigilance diurne et d'un sommeil de mauvaise qualité [36, 38].

On observe une réduction du temps de sommeil total au dépend du sommeil lent profond (réparateur de la fatigue physique) et du sommeil paradoxal (réparateur de la fatigue psychique) [16, 29].

2.2 Modifications hormonales

Les troubles du sommeil sont probablement liés aux modifications hormonales qui accompagnent l'état de grossesse. Les taux plasmatiques d'œstrogènes et de progestérone vont augmenter durant toute la grossesse pour chuter rapidement après l'accouchement.

En effet, les niveaux d'œstrogènes élevés facilitent l'hyperhémie, l'œdème de la muqueuse nasopharyngienne ainsi que la rhinite vasomotrice [31, 36].

La prolactine, dont le taux augmente en fin de grossesse semble également participer à la fragmentation du sommeil. Sa sécrétion pulsatile et essentiellement nocturne est étroitement corrélée à celle de l'hormone de croissance libérée au cours du sommeil lent profond et participe à la régulation de l'état veille-sommeil. Pendant la grossesse, dès le premier trimestre, la production de base de la prolactine augmente, et c'est à partir du 4^e mois de la grossesse que la fonction physiologique de la lactation est prête à fonctionner. C'est également à partir de ce moment-là que les éveils nocturnes commencent à survenir [16].

2.3 Modifications respiratoires

Les modifications nasopharyngées, l'augmentation des besoins métaboliques, l'augmentation du gradient alvéolo-artériel, expliquent les modifications respiratoires qui peuvent survenir pendant la grossesse [11].

L'ascension du diaphragme lié au volume fœtal peut prédisposer les femmes enceintes au syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS).

De plus, on assiste à une réduction de taille des voies aériennes supérieures durant le troisième trimestre de grossesse [31].

Ces modifications respiratoires peuvent être aggravées par un gain de poids important pendant la grossesse [36].

2.4 Modifications physiques

Selon une étude, les femmes ayant pris trop de poids se plaignaient significativement plus de sensations anormales dans les jambes, de ronflements, de réveils nocturnes et d'une somnolence excessive [13].

Dans une autre étude, le ronflement semble augmenter au cours de la grossesse, surtout quand l'IMC est supérieur à 29,9 [23].

3. Les troubles du sommeil

3.1 L'insomnie

3.1.1 Définition

On parle d'insomnie devant des troubles du sommeil de type :

- Troubles de l'endormissement (mettre plus de 30 minutes pour s'endormir).
- Troubles de maintien du sommeil (au moins deux éveils par nuit avec des difficultés pour se rendormir).
- Réveil trop précoce (se réveiller au moins une heure avant l'heure choisie avec impossibilité de se rendormir).
- Sommeil non récupérateur ou de mauvaise qualité [25, 47].

On considère une personne comme étant insomniacque dès qu'elle rapporte au moins une des plaintes citées précédemment tout en ayant des conditions de sommeil adéquates [25]. En revanche, les auteurs ne sont pas tous d'accord pour définir l'insomnie en fonction de la fréquence des symptômes.

3.1.2 Epidémiologie

L'insomnie semble faire partie intégrante de la grossesse, elle affecte beaucoup de femmes. De plus, elle s'aggrave souvent d'un trimestre à l'autre. La prévalence de l'insomnie va de 50% à plus de 80% selon les études. Les femmes enceintes rapportent le plus souvent des difficultés d'endormissement, des éveils nocturnes fréquents, des réveils précoces avec des difficultés de rendormissement et une somnolence diurne. En revanche, on peut noter que l'insomnie totale est rare et qu'il s'agit donc le plus souvent, de troubles mineurs du sommeil [11, 16, 24].

3.1.3 Facteurs de risques

Cette insomnie est réputée multifactorielle : elle est liée aux importants changements physiques et physiologiques comme le fait de se lever fréquemment pour uriner, la difficulté à trouver une position confortable, les douleurs lombaires et l'apparition parfois du SJSR. Elle peut également être imputée à la vulnérabilité

physique accrue, au stress engendré par les douleurs, à la perspective de l'accouchement et de la vie après l'accouchement et à l'anxiété qui est souvent augmentée par la grossesse [11, 24]. Comme nous l'avons vu, les changements hormonaux jouent également un rôle important.

En outre, une étude montre que la présence de symptômes de dépression est un facteur de risque d'insomnie [24].

3.1.4 Conséquences

Elles sont en lien avec le sommeil de mauvaise qualité et elles ont des répercussions sur le déroulement de la journée :

- Fatigue, malaise.
- Troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire.
- Troubles du fonctionnement social, professionnel ou scolaire.
- Irritabilité, troubles de l'humeur.
- Somnolence diurne.
- Réduction de la motivation, de l'énergie, de l'initiative.
- Tendance aux erreurs et aux accidents du travail ou en conduisant.
- Céphalées de tension ou malaise général en relation avec la privation de sommeil [25].

3.1.5 Traitement

La prise en charge de cette insomnie est conditionnée par la recherche de son étiologie qui doit conduire à un traitement spécifique. En l'absence d'étiologie spécifique, des règles hygiénodiététiques peuvent être proposées.

Les traitements médicamenteux peuvent éventuellement être considérés de manière ponctuelle, à court terme, plutôt en fin de grossesse et après discussion du ratio bénéfice/risque avec la patiente. Parmi les traitements de catégorie B (absence d'effet tératogène chez l'animal et pas de risque fœtal chez l'homme dans les études adaptées), on peut citer les apparentés aux benzodiazépines, qui doivent être privilégiés en raison de leur courte durée d'action, ou éventuellement l'utilisation d'un antihistaminique [31].

3.2 Le syndrome des jambes sans repos (SJSR)

3.2.1 Définition

C'est une maladie neurologique, sensorielle et motrice qui affecte le sommeil. Il se produit notamment à des moments de repos et d'inactivité, principalement la nuit, et il y a généralement un bref soulagement avec le mouvement [9].

C'est monsieur Ekbom dans sa publication originale en 1945 qui a montré l'association entre le SJSR et la grossesse. Cette association a été confirmée plus tard par un certain nombre d'études [27, 32].

En 1995, le groupe d'étude international du SJSR a établi quatre critères essentiels pour diagnostiquer ce trouble :

- Un besoin irrésistible de bouger les jambes, accompagné par des paresthésies des jambes et une agitation motrice.
- Un soulagement des troubles par le mouvement.
- Une aggravation des symptômes au repos.
- Une aggravation des symptômes dans la soirée ou la nuit [18, 27].

Ce syndrome n'est pas bien connu par les médecins et les sages-femmes et il est souvent attribué à une insuffisance veineuse [32].

3.2.2 Physiopathologie

Les causes de l'association entre le SJSR et la grossesse ne sont pas claires. Les hypothèses les plus débattues sont les suivantes :

- Les altérations métaboliques avec notamment la carence en fer et en folates.
- Les influences hormonales avec l'augmentation des taux d'œstrogènes notamment.
- L'état psychologique des femmes enceintes avec une anxiété accrue en fin de grossesse [7, 18, 26, 31].

L'amélioration rapide et importante du SJSR après l'accouchement donne plus de pouvoir à l'hypothèse hormonale qu'à celle d'une carence en fer [27].

3.2.3 Epidémiologie

La prévalence de ce syndrome varie selon les études de 11,3% [7] à 26,6% [18].

Il est raisonnable de supposer que le risque du SJSR pour une femme enceinte est d'au moins deux ou trois fois plus élevé que pour les femmes qui ne sont pas enceintes. De plus, la prévalence est plus importante dans le 3^e trimestre de grossesse [9, 18, 26, 27, 31].

3.2.4 Facteurs de risques

Les facteurs de risque qui ont été suggérés pour montrer l'incidence accrue du SJSR pendant la grossesse comprennent la multiparité, les antécédents ou l'histoire familiale, l'anémie (plus particulièrement la carence en fer, parfois la carence en acide folique qui peut être expliquée par l'hémodilution voire une perturbation dans le mécanisme de transport du fer dans les tissus nerveux) et les changements hormonaux telle que l'augmentation de l'œstradiol [8, 9, 11, 32, 41].

Toutefois, ce syndrome peut persister malgré une supplémentation en fer.

De plus, certaines études ne montrent aucune différence dans la prévalence du SJSR entre les multipares et les primipares [7].

D'autres facteurs de risque ont été énoncés tels qu'une carence en vitamine B12 mais aussi le tabagisme, l'usage de médicaments et/ou l'alcool [36, 41].

Les données suggèrent que les œstrogènes seuls jouent un rôle important dans le SJSR pendant la grossesse car on observe une amélioration spontanée et spectaculaire du SJSR après l'accouchement [32]. Les femmes atteintes du SJSR ont montré des niveaux plus élevés d'œstradiol pendant la grossesse par rapport aux témoins [18].

3.2.5 Conséquences

Le SJSR lié à la grossesse est généralement bénin et transitoire puisque tout rentre dans l'ordre après l'accouchement [26].

Les femmes souffrant du SJSR rapportent un temps de sommeil significativement plus faible en moyenne, plus de difficultés à initier le sommeil et à le maintenir, des réveils plus tôt le matin, une somnolence diurne excessive comparé aux femmes sans SJSR [36, 42].

Une étude confirme que la présence du SJSR ne semble avoir aucune conséquence importante pour la santé et le poids du nouveau-né [26].

3.2.6 Traitement

Aucune étude n'est disponible dans la littérature sur le traitement du SJSR pendant la grossesse. Si le traitement médicamenteux est inévitable, il serait préférable de le limiter au troisième trimestre et de l'utiliser uniquement en cas de besoin, avec la dose minimale efficace [26].

Toutefois, avant d'envisager un traitement médicamenteux, il paraît important de rassurer les mères sur la nature bénigne du syndrome et sur le fait de son caractère transitoire puisque les symptômes vont certainement disparaître après l'accouchement [26, 32].

Les traitements conservateurs comme la marche, les étirements, le massage des membres affectés, l'application de chaleur, l'exécution des techniques de relaxation peuvent être utiles.

Il faut parallèlement, informer les femmes du fait que la caféine, le tabac, l'alcool et l'anxiété peuvent aggraver l'agitation motrice [27, 36].

L'efficacité de la Carbamazépine dans le SJSR est bien connue, mais il n'existe pas d'études contrôlées disponibles quant à sa sécurité pendant la grossesse [26].

3.3 Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)

3.3.1 Définition

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est caractérisé par des apnées périodiques au cours du sommeil qui produisent l'hypoxie et les troubles du sommeil.

La polysomnographie est la meilleure méthode de diagnostic [38].

Lors de la grossesse, les troubles respiratoires au cours du sommeil sont caractérisés essentiellement par la prévalence d'un syndrome de haute résistance des voies aériennes supérieures (VAS) plutôt qu'un véritable SAOS, avec un risque de complications fœto-maternelles (hypertension gravidique, pré-éclampsie et retard de croissance intra-utérin) [44].

3.3.2 Physiopathologie

Pendant la grossesse, des modifications physiologiques se produisent. Ces modifications sont engendrées par les hormones. L'augmentation du taux d'œstrogènes peut causer un œdème de la muqueuse des voies respiratoires supérieures et par conséquent une diminution des dimensions du pharynx. Le principal effet de ces changements est l'augmentation de l'incidence du ronflement pendant la grossesse (jusqu'à 47%) qui se voit davantage chez les patientes ayant une pathologie vasculaire gravidique compliquée ou non de pré-éclampsie [21].

Le refoulement diaphragmatique occasionné par l'hypertrophie utérine progressive au cours de la grossesse est responsable d'une réduction de la capacité résiduelle fonctionnelle (CRF) qui conduit par plusieurs phénomènes à une augmentation de résistance des VAS. Il s'y associe une réduction de l'oxygénation maternelle [29]. Ces changements physiologiques normaux pourraient aggraver le SAOS chez les femmes enceintes [37]. Toutefois, ces modifications sont en partie contrebalancées par la présence de fortes concentrations de progestérone, réputée protectrice contre les apnées puisqu'elle augmente la sensibilité des centres respiratoires au CO₂ et améliore la ventilation [11, 31]. Les niveaux physiologiquement élevés de progestérone pendant la grossesse sont censés agir en tant que stimulant ventilatoire et peuvent augmenter le tonus musculaire pharyngé [37].

3.3.3 Epidémiologie

L'incidence du SAOS chez les femmes enceintes est peu connue. La présence d'un SAOS reste rare chez la femme enceinte, au profit de la mise en évidence d'un syndrome de haute résistance des VAS [38, 44].

3.3.4 Facteurs de risques

Les sujets à risque sont les femmes présentant une surcharge pondérale, une somnolence diurne excessive, une rhinite vasomotrice, un œdème du nasopharynx, une diminution de la capacité résiduelle fonctionnelle, une augmentation des éveils pendant le sommeil, un ronflement important avec de possibles pauses respiratoires ou une hypertension artérielle, ainsi que celles ayant présenté au cours de grossesses antérieures un retard de croissance fœtale [21, 29, 36].

Les facteurs qui diminuent le risque de troubles respiratoires au cours de la grossesse sont la posture latérale nocturne et la diminution de la proportion de sommeil paradoxal dont on sait qu'il favorise les apnées [31, 44].

3.3.5 Conséquences

Les conséquences fœtales peuvent être variables : anomalies de fréquence cardiaque fœtale (qui n'est pas retrouvée dans toutes les études) associées aux épisodes apnéiques maternels, retard de croissance fœtale, mort fœtale ou encore des scores d'Apgar bas à la naissance [21, 34, 38].

Les anomalies « apnées-hypopnées » sont plus fréquemment associées au développement de complications fœto-maternelles au rang desquelles on retrouve l'hypertension gravidique, la pré-éclampsie et le retard de croissance intra-utérin [29].

3.3.6 Traitement

La ventilation en pression positive continue est le traitement de référence dans le SAOS dans la population générale mais les données chez la femme enceinte sont limitées. Toutefois, ce traitement au cours de la pré-éclampsie a permis de normaliser les chiffres de pression artérielle systolique et diastolique, d'améliorer la qualité du sommeil et de faire totalement régresser la baisse du débit inspiratoire. Cette méthode est compatible avec la poursuite de la grossesse jusqu'à son terme [21, 29, 36, 44].

La posture de sommeil latérale peut diminuer la survenue des problèmes respiratoires du sommeil. En effet, elle préserve le débit cardiaque et l'acheminement de l'oxygène pendant le sommeil, ce qui évite la survenue des apnées et des hypopnées [36].

3.4 Troubles du sommeil et syndrome anxio-dépressif

Les femmes enceintes signalent fréquemment des troubles du sommeil. Or, la dépression pendant la grossesse n'est pas rare, avec des estimations allant de 10% à 25% des femmes.

Seulement quatre études très récentes ont exploré la relation entre le sommeil et la dépression pendant la grossesse. Ces études ont montré que les femmes qui avaient

des troubles du sommeil en fin de grossesse avaient plus de risques de développer des symptômes de dépression dans les premières semaines du post-partum [39].

Une autre étude suggère que les femmes qui se plaignent de troubles physiques en début de grossesse, sont plus à risque de développer des troubles du sommeil et des symptômes dépressifs en fin de grossesse [22].

L'insomnie pendant la grossesse semble être prédictive d'une symptomatologie dépressive dans le post-partum [28].

Plusieurs études dans la littérature soulignent la relation très significative entre la dépression et l'insomnie [24].

A l'issue de la première partie de ce mémoire dans laquelle nous avons établi le cadre conceptuel de notre sujet, nous allons maintenant présenter notre étude en détaillant la problématique, les hypothèses ainsi que les résultats obtenus.

Deuxième partie

La méthodologie de l'étude

1. Problématique

Ce sujet de mémoire est partie d'un constat fait lors de plusieurs de mes stages et notamment dans le service d'explorations fonctionnelles. En effet, les plaintes des femmes concernant des troubles du sommeil sont fréquentes en fin de grossesse. Or, il semblerait qu'elles ne soient pas toujours prises en compte par les professionnels de santé. Il m'a paru souhaitable de prendre en considération ces plaintes, lorsqu'elles sont évoquées, afin d'évaluer si des conseils ou des propositions thérapeutiques permettraient aux femmes de mieux vivre leur fin de grossesse. Dans cet objectif, j'ai voulu comprendre pour quelles raisons les troubles du sommeil sont si peu pris en compte pendant la grossesse et pourquoi les plaintes des femmes sont souvent minimisées.

Ainsi, j'ai choisi d'étudier les troubles du sommeil pendant le troisième trimestre de la grossesse et notamment ceux qui semblent les plus fréquents tels que l'insomnie, le syndrome des jambes sans repos, et l'apnée du sommeil, moins fréquente mais qui peut toutefois avoir des conséquences sur le bien-être maternel et fœtal. Quelle prise en charge peut-on proposer aux femmes, et un traitement médicamenteux est-il toujours nécessaire ?

Les professionnels de santé et plus particulièrement les sages-femmes, tout au long des consultations prénatales, sont les interlocuteurs privilégiés dans la prise en charge de ce trouble. C'est lors des consultations prénatales que les femmes enceintes évoquent les difficultés auxquelles elles sont confrontées. La sage-femme est alors au premier plan pour proposer une prise en charge adaptée. La question est-elle posée systématiquement en consultation ou en cours de préparation à la naissance, et que proposent alors les sages-femmes dans cette situation ?

Toutes ces questions m'amènent à m'interroger sur la prise en charge qui est actuellement proposée aux femmes enceintes se plaignant de troubles du sommeil.

Ainsi, j'ai choisi de faire, d'une part, un bilan de la fréquence des troubles du sommeil au troisième trimestre de la grossesse et de considérer le ou les traitements qui ont été proposés. D'autre part, je me suis placée du côté des professionnels de santé et plus particulièrement des sages-femmes de consultations prénatales pour connaître leurs habitudes de prise en charge face à ces problèmes.

La question principale que je dégage de cette réflexion et qui constituera la problématique de mon mémoire est de savoir quels sont les troubles décrits par les femmes enceintes, comment s'effectue leur prise en charge et quel est le degré de satisfaction des femmes vis-à-vis de cette prise en charge ?

2. Hypothèses

Nos hypothèses de départ sont les suivantes :

- Les modifications physiologiques de la grossesse ainsi que l'hygiène de vie sont à l'origine de troubles du sommeil.
- Les facteurs psychologiques ont un impact sur le sommeil des femmes enceintes.
- Les femmes sont satisfaites de la prise en charge de leurs troubles pendant la grossesse.
- Les sages-femmes considèrent leurs connaissances suffisantes sur les troubles du sommeil et savent les prendre en charge.

3. Objectifs

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

- Evaluer la fréquence des troubles du sommeil pendant la grossesse et le type de trouble.
- Evaluer le recours à l'automédication.
- Evaluer les propositions thérapeutiques présentées aux femmes enceintes lors des consultations concernant les troubles du sommeil.
- Identifier les techniques alternatives aux médicaments dans les troubles du sommeil.
- Evaluer les connaissances des sages-femmes sur les troubles du sommeil chez la femme enceinte et leur façon de les prendre en charge.

4. Méthodologie

4.1 Le type d'étude réalisé et les outils utilisés

Nous avons mené une étude transversale, descriptive, unicentrique à l'aide de deux questionnaires distribués du 23 août 2012 au 28 décembre 2012. Les données recueillies portent sur les événements ayant eu lieu quelques mois avant.

L'ensemble de cette étude a été réalisée au sein d'une maternité de type III, celle de Port-Royal.

Le premier questionnaire était destiné aux femmes enceintes étant dans leur troisième trimestre de grossesse. Il était distribué soit dans le service de consultations prénatales, soit lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, soit dans le service des explorations fonctionnelles.

Le deuxième questionnaire était destiné aux sages-femmes réalisant des consultations prénatales et/ou des séances de préparation à la naissance.

Les critères d'exclusion et d'inclusion concernant le questionnaire destiné aux patientes sont précisés ci-dessous.

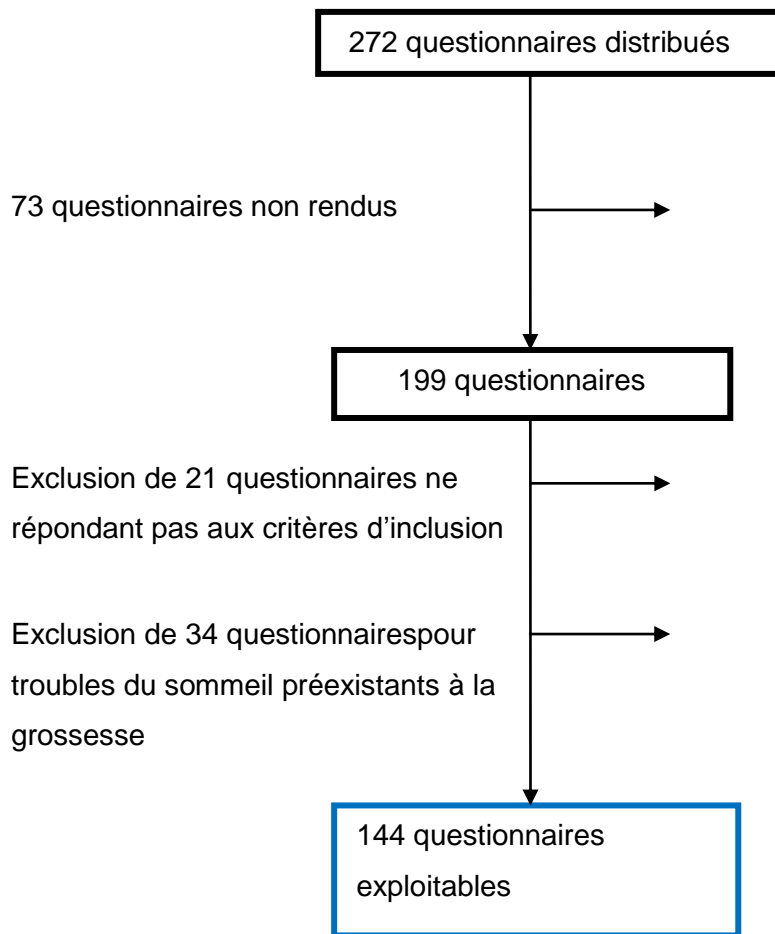
Critères d'inclusion :

- Patiente étant dans son troisième trimestre de grossesse (32 SA).
- Grossesse unique.
- Grossesse spontanée.
- Grossesse physiologique (sans pathologie particulière notamment psychiatrique).

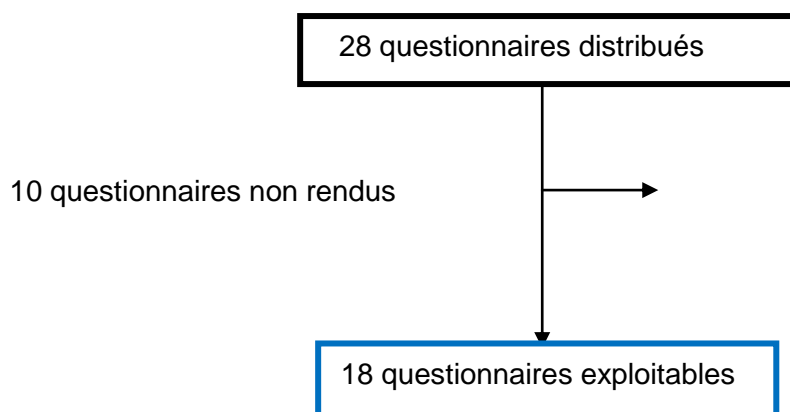
Critères d'exclusion :

- Patiente n'ayant pas encore atteint le troisième trimestre de grossesse.
- Grossesse multiple.
- Grossesse induite.
- Grossesse pathologique ou pathologie préexistante à la grossesse et pouvant influencer sur le sommeil.

Le diagramme suivant présente la répartition des questionnaires destinés aux patientes :



En ce qui concerne les questionnaires distribués aux sages-femmes, le diagramme de répartition est le suivant :



4.2 La méthode

Le choix du questionnaire comme outil de recherche nous a paru le plus adapté pour réaliser une étude quantitative afin de répondre au mieux à nos objectifs.

Le questionnaire a été testé auprès d'une femme enceinte ayant déjà accouché et qui avait présenté des troubles du sommeil pendant sa grossesse. Les suggestions pertinentes ont été prises en compte afin de cibler au mieux le problème et l'attente des femmes vis-à-vis de cette problématique.

Une fois le questionnaire définitif validé et après l'autorisation du Chef de service et de la Sage-femme cadre, nous avons commencé la distribution au sein de la maternité de Port-Royal.

Le questionnaire destiné aux femmes enceintes (annexe I) est divisé en cinq parties, la première concernant des informations générales permettant de définir la population étudiée, la seconde concernant des renseignements sur la grossesse actuelle, la troisième évoquant le sommeil avant la grossesse, la quatrième le sommeil pendant la grossesse et enfin la dernière partie traitant de la prise en charge des troubles du sommeil.

Le questionnaire destiné aux sages-femmes (annexe II) comprend des questions d'ordre général (année d'obtention du diplôme, nombre d'années travaillées au sein de la maternité, expérience en consultations prénatales) et des questions concernant la thématique des troubles du sommeil pendant la grossesse (connaissances, prise en charge).

4.3 Les logiciels et les tests statistiques utilisés

Les logiciels qui ont été employés sont : Word 2007 et Excel 2007.

Afin d'analyser nos résultats, nous avons testé leur significativité par le biais du test du Chi² et de ses dérivés, au risque d'erreur $\alpha = 5\%$ pour les variables qualitatives, grâce au logiciel en ligne BiostaTGV.

5. Présentation des résultats de l'étude

5.1 Caractéristiques de l'échantillon concernant les femmes enceintes

Les caractéristiques de notre population, extraites grâce à la première partie de notre questionnaire sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Caractéristiques de la population	moyenne [min-max] n (%)
Age	31,7 [19-43]
Activité professionnelle	
Actifs	126 (87,5%)
Non actifs	18 (12,5%)
Femme au foyer	11 (61,1%)
Etudiante	4 (22,2%)
Autre	3 (16,7%)
Catégorie socio-professionnelle	
Employés	21 (36,5%)
Professions intermédiaires	59 (46,8%)
Cadres - Professions intellectuelles sup.	46 (16,7%)
Situation familiale	
Célibataire	8 (5,6%)
En couple	56 (38,9%)
Mariée	72 (50%)
Pacsée	7 (4,9%)
NR	1 (0,7%)
Nombre d'enfants au foyer	
0	102 (70,8%)
1	28 (19,4%)
2	8 (5,6%)
3	3 (2,1%)
4	2 (1,4%)
NR	1 (0,7%)
IMC	
Poids insuffisant IMC<18,5	10 (6,9%)
Poids normal 18,5≤IMC≤24,9	107 (74,3%)
Surpoids 24,9<IMC≤29,9	21 (14,6%)
Obésité type I 29,9<IMC≤34,9	5 (3,5%)
Obésité type II 34,9<IMC≤39,9	1 (0,7%)

Tableau 1 :Caractéristiques générales de la population étudiée

5.2 Informations sur la grossesse actuelle

Les questions concernant la grossesse actuelle ont été réunies dans le tableau récapitulatif suivant :

Grossesse	moyenne [min-max] n (%)
Terme	
en semaines d'aménorrhées (SA)	38 [32-41]
Parité	
Nullipare	103 (71,5%)
Multipare	41 (28,5%)
Primipare	29 (20,1%)
Deuxième Pare	7 (4,9%)
Troisième Pare	3 (2,1%)
Quatrième Pare	2 (1,4%)
Professionnels suivant la grossesse	
1	124 (86,1%)
Sage-femme	73 (58,9%)
Obstétricien	51 (41,1%)
2 (Sage-femme et obstétricien)	20 (13,9%)
Grossesse souhaitée par la femme	
oui	134 (93,1%)
non mais bien acceptée	10 (6,9%)
non	0 (0,0%)
NR	0 (0,0%)
Grossesse souhaitée par l'homme	
oui	133 (92,4%)
non mais bien acceptée	9 (6,3%)
non	1 (0,7%)
NR	1 (0,7%)
Activité professionnelle pendant la grossesse	
oui	121 (84,0%)
non	22 (15,3%)
NR	1 (0,7%)
Arrêts de travail	
oui	72 (50,0%)
non	69 (47,9%)
Pas d'activité professionnelle durant la grossesse	3 (2,1%)
Durée de l'arrêt de travail (en jours)	23,5 [2-80]
Prise de poids	
< 10 kg	20 (13,9%)
10 ≤ poids ≤ 15 kg	92 (63,9%)
15 < poids ≤ 20 kg	21 (14,6%)
> 20 kg	11 (7,6%)

Tableau 2 : Informations générales sur la grossesse actuelle

Les femmes considérées comme primipares sont des femmes ayant déjà accouché une fois.

La durée moyenne de l'arrêt de travail exprimée dans le tableau ci-dessus ne prend pas en compte le congé maternité.

5.3 Sommeil et grossesse

Le tableau suivant montre les résultats concernant les troubles du sommeil pendant la grossesse :

Sommeil et grossesse	moyenne [min-max] n (%)
Troubles du sommeil pendant la grossesse	
oui	99 (68,8%)
non	44 (30,6%)
NR	1 (0,7%)
Troubles présents	
1er trimestre	16 (16,2%)
2ème trimestre	29 (29,3%)
3ème trimestre	81 (81,8%)
Insomnie	
oui	129 (89,5%)
non	15 (10,4%)
SJSR	
oui	2 (1,4%)
non	142 (98,5%)
Ronflements	
oui avant la grossesse	7 (4,9%)
oui depuis la grossesse	16 (11,1%)
non	100 (69,4%)
ne sait pas	15 (10,4%)
NR	6 (4,2%)
Automédication en cas de troubles	6 (6,1%)

Tableau 3 : Troubles du sommeil et grossesse

Ainsi, nous constatons que deux femmes sur trois qui n'avaient pas de troubles du sommeil avant la grossesse en présentent pendant leur grossesse. De plus, la majorité de ces troubles sont présents au troisième trimestre de la grossesse.

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de la qualification du sommeil par les femmes avant et pendant la grossesse :

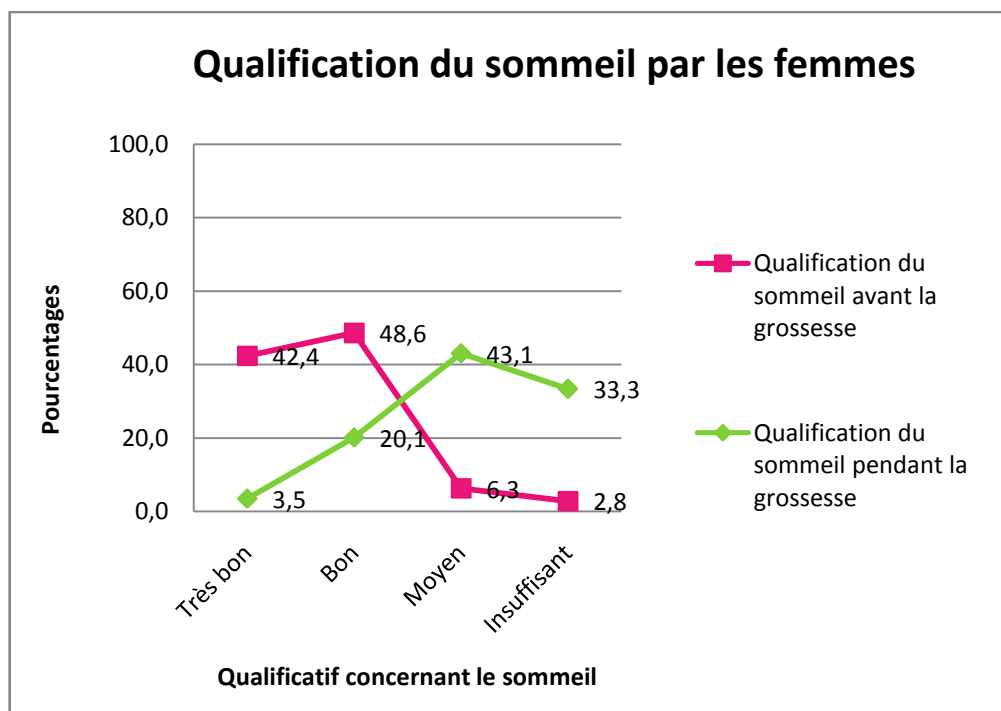


Figure 1 :Qualificatif employé par les femmes pour définir leur sommeil

Nous nous apercevons que les tendances sont quasiment inversées dans le ressenti de la qualité du sommeil avant et pendant la grossesse. En effet, avant la grossesse, une majorité de femmes considèrent leur sommeil comme étant de très bonne ou de bonne qualité (91%). En revanche, pendant la grossesse, les femmes considèrent leur sommeil comme étant de qualité moyenne ou insuffisante le plus souvent (76,4%).

Le nombre d'heures de sommeil par nuit avant et pendant la grossesse en fonction de la présence ou non de troubles du sommeil pendant la grossesse est récapitulé dans les deux graphiques suivants :

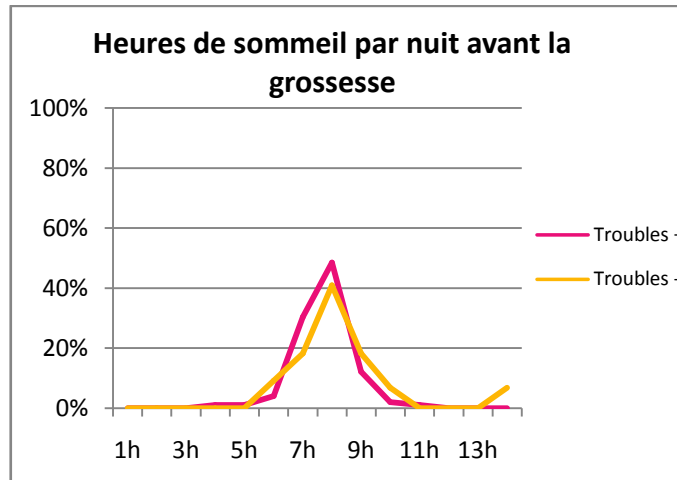


Figure 2 :Durée de sommeil par nuit avant la grossesse

Cette figure montre qu'avant la grossesse, la durée moyenne de sommeil par nuit est quasiment équivalente que les femmes aient présenté ou non des troubles du sommeil pendant leur grossesse. La durée de sommeil par nuit avant la grossesse ne semble donc pas influencer sur la survenue ultérieure de troubles du sommeil lors de la grossesse.

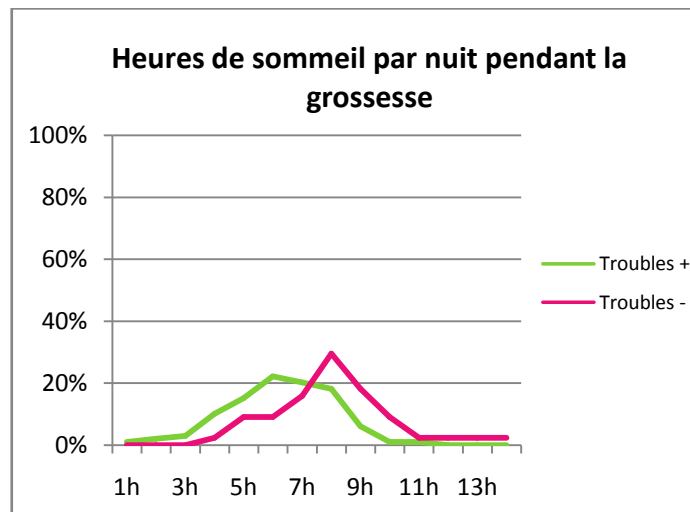


Figure 3 :Durée de sommeil par nuit pendant la grossesse

Ce graphique est à comparer à celui présenté ci-dessus. En effet, nous pouvons constater que la durée de sommeil moyenne par nuit pendant la grossesse est plus faible lorsque les femmes présentent des troubles du sommeil par rapport à celles qui n'en rapportent pas. En revanche, le profil d'heures de sommeil par nuit est le même pour toute ma population avant la grossesse.

5.3.1 Les modifications physiologiques de la grossesse et l'hygiène de vie pendant la grossesse

5.3.1.1 La prise de poids

Voici les tableaux récapitulant les différents tests de Chi2 effectués afin d'étudier la relation entre la prise de poids pendant la grossesse et la présence ou non de troubles du sommeil :

Variable	n manquant	Troubles du sommeil n (%)	Absence de troubles n (%)	p (Chi2)
Total = 144	n = 1	99 (100)	44 (100)	
Prise de poids > 12 kg		63 (63,6)	21 (47,7)	0,0745

Tableau 4 :Prise de poids et troubles du sommeil

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre la prise de poids et le fait que les femmes aient ou non des troubles du sommeil.

Le même calcul a été réalisé pour essayer de voir s'il existait une relation entre la prise de poids pendant la grossesse et la présence de ronflements depuis la grossesse mais aucune différence significative n'a pu être mise en évidence.

5.3.1.2 La sieste

Les tableaux suivants montrent le résultat des tests statistiques en fonction de la présence ou non de sieste avant ou pendant la grossesse sur la survenue de troubles du sommeil.

Variables	n manquant	Présence de troublesn (%)	Absence de troubles n (%)	p (Chi2)
Total = 144	n = 1	99 (100)	44 (100)	
Sieste(s) avant la grossesse		42 (42,4)	15 (34,1)	0,3475
	n = 2	99 (100)	43 (100)	
Sieste(s) pendant la grossesse		70 (70,7)	30 (69,8)	0,9102

Tableau 5 :Sieste et troubles du sommeil

Nous n'observons pas de différence significative sur les troubles du sommeil selon le fait que les femmes fassent ou non une sieste dans la journée, que ce soit avant ou pendant la grossesse.

Par ailleurs, il semble que les femmes réalisent plus fréquemment des siestes pendant la grossesse, qu'elles présentent ou non des troubles du sommeil (70% versus 42% et 69% versus 34%). Nous avons réalisé un test statistique afin de vérifier cette hypothèse. Les variables étant appariées, nous avons utilisé le test de Mac Nemar. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Variable	n manquant	Sieste(s) pendant la grossesse n (%)	Absence de sieste(s) pendant la grossesse n (%)	p (Test de Mac Nemar)
Total = 144	n = 1	101 (100)	42 (100)	
Sieste(s) avant la grossesse		52 (51,5%)	5 (11,9%)	4,8699.10⁻⁹

Tableau 6 :Sieste avant et pendant la grossesse

Ce test est significatif donc nous pouvons affirmer que les femmes qui faisaient déjà des siestes avant la grossesse sont celles qui en font le plus pendant la grossesse, qu'elles aient ou non des troubles du sommeil.

Variable	n manquant	Présence d'insomnien (%)	Absence d'insomnien (%)	p (Chi2 corrigé de Yates)
Total = 144	n = 1	129 (100)	14 (100)	
Sieste(s) pendant la grossesse		95 (73,6)	6 (42,9)	0,0363

Tableau 7 :Sieste et insomnie

Dans cette analyse, nous pouvons conclure que les femmes considérées comme ayant des insomnies de part la définition donnée dans la première partie de ce mémoire (au moins un item sélectionné) font significativement plus de siestes que celles qui n'en ont pas. Toutefois, nous n'avons pas pris en compte le facteur de fréquence de survenue de ces insomnies comme suggéré par certains auteurs dans leur définition de l'insomnie.

5.3.1.3 La consommation de substances excitantes

Relation entre la consommation de substances excitantes et l'existence ou non de troubles du sommeil :

Variables	n manquant	Présence de troubles n (%)	Absence de troubles n (%)	p (Chi2 / Chi2 corrigé de Yates)
Total = 144	n = 2	99 (100)	43 (100)	
Consommation de café/thé		56 (56,6)	20 (46,5)	0,2697
	n = 2	98 (100)	44 (100)	
Consommation de tabac		8 (8,2)	4 (9,1)	0,8867
Consommation d'alcool	n = 2	13 (13,3)	4 (9,1)	0,4786

Tableau 8 : Consommation d'excitants et troubles du sommeil

Nous ne montrons pas de lien entre la consommation de substances excitantes et la présence de troubles du sommeil puisque nos résultats ne sont pas significatifs.

5.3.1.4 Le dîner

Relation entre le fractionnement du dîner le soir et l'heure de prise par rapport à l'existence de troubles du sommeil, notamment dû aux réveils par l'acidité gastrique et le reflux.

Variables	n manquant	Présence de troubles n (%)	Absence de troubles n (%)	p (Chi2 / Fisher)
Total = 144	n = 5	97 (100)	42 (100)	
Fractionnement du dîner		12 (12,4)	8 (19,0)	0,3031
	n = 5	98 (100)	41 (100)	
Prise du dîner avant ou à 21h		92 (93,9)	37 (90,2)	0,4809

Tableau 9 : Dîner et troubles du sommeil

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur les troubles du sommeil selon que les femmes fractionnent ou non leur repas et selon l'heure de prise de ce dernier.

5.3.1.5 L'association des troubles du sommeil aux petits maux de la grossesse ou à des situations psychologiques difficiles

Le diagramme ci-dessous présente les facteurs auxquels les femmes enceintes associent leurs troubles du sommeil.

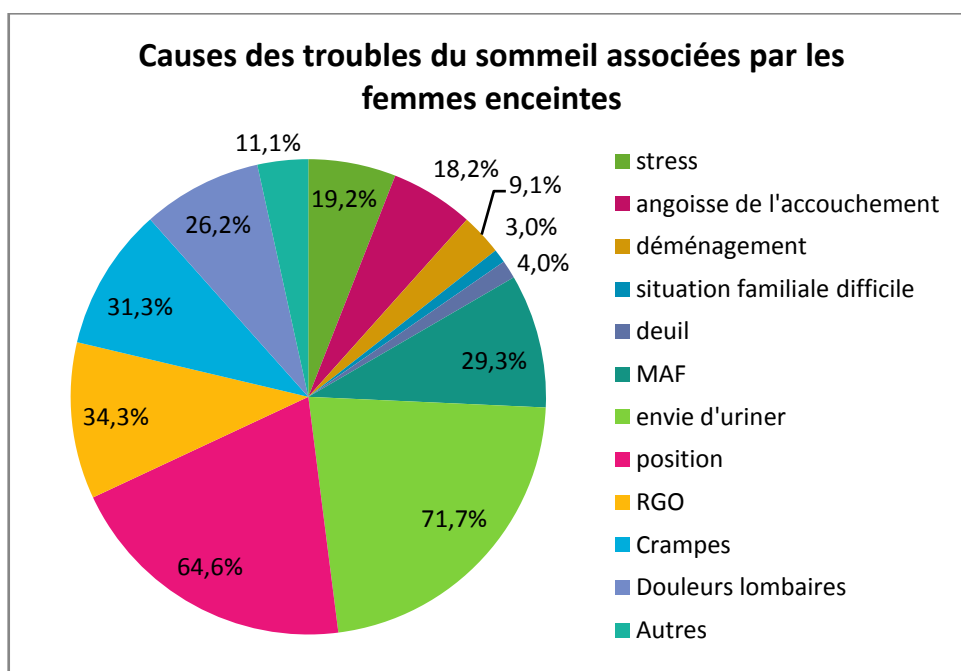


Figure 4 : Causes des troubles du sommeil évoquées par les femmes enceintes

La figure ci-dessus met en évidence les causes auxquelles les femmes enceintes associent leurs troubles. Les plus évoquées sont l'envie fréquente d'uriner pour 71,7% des femmes, la position de sommeil difficile à trouver pour 64,6%, le reflux gastro-œsophagien (RGO) pour 34,3%, les crampes pour 31,3%, les mouvements actifs fœtaux (MAF) pour 29,3%, les douleurs lombaires pour 26,2% mais aussi le stress pour 19,2% d'entre elles et l'angoisse de l'accouchement pour 18,2%. En définitive, nous constatons que toutes ces causes sont inhérentes à l'état de grossesse et aux modifications qui y sont associées.

Le tableau suivant illustre ce qu'ont répondu les femmes estimant avoir des troubles du sommeil pour les décrire.

Description des troubles	n	%
Réveils fréquents	37	37,4
Insomnies	27	27,3
Difficultés d'endormissement / à se rendormir	24	24,2
Réveil matinal	8	8,1
Grosse fatigue la journée	5	5,1
Cauchemars	3	3,0
Rêves (en augmentation, bizarres, ...)	3	3,0
Sommeil plus précoce	2	2,0
Sommeil peu profond	1	1,0

Tableau 10 :Description des troubles du sommeil par les femmes enceintes

5.3.2 Les facteurs psychologiques qui peuvent influencer sur la grossesse

5.3.2.1 La situation familiale

Le tableau ci-dessous présente les résultats des tests statistiques selon que la femme soit célibataire ou qu'elle ait déjà un enfant, et la présence ou non de troubles.

Variables	n	Présence de troubles n (%)	Absence de troubles n (%)	p (Chi2 / Chi2 corrigé de Yates / Fisher)
Total = 144	n = 2	98 (100)	44 (100)	
Célibataire		6 (6,1)	2 (4,5)	1
	n = 1	99 (100)	44 (100)	
Nullipare		69 (69,7)	33 (75,0)	0,5174
	n = 2	98 (100)	44 (100)	
Nombre d'enfant(s) vivant(s) au foyer ≤ 1		89 (90,8)	40 (91,0)	0,7665

Tableau 11 :Situation familiale, obstétricale et troubles du sommeil

Ce tableau ne met pas en évidence de différence significative dans le fait d'être célibataire ou d'avoir au plus, un enfant, vis-à-vis des troubles du sommeil.

5.3.2.2 Le projet de grossesse

Nous avons cherché à savoir si le fait que la grossesse soit souhaitée ou non pouvait influencer sur l'apparition de troubles du sommeil pendant la grossesse.

Variables	n manquant	Présence de troubles n (%)	Absence de troubles n (%)	p (Chi2 corrigé de Yates)
Total = 144	n =	99 (100)	44 (100)	
Grossesse souhaitée par la femme		91 (92,0)	42 (95,5)	0,6819
	n = 2	98 (100)	44 (100)	
Grossesse souhaitée par l'homme		91 (92,9)	41 (93,2)	0,7759

Tableau 12 : Désir de grossesse et troubles du sommeil

Nous ne mettons pas en évidence de lien entre le projet de grossesse et l'apparition de troubles du sommeil puisque les résultats ne sont pas significatifs.

Dans l'analyse concernant les hommes, les données « grossesse non souhaitée mais bien acceptée » et « grossesse non souhaitée » ont été regroupées.

5.3.2.3 Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et l'évocation des caractéristiques du sommeil

Nous avons tenté de savoir si la participation à des cours de PNP et l'évocation des modifications physiologiques du sommeil pendant la grossesse diminuait l'apparition de ces troubles :

Variables	n manquant	Présence de troubles n (%)	Absence de troubles n (%)	p (Chi2)
Total=144	n = 2	99 (100)	43 (100)	
Présence à des cours de PNP		62 (62,6)	31 (72,1)	0,2756
Sous total = 93	n = 0	62 (100)	31 (100)	
Evocation du sommeil lors des cours de PNP	n = (0)	25 (40,3)	11 (35,5)	0,6516

Tableau 13 : PNP et troubles du sommeil

Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la participation aux cours de PNP, l'évocation du sommeil lors de ces cours et l'apparition de troubles car les résultats ne sont pas significatifs.

5.3.2.4 La consultation chez le psychologue

De la même façon, nous avons cherché à savoir si l'orientation vers un psychologue pouvait être bénéfique sur les troubles du sommeil pendant la grossesse. Toutefois, nous ne retrouvons pas de lien entre la consultation chez le psychologue et la présence de troubles du sommeil car les résultats sont non significatifs.

De plus, sur les quatre femmes enceintes ayant consulté un psychologue, seule une a évoqué ces troubles du sommeil pendant cette consultation et a considéré l'apport de cet entretien comme peu utile.

5.3.2.5 Les arrêts de travail

Nous ne mettons pas en évidence de différences significatives concernant les arrêts de travail par rapport à la présence ou non de troubles.

Douze femmes présentant des troubles du sommeil ont bénéficiés du congé pathologique. Les arrêts de travail sont donc plus fréquents lorsqu'ils correspondent à la zone du congé pathologique.

La durée moyenne des arrêts de travail que la patiente ait ou non des troubles du sommeil est de 23,5 jours [2-80] sans prendre en compte le congé de maternité.

5.3.2.6 Les complications durant les grossesses précédentes

Nous avons essayé de mettre en évidence une relation entre les complications survenues lors des grossesses précédentes et les troubles du sommeil lors de cette grossesse actuelle :

Variable	n manquant	Présence de troubles n (%)	Absence de troubles n (%)	p (Fisher)
Total = 144				
Sous-total = 43	n = 0	32 (100)	11 (100)	
Complications lors des grossesses précédentes		8 (25,0)	0 (0,0)	0,0900

Tableau 14 : Complications obstétricales et troubles du sommeil

Nous ne mettons pas en avant de différence significative entre les femmes qui ont eu des complications lors de leurs précédentes grossesses et la survenue de troubles.

5.3.3 La satisfaction des femmes enceintes vis-à-vis de leur prise en charge

5.3.3.1 L'automédication

Nous avons cherché à évaluer le recours à l'automédication pour traiter les troubles du sommeil.

6,1% des femmes présentant des troubles du sommeil ont eu recours à l'automédication. Sur ces six femmes, trois d'entre elles ont utilisé la phytothérapie (Euphytose[®], Fleur de Bach[®]), deux des substances homéopathiques et une femme ne se souvenait plus de ce qu'elle avait pris.

5.3.3.2 Les solutions trouvées par les femmes

35,4% des femmes ayant des troubles du sommeil ont trouvées elles-mêmes des solutions pour améliorer leur sommeil. Le tableau suivant les résume :

Solution trouvée	n	%
Position pour dormir / Coussin d'allaitement / Oreiller sous le ventre / Surélévation des pieds du lit	26	74,3
Techniques de relaxation et médecines douces (bain relaxant, douche avant le coucher, respiration, étirements pour soulager les douleurs de dos, ostéopathie, homéopathie)	6	17,1
Pas de sieste en journée	5	14,3
Sieste en journée	4	11,4
Tisane	3	8,6
Moyens matériels pour améliorer le sommeil (matelas plus confortable, masque de sommeil, bouchons d'oreille)	3	8,6
Repousser l'heure du coucher	1	2,9

Tableau 15 : Solutions trouvées par les femmes pour améliorer leur sommeil

5.3.3.3 Les troubles du sommeil aux vues des femmes enceintes

37,4% des femmes ayant des troubles les considèrent comme gênant, contre 56,6%. 6,1% de femmes ne se prononcent pas. Le tableau suivant récapitule les raisons données par les femmes pour expliquer en quoi elles trouvent ces troubles gênants pour profiter de la fin de leur grossesse :

Explications	n	%
Fatigue en journée	30	81,1
Troubles de l'humeur (irritabilité, susceptibilité, énervement)	7	18,9
Stress, anxiété, sensation de non sérénité	5	13,5
Syndrome pseudo-dépressif (baisse de moral, moins le temps et l'envie de prendre soin de soi)	3	8,1
Vie sociale limitée	3	8,1
Manque de concentration	2	5,4
Appréhension / frustration au coucher	2	5,4
Inconfort au lever	2	5,4
Non renseigné	4	10,8

Tableau 16 :Explications des femmes concernant la gêne occasionnée par les troubles du sommeil

5.3.3.4 L'évocation des troubles du sommeil

Durant les consultations prénatales, nous avons voulu savoir si les professionnels questionnaient systématiquement les femmes enceintes au sujet de la qualité de leur sommeil.

Ainsi, 41,7% des femmes ont été interrogées au moins à une consultation sur leur sommeil contre 52,1% qui ne l'ont pas été. 0,7% ne se souvenait pas et 5,6% des femmes n'ont pas répondu à cette question.

De plus, dans notre population, 65,3% des femmes ont participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Dans 38,3% des cas, la sage-femme leur a parlé des modifications du sommeil pendant la grossesse. Néanmoins, dans 52,1% des cas, le sommeil n'a pas été abordé et dans 4,3% des cas, les femmes n'ont pas pu répondre à la question car elles n'avaient pas encore fini toutes les séances. 5,3% de femmes n'avaient pas répondu à cette question.

5.3.3.5 La prise en charge de ces troubles

Lorsque les troubles du sommeil ont été évoqués par la femme, nous observons le même pourcentage de femmes pour lesquelles ils ont été pris en charge que celles pour lesquelles ils n'ont pas été pris en charge (27,3%). 45,5% des femmes ayant des troubles ne les ont pas évoqués et n'ont donc pas pu répondre à la question de leur prise en charge.

27,3% des patientes ont reçu des conseils pour améliorer leur sommeil alors que 28,3% n'ont pas reçu. 44,4% n'ayant pas décrit leur trouble, elles n'ont pas répondu à la question.

Le tableau suivant montre les conseils qui ont été prodigués par les professionnels de santé à ces femmes :

Conseils donnés	n	%
Conseils d'hygiène pour éviter le RGO (dîner tôt, faire un repas léger, fractionner les repas, éviter certains aliments, prendre du jus de citron, Gaviscon®)	12	44,4
Techniques de relaxation et médecines douces (bain relaxant, se ménager, relaxation, yoga, ostéopathie, homéopathie, faire du sport)	9	33,3
Phytothérapie (Euphytose®, tisanes, boire de l'eau)	8	29,6
Position pour dormir (semi-assise, coussin d'allaitement, surélever les jambes)	7	25,9
Kinésithérapie / Planche dure sous le matelas pour le dos	3	11,1
Faire des siestes	2	7,4
Magnésium pour éviter les crampes	1	3,7
Psychologue proposée	1	3,7
Non renseigné	2	7,4

Tableau 17 :Conseils reçus par les femmes enceintes

8,1% des patientes ont reçu une prescription médicale suite à leur plainte face à leurs troubles du sommeil contre 53,5% qui n'en ont pas reçue. Parmi celles ayant bénéficié d'une prescription, deux ont eu de l'Euphytose®, une du Donormyl®, deux un traitement contre le reflux tel que le Mopral® et le Gaviscon®, une du Magné B6® et une de l'homéopathie.

De plus, ces traitements ne sont pas toujours efficaces. En effet, les patientes ayant pris du Donormyl®, du Mopral® et du Gaviscon® ont trouvé le traitement très utile, l'homéopathie et le Magné B6® ont été trouvés utiles mais l'Euphytose® a été considérée comme peu utile voire inutile.

En revanche, 7,4% de patientes ont eu un arrêt de travail après avoir évoqué leurs troubles du sommeil.

38,4% des patientes ayant des troubles du sommeil ne les ont pas décrits et n'ont donc pas eu de prescription.

3% des femmes ont été orientée vers un autre professionnel pour essayer de trouver une solution à leurs troubles contre 49,5% qui n'ont pas été orientées. 47,5% des femmes n'ayant pas décrit leurs troubles n'ont pas répondu à cette question.

Parmi celles qui ont été orientées, 66,7% (2 sur 3) l'ont été vers un psychologue et 33,3% (1 sur 3) l'ont été vers un kinésithérapeute suite à des douleurs lombaires.

Pour 32,3% des femmes ayant des troubles, aucune information n'a été faite par les professionnels de santé en ce qui concerne les méthodes de relaxation et de médecines douces tels que la sophrologie, le yoga, l'homéopathie, la phytothérapie et l'acupuncture, pour tenter d'améliorer leurs troubles.

5.3.3.6 La satisfaction

40,4% des femmes se considèrent satisfaites de la prise en charge de leurs troubles du sommeil. 25,3% sont non satisfaites ; 3% sont plus ou moins satisfaites et 31,3% n'ont pas répondu à cette question.

Le tableau ci-dessous résume les explications des femmes lorsqu'elles s'estimaient non satisfaites de leur prise en charge :

Explications quand patiente non satisfaite	n	%
Sujet non abordé par le professionnel et/ou la patiente – Consultations rapides – Sujet « commun »	11	44,0
Pas de prise en charge	7	28,0
Non écoutée – Non orientée – Pas de conseils donnés car troubles considérés comme « normaux »	6	24,0
Aucun effet de la prise en charge	1	4,0
Solution trouvée seule	1	4,0
Non renseigné	6	24,0

Tableau 18 : Explications données par les femmes pour expliquer leur insatisfaction vis-à-vis de leur prise en charge

Le tableau ci-dessous montre la relation entre la satisfaction et le fait que le professionnel ait ou non, à un moment donné de la grossesse, interrogé la femme enceinte sur son sommeil :

Variable	n manquant	Femmes satisfaites n (%)	Femmes non satisfaites n (%)	p (Chi2)
Total = 144				
Sous-total = 99	n = 38	36 (100)	25 (100)	
Question posée lors d'une consultation au moins		32 (72,2)	11 (44,0)	0,0019

Tableau 19 :Evocation du sommeil de la femme enceinte à un moment donné de sa grossesse et satisfaction de la femme vis-à-vis de sa prise en charge

Ainsi, nous pouvons conclure qu'il existe une différence significative au risque α de 5% dans le fait que les femmes à qui on a posé, pendant les consultations prénatales la question de la qualité de leur sommeil, sont plus satisfaites de leur prise en charge que les femmes à qui le professionnel n'a pas posé la question.

Un nombre important de patientes ont été exclues de l'analyse soit parce qu'elles n'avaient pas répondu à la question concernant la satisfaction ou qu'elles se considéraient plus ou moins satisfaites, soit parce qu'elles ne se souvenaient plus si on leur avait posé la question au sujet de la qualité de leur sommeil.

5.4 Caractéristiques de l'échantillon concernant les sages-femmes

Les sages-femmes qui ont répondu à notre questionnaire sont diplômées de différentes écoles françaises, avec toutefois une part un peu plus importante pour les écoles de Baudelocque (22,20%) et de Saint-Antoine (16,70%).

De plus, les années d'obtention du diplôme s'échelonnent de 1976 à 2012.

La durée du temps travaillé au sein de la maternité de Port-Royal est en moyenne de 150,3 mois soit douze ans et demi. L'ancienneté varie de quatre mois à trente six ans.

La majeure partie des sages-femmes, soit 83,30%, réalisent régulièrement des consultations prénatales.

5.4.1 Connaissances des sages-femmes au sujet des troubles du sommeil pendant la grossesse

Le graphique suivant illustre les résultats de l'autoévaluation des sages-femmes au sujet de leurs connaissances sur les troubles du sommeil.

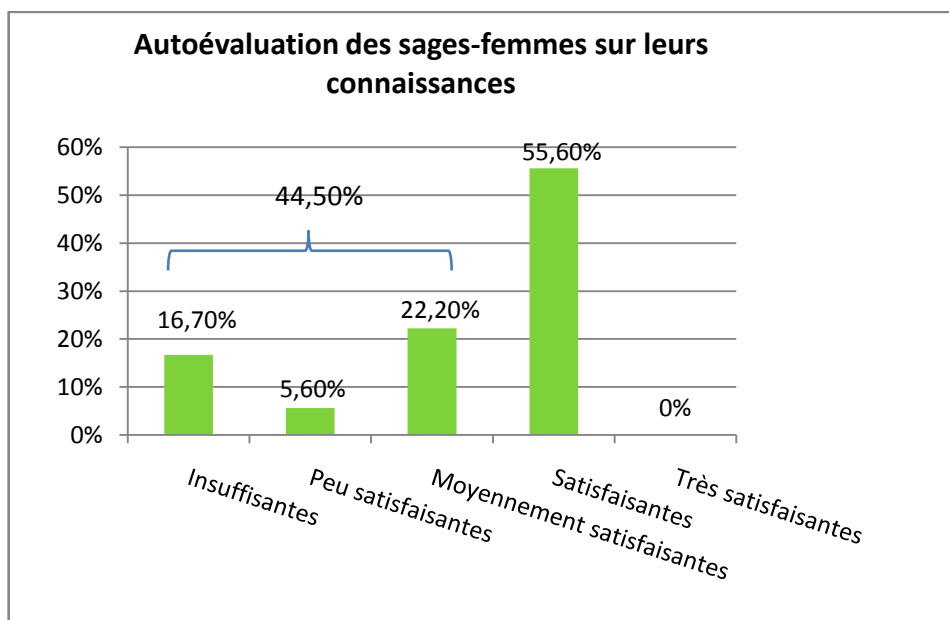


Figure 5 : Autoévaluation des sages-femmes sur leurs connaissances des troubles du sommeil

Une sage-femme ayant répondu que ses connaissances étaient à la fois insuffisantes et moyennement satisfaisantes, nous l'avons placé dans le groupe « connaissances peu satisfaisantes ».

En outre, 66,7% des sages-femmes ne se sentent pas démunies face à une femme qui leur évoque ces troubles du sommeil. Toutefois, 33,3% des sages-femmes se sentent démunies et les explications qu'elles ont données sont résumées dans le tableau suivant :

Explications des sages-femmes	n	%
Peu de formation théorique sur le sujet / Pas de cours à l'école sur ce sujet / Peu d'informations	2	33,3
Peu de médicaments autorisés pendant la grossesse / Pas de traitement naturel efficace	2	33,3
Pas de solution à donner aux patientes	1	16,7
Non renseigné	1	16,7

Tableau 20 : Pourquoi les sages-femmes se sentent-elles démunies ?

Ce tableau présente la relation entre le niveau de connaissance des sages-femmes et l'évocation du sommeil pendant la grossesse ainsi que la recherche de l'étiologie du trouble.

Variables	n manquant	Connaissances Très satisfaisantes à satisfaisantes n (%)	Connaissances moyennement satisfaisantes à insuffisantes n (%)	p (Chi2 corrige de Yates / Fisher)
Total = 18	n = 0	10 (100)	8 (100)	
Evocation du sommeil		6 (60,0%)	4 (50,0%)	0,9577
Recherche des circonstances d'apparition des troubles		10 (100,0%)	4 (50,0%)	0,0229

Tableau 21 :Lien entre les connaissances des sages-femmes et l'évocation du sommeil pendant la grossesse

Nous ne retrouvons pas de lien entre les connaissances des sages-femmes et le fait d'évoquer le sommeil puisque notre résultat n'est pas significatif.

Néanmoins, les sages-femmes estimant leurs connaissances suffisantes, recherchent significativement plus souvent les circonstances d'apparition des troubles du sommeil que les autres sages-femmes.

En ce qui concerne l'orientation des patientes vers un autre professionnel de santé, notre étude montre que, quelques soient les connaissances des sages-femmes, elles orientent toutes les patientes.

5.4.2 Prise en charge par les sages-femmes des troubles du sommeil

Le tableau suivant récapitule l'ensemble des conseils donnés par les sages-femmes aux femmes enceintes dans le but d'améliorer la qualité de leur sommeil.

Conseils donnés par la sage-femme	n	%
Médecine douce (relaxation, sophrologie, yoga, exercices de respiration, pratiquer une activité physique douce en journée, soins de bien-être, massages)	12	66,7
Adapter le rythme de sommeil à chaque patiente (dormir dès que l'envie de sommeil arrive, en journée ou la nuit, dormir à heures régulières, moments de calme dans la journée, pas d'ordinateur avant le coucher)	11	61,1
Revoir le mode d'alimentation (fractionnement des repas, horaire des repas, éviter tout excitant : thé/coca/café à partir de 13h, boire un verre d'eau lors des réveils)	8	44,4
Objectiver les motifs, symptômes de leurs troubles – Importance de la discussion pour essayer de comprendre l'élément déclencheur	4	22,2
Changer de positions, s'adapter à la nouvelle morphologie (coussin d'allaitement pour se caler)	4	22,2
Se préparer à l'accouchement	3	16,7
Rassurer sur la fréquence de ce trouble	1	5,6
Evaluer la qualité de la literie	1	5,6
Diminuer les siestes	1	5,6
Prévention de l'automédication	1	5,6
Non renseigné	1	5,6

Tableau 22 :Conseils donnés aux femmes enceintes par les sages-femmes

Le tableau ci-dessous présente les différentes prescriptions faites aux femmes enceintes dans le cadre de leurs troubles du sommeil.

Prescription par la sage-femme	n	%
Phytothérapie (dont tisanes, Euphytose [®])	15	83,3
Homéopathie	10	55,6
Anxiolytiques (si troubles graves, le moins possible, en dernier recours, avec l'accord d'un médecin)	3	16,7%
Magnésium	2	11,1
Donormyl [®]	2	11,1
Atarax [®] 25mg le soir (rarement) et seulement si la femme est angoissée	2	11,1
Mopral [®] si le reflux est l'étiologie	1	5,6
Oméga 3	1	5,6
Arrêt de travail	1	5,6

Tableau 23 :Prescriptions des sages-femmes en vue d'améliorer le sommeil des femmes

Le tableau ci-dessous résume vers quel professionnel la sage-femme oriente ses patientes lorsqu'elle considère que la résolution des troubles n'est pas entièrement de son ressort.

Orientation vers un autre professionnel	n	%
Psychologue	17	94,4
Psychiatre	8	44,4
Autre	5	27,8
Médecin spécialiste du sommeil	3	16,7
Conseillère conjugale et familiale	1	5,6

Tableau 24 :Type de professionnel vers lequel les sages-femmes orientent les femmes

Parmi les professionnels cités dans la catégorie « Autre », nous retrouvons dans deux cas l'acupuncteur et l'ostéopathe et dans un cas l'assistante sociale, le kinésithérapeute, la sage-femme sophrologue et le référent religieux.

Quelques sages-femmes ont spécifié que l'orientation des femmes dépendait beaucoup de l'étiologie de leurs troubles.

50% des sages-femmes interrogées donnent des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Parmi ces sages-femmes, 44,4% évoquent systématiquement les caractéristiques du sommeil pendant la grossesse alors que 55,6% d'entre elles n'évoquent ce thème que parfois, ou en réponse à une question.

A l'issue de la deuxième partie de ce mémoire dans laquelle nous avons présenté nos résultats, nous allons maintenant les analyser et les comparer aux données de la littérature. Nous terminerons en proposant une prise en charge des patientes présentant des troubles du sommeil.

Troisième partie

Analyse et discussion

1. Forces et limites de l'étude

Notre étude comporte un certain nombre de limites. En effet, c'est une étude monocentrique réalisée au sein de la maternité de Port-Royal, nous ne pouvons donc pas généraliser nos résultats à l'ensemble de la population.

De plus, nous avons choisi la méthode quantitative par questionnaire, or, seules les femmes parlant et comprenant correctement le français ont pu y répondre, ce qui constitue un biais de sélection.

Par ailleurs, ces questionnaires ont été distribués à la fois en consultation mais aussi en cours de préparation à la naissance et au centre d'explorations fonctionnelles. Ainsi, nous pouvons mettre en avant un nouveau biais de sélection dans la mesure où toutes les femmes enceintes ne participent pas forcément aux cours de préparation à la naissance et qu'elles ne sont pas toutes suivies au centre d'explorations fonctionnelles.

De même, nos critères d'inclusion étant restrictifs, nous n'avons pris en compte que les grossesses physiologiques. Le biais de sélection n'est donc pas négligeable dans notre étude. Ce biais pourrait expliquer le fait que l'on ne retrouve pas de femmes présentant un SAOS et que seulement deux patientes aient un SJSR, ce qui ne nous a pas permis de les étudier.

Les réponses aux questions concernant le questionnaire remis aux patientes reposent sur des données subjectives puisque faisant appel à leur mémoire et à leur ressenti. De ce fait, les troubles ne sont pas vécus par toutes les femmes de la même manière. Par conséquent, il apparaît difficile d'évaluer réellement la présence des troubles du sommeil dans notre population. Notre étude comporte donc un biais d'information et de mémorisation. En effet, aucun test « scientifique » ou médical n'a été réalisé pour appuyer nos résultats.

Toutefois, une part non négligeable de femmes évoque leur gêne vis-à-vis de troubles du sommeil pendant leur grossesse et malgré les biais de notre étude, il nous a paru important de les prendre en compte et de les étudier. L'échantillon sélectionné est cohérent avec la population visée dans l'objectif de notre étude. La validité interne est donc respectée.

En revanche, les résultats de notre étude ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population du fait des nombreux biais cités ci-dessus. De plus, nous avons étudié une population à bas risques obstétricaux, dans un seul centre et seules les femmes parlant le français pouvaient y participer.

Au vu de nos hypothèses, nous avons choisi de réaliser une étude descriptive transversale qui est de faible niveau de preuve scientifique. Néanmoins, nous pouvons considérer que nous avons eu un bon taux de retour des questionnaires puisque celui-ci est de 52,9% pour le questionnaire destiné aux patientes et de 64,3% pour le questionnaire destiné aux sages-femmes. De plus, c'est une étude qui a intéressé tant les femmes que les sages-femmes, puisqu'elles ont bien adhéré et ont pris le temps de répondre à notre questionnaire.

2. Discussion

2.1 Les modifications physiologiques de la grossesse et l'hygiène de vie

Notre première interrogation porte sur le lien entre les modifications physiologiques de la grossesse, l'hygiène de vie et l'apparition de troubles du sommeil.

Dans notre étude, 68,8% de femmes rapportent avoir des troubles du sommeil. Les troubles les plus décrits sont les réveils fréquents (37,4%), les insomnies (27,3%) et les difficultés d'endormissement ou de rendormissement (24,2%). A noter que seulement deux femmes répondent aux critères du SJSR dans notre étude. Par ailleurs, nous observons une augmentation des femmes qui ronflent depuis la grossesse puisque l'on passe de 4,9% avant la grossesse à 11,1% depuis la grossesse. Toutefois, 10,4% des femmes n'ont pas su répondre à la question.

En ce qui concerne les modifications physiologiques de la grossesse, nous pouvons dire que dans la majorité des cas, elles sont à l'origine des troubles du sommeil chez les femmes enceintes.

En effet, les causes les plus fréquemment évoquées par les femmes pour expliquer leurs troubles sont l'envie récurrente d'uriner, la difficulté à trouver une position de sommeil confortable du fait du changement de morphologie, le reflux gastro-œsophagien, les crampes, les mouvements actifs fœtaux et les douleurs lombaires, comme nous l'avons vu dans la figure 4. Nous constatons donc que ce sont tous les petits maux de la grossesse qui gênent les femmes à bien dormir.

Une revue de la littérature parue en 2009 dans la revue « Médecine du sommeil » souligne le fait que les troubles du sommeil nocturne sont liés à un inconfort général incluant des douleurs lombaires, une envie fréquente d'uriner en raison du poids du fœtus sur la vessie, des brûlures d'estomac, des crampes, un SJSR et des difficultés à initier et à maintenir le sommeil [31].

Deux mémoires de sages-femmes réalisés en 2007 et 2011 montrent également que les femmes accordent majoritairement leurs troubles à certains « petits maux » de la grossesse. Les plus cités au troisième trimestre sont la position de sommeil inconfortable, les mouvements du fœtus, les mictions fréquentes, les douleurs lombaires, le pyrosis [13, 16]. En ce qui concerne les mouvements du fœtus, on sait que l'activité du fœtus est maximale de 21h à minuit en fin de grossesse, ce qui correspond au début de la période de repos de la mère [16]. Nos résultats sont donc en accord avec les données de la littérature.

En revanche, en ce qui concerne l'hygiène de vie, notre étude ne met pas en évidence de différence significative dans le fait de consommer des substances excitantes telles que le thé, le café, l'alcool voire le tabac et l'apparition de troubles du sommeil (tableau 8).

Un article publié en 2006 sur le tabagisme et les troubles du sommeil explique que la nicotine augmente la vigilance et diminue le sommeil. Ainsi, les troubles du sommeil sont plus fréquents chez les fumeurs [43].

En ce qui concerne la consommation de thé, de café voire d'alcool, l'article paru dans la Revue du Praticien en 2007 au sujet de l'insomnie précise que leur prise tardive dans la journée peut entraîner une insomnie [25]. De plus, une revue de la littérature parue en 2009 précise l'importance du respect des règles hygiénodietétiques en première intention, tel que l'évitement des boissons

alcoolisées, du café ou des excitants lorsque l'insomnie n'a pas d'étiologie retrouvée [31]. Il apparaît donc tout à fait judicieux d'informer les femmes sur ce risque et de faire de la prévention dès le début de la grossesse.

Notre étude ne met pas non plus en évidence de différences significatives quant à l'heure de prise du dîner et le fractionnement de celui-ci vis-à-vis des troubles du sommeil (tableau 9).

La littérature est pauvre sur ce sujet ce qui ne nous permet pas de comparer nos résultats.

Cependant, nous avons réussi à mettre en avant le fait que les femmes ont tendance à faire plus de siestes quand elles sont enceintes. En effet, environ 70% des femmes font des siestes pendant leur grossesse contre 34 à 43% avant. Cette donnée est en accord avec la littérature comme le montre une revue de la littérature de 2009 sur le sommeil et la grossesse expliquant qu'une majorité de femmes réalisent des siestes l'après-midi et allongent ainsi leur durée de sommeil d'environ une heure par 24 heures [31].

En outre, les femmes répondant aux critères d'insomnie font plus de siestes que celles qui ne présentent pas d'insomnie et ce résultat est significatif, comme l'atteste le tableau 7. Si nous reprenons la définition de l'insomnie, nous avons considéré dans notre étude, une femme insomniaque à partir du moment où elle présentait au moins un des troubles suivants :

- Troubles de l'endormissement (mettre plus de 30 minutes pour s'endormir).
- Troubles de maintien du sommeil (au moins deux éveils par nuit avec des difficultés pour se rendormir).
- Réveil trop précoce (se réveiller au moins une heure avant l'heure choisie avec impossibilité de se rendormir).
- Sommeil non récupérateur ou de mauvaise qualité [25, 47].

Nous n'avons pas pris en compte le facteur de fréquence de survenue comme suggéré par certains auteurs puisque la grossesse est une période à part, car transitoire. La définition que nous avons utilisée dans notre étude est donc discutable.

C'est pour cette raison que nous observons une différence dans le pourcentage de femmes qui ont rapporté avoir des troubles du sommeil et le pourcentage de femmes insomniaques au vue de notre définition. Ainsi, 129 femmes sont

insomniaques soient 89,6% alors que seulement 68,8% des femmes considèrent avoir des troubles du sommeil. Ce résultat laisse sous entendre que les femmes dites insomniaques de part notre définition ne sont pas toutes dérangées par ces troubles. Ainsi, nous pouvons constater l'importance du dialogue, car l'expression d'un trouble, comme celui du sommeil dans le cadre de notre étude, n'équivaut pas systématiquement à une demande de correction du trouble. L'écoute suffit souvent à améliorer le vécu de la patiente.

En définitive, notre première hypothèse est partiellement confirmée, les modifications physiologiques de la grossesse sont à l'origine des troubles du sommeil mais l'hygiène de vie n'influence pas l'apparition de troubles du sommeil sauf en ce qui concerne les siestes. En effet, les femmes ayant des insomnies font significativement plus de siestes que les femmes ne présentant pas d'insomnie (tableau 7).

2.2 Les facteurs psychologiques

Notre deuxième hypothèse émet l'idée que les facteurs psychologiques ont un impact sur le sommeil des femmes enceintes.

Les tests statistiques réalisés n'ont pas permis de mettre en évidence une différence significative selon que la femme ait ou non des troubles vis-à-vis de sa situation familiale (tableau 11). En revanche, 3% des femmes ayant des troubles les associent à une situation familiale difficile.

L'enquête Evènements de vie et santé (EVS) en 2005 a interrogé 10000 personnes de 18 à 75 ans résidant en France sur le domaine de la santé, des violences subies et des évènements difficiles survenus au cours de la vie entière. Parmi leurs conclusions, nous pouvons citer l'influence des violences physiques et psychiques subies au cours des deux dernières années sur le sommeil. De plus, il existe un lien important entre santé physique et mentale, et l'apparition de troubles du sommeil [10]. Bien que cette enquête ne soit pas spécifique aux femmes enceintes, nous retiendrons que les évènements de vie propres à chacun peuvent avoir des répercussions sur la qualité du sommeil et que les facteurs psychiques ne sont pas à négliger. Dans notre étude, 9,1% des femmes associent leurs troubles à

un déménagement et 4% les associent à un deuil survenu pendant la grossesse ce qui vient conforter les résultats de l'étude précédemment citée.

Nous n'observons pas différence significative dans le fait que la grossesse soit ou non souhaitée par les deux partenaires et la survenue de troubles du sommeil (tableau 12).

La grossesse est une période de remaniements psychiques intenses pendant laquelle on peut observer de l'angoisse et du stress. C'est une expérience unique, propre à chaque femme et à chaque couple. Une étude réalisée à Vérone en 1994 sur 60 primipares mariées étant dans leur 7^{ème} mois de grossesse montre que la relation des femmes avec leur partenaire est l'un des facteurs crucial lié à leur santé mentale. En effet, la vulnérabilité des femmes est importante durant cette période. Ainsi, l'insatisfaction conjugale serait associée à la dépression et à une anxiété accrue en fin de grossesse. Même si les résultats de cette étude sont discutés, nous constatons que la qualité de la relation de couple est primordiale quand à la survenue de symptômes chez la femme enceinte dont les troubles du sommeil.

Très peu de patientes ont consulté un psychologue et notre étude ne permet pas de montrer une différence significative entre les femmes qui ont consulté une psychologue et la survenue des troubles.

Les femmes ayant eu des complications lors des précédentes grossesses semblent avoir plus de troubles du sommeil que celles n'ayant pas eu de complications mais la différence n'est pas significative (tableau 14).

Nous avons tenté de savoir si la participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pouvait diminuer la survenue des troubles du sommeil par le biais de l'information des femmes sur de nombreux thèmes dont celui du sommeil. Toutefois, nos résultats ne montrent pas de différence significative (tableau 13).

Parmi les causes des troubles du sommeil évoquées par les femmes enceintes, nous pouvons souligner le stress pour 19,2% d'entre elles et l'angoisse de l'accouchement pour 18,2%. Ce résultat met donc en évidence le fait que certains facteurs psychologiques influencent la survenue des troubles lors de la grossesse. En effet, les femmes ne sont pas toujours sereines, notamment dans le troisième

trimestre avec l'approche de l'accouchement qui peut constituer une source d'angoisse importante [45].

Une étude unicentrique, prospective, réalisée à Pittsburgh aux Etats-Unis et publiée en 2009 dans la revue « Psychoneuroendocrinology¹ » émet la notion d'un possible lien entre les évènements bouleversants au cours de la vie et la perturbation des horaires de sommeil et de veille. De plus, cet article précise que le stress pourrait engendrer des troubles du sommeil chez des personnes fragiles psychologiquement. Toutefois, cette étude n'a pas permis de déterminer la causalité de ces associations, les résultats sont donc à nuancer [30]. Il semble tout de même que le stress puisse avoir une influence sur le sommeil, que la femme soit enceinte ou non.

Notre étude ne met pas en évidence de différence significative selon que les femmes aient ou non des troubles par rapport à la prescription des arrêts de travail. La littérature ne nous a pas permis de comparer cette notion.

Le fait d'avoir choisi la méthode quantitative par questionnaires ne nous a pas permis de bien explorer le sujet sur le versant psychologique. Il aurait peut-être été plus pertinent de choisir la méthode qualitative par entretiens pour tenter de mieux répondre à cette hypothèse.

Pour conclure, notre deuxième hypothèse est partiellement infirmée, les facteurs psychologiques n'ont pas tous un impact sur le sommeil des femmes enceintes. Seuls le stress et l'angoisse de l'accouchement dans notre étude semblent influencer sur la présence de troubles.

2.3 La satisfaction des femmes vis-à-vis de leur prise en charge

Nous nous sommes questionnés sur la satisfaction des femmes en ce qui concerne la prise en charge de leurs troubles pendant la grossesse.

D'une part, nous avons pu constater que certaines femmes prennent en charge elles-mêmes leurs troubles. En effet, 6,1% de femmes ont eu recours à

¹ Revue de psychologie neurologique et endocrinienne américaine.

l'automédication et 35,4% des femmes ont trouvé seules des solutions pour tenter d'améliorer leurs troubles.

L'automédication pendant la grossesse n'est pas sans danger d'où l'importance de délivrer une information fiable et systématique aux femmes en début de grossesse quant au recours à cette technique.

Dans notre population, 37,4% des femmes considèrent ces troubles comme gênant dans leur vie de tous les jours (tableau 16). Les gênes les plus rapportées sont la fatigue constante, les troubles de l'humeur, le stress, l'anxiété et la présence d'un syndrome pseudo-dépressif. Nous constatons que dans ce cas, le stress et l'anxiété sont la conséquence des troubles du sommeil et non la cause comme évoquée dans la partie précédente. Ces résultats laissent sous-entendre que les troubles du sommeil ne sont pas anodins et qu'ils nécessitent une prise en charge adaptée.

Une étude prospective randomisée réalisée à Poitiers chez des femmes enceintes de plus de 18 ans publiée en 2009 décrit les conséquences les plus fréquentes des troubles du sommeil. Elles concernent essentiellement l'irritabilité, les troubles de la mémoire et de l'attention, une diminution de l'efficacité du travail et une somnolence diurne excessive. La fréquence de ces conséquences augmente au cours des trimestres [33]. Ces résultats sont donc en corrélation avec ceux de notre étude.

D'autre part, lorsque les troubles sont évoqués, ce qui est le cas pour 41,7% des femmes, ils sont pris en charge pour une femme sur deux. 27,3% de femmes ont reçu des conseils de la part des professionnels de santé. Ces conseils sont dans la grande majorité des cas des conseils d'hygiène de vie, le recours à des techniques de relaxation et de médecine douce et des conseils positionnels (tableau 17).

8,1% des femmes ont eu une prescription médicale suite à leur plainte et 3% des femmes ont été orientées vers d'autres professionnels.

Dans notre population, 25,3% des femmes sont insatisfaites de leur prise en charge car leurs troubles ont souvent été minimisés.

Toutefois, dès lors que les troubles n'ont pas été évoqués, les femmes n'ont reçu aucune prise en charge à ce sujet.

Un mémoire de sage-femme réalisé à Tours en 2011 vient appuyer nos résultats. En effet, les femmes insatisfaites expliquent ne pas avoir eu de réponse adaptée à leur demande ou que leurs problèmes de sommeil ont été minimisés [13].

40,4% des femmes s'estiment satisfaites de leur prise en charge. Un test statistique nous a permis de démontrer que les femmes sont significativement plus satisfaites quand le professionnel de santé a posé la question de la qualité du sommeil que quand le sujet n'a pas été abordé (tableau 19).

En conclusion, les femmes sont satisfaites de leur prise en charge si on aborde avec elles les troubles du sommeil. En revanche, certaines femmes sont insatisfaites quand on minimise le problème ou quand on n'évoque pas ce thème. De plus, peu de prescriptions sont réalisées et il y a peu de résultats. Ainsi, notre troisième hypothèse est infirmée partiellement.

2.4 Les connaissances des sages-femmes et la prise en charge proposée

Nous nous sommes interrogés sur la façon dont les sages-femmes considèrent leurs connaissances sur les troubles du sommeil et si elles savent prendre en charge ce problème.

55,6% des sages-femmes considèrent leurs connaissances suffisantes contre 44,5% qui les considèrent de moyennement satisfaisantes à insuffisantes, comme le montre la figure 5. En revanche, 66,7% des sages-femmes ne se sentent pas démunies face à ce problème ce qui sous-entend que certaines sages-femmes proposent des solutions aux femmes enceintes, même quand elles jugent leurs connaissances insuffisantes.

En outre, les sages-femmes estimant leurs connaissances satisfaisantes recherchent systématiquement les circonstances d'apparition des troubles du sommeil à l'inverse des autres sages-femmes, et le résultat est significatif (tableau 21). Ainsi, ces sages-femmes considèrent que pour pouvoir correctement prendre en charge ces troubles, il faut tout d'abord se pencher sur les raisons, s'il y en a, qui pourraient expliquer l'apparition de ces troubles.

Quelque soit le niveau de connaissances des sages-femmes, elles orientent toutes vers un professionnel si elles le pensent nécessaire. Dans 94,4% des cas, il s'agit d'un psychologue. Cependant, plusieurs sages-femmes ont souligné le fait que le type d'orientation dépend de l'étiologie. De ce fait, si le sujet est abordé, elles le considèrent, et n'hésitent pas à en référer à d'autres professionnels.

En ce qui concerne les conseils donnés, ils sont assez diversifiés (tableau 22). Nous avons pu les regrouper par catégories ; les médecines douces, l'adaptation du rythme de sommeil à chaque patiente, les règles hygiéno-diététiques, la nécessité d'objectiver les symptômes et les motifs de ces troubles, les conseils de positionnement. Toutefois, il est difficile d'évaluer l'efficacité de ces conseils.

Les conseils hygiéno-diététiques donnés dans la littérature sont les suivants : ajustement des apports hydriques pour réduire la nycturie, évitement des boissons alcoolisées, du café ou des excitants et du tabac, traitement du pyrosis, confort de la chambre à coucher et de la literie, conserver des horaires de coucher et de lever réguliers et normaux, tisanes, homéopathie, acupuncture, relaxation, sophrologie, prescription de bas de contention ou de séances de kinésithérapie pour soulager les lombalgies, préconisation de gymnastique aquatique [11, 16, 31]. Ces conseils sont en accord avec ceux donnés par les sages-femmes dans notre étude, même si nous montrons qu'ils ont peu d'impact sur l'amélioration des troubles.

Dans la majorité des cas, les sages-femmes prescrivent de la phytothérapie (83,3%) dont l'Euphytose[®] et de l'homéopathie (55,6%).

44,4% des sages-femmes évoquent systématiquement les caractéristiques du sommeil propres à la grossesse lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Néanmoins, nous savons que toutes les femmes n'y participent pas, d'où l'importance d'aborder ce thème aussi en consultations prénatales.

En définitive, un peu plus d'une sage-femme sur deux considère ses connaissances satisfaisantes et quasiment toutes les sages-femmes donnent des conseils ou font des prescriptions dans le but d'aider les femmes à améliorer leur sommeil. Cependant, toutes les femmes ne sont pas satisfaites de leur prise en charge. Notre dernière hypothèse est donc partiellement confirmée.

3. Propositions

Ce mémoire nous a permis de nous rendre compte que les troubles du sommeil sont fréquemment rencontrés pendant la grossesse. Ces troubles ont des répercussions quotidiennes sur la vie des femmes enceintes et peuvent même s'amplifier dans le post-partum.

La banalisation de ces troubles est parfois double, de la part des soignants qui n'ont pas toujours de solutions à proposer et de la part des femmes qui pensent que c'est inéluctable et que le problème ne vaut pas la peine d'être soulevé.

Ainsi, la sage-femme est souvent l'actrice de premier plan dans la prise en compte des petits maux de la grossesse et notamment dans ceux liés aux troubles du sommeil.

3.1 Les consultations prénatales

Il est primordial que la sage-femme, lors des consultations prénatales, interroge les femmes sur la qualité de leur sommeil. Elle doit faire preuve d'une écoute attentive, prodiguer des conseils et rassurer sur le fait que ce sont souvent des troubles mineurs du sommeil dû à l'état de grossesse. Il apparaît également crucial que la sage-femme caractérise ces troubles et tente d'identifier leurs causes car les propositions de prise en charge seront différentes. C'est une prise en charge individuelle qui doit être adaptée au profil de la patiente.

De plus, la sage-femme a un rôle essentiel en ce qui concerne la prévention de l'automédication, surtout pendant la grossesse. En effet, la France est un pays dans lequel la consommation de psychotropes est élevée. Or, les données vis-à-vis de leur utilisation pendant la grossesse sont faibles. La sage-femme doit donc en informer la femme et ne pas négliger ses plaintes pour les prendre en charge dans les meilleures conditions possibles, en respectant le bien-être maternel et fœtal.

3.2 L'entretien du 4^{ème} mois et les séances de préparation à la naissance

En outre, l'entretien du 4^{ème} mois est un moment d'échange avec la femme ou le couple, et l'aspect du sommeil lorsqu'il est abordé lors de cet entretien, peut donner des repères à la femme. Elle pourra alors en reparler pendant la grossesse si elle trouve son sommeil de mauvaise qualité. Ce temps de parole permet également de repérer des situations à risque, notamment psychologique et éventuellement d'orienter les patientes vers les professionnels adaptés.

Lors des cours de préparation à la naissance, la sage-femme a l'opportunité de pouvoir aborder ce thème et de sensibiliser les femmes sur les caractéristiques propres du sommeil pendant la grossesse. C'est aussi un moyen de dire aux femmes que les troubles du sommeil sont fréquents pendant la grossesse mais qu'ils ne sont pas inéluctables. Le but de ces séances est de rassurer les femmes en leur apportant des informations. Il apparaît primordial que chaque femme, quelque soit sa situation sociale, puisse avoir accès à ces cours, que ce soit au sein de la maternité où elle souhaite accoucher ou avec une sage-femme libérale. De plus, il existe différents types de préparation à la naissance, dont certains permettent la détente et peuvent éventuellement favoriser un meilleur sommeil.

3.3 Les conseils d'hygiène

Elaborer une hygiène du sommeil, c'est d'abord rechercher, avec le patient, ce qui, dans son environnement et son comportement, peut avoir un effet « anti-sommeil » et lui proposer un certain nombre de mesures adaptées à son cas.

En ce qui concerne l'environnement, il est important de veiller à ce que la chambre soit un endroit calme, avec une lumière peu intense et où la température ne soit pas trop élevée (maximum 20°C). Une bonne literie est indispensable.

Quant à l'alimentation, il faut éviter les substances stimulant la vigilance, l'alcool et préférer un dîner léger et riche en sucres lents ou rapides. De plus, il faut ajuster les apports hydriques pour réduire la nycturie. Si le RGO entraîne des éveils, il est nécessaire de le traiter [11, 16, 31].

Des conseils sur le comportement peuvent être prodigués [5, 25] :

- Pratiquer une quantité modérée mais régulière d'exercices physiques dans l'après-midi pourrait favoriser l'endormissement et la stabilité du sommeil.
- Réserver la chambre et le lit au sommeil ou aux activités sexuelles.
- Eviter l'excès d'activité intellectuelle en fin de journée. En effet, celui-ci stimule l'activité des systèmes d'éveil et induit des difficultés d'endormissement.
- Favoriser les activités de détente dans la soirée (bain chaud).
- Eviter les conflits avant de se coucher.
- Eviter de regarder la télévision au lit.
- Adopter des horaires réguliers de coucher et surtout de lever.
- Stimuler au réveilla vigilance par des activités « éveillantes » : douche chaude, quelques exercices physiques, ambiance lumineuse de forte intensité...En effet, la qualité du sommeil dépend de celle de l'état de veille.
- Réaliser une sieste brève (<20 minutes) située en fin de matinée ou très tôt dans l'après-midi peut être utile. Introduite plus tard dans l'après-midi et de longue durée, elle altèrera le sommeil nocturne.
- Se coucher lorsque l'on ressent des signaux de sommeil (bâillements, nuque lourde, yeux qui piquent ...).

Les résultats de notre étude sont cohérents avec les conseils que nous avons pu trouver dans la littérature même si cette liste n'est pas exhaustive.

3.4 Les techniques de relaxation

Ces techniques sont particulièrement indiquées lorsque l'insomnie est considérée comme secondaire en grande partie à l'hyperstimulation des systèmes d'éveil induite, pendant la journée, par le surmenage, l'accumulation de stress et l'anxiété. L'état de relaxation induit plusieurs fois par jour, et en particulier le soir, permet de corriger « l'hyper-éveil », de contrôler les tensions physiques et psychiques et favorise ainsi l'induction et le maintien du sommeil [5].

Elles visent à obtenir une détente non seulement physique, mais aussi mentale. Ces techniques sont basées sur une relaxation musculaire progressive et sur le contrôle de la respiration (respiration abdominale) [25].

Parmi les solutions que les femmes ont trouvées elles-mêmes, nous pouvons citer le bain relaxant, les exercices de respiration, les étirements, l'ostéopathie dans 17,1% des cas. Les conseils qu'elles ont reçus pendant la grossesse par des professionnels de santé sont le bain relaxant, le yoga, le sport, l'ostéopathie dans 33,3% des cas. Enfin, dans 66,7% des situations, les sages-femmes conseillent la sophrologie, le yoga, les exercices de respiration, la pratique d'un sport doux, les massages dans le but d'aider les femmes à améliorer leur sommeil.

3.5 Les médecines douces

3.5.1 La phytothérapie

Des préparations à base de plantes (aubépine, passiflore, valériane) ont été utilisées depuis longtemps dans le traitement de l'insomnie, des troubles mineurs du sommeil et des troubles anxieux. Dans l'état actuel des évaluations pratiquées, les extraits de valériane semblent avoir une efficacité supérieure au placebo sur la qualité subjective du sommeil.

L'Euphytose® contient un mélange d'aubépine, de passiflore, de valériane et de ballote.

Le Tranquital® contient de la valériane et de l'aubépine [2, 12, 14].

Les tisanes à base de camomille sont traditionnellement utilisées pour réduire l'anxiété, favoriser le sommeil et aider à soulager les symptômes gastro-intestinaux. Une étude a permis de constater que de nombreuses femmes ayant pris de la camomille ont trouvé une amélioration quant à leurs troubles [12].

Dans notre étude, les femmes qui utilisent l'automédication ont pris de l'Euphytose® dans 50% des cas. De plus, 8,6% d'entre elles utilisent des tisanes pour tenter d'améliorer leur sommeil. 29,6% de femmes ont reçu des conseils de la part d'un professionnel de santé en ce qui concerne la phytothérapie. Enfin, 83,3% des sages-femmes de notre étude prescrivent de la phytothérapie aux femmes enceintes souffrant de troubles du sommeil.

Toutefois, les femmes ayant pris de l'Euphytose® dans notre étude ont trouvé le traitement peu utile voire inutile.

3.5.2 L'homéopathie

La passiflore est indiquée dans les troubles du sommeil et de la nervosité [20]. Dans notre étude, nous observons que 33,3% des femmes utilisent l'homéopathie en automédication. Il s'agit parfois de traitement homéopathique contre les troubles digestifs qui gêne le sommeil, donc c'est un traitement indirect. 55,6% de sages-femmes ont recours à l'homéopathie pour traiter leurs patientes. Nous pouvons noter que les femmes utilisant l'homéopathie considèrent que ce traitement est utile. Néanmoins, la littérature est pauvre sur le sujet.

3.5.3 L'acupuncture

Une étude clinique a montré que le traitement par acupuncture de patients anxieux souffrant d'insomnie était associé à une augmentation significative de la sécrétion nocturne de mélatonine qui semble améliorer la continuité et l'architecture du sommeil [40].

L'acupuncture a été conseillée à une seule patiente dans notre étude.

3.6 L'orientation

Dès lors que la sage-femme perçoit que la plainte des patientes dépasse son domaine de compétence ou que les troubles du sommeil sont liés à des phénomènes plus complexes, elle doit savoir orienter.

3.6.1 Les techniques psychothérapeutiques

L'orientation peut se faire vers un psychologue si le professionnel sent une certaine fragilité chez la patiente. Il peut alors être proposé des techniques psychothérapeutiques. Le plus souvent, il s'agit de simples psychothérapies de soutien quand le symptôme « insomnie » s'intègre dans un passage existentiel difficile et lorsque l'angoisse est importante [5].

3.6.2 Les traitements médicamenteux

En ce qui concerne ses droits de prescription, la sage-femme peut prescrire les médicaments permettant de lutter contre le pyrosis, ceux relevant de la phytothérapie, de l'homéopathie, des séances de rééducation dorsolombaires pour soulager les lombalgies, des bas de contention pour traiter l'insuffisance veineuse, du magnésium en cas de crampes et parler à la femme des techniques de relaxation (sophrologie, yoga, ...) ainsi que prodiguer et vérifier avec la femme les conseils d'hygiène du sommeil.

Toutefois, la sage-femme demande parfois l'avis d'un médecin si elle pense que ses prescriptions ne suffisent pas et qu'un traitement médicamenteux est nécessaire, voire l'oriente vers un spécialiste du sommeil si les troubles sont complexes.

La France est toujours considérée comme un des pays les plus consommateurs de psychotropes en général, et de tranquillisants en particulier [19]. Or, la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse (tabac, alcool, médicaments psychotropes, drogues illicites) est liée à une morbidité et à une mortalité périnatale supérieure à la population générale, et représente un problème majeur de santé publique [17].

Les somnifères et anxiolytiques sont généralement déconseillés pendant la grossesse [11, 31].

Toutefois, la grossesse peut s'accompagner d'une anxiété qui nécessite une intervention thérapeutique [19].

Dans notre étude, 16,7% de sages-femmes ont évoqué la prescription d'anxiolytiques à la femme enceinte en cas de troubles du sommeil graves ou en dernier recours, après avoir essayé d'autres solutions. Néanmoins, elles ont précisé que cette prescription se faisait avec l'accord d'un médecin. En effet, les sages-femmes ne sont pas habilitées à prescrire un tel traitement.

3.6.2.1 Les benzodiazépines

Ce sont des hypnotiques qui n'induisent pas un sommeil physiologique. Leur action essentielle est de type anti-éveil : diminution du délai d'endormissement, du nombre et de la durée des éveils intra-sommeil. L'architecture du sommeil est modifiée, avec une diminution des deux types de sommeils utiles : le sommeil lent profond et le sommeil paradoxal [5]. Le problème se situe dans leur demi-vie qui peut dépasser 24 heures [1].

Les benzodiazépines augmentent le risque de malformations congénitales lorsqu'elles sont administrées en début de grossesse, et favorisent l'hypotonie néonatale et les problèmes respiratoires en fin de grossesse [11]. Ainsi, si on doit prescrire un sédatif à une femme enceinte, il faut éviter de le faire au cours des dernières semaines de grossesse. De plus, on peut observer un syndrome de sevrage chez le nouveau-né [1].

Les benzodiazépines restent de bons hypnotiques, à condition de les prescrire à bon escient et pour une durée limitée [5]. Cependant, leur utilisation entraîne un risque de dépendance et d'accoutumance [2].

3.6.2.2 Les apparentés aux benzodiazépines

Les hypnotiques non benzodiazépiniques se rapprochent un peu plus du modèle de l'hypnotique idéal. En effet, leur tolérance clinique et biologique est bonne, leurs effets indésirables sont rares, leur activité hypnotique est comparable à celle des benzodiazépines de référence mais ils ne modifient pas l'architecture du sommeil (en particulier, le sommeil paradoxal et le sommeil lent profond) [2, 5].

Ils ont des demi-vies d'élimination courtes ou ultracourtes. Les études sont peu nombreuses mais il semble que ces médicaments ne soient pas tératogènes, et la probabilité de danger pour le fœtus est faible [11,15].

Pendant la grossesse, si ces substances sont administrées à proximité de l'accouchement, il existe un risque de dépression respiratoire, d'hypotonie et d'hypothermie. Si la femme enceinte en a fait un usage prolongé, il y a un risque de syndrome de sevrage.

Même si ces molécules semblent plus appropriées que les benzodiazépines, elles sont à éviter sauf pour un usage tout à fait ponctuel et éloigné du terme prévu de l'accouchement [1].

3.6.2.3 Les antihistaminiques

Ce sont des médicaments possédant des propriétés sédatives et un effet atropinique. Le Donormyl® contient du succinate de doxylamine et est indiqué dans l'insomnie occasionnelle chez l'adulte. Cet antihistaminique réduit le délai d'endormissement et améliore la durée et la qualité du sommeil. L'utilisation de la doxylamine est possible au cours de la grossesse d'après les données disponibles [46, 48]. Dans notre étude, 11,1% de sages-femmes prescrivent du Donormyl®. Les femmes ayant utilisé du Donormyl® ont considéré le traitement très utile.

L'Atarax® est également un antihistaminique souvent utilisé dans les cas d'anxiété. Les données concernant l'utilisation de ce médicament pendant la grossesse sont rassurantes. Toutefois, utilisé à hautes doses au moment de l'accouchement, il risque d'entraîner une agitation voire des trémulations par son effet atropinique, et une sédation chez le nouveau-né [46]. 11,1% de sages-femmes prescrivent occasionnellement ce médicament le soir en cas d'angoisse.

L'Atarax® comme le Donormyl® sont des antihistaminiques H1 et ne font pas partie des médicaments que la sage-femme est autorisée à prescrire. Ainsi, si elle estime que ce traitement est nécessaire, la sage-femme orientera la patiente vers un médecin qui jugera de l'utilité d'instaurer ce traitement.

En définitive, les médicaments évoqués ci-dessus ne sont qu'une aide momentanée et doivent être prescrits de façon ponctuelle. Leur prescription ne doit en aucun cas dispenser le consultant de trouver une étiologie à ces troubles, d'accompagner la patiente et de vérifier que les règles d'hygiène du sommeil sont bien appliquées.

3.6.3 Prise en charge multidisciplinaire

Dans notre étude, d'autres professionnels ont été cités comme le psychiatre, l'acupuncteur, l'ostéopathe, le kinésithérapeute, la conseillère conjugale et familiale, l'assistante sociale, le référent religieux. Ces professions diverses illustrent le fait que l'orientation dépendra essentiellement de l'interrogatoire et de l'étiologie des troubles.

Conclusion

Les troubles du sommeil sont fréquents pendant la grossesse mais ils sont habituellement négligés en raison de leur caractère transitoire.

Le sommeil est une fonction complexe mais indispensable au bien-être et à l'épanouissement de chaque femme dans sa grossesse. Lorsque cette fonction est altérée, même de façon ponctuelle, les répercussions sont diverses et nombreuses, tant au niveau individuel que collectif. C'est dans cette situation que la prévention prend tout son sens et que la sage-femme est à même de délivrer une information aux femmes quant aux caractéristiques du sommeil lors de la grossesse. L'accompagnement et l'écoute sont essentiels.

Notre étude a souligné l'importance de prendre en considération les plaintes des femmes même si le plus souvent, il s'agit effectivement de troubles mineurs. En effet, ces troubles sont pour la plupart liés aux modifications inhérentes à la grossesse, mais il convient de ne pas les négliger. Les femmes sont satisfaites à partir du moment où l'on évoque avec elle la qualité de leur sommeil. Il faut leur permettre de s'exprimer et d'expliquer la gêne occasionnée par ces troubles, tout en sachant les rassurer.

Notre étude a mis en avant le fait qu'un certain nombre de sages-femmes se sentent démunies dans la prise en charge face à ce problème.

Les troubles du sommeil constituent un symptôme, or la prise en charge de ce symptôme est complexe dans la mesure où il est propre à chaque femme. Nous devons tenter de comprendre ce qui engendre ce symptôme pour mieux l'appréhender. La prescription de médicaments est possible mais ne doit pas être réalisée en première intention. En effet, il faut d'abord commencer par une information sur les changements du sommeil qui s'opèrent pendant la grossesse puis par des conseils.

Par ailleurs, les sages-femmes n'ont pas toutes les mêmes connaissances ni la même façon d'appréhender ces troubles mais dans l'ensemble, elles savent prodiguer des conseils et orienter ces femmes vers d'autres professionnels. Elles

sont aussi contraintes dans leur prise en charge de part leurs droits de prescription limités.

Nous pouvons rappeler l'obligation légale de formation continue pour les sages-femmes qui souhaiteraient acquérir de meilleures connaissances dans ce domaine.

Finalement, la qualité de la prise en charge repose principalement sur la recherche de l'étiologie des troubles. Or, ce n'est qu'à travers un dialogue avec les femmes que l'on peut réussir à trouver une étiologie. Le facteur temps pour la consultation semble important, mais l'essentiel reste dans la reconnaissance du trouble, et est donc possible tant en consultation prénatale qu'en PNP.

Enfin, toute amélioration sensible du vécu de la grossesse a un impact positif dans la relation mère-enfant, et a donc un effet préventif sur la survenue de différents troubles dans le post-partum.

Il ressort donc de ce mémoire qu'il n'existe pas de solution miracle. Le vécu de la grossesse est amélioré par la considération portée aux propos de la patiente, en rassurant sans banaliser, associée des conseils adaptés.

En définitive, le sommeil doit être abordé dès le début de la grossesse car certaines études montrent un lien entre les troubles du sommeil et la dépression, que ce soit pendant la grossesse ou dans le post-partum. Une étude qualitative des troubles du sommeil axée sur le versant psychologique pourrait permettre à l'avenir de mieux appréhender le ressenti des femmes ainsi que leurs attentes.

Bibliographie

Ouvrages imprimés

- [1] BAYOT, D, FARON, G. *Pharmacologie pour les sages-femmes*. Bruxelles : De Boeck, 2011, 182 p.
- [2] BILLIARD, M., DAUVILLIERS, Y. *Les troubles du sommeil*. Paris : Masson, 2005, 395 p.
- [3] LEGER, D. *Troubles du sommeil*. Rueil-Malmaison : Doin, 2001, 191 p.
- [4] ROYANT-PAROLA, S. *Les mécanismes du sommeil rythmes et pathologies*. Paris : Le Pommier Cité des sciences et de l'industrie, 2007, 173 p.
- [5] VECCHIERINI, M-F, TOUCHON, J. *Le Guide du sommeil*. Montrouge : J. LibbeyEurotext, 1997, 170 p.

Travaux universitaires

- [6] CHEZELLES, M-G. *Sommeil et grossesse*. Mémoire Sage-femme, Université de Nantes, 2006, 62 p.

Articles de périodiques électroniques

- [7] ALVES, DAG, DE CARVALHO, LBC, DE MORAIS, JF, DO PRADO, GF. Restless legs syndrome during pregnancy in Brazilian women. *Sleep Medicine*, [en ligne], 2010, 11(10) : 1049-54, [référence du 10 avril 2012]. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945710003400>
- [8] ARNULF, I. Le syndrome des jambes sans repos. *Médecine du Sommeil*, [en ligne], 2007, 4(11) : 20-31, [référence du 24 avril 2012]. <http://www.em-consulte.com/article/201795/le-syndrome-des-jambes-sans-repos>
- [9] BALENDRAN, J, CHAMPION, D, JAANISTE, T, WELSH, A. A common sleep disorder in pregnancy: Restless legs syndrome and its predictors. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, [en ligne], 2011, 51(3) : 262-4, [référence du 9 avril 2012]. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1479-828X.2011.01294.x>
- [10] BECK, F, GUIGNARD, R, LEGER, D. Événements de vie et troubles du sommeil : l'impact fort de la précarité et des violences subies. *Médecine du Sommeil*, [en ligne], 2010, 7(4) : 146-55, [référence du 15 avril]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/274453/resultatrecherche/1>

- [11] BILLIERES, A. Evaluation des troubles du sommeil chez la femme enceinte par un questionnaire. *Médecine du Sommeil*, [en ligne], 2007, 4(12) : 21-, [référence du 15avril 2012].<https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/201764/resultatrecherche/3>
- [12] BISHOP, JL, NORTHSTONE, K, GREEN, JR, THOMPSON, EA. The use of Complementary and Alternative Medicine in pregnancy: Data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Complementary Therapies in Medicine*, [en ligne], 2011, 19(6) : 303-10, [référence du 28août2012].
<https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229911001117>
- [13] BURON, J, DENAIS, V, LUCAS, B. Le sommeil de la femme enceinte. *La Revue Sage-Femme*, [en ligne], 2011, 10(5) : 199-207, [référence du 24 avril 2012].
<http://www.em-consulte.com/article/674731/le-sommeil-de-la-femme-enceinte>
- [14] DAMASE-MICHEL, C. Drug counselling in pregnancy: an opinion survey of French community pharmacists. *Pharmacoepidemiology and drugsafety*, [en ligne], 2004, 13(10) : 711-5, [référence du 2 novembre 2012].
http://www.researchgate.net/publication/8327746_Drug_counselling_in_pregnancy_a_n_opinion_survey_of_French_community_pharmacists
- [15] DIAV-CITRIN, O, OKOTORE, B, LUCARELLI, K, KOREN, G. Zopiclone use during pregnancy. *Canadian FamilyPhysician*, [en ligne], 2000, 46(1) : 63-4, [référence du 10 avril 2012]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10660786>
- [16] DUBOSC, M, GUYARD-BOILEAU, B, EMMERY, B. Le sommeil dans le dernier trimestre de la grossesse. *La Revue Sage-Femme*, [en ligne], 2007, 6 : 62-69, [référence du 15avril2012].<https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/84969/resultatrecherche/2>
- [17] DUMAS, A, LEJEUNE, C, SIMMATDURAND, L, CRENNHEBERT, C, MANDELROT, L. Grossesse et substances psychoactives : étude de prévalence de la consommation déclarée. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, [en ligne], 2008, 37(8) : 770-8, [référence du 15 avril 2012].
<https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/195922/resultatrecherche/1>
- [18] DZAJA, A, WEHRLE, R, LANCEL, M, POLLMACHER, T. Elevated estradiol plasma levels in women with restless legs during pregnancy. *Sleep*, [en ligne], 2009, 32(2) : 169-74, [référence du 25 avril 2012].
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19238803>

- [19] FOULON, C. Anxiolytiques et antidépresseurs. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, [en ligne], 2005, 163(5) : 443-7, [référence du 15 avril 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/35027/resultatrecherche/5>
- [20] HURAUULT-DELARUE, C, LACROIX, I, VIDAL, S, MONTASTRUC, J-L, DAMASE-MICHEL, C. Médicaments et grossesse : étude dans la base de données EFEMERIS 2004–2008. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, [en ligne], 2011, 39(10) : 554-8, [référence du 15 avril 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/659793/resultatrecherche/4>
- [21] JNIEINE, A, EL FTOUH, M, EL FASSY Fihry, MT. Prévalence des symptômes cliniques du syndrome d'apnées du sommeil pendant la grossesse. *Médecine du Sommeil*, [en ligne], 2010, 7(2) : 39-44, [référence du 18 juin 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/251194/resultatrecherche/4>
- [22] KAMYSHEVA, E, SKOUTERIS, H, WERTHEIM, EH, PAXTON, SJ, MILGROM, J. A prospective investigation of the relationships among sleep quality, physical symptoms, and depressive symptoms during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, [en ligne], 2010, 123(1-3) : 317-20, [référence du 19 juin 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032709004339>
- [23] KENNELLY, MM, FALLON, A, FARAH, N, STUART, B, TURNER, MJ. Effects of body mass index on sleep patterns during pregnancy. *Journal of Obstetrics&Gynaecology*, [en ligne], 2011, 31(2) : 125-7, [référence du 10 avril 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/01443615.2010.536861>
- [24] KIZILIRMAK, A, TIMUR, S, KARTAL, B. Insomnia in pregnancy and factors related to insomnia. *The Scientific World Journal*, [en ligne], 2012, [référence du 30 octobre 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3349327/>
- [25] LEGER, D, OGRIZEK, P. Insomnie. *La Revue du Praticien*, [en ligne], 2007, 57(14) : 1545-54, [référence du 28 août 2012].
- [26] MANCONI, M. Pregnancy as a risk factor for restless legs syndrome. *SleepMedicine*, [en ligne], 2004, 5(3) : 305-8 [référence du 9 avril 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945704000255>

- [27] MANCONI, M, GOVONI, V, DE VITO, A, ECONOMOU, NT, CESNIK, E, CASETTA, I, et al. Restless legs syndrome and pregnancy. *Neurology*, [en ligne], 2004, 63(6) :1065-9 [référence du 25 avril 2012]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=ovftg&AN=00006114-200409280-00023>
- [28] MARQUES, M, BOS, S, SOARES, MJ, MAIA, B, PEREIRA, AT, VALENTE, J, et al. Is insomnia in late pregnancy a risk factor for postpartum depression/depressive symptomatology ? *PsychiatryResearch*, [en ligne], 2011, 186(2-3) : 272-80 [référence du 19 juin 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178110003719>
- [29] MEURICE, J-C, PAQUEREAU, J, NEAU, J-P, POURRAT, O, PIERRE, F. Troubles respiratoires au cours du sommeil de la femme enceinte. *Revue Neurologique*, [en ligne], 2008, 159(11) : 694-0 [référence du 18 juin 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/104755/resultatrecherche/7>
- [30] MEZICK, EJ, MATTHEWS, KA, HALL, M, KAMARCK, TW, BUYSSE, DJ, OWENS, JF, et al. Intra-individual variability in sleep duration and fragmentation : associations with stress. *Psychoneuroendocrinology*, [en ligne], 2009, 34(9) : 1346-54 [référence du 24 janvier 2013]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743778/>
- [31] NEAU, J-P, PAQUEREAU, J, MEURICE, J-C. Sommeil et grossesse. *Médecine du sommeil*, [en ligne], 2009, 6(4) : 119-25 [référence du 15 avril 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/236259/resultatrecherche/3>
- [32] NEAU, J-P, PORCHERON, A, MATHIS, S, JULIAN, A, MEURICE, J-C, PAQUEREAU, J, et al. Restless legs syndrome and pregnancy : a questionnaire study in the Poitiers District, France. *EuropeanNeurology*, [en ligne], 2010, 64(5) : 268-74 [référence du 10 avril 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/content.karger.com/produktedb/produkte.asp?DOI=10.1159/000321413>
- [33] NEAU, J-P, TEXIER, B, INGRAND, P. Sleep and vigilance disorders in pregnancy. *EuropeanNeurology*, [en ligne], 2009, 62(1) : 23-9 [référence du 19 juin 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/content.karger.com/produktedb/produkte.asp?DOI=10.1159/000215877>
- [34] OLIVAREZ, SA, MAHESHWARI, B, McCARTHY, M, ZACHARIAS, N, VAN DEN VEYVER, I, CASTURI, L, et al. Prospective trial on obstructive sleep apnea in

- pregnancy and fetal heart rate monitoring. *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*, [en ligne], 2010, 202(6) : 552.e1-e.7 [référence du 19 juin 2012].
<https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937809022510>
- [35] PAQUEREAU, J. Physiologie du sommeil normal. *La revue du praticien*, [en ligne], 2007, 57(14) : 1529-41[référence du 28 août 2012].<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=19109322>
- [36] PIEN, GW, SCHWAB, RJ. Sleep disorders during pregnancy. *Sleep*, [en ligne], 2004, 27(7) : 1405-17 [référence du 10 avril 2012].
<https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15586794.1>
- [37] ROUSH, SF, BELL, L. Obstructive sleep apnea in pregnancy. *The Journal of the American Board of Family Practice*, [en ligne], 2004, 17(4) : 292-4 [référence du 19 juin 2012]. <http://www.jabfm.org/content/17/4/292>
- [38] SAHIN, FK, KOKEN, G, COSAR, E, SAYLAN, F, FIDAN, F, YILMAZER, M, et al. Obstructive sleep apnea in pregnancy and fetal outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, [en ligne], 2008, 100(2) : 141-6 [référence du 19 juin 2012].
<https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729207005711>
- [39] SKOUTERIS, H, GERMANO, C, WERTHEIM, EH, PAXTON, SJ, MILGROM, J. Sleep quality and depression during pregnancy: a prospective study. *Journal of SleepResearch*, [en ligne], 2008, 17(2) : 217-20 [référence du 19 juin 2012].
<https://frodon.univ-paris5.fr:443/http/onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2869.2008.00655.x/abstract>
- [40] SPENCE, DW, KAYUMOV, L, CHEN, A, LOWE, A, JAIN, U, KATZMAN, MA, et al. Acupuncture increases nocturnal melatonin secretion and reduces insomnia and anxiety : a preliminary report. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, [en ligne], 2004, 16(1) : 19-28 [référence du 2 novembre 2012].
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.neuropsych.16.1.19>
- [41] TUNC, T, KARADAG, YS, DOGULU, F, INAN, LE. Predisposing factors of restless legs syndrome in pregnancy. *MovementDisorders*, [en ligne], 2007, 22(5) : 627-31 [référence du 10 avril 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.21291/abstract;jsessionid=FF7FBA62AC236811A2AC828F72D32F4B.d01t03>
- [42] UGLANE, MT, WESTAD, S, BACKE, B. Restless legs syndrome in pregnancy is a frequent disorder with a good prognosis. *Acta Obstetrica et*

Gynecologica Scandinavica, [en ligne], 2011, 90(9) : 1046-8 [référence du 15 avril 2012]. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0412.2011.01157.x>

[43] UNDERNER, M, PAQUEREAU, J, MEURICE, J-C. Tabagisme et troubles du sommeil. *Revue des maladies respiratoires*, [en ligne], 2006, 23 : 6S67-77 [référence du 15 avril 2012]. <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/146298/resultatrecherche/1>

[44] VERDAGUER, M, LEVRAT, V, LAMOUR, C, PAQUEREAU, J, NEAU, J-P, MEURICE, J-C. Pathologie pulmonaire au féminin : le SAOS de la femme, une entité particulière ? *Revue des maladies respiratoires*, [en ligne], 2008, 25 : 1279-88 [référence du 18 juin 2012]. <http://www.em-consulte.com/article/197344/pathologie-pulmonaire-au-femininc-le-saos-de-la-fe>

[45] ZIMMERMANN-TANSELLA, C, BERTAGNI, P, SIANI, R, MICCIOLO, R. Marital relationships and somatic and psychological symptoms in pregnancy. *Social science & medicine* (1982), [en ligne], 1994, 38(4) : 559-64 [référence du 28 janvier 2013].

Sites web consultés

[46] Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. [référence du 28 décembre 2012], <http://www.lecrat.org/>

[47] Centre du sommeil et de la vigilance de l'Hôtel-Dieu. [référence du 2 octobre 2011], <http://www.sommeil-vigilance.fr/>

[48] e-vidal. [référence du 25 novembre 2012], https://use-evidal-net.frodon.univ-paris5.fr/html/recherche/recherche_produit?_application=evidal&_content=html&_dataClass=recherche&_name=recherche_produit

Annexes

Annexe I : Questionnaire distribué aux patientes

Bonjour Mesdames,

Je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'Ecole Baudelocque et je réalise actuellement mon mémoire de fin d'études sur les troubles du sommeil au troisième trimestre de la grossesse.

Pour mener à bien ce travail, j'ai réalisé ce questionnaire dont l'objectif est de faire un état des lieux des troubles du sommeil pendant la grossesse et de la prise en charge proposée.

L'aboutissement de ce mémoire repose sur votre collaboration, c'est pour cela que je me permets de vous solliciter aujourd'hui.

Ce questionnaire est destiné aux femmes enceintes qui sont dans leur troisième trimestre de grossesse, il est anonyme, comporte 47 questions et se remplit rapidement (réponses à choix multiples à cocher). Pour certaines questions, vous pouvez cocher plusieurs cases à la fois.

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration et je vous souhaite une bonne journée.

Gwenaëlle BEAU

<p align="center">Questionnaire destiné aux femmes enceintes au 3^{ème} trimestre de la grossesse lors d'une consultation prénatale ou au centre d'explorations fonctionnelles</p>

Informations générales

1. Quel âge avez-vous ?
2. Avez-vous une activité professionnelle ?
 Oui Non
Si oui, quelle est votre profession ?
- Si non, êtes-vous :
 Femme au foyer Etudiante Autre citez :
3. Quelle est votre situation familiale :
 Célibataire Vit en couple Mariée Autre citez :
4. Nombre d'enfants vivants au foyer ?
5. Quelle est votre taille ? m
6. Quel est votre poids en dehors de la grossesse ? kg

Informations sur votre grossesse actuelle

7. Est-ce une première grossesse ?
 Oui Non
Si non, combien avez-vous eu de grossesses antérieures ?

.....
.....
.....
.....

Y a-t-il eu des complications pour ces grossesses ?

- Oui Non

Si oui, le(s)quelle(s) :

.....
.....
.....

8. Cette grossesse était-elle souhaitée de votre part ?

- Oui Non, mais elle est bien acceptée Non

9. Cette grossesse était-elle souhaitée de la part de votre conjoint ?

- Oui Non, mais elle est bien acceptée Non

10. Exercez-vous une activité professionnelle pendant votre grossesse ?

- Oui Non

11. Avez-vous eu des arrêts de travail pendant votre grossesse (en dehors du congé maternité) ?

- Oui Non

Si oui, combien ?

Si oui, pendant combien de temps ?

Si oui, pour quelles raisons ?

.....

12. Quelle est la date prévue de votre accouchement ? / /

13. Par quel professionnel de santé est suivie votre grossesse ?

- Sage-femme Gynécologue obstétricien Autre citez :

14. Quel est votre poids actuellement ? kg

Votre sommeil AVANT la grossesse

15. Comment qualifieriez-vous votre sommeil avant la grossesse ?

- De très bonne qualité De bonne qualité De qualité moyenne De qualité insuffisante

16. En moyenne, combien d'heures dormiez-vous par nuit ?heures/nuit

17. Vous arrivait-il de faire une sieste ?

- Oui Durée : Non

18. Aviez-vous des troubles du sommeil avant la grossesse ?

- Oui Non

Si non, passez à la question 19.

Si oui, aviez-vous déjà consulté pour ces troubles ?

- Oui Non

Si oui, étiez-vous déjà traitée ?

- Oui Non

Par qui ?

- Médecin traitant Médecin spécialiste du sommeil Autre citez :

Quel était votre traitement, pour quels troubles ?

.....
.....
.....
.....

Si vous aviez des troubles mais que vous n'avez pas consulté, utilisiez-vous des médicaments pour vous aider à dormir (somnifères, anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, ...) ?

- Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

.....
.....

Votre sommeil PENDANT la grossesse

19. Comment qualifieriez-vous votre sommeil en fin de grossesse (3^{ème} trimestre) ?

- De très bonne qualité De bonne qualité De qualité moyenne De qualité insuffisante

20. En moyenne, combien d'heures dormez-vous par nuit ?heures/nuit

21. En moyenne, combien d'heures dormez-vous par 24h ?heures/24h

22. Avez-vous présenté des troubles du sommeil pendant votre grossesse ?

- Oui Non

Si non, passez à la question 24.

Si oui, vos troubles sont-ils apparus :

- Au 1^{er} trimestre de la grossesse (entre le début de la grossesse et la fin du 3^{ème} mois)
 Au 2nd trimestre de la grossesse (entre le 4^{ème} mois et la fin du 6^{ème} mois)
 Au 3^{ème} trimestre de la grossesse (entre le 7^{ème} mois et le 9^{ème} mois)

Décrivez vos troubles :

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Avez-vous utilisé des médicaments sans prescription pour vous aider à mieux dormir depuis le début de votre grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

23. A quoi associez-vous vos troubles ?

- Stress (travail,...)
- Angoisse de l'accouchement
- Déménagement
- Situation familiale difficile (séparation, divorce, ...)
- Deuil
- Mouvements du fœtus
- Envie fréquente d'uriner
- Position inconfortable pour dormir
- Reflux gastrique
- Crampes
- Douleurs lombaires
- Autre citez :

24. Faites-vous une sieste ?

- Oui Durée :Depuis quel mois de grossesse ?
- Non

25. Fractionnez-vous le repas du soir ?

- Oui
- Non

26. A quelle heure le prenez-vous ?

27. Dans quelles conditions allez-vous vous coucher ?

- Après un repas copieux
- Rapidement après le dîner
- La télévision dans la chambre est allumée
- L'environnement est bruyant
- La température de la chambre est élevée
- L'horaire de coucher est régulière
- Lecture au lit
- Stressée
- Autre citez :

28. Fumez-vous ?

- Oui Quantité :cig/jour
- Non

29. Avez-vous l'habitude de boire du café ou du thé ?

- Oui Quantité :tasses/jour
- Non

30. Consommez-vous de l'alcool pendant votre grossesse ?

- Jamais
- Occasionnellement
- Souvent
- Tous les jours

Si oui, combien de verres/jour ?verres/jour

Si vous n'avez pas de troubles du sommeil passez à la question 33.

31. Trouvez-vous que ces troubles du sommeil vous empêchent de profiter pleinement de la fin de votre grossesse ?

- Oui Non

Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

32. Avez-vous trouvé par vous-même, des solutions pour améliorer votre sommeil (position pour dormir, tisane, homéopathie, pas de sieste en journée pour mieux dormir la nuit, ...) ?

- Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....
.....

33. Vous arrive t-il :

- De mettre plus de 30 minutes pour vous endormir
- De vous réveiller au moins deux fois dans la nuit et d'avoir des difficultés à vous rendormir
- De vous réveiller au moins une heure avant l'heure choisie avec impossibilité de vous rendormir
- D'avoir une sensation de sommeil non récupérateur
- Autre précisez :

(Vous pouvez cocher une, plusieurs ou toutes les cases)

34. Vous arrive t-il de ressentir les sensations suivantes :

- Une envie de bouger les jambes, accompagnée par des fourmillements des jambes
- Une agitation motrice soulagée par le mouvement
- Une aggravation des symptômes au repos
- Une aggravation des symptômes dans la soirée ou dans la nuit
- Autre précisez :

(Vous pouvez cocher une, plusieurs ou toutes les cases)

35. Etes-vous incommodée par des ronflements ?

- Oui, avant la grossesse Oui, depuis que je suis enceinte Mois d'apparition :
- Non Je ne sais pas

36. Etes-vous supplémentée en fer ?

- Oui Non

Si oui, avec quel traitement ?

- Tardyferon B9 Tardyferon 80 FumaferFoldine

A quelle posologie (1 comprimé/jour, 2 comprimés/jour, ...) ?

37. Avez-vous consulté un(e) psychologue pendant votre grossesse ?

- Oui Non

Si oui, avez-vous évoqué vos troubles du sommeil ?

- Oui Non

Si oui, comment qualifieriez-vous l'apport de cet entretien concernant vos troubles du sommeil ?

- Très utile Utile Peu utile Inutile

Prise en charge des troubles du sommeil pendant la grossesse

38. Vous a-t 'on demandé au moins à une consultation si vous dormiez correctement ?

- Oui Non

Si vous n'avez pas de troubles du sommeil, passez à la question 45.

39. Si vous avez décrit des troubles du sommeil, ont-ils été pris en compte ?

- Oui Non

40. Vous a-t 'on donné des conseils ?

- Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

41. Le consultant vous a-t-il prescrit des médicaments dans le but d'améliorer ces troubles ?

- Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

.....
.....
.....

42. Si vous avez pris des médicaments, comment évalueriez-vous leur effet ?

- Très utile Utile Peu utile Inutile

43. Le consultant vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ?

- Oui Non

Si oui, lequel :

- Psychologue Psychiatre Médecin spécialiste du sommeil
 Conseillère conjugale et familiale Autre citez :

44. Le consultant vous a-t-il parlé de :

- Relaxation Yoga Sophrologie Acupuncture
 Phytothérapie Homéopathie Autre citez :
 Rien de tout cela

45. Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance ?

- Oui Non

Si oui, a-t-on évoqué les caractéristiques du sommeil pendant la grossesse ?

- Oui Non

46. En consultation prénatale, avez-vous eu une écoute suffisante concernant vos troubles et vos préoccupations ?

- Oui Non

Si oui, avec quel professionnel de santé ?

- Sage-femme Gynécologue obstétricien
 Psychologue Autre citez :

47. Etes-vous satisfaite de la prise en charge effectuée concernant vos troubles du sommeil ?

- Oui Non

Si non, pour quelle(s) raison(s) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date du jour :

Annexe II : Questionnaire distribué aux sages-femmes

Bonjour Mesdames,

Je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année à l'Ecole Baudelocque et je réalise actuellement mon mémoire de fin d'études sur les troubles du sommeil au troisième trimestre de la grossesse.

Pour mener à bien ce travail, j'ai réalisé ce questionnaire dont l'objectif est de faire un état des lieux des troubles du sommeil pendant la grossesse et de la prise en charge proposée.

L'aboutissement de ce mémoire repose sur votre collaboration, c'est pour cela que je me permets de vous solliciter aujourd'hui.

Ce questionnaire est destiné aux sages-femmes pratiquant des consultations prénatales et/ou des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, il est anonyme, court (15 questions) et se remplit rapidement (réponses à choix multiples à cocher).

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration et je vous souhaite une bonne journée.

Gwenaëlle BEAU

<p align="center">Questionnaire destiné aux sages-femmes pratiquant des consultations prénatales et/ou de la préparation à la naissance et à la parentalité</p>
--

1. Depuis quelle année êtes-vous diplômée ?

2. Dans quelle école avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat ?

.....

3. Depuis combien de temps travaillez-vous à la maternité de Port-Royal ?

4. Effectuez-vous régulièrement des consultations prénatales ?

Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

.....

5. Evoquez-vous le sommeil de la femme enceinte systématiquement à chaque consultation ?

Oui Non Au moins à une consultation

6. Animez-vous des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?

Oui Non

Si oui, vous arrive-t-il d'évoquer les caractéristiques du sommeil pendant la grossesse ?

Oui, systématiquement Oui, parfois Oui, en réponse à une question sur ce thème Non

7. Vous sentez-vous « démunie » (en terme de connaissances et de prise en charge) quand une femme vous évoque ces problèmes de sommeil ?

- Oui Non

Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....

8. Comment évalueriez-vous vos connaissances concernant les troubles du sommeil ?

- Très satisfaisantes Satisfaisantes Moyennement satisfaisantes Insuffisantes

9. Si une femme vous évoque des troubles du sommeil, recherchez-vous systématiquement les circonstances d'apparition ?

- Oui Non

10. Quels conseils leur donnez-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. Que prescrivez-vous le plus souvent pour aider les femmes à mieux dormir (phytothérapie, homéopathie, tranquillisants, antidépresseurs,...) ?

.....
.....
.....
.....

12. Au regard de vos compétences de sage-femme, vous sentez-vous limité dans vos besoins de prescription face à ces troubles du sommeil ?

- Oui Non

Expliquez :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Vous arrive-t-il d'avoir recours à un médecin pour la prescription de certains médicaments ?

- Oui Non

Si oui, pour quel(s) médicament(s) ?

.....
.....
.....

14. Orientez-vous cette patiente vers un autre professionnel de santé ?

- Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

- Médecin spécialiste du sommeil Psychologue Psychiatre
 Conseillère conjugale et familiale Autre citez :

15. Pensez-vous que les troubles du sommeil au 3^{ème} trimestre de la grossesse sont une « fatalité » en soi ?

- Oui Non

Expliquez :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Les troubles du sommeil au troisième trimestre de la grossesse

Objectifs: Notre étude a pour objectifs de déterminer la prévalence des troubles du sommeil, d'identifier la nature de ces troubles, la prise en charge proposée et la satisfaction des femmes. Nous avons également cherché à repérer les connaissances des sages-femmes sur ces troubles.

Matériel et méthode: Nous avons mené une étude transversale, descriptive, unicentrique à partir de deux questionnaires, l'un distribué aux femmes enceintes, l'autre aux sages-femmes. L'étude a été menée à la maternité de Port-Royal, d'août à décembre 2012.

Résultats: Les troubles du sommeil sont fréquents lors de la grossesse, surtout au troisième trimestre. Il s'agit souvent de troubles à type d'insomnie, généralement dus aux petits maux de la grossesse. Il est primordial d'interroger les femmes sur la qualité de leur sommeil, et de prendre en charge les troubles par les moyens les plus adaptés. Toutefois, lorsque les propositions faites ne suffisent pas, il faut savoir orienter la patiente vers un spécialiste pour optimiser sa prise en charge.

Mots-clés: Troubles du sommeil, insomnie, troisième trimestre de grossesse, profession de sage-femme

Sleep disorders in the third trimester of pregnancy

Objectives: The objectives of our study are to establish the prevalence of sleep disorders, identify the nature of these disorders and the proposed remedy, as well as the women's degree of satisfaction. We also tried to identify the midwives' knowledge in that field.

Material and methods: We conducted a cross-sectional, descriptive, monocentric study based on two questionnaires, one addressed to expectant mothers and the other one to midwives. The study was performed at Port-Royal maternity hospital, from August to December 2012.

Results: Sleep disorders during pregnancy are frequent, especially in the third trimester. Most of the time, they are disorders such as insomnia, generally due to small inconveniences of pregnancy. It seems important to ask women about their sleep quality, and solve the disorders through the most suitable means. On the other hand, when the midwife's proposals are not sufficient, it will be necessary to direct the patient to a specialist to make sure to find the best solution.

Keywords: Sleep disorders, pregnancy trimester, third, midwifery