



HAL
open science

Les troubles du sommeil et la grossesse

Julie Paulovic

► **To cite this version:**

Julie Paulovic. Les troubles du sommeil et la grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01394080

HAL Id: dumas-01394080

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394080v1>

Submitted on 8 Nov 2016

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.

ACADEMIE DE PARIS
ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE - FACULTE DE MEDECINE

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT

Les troubles du sommeil et la grossesse

Paulovic Julie
Née le 04/03/1992, aux Lilas (93)
Nationalité Française

Directeur de mémoire : Madame Boyé Marie-Laure, enseignante sage-femme

Année universitaire : 2015-2016

**ACADEMIE DE PARIS
ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE - FACULTE DE MEDECINE**

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT

Les troubles du sommeil et la grossesse

**Paulovic Julie
Née le 04/03/1992, aux Lilas (93)
Nationalité Française**

Directeur de mémoire : Madame Boyé Marie-Laure, enseignante sage-femme

Année universitaire : 2015-2016

Sommaire

Introduction	7
Première partie	9
I- Le sommeil et la grossesse	9
II- Les pathologies du sommeil et la grossesse	12
A- Les insomnies	13
B- Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)	15
C- Les troubles du sommeil et le syndrome dépressif	17
III- Les professionnels de périnatalité face au sommeil pendant la grossesse	18
A- Pratique du dépistage des troubles du sommeil en consultation	18
B- Formation des professionnels sur le sommeil et le dépistage des troubles du sommeil	19
a) <i>Formation initiale</i>	19
b) <i>Formation et développement médical continu</i>	20
C- Recommandations	21
Deuxième partie	22
I- Matériels et méthodes	22
A- Hypothèses et objectif	22
B- Type d'étude	22
C- Déroulement de l'étude, outils méthodologiques et participants	22
D- Stratégie d'analyse	23
II- Résultats	25
Troisième partie	41
I- Analyse des résultats et discussion	41
II- Limites et biais	49
III- Propositions	50

Conclusion.....	53
Références bibliographiques.....	54
Annexe I	60
Questionnaire distribué aux professionnels de périnatalité	60
Annexe II	65
Index de Qualité du sommeil de Pittsburgh	65
Annexe III.....	68
Echelle de somnolence d'Epworth	68
Annexe IV	69
Dépliant d'information	69
Glossaire	70
Résumé	72

Introduction

« Nous passons un tiers de notre vie à dormir. Le sommeil fait partie des fonctions vitales de notre organisme, il est essentiel au sentiment de bien être de tout individu. Il est facile de comprendre qu'un sommeil de qualité accompagné d'un rythme de vie sain et équilibré participe à une grossesse équilibrée » (1).

J'ai pu constater au cours de mes stages en consultations prénatales, que beaucoup de femmes enceintes se plaignent de troubles du sommeil, plus particulièrement d'insomnie, et que, bien trop souvent, la réponse qui leur est donnée est : « ce n'est pas grave ; c'est normal vous êtes enceinte » ou bien « on ne peut pas faire grand chose » ; tout cela sans même interroger davantage la patiente. J'ai pu constater aussi que le sommeil n'est parfois jamais abordé par les professionnels de la périnatalité ou que la patiente n'ose pas en parler d'elle même.

La grossesse est l'une des périodes les plus importantes dans la vie d'une femme. Or, les troubles du sommeil sont parmi les problèmes majeurs (du fait de leurs conséquences) les plus répandus pendant la grossesse. Il a été rapporté que plus de 79% des femmes enceintes ont un sommeil altéré pendant leur grossesse (2). Cette altération du sommeil apparait plus fréquente et plus invalidante au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse du fait que les symptômes s'aggravent et qu'ils impactent sur la qualité de vie. En effet au début de la grossesse 75,1% des femmes se plaignent de troubles du sommeil contre 93,3% au troisième trimestre (3).

Certains troubles sont physiologiques, dûs aux modifications hormonales, morphologiques, parfois psychologiques. D'autres sont pathologiques. Ils peuvent entraîner des désagréments, et surtout des conséquences néfastes sur la grossesse, sur la santé de la mère et du fœtus. Il est donc important de les dépister et d'en parler. Pourtant le sommeil est un sujet peu abordé lors des consultations de suivi de grossesse et ce malgré leur fréquence et leurs conséquences. En effet, il a été rapporté que 84,8% des femmes n'ont jamais reçu d'informations au cours de leurs grossesses (4). Les femmes insatisfaites de la prise en charge des troubles du sommeil exprimaient comme difficultés des réponses inadaptées à leur demande ou bien les professionnels leur parlaient d'un problème inhérent à la grossesse.

Les troubles du sommeil paraissent donc sous estimés et peu pris en compte par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens alors qu'ils sont les interlocuteurs privilégiés des femmes lors des consultations de suivi de grossesse. Des interrogations se posent sur les dernières données scientifiques concernant le sommeil, ses troubles et ses conséquences sur la grossesse mais aussi sur la pratique des professionnels de périnatalité.

L'objectif de cette étude sera donc d'évaluer la pratique du dépistage des troubles du sommeil pendant la grossesse ainsi que les connaissances des professionnels de périnatalité sur les troubles du sommeil en consultation prénatale. Ainsi, nous évoquerons les connaissances sur le sommeil de la femme enceinte, les pathologies du sommeil et la pratique des professionnels de périnatalité. Ensuite, nous présenterons la méthodologie et les résultats de notre étude menée auprès de sages-femmes et d'obstétriciens de certaines maternités parisiennes. Enfin, nous analyserons et discuterons les résultats pour proposer des actions visant la prévention du sommeil au cours de la grossesse.

Première partie

I- Le sommeil et la grossesse

L'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV) définit le sommeil comme un état dans lequel nous passons environ le tiers de notre vie. Il fait partie des fonctions **vitales de l'organisme** comme la respiration, la digestion ou l'immunité. Le sommeil est un comportement spontané et réversible caractérisé par des périodes récurrentes de :

- diminution de l'activité motrice,
- augmentation des seuils de réponse sensorielle,
- facilitation de la mémorisation,
- discontinuité de l'activité mentale.

Notre vie quotidienne est rythmée par les états de veille et de sommeil, deux états physiologiques fondamentaux. Le sommeil n'est pas continu, il est constitué de différents stades qui s'organisent de façon identique au cours de la nuit. Le cycle veille-sommeil comprend l'état de veille, le sommeil léger et le sommeil paradoxal. Le sommeil se répartit chez l'homme adulte en une seule période qui dure en moyenne 6 à 8 heures et il est constitué de plusieurs cycles successifs (4 à 6). Un cycle de sommeil dure environ 90 minutes. Chaque cycle commence par du sommeil léger et se termine par du sommeil paradoxal. L'évolution de la nuit et des différents cycles de sommeil est représentée sous forme d'un hypnogramme. Les cycles contiennent des proportions variables de sommeil appelées stade 1 (N1), 2 (N2), 3 (N3), 4 (N4) et paradoxal. Chaque stade est composé de rythmes cérébraux spécifiques. Le sommeil profond est surtout présent dans la première moitié de la nuit alors que les sommeils léger et paradoxal sont plus abondants en deuxième moitié de nuit. (5)

Chez l'Homme le sommeil se répartit en deux types de sommeil :

Le sommeil lent léger correspond aux stades 1 (N1) et 2 (N2). L'activité du cerveau se ralentit peu à peu. A l'endormissement, c'est à dire en stade N1, le dormeur est réveillé par le moindre bruit, il est vaguement somnolant. Il y a présence d'un tonus musculaire et de mouvements oculaires (MO) lents. Alors qu'au stade N2, des ralentissements de l'activité électrique avec présence d'un tonus musculaire mais pas de MO sont observés.

Le sommeil lent profond correspond au stade 3 (N3). Il est caractérisé par une amplification du ralentissement de l'activité cérébrale. Plus l'activité cérébrale est ralentie, plus le dormeur descend dans un état d'où il est difficile de le réveiller, parce que son cerveau est de plus en plus insensible aux stimulations extérieures. Il est observé des modifications physiologiques (relaxation musculaire, diminution de la fréquence cardiaque (FC) et de la tension artérielle (TA)). En sommeil profond stade 4 (N4), il sera difficile à réveiller ; il y a une diminution du tonus musculaire et un ralentissement des fonctions du cerveau.

Le sommeil paradoxal correspond à 25% du temps de sommeil total. C'est un état dans lequel le dormeur est difficile à réveiller. Son tonus musculaire est aboli alors que son cerveau est aussi actif qu'en stade N1. On reconnaît le sommeil paradoxal également à la présence de salves de mouvements des yeux appelées mouvements oculaires rapides. En sommeil paradoxal, le tonus des muscles disparaît complètement. Au niveau des fonctions neurovégétatives, tout se passe comme si la régulation homéostatique, chargée de maintenir la stabilité des grandes fonctions de l'organisme, fonctionnaient mal. On observe donc une grande instabilité du pouls, de la pression artérielle et de la respiration (augmentation de la FC et de la TA, transpiration). C'est à ce moment là que les rêves apparaissent. Le sommeil paradoxal a un rôle dans le développement du cerveau, la plasticité synaptique, la mémoire et la régulation émotionnelle et comportementale (6).

L'INSV et le gouvernement s'accordent en matière de santé sur le rôle du sommeil dans la survenue ou la prévention des maladies ou leur aggravation et nécessite d'y accorder une attention rigoureuse. Ils recommandent de considérer le sommeil comme un élément d'éducation et de prévention, au même titre que d'autres préoccupations comme la nutrition.

La grossesse entraîne de nombreuses modifications physiologiques hormonales, morphologiques, voire psychologiques pouvant influencer et perturber l'architecture du sommeil de la femme enceinte. La qualité et la durée du sommeil se voient diminuer au cours de la grossesse, le sommeil est moins profond et plus sensible aux bruits ou à la lumière (7).

Ces troubles apparaissent de plus en plus fréquents et invalidants au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse. En effet, au début de la grossesse, les femmes qui se plaignent

de troubles du sommeil représenterait environ 75,1% alors qu'au 3^{ème} trimestre elles seraient 93,3% (3).

Au 1^{er} trimestre, la femme enceinte est sous l'influence des modifications hormonales et plus particulièrement de l'augmentation de la progestérone, hormone connue pour son effet sédatif qui explique l'augmentation du temps de sommeil et la présence de somnolence diurne avec des besoins de siestes. Cependant, l'efficacité du sommeil diminue en comparaison avec la période précédant la grossesse. Les réveils nocturnes sont peu fréquents mais le sommeil peut être perturbé par les petits maux de la grossesse (nausées, vomissements, pollakiurie) (7).

Au 2^{ème} trimestre, le temps total de sommeil diminue, les réveils nocturnes sont plus fréquents toujours liés aux « petits maux » de la grossesse mais aussi à d'autres causes comme l'augmentation des cauchemars, des crampes nocturnes, des lombalgies et du syndrome des jambes sans repos (8).

Au 3^{ème} trimestre, la diminution du temps de sommeil s'accroît. La femme enceinte dort en moyenne moins de 8 heures par nuit. Le sommeil change dans sa composition avec une proportion plus importante des phases de sommeil lent léger et d'éveils associés des réveils nocturnes encore plus fréquents. Ils sont notamment liés aux mouvements actifs fœtaux (MAF), à une pollakiurie, à un positionnement difficile, des douleurs ligamentaires, des contractions utérines (CU), des lombalgies, des reflux gastro-œsophagien, des crampes, occasionnant une augmentation des troubles du sommeil. De plus, du fait des modifications respiratoires (réduction de taille des voies aériennes supérieures, modifications nasopharyngées etc.), de l'augmentation du volume fœtal (ascension du diaphragme) et des variations hormonales, il y a plus de difficultés respiratoires et plus de ronflements au 3^{ème} trimestre. Le nombre de phases de sommeil lent profond diminue. Ceci a pour conséquence de limiter l'effet réparateur de la fatigue physique que doit procurer le sommeil (9). A l'approche de l'accouchement certaines femmes sont plus anxieuses, la grossesse est un moment où des modifications psychologiques peuvent apparaître. En effet, c'est un moment de transparence psychique où la femme peut se sentir vulnérable et avoir des angoisses, des inquiétudes se répercutant sur son sommeil. Le 3^{ème} trimestre de la grossesse est donc 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 (10).

Le **poids** est le facteur de risque principal qui influence les modifications du sommeil et il est nécessaire de le prendre en compte (11). Une femme avec une prise de poids excessive au cours de la grossesse est plus à risque de signaler des sensations anormales dans les jambes, des réveils nocturnes fréquents et une somnolence diurne excessive. De la même façon, une femme présentant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 avant la grossesse est plus sujette aux ronflements (3). De même, un **statut socioéconomique bas**, influencerait la qualité du sommeil chez les femmes enceintes (12).

La grossesse peut donc être marquée par des troubles mineurs du sommeil liés en partie à la grossesse et ses modifications physiologiques. Mais elle peut aussi prédisposer et/ou provoquer des pathologies du sommeil qui peuvent avoir des répercussions sur la santé de la mère et du fœtus.

II- Les pathologies du sommeil et la grossesse

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise dans les **recommandations professionnelles** de 2005 sur « comment mieux informer les femmes en consultations prénatales » que : *« La femme ou le couple doivent être informés que leur sécurité émotionnelle fait partie du suivi de la grossesse car elle conditionnera leur confiance en eux pour l'accouchement et pour l'accueil de l'enfant. Au début de la grossesse, dépister des difficultés psychiques, comme [les troubles avérés préexistants, une anxiété avec manifestations somatiques, une dépression ou antécédent dépressif], des troubles du sommeil, permet d'envisager précocement des interventions adaptées. »*
« Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression. Il est conseillé de les rechercher systématiquement. »

Intégrer le sommeil dans le suivi classique de toute femme enceinte est donc recommandé par l'HAS parce que cela permet de dépister ou prévenir des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique pouvant survenir au cours de la grossesse ou dans le post-partum. Mais dans la littérature, de nombreux articles ou études montrent le fait que de prendre en compte les problèmes de sommeil représente aussi des avantages médicaux car non traités ils peuvent entraîner des conséquences néfastes sur la grossesse, le fœtus, la

mère et l'accouchement. Il est par conséquent important de décrire ces troubles du sommeil rencontrés pendant la grossesse.

A- Les insomnies

C'est un symptôme subjectif identifié par **des plaintes** : ne pas pouvoir s'endormir, se réveiller souvent, avoir un sommeil trop court, ou peu reposant pouvant entraîner une fatigue diurne, une baisse d'attention, de concentration, de motivation, d'énergie, un mauvais fonctionnement social et professionnel. Parmi les troubles du sommeil, les insomnies sont de loin les plus fréquentes pendant la grossesse et leur prévalence augmente particulièrement au dernier trimestre de la grossesse. Ces plaintes du sommeil se retrouvent chez environ **51 à 61%** des femmes dans les 8 dernières semaines de la grossesse (13).

Occasionnelle et transitoire l'insomnie peut être liée à un environnement perturbé (bruit, température...) ou aux conditions de vie, à un événement stressant ou à une autre maladie. Prolongée, évoluant depuis des mois, elle est souvent associée à un trouble psychologique ou une autre maladie chronique (5).

Pendant la grossesse, les insomnies sont principalement causées par des éveils nocturnes fréquents dus à de multiples facteurs incluant notamment les petits maux de la grossesse et les nombreux changements physiques et physiologiques inhérents à l'état de grossesse comme cités précédemment. Parmi les étiologies il y a aussi la vulnérabilité psychique accrue, le sentiment de stress et d'anxiété engendré par les douleurs, la perspective de l'accouchement ainsi que par les changements de la vie à venir, mais aussi certaines **pathologies** favorisées par la grossesse et très insomniantes telles que le syndrome des jambes sans repos ou l'apnée du sommeil.

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est un trouble sensitivomoteur caractérisé par une sensation pénible, parfois douloureuse, localisée au niveau des membres inférieurs et bilatérale, associée à un besoin impérieux de bouger les jambes. Ce trouble survient particulièrement au repos, le soir ou la nuit. La conséquence la plus gênante du SJSR est l'insomnie qu'il entraîne. La grossesse peut être considérée comme un facteur de risque initial ou aggravant des symptômes du SJSR (14). La prévalence chez les femmes enceintes est de **12 à 26 %** avec des symptômes s'aggravant au fil des trimestres. Les femmes enceintes ont donc **2 à 3 fois plus à risque** de développer ce syndrome que la population générale (5-8%) (13). La physiopathogénie de ce syndrome n'est pas claire. Il

pourrait être lié à une carence en fer et en folates ; les modifications hormonales induites par la grossesse semblent aussi y participer (15), (16), (17).

Les insomnies ne sont pas à sous estimer car elles peuvent générer un inconfort et avoir des conséquences néfastes sur la grossesse, la santé du fœtus, de la mère et sur l'accouchement. Selon une étude menée en Europe en 2004, les femmes qui dorment moins de 6h par nuit durant le dernier mois de la grossesse ont significativement des durées de **travail plus long** et un taux plus élevé de naissance **par césarienne** que les femmes qui dorment plus de 6h par nuit. L'étude montre que les femmes privées de sommeil ont davantage de **douleurs et d'inconforts** pendant le travail (18). Il a été aussi démontré que la durée et la qualité du sommeil chez la femme enceinte peuvent aussi contribuer à augmenter le risque de **diabète gestationnel** et **d'hypertension artérielle** (HTA) (19) (20). De plus, il existe une relation entre les troubles du sommeil et le risque de naissance prématurée. En effet, un sommeil de mauvaise qualité pendant le début ou la fin de grossesse est associé à une augmentation du risque d'**accouchements prématurés** (2) (21). Le risque est multiplié par deux si la durée du sommeil par nuit est inférieure à 5h (9) (22). Cela impacterait aussi sur le poids de naissance (23). L'insomnie peut aussi être un symptôme ou un signe précurseur d'une **pathologie psychiatrique** telle qu'une dépression, une anxiété généralisée ou encore un état de stress post-traumatique.

Le diagnostic d'une insomnie passe par l'histoire clinique du patient et ses symptômes. Les professionnels peuvent avoir recours à de nombreuses échelles permettant aux patients d'auto évaluer la qualité de son sommeil comme **l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh** (PSQI) (annexe II). Pour le SJSR, le diagnostic repose aussi sur les symptômes du patient et est basé sur les 4 critères diagnostiques essentiels établit par « l'international RLS study group » qui sont :

- 1) Un besoin impérieux de bouger les membres (impatience motrice) généralement causé par des sensations désagréables ou inconfortables dans les jambes,
- 2) Exclusivement présent au repos (c'est-à-dire en position allongée, assise ou accentués avec au moins une amélioration temporaire ou partielle par l'activité),
- 3) Qui s'aggrave le soir ou la nuit,
- 4) Soulagé partiellement ou totalement par le mouvement.

Il existe **2 échelles cliniques** de sévérité du SJSR. Celle du groupe de recherche Johns Hopkins (JHRLSS) et l'échelle internationale de sévérité du SJSR (IRLSSG rating scale) (24).

La prise en charge des insomnies est conditionnée par la recherche de son étiologie qui doit conduire à un traitement spécifique. En l'absence d'étiologie spécifique, des règles hygiéno-diététiques peuvent être proposées. De nombreuses **méthodes non pharmacologiques** existent et sont justifiées comme l'acupuncture, l'homéopathie, les thérapies comportementales à type de relaxation, sophrologie etc. (25). 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. Les apparentés aux benzodiazépines, peuvent être privilégiés en raison de leur courte durée d'action, ou éventuellement l'utilisation d'antihistaminiques de première génération (doxylamine et diphenhydramine) qui constituent une option pharmacologique de premier recours chez la femme enceinte souffrant d'insomnie en raison d'un nombre important de données d'innocuité durant la grossesse et d'un bon recul d'utilisation (15), (26). Mais le recours au traitement médicamenteux ne devrait être utilisé que si les mesures non pharmacologiques ne suffisent pas à favoriser le sommeil. Quant au traitement médicamenteux du SJSR pendant la grossesse il pose problème car les médicaments utilisés (agonistes dopaminergiques) pour ce syndrome en dehors de la grossesse n'ont pas été testés et on ne sait pas s'il existe un retentissement fœtal. Par conséquent, leur utilisation n'est pas recommandée pendant la grossesse. Le SJSR peut être traité par des exercices d'étirement, des massages, des bains chauds, du magnésium, des conseils hygiéno-diététiques (abstinence café, tabac, alcool, marche). Il est important aussi d'écartier une éventuelle carence en fer ou en folates lorsqu'une femme est atteinte de ce syndrome pour instituer une éventuelle supplémentation dans le cas contraire (27).

B- Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)

Le SAOS est défini par la présence d'une somnolence diurne excessive et/ou deux des symptômes suivants : un ronflement sévère, des arrêts respiratoires nocturnes, des éveils nocturnes répétés, un sommeil non réparateur, une fatigue diurne, une altération de la concentration et un critère polysomnographique avec un nombre d'événements respiratoires supérieur à 5 par heure de sommeil (28).

Il associe essentiellement ronflement, troubles du sommeil et perturbation de la vigilance diurne. Il est caractérisé par un collapsus répété des voies aériennes supérieures au cours du sommeil qui, en l'absence de traitement, entraîne des conséquences graves dont l'augmentation de la **morbi-mortalité cardiovasculaire**. En effet, il est actuellement

considéré comme un facteur de risque d'hypertension artérielle et également comme une cause d'hypertension artérielle résistante au traitement dans la population générale. Si la prévalence du SAOS chez les femmes en âge de procréer est évaluée entre 5 et 6% sa prévalence chez les femmes enceintes reste mal connue (29).

La femme enceinte est sujette à des modifications physiologiques liées à l'augmentation du taux de progestérone et d'œstrogènes ainsi qu'à des modifications physiques (gain de poids, ascension du diaphragme, augmentation de la ventilation, congestion nasale, œdème pharyngé), ayant un impact important sur la respiration et pouvant **prédisposer** les femmes enceintes au SAOS. En effet, la progestérone augmente la ventilation, pouvant provoquer une hypocapnie (diminution du CO₂ dans le sang) et une alcalose respiratoire, pour aboutir à une instabilité respiratoire et à des épisodes d'apnée centrale pendant le sommeil paradoxal. L'augmentation des œstrogènes favorise l'hyperhémie et peut causer un œdème de la muqueuse des voies respiratoires supérieures et par conséquent une diminution des dimensions du pharynx (29). Le principal reflet de ces changements est l'augmentation de l'incidence du **ronflement** pendant la grossesse concernant jusqu'à 47% des femmes et qui s'observe davantage chez les patientes ayant une pathologie vasculaire gravidique, compliquée ou non d'une pré-éclampsie, et chez les patientes obèses (30).

Les épisodes d'apnées/ hypopnées couplés aux réserves basses d'oxygène maternel peuvent augmenter le risque d'hypoxémie (diminution de l'O₂ dans le sang) maternelle et compromettre l'oxygénation fœtale, ce qui peut expliquer l'augmentation des pathologies fœto-maternelles (31). Ainsi le SAOS peut entraîner des conséquences fœtales néfastes comme des **anomalies du rythme cardiaque fœtal** (32). Une étude montre que sur une petite population de 35 femmes enceintes rapportant des ronflements, quatre (11,4%) avaient un SAOS dont trois pour lesquelles les apnées entraînaient une bradycardie fœtale (33). Le SAOS est aussi lié à des **retards de croissance intra-utérin** (RCIU), des **morts fœtales**, ou encore des **scores d'Apgar bas** à la naissance (34)(35). Parmi les conséquences maternelles, le SAOS pourrait entraîner une **hypertension artérielle**, un **diabète gestationnel** et des **prééclampsies** (13) (36) (37). Une autre étude incluant 502 femmes enceintes, montre que l'incidence d'hypertension artérielle gravidique (14 vs 6%), de prééclampsie (10% vs 4%) et de retard de croissance fœtale (7,1 % vs 2,6%) était significativement plus élevée chez les femmes enceintes avec ronflement habituel que chez les femmes enceintes sans ronflement (38).

Il n'y a pas d'argument en faveur d'un dépistage systématique du SAOS chez les femmes enceintes ; mais les patientes présentant une somnolence diurne excessive, un ronflement important avec de possibles apnées ou une hypertension artérielle doivent bénéficier d'une **polysomnographie**, tout comme celles ayant présenté au cours de grossesses antérieures un retard de croissance intra-utérin (recommandation grade C) (15).

La prévention recommande la limitation de prises de poids, l'utilisation restreinte de sédatifs, l'abstinence de consommation d'alcool et un décubitus latéral lors du sommeil. En cas de SAOS, une **ventilation par pression positive continue** (PPC) est recommandée comme pour la population générale, bien que les données chez les femmes enceintes restent limitées mais la PPC apparaît sûre et bien tolérée pendant la grossesse (39).

C- Les troubles du sommeil et le syndrome dépressif

La dépression est un des troubles psychiatriques et de l'humeur les plus courants. Elle n'est pas rare pendant la grossesse avec des estimations allant de **10% à 25%** des femmes enceintes (40). En effet, la grossesse est une période de remaniements psychiques intenses pendant laquelle on peut observer de l'anxiété et du stress. L'étude de Rezaei E, Moghadam ZB, Saraylu K montre que les troubles du sommeil peuvent être prédictifs de **symptômes dépressif** et que la mauvaise qualité du sommeil, plus particulièrement dans le deuxième et troisième trimestre de grossesse, est directement reliée à des symptômes dépressifs en fin de grossesse (41). La dépression prénatale peut entraîner des complications chez la mère et le fœtus si elle n'est pas prise en charge, comme des naissances prématurées, des petits poids pour l'âge gestationnel, et surtout elle entraîne des complications dans le post-partum notamment avec des **dépressions du post-partum** pouvant être dramatiques. Le facteur de risque le plus important et prédictif de la dépression du post-partum est la dépression anténatale (42).

Négliger la qualité du sommeil et considérer que ces troubles sont normaux ou inhérents à la grossesse peut affecter la santé physique et mentale de la mère et peut entre autre conduire à **des troubles de l'humeur et des dépressions**. Pour conclure, la plainte de fatigue et d'insomnie chez une femme enceinte doit faire rechercher méticuleusement des symptômes dépressifs car les troubles du sommeil peuvent cacher une dépression anténatale ou un mal être de la femme.

III- Les professionnels de périnatalité face au sommeil pendant la grossesse

La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. Afin d'identifier d'éventuelles complications et d'améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte, le suivi de la grossesse est nécessaire. Dans ce contexte, l'information délivrée par les professionnels de santé le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. La sage-femme et le gynécologue-obstétricien accompagnent la femme et son enfant depuis le début de la grossesse jusque dans le post-partum. Ils ont un rôle médical dans le suivi de grossesse mais aussi un rôle d'accompagnement et de prévention.

A- Pratique du dépistage des troubles du sommeil en consultation

Selon la « *national sleep foundation* » plus de **79%** des femmes enceintes ont un sommeil altéré pendant leur grossesse. Les troubles du sommeil sont donc un phénomène fréquent à ne pas sous estimer. Malgré les recommandations de l'HAS qui préconisent de rechercher ces troubles systématiquement en début de grossesse, de nombreuses études sur le vécu et la satisfaction des femmes enceintes montrent que peu de femmes enceintes sont prises en charges et informées sur le sommeil par les professionnels de périnatalité (rappelons que **84,8% n'ont jamais reçu d'informations** (3)).

La répartition des femmes satisfaites et insatisfaites vis-à-vis de la prise en charge est assez homogène. Certaines n'ont pas cherché, au cours de leur grossesse, à obtenir de l'aide car elles n'en ressentaient pas le besoin. Parmi celles insatisfaites, soit elles ont eu des **réponses inadaptées** à leurs demandes, soit les problèmes de sommeil étaient considérés comme **inhérents** à la grossesse. D'autres ont aussi exprimé le fait qu'elles n'avaient bénéficié **d'aucune prise en charge** spécifique (3). Dans la pratique, les femmes recherchent un professionnel qui évoque le problème, qui sait écouter afin de rassurer et donner des conseils adaptés. Elles cherchent également à avoir des informations sur le sommeil et les modifications qui peuvent apparaître. Peu de femmes ont bénéficié de conseils ou de traitements dans le but d'améliorer leur qualité de sommeil. Une étude a permis d'observer aussi que celles qui ont reçu des conseils ne les ont **pas toujours trouvés efficaces**, elles ont dû trouver d'autres méthodes (3).

Face à des troubles du sommeil chez la femme enceinte, le professionnel de périnatalité semble donc souvent désarmé et aborde peu le sujet. Or, la partie importante du dépistage des troubles du sommeil repose sur l'histoire clinique, l'anamnèse de la patiente. Il faut donc en parler et savoir être à **l'écoute de la patiente** quand elle nous confie qu'elle est fatiguée ou dort mal. Il faut être capable de repérer les signes cliniques d'alerte et d'investiguer afin de poser un diagnostic précis. Les professionnels disposent de plusieurs échelles simples d'autoévaluation et de courte durée qui peuvent participer à l'orientation et au diagnostic : l'échelle d'Epworth (annexe III) qui permet de quantifier la somnolence d'un patient ou encore l'index de qualité du sommeil de Pittsburgh (annexe II). Les connaissances sur le sommeil et ses troubles paraissent donc essentiels (43).

De plus, les troubles du sommeil sont souvent perçus comme inéluctables ou inhérents à la grossesse et peu de solutions semblent disponibles pour les soulager ou les prendre en charge. Or, la plupart de ces difficultés peuvent être prévenues ou corrigées par des mesures simples **d'hygiène du sommeil**, et une écoute rassurante. Les conseils hygiéno-diététiques sont applicables à toutes les femmes, quels que soient les troubles qui les dérangent dans leur sommeil. Il est donc primordial que les professionnels de périnatalité connaissent les conseils d'une bonne hygiène du sommeil. S'ils ne suffisent pas, de nombreuses méthodes existent, médicamenteuses ou non. La sage-femme peut y avoir recours et prescrire des thérapies comportementales (relaxation, yoga, sophrologie), de l'acupuncture, de l'homéopathie mais ne peut prescrire des médicaments comme les benzodiazépines, les antihistaminiques ou bien la phytothérapie. Mais son rôle est avant tout **d'informer, dépister, conseiller voire orienter** la patiente si cela dépasse ses compétences. Quant aux gynécologues-obstétriciens, ils doivent être capables d'informer, dépister et prendre en charge les troubles du sommeil. Ils ont le droit de prescrire toutes les thérapies.

B- Formation des professionnels sur le sommeil et le dépistage des troubles du sommeil

a) Formation initiale

Si le programme des études de sages-femmes est entré dans un système Licence, Master et Doctorat depuis l'arrêté du 19 juillet 2011, c'est pour répondre à une nécessité de réorganisation des études. Cependant, le contenu du programme reste identique à celui du programme précédent (2001). Au cours des 5 années d'études nécessaires à l'obtention du

Diplôme d'Etat de Sage-femme, l'étudiant acquiert des compétences dans différents domaines qui touchent la prévention et la périnatalité. Or, pendant ces 5 années, le sommeil et ses pathologies ne sont quasiment jamais évoqués ou pas assez. En effet, dans l'Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme, le sommeil n'apparaît dans la formation qu'en 1^{ère} phase du cycle en physiologie de la neurologie sur le thème de « vigilance et sommeil ». A aucun autre moment dans le programme de 2^{ème} phase sur toutes les pathologies, les troubles et pathologies du sommeil ne sont évoqués (44).

Quant aux gynécologues-obstétriciens, ils doivent obtenir un diplôme d'études spécialisées en gynécologie obstétrique, qui se déroule sur 5 ans. Dans l'arrêté du 22 septembre 2004, sur la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, le sommeil n'est pas non plus évoqué (45).

b) Formation et développement médical continu

En plus de la formation initiale, les codes de déontologie des sages-femmes et des médecins stipulent qu'au cours de notre exercice professionnel, il nous est demandé de toujours rester au courant des dernières pratiques professionnelles. Ainsi, le développement professionnel continu est une obligation imposée par le code de santé publique (46).

Il existe un **diplôme interuniversitaire** (DIU) nommé le **sommeil et sa pathologie**. Il est organisé par la faculté de médecine de Paris Descartes conjointement avec les Universités de Angers, Aix-Marseille 2, Bretagne occidentale, Grenoble 1, Limoges, Lyon 1, Lille 2, Montpellier 1, Nancy, Nantes, Nice, Poitiers, Rouen, Strasbourg 1, Toulouse 3, Paris 7, Paris 11, Paris 12. Il se compose de cours théoriques et d'un stage (47). Il a pour objectifs :

- Initiation à la Physiologie et à la Neurologie du Sommeil
- Formation aux pathologies du Sommeil
- Acquisition des connaissances nécessaires à la réalisation des explorations et au traitement des troubles du sommeil et de la vigilance

Ouvert aux gynécologues-obstétriciens, ce DIU ne semble pas accessible aux sages-femmes selon la liste des DU/DIU établie par l'ordre des sages-femmes (48). Mais selon l'université d'inscription, le DIU ne semble pas fermé aux sages-femmes, notamment pour l'université de Paris Diderot. Il y est noté que l'inscription s'adresse aux professionnels de

santé donc potentiellement aux sages-femmes. Nous nous sommes donc renseignées par téléphone auprès de cette faculté. L'arrêté qui établit l'accès à ce DIU n'inclut pas les sages-femmes mais la secrétaire nous a précisé que des demandes d'inscription particulières peuvent être validées selon la motivation du professionnel et l'accord du responsable du DIU.

C- Recommandations

Les professionnels de périnatalité ont aussi à leur disposition les recommandations de l'HAS de 2005 sur « comment mieux informer les femmes enceintes en consultation anténatale ». Mais celles-ci portent uniquement sur l'intérêt de rechercher systématiquement les troubles du sommeil en début de grossesse par rapport aux troubles dépressifs. Or, depuis 2005, de nombreuses études scientifiques ont permis de montrer que les troubles du sommeil peuvent entraîner des conséquences autres que psychologiques et doivent être mieux connus et pris en charge par les professionnels de périnatalité. Aucune étude n'a été retrouvée sur l'évaluation de la pratique et les connaissances des professionnels en consultation prénatale face aux troubles du sommeil.

Les connaissances actuelles sur le sommeil et la prévalence des troubles du sommeil pendant la grossesse motivent l'évaluation de la qualité du sommeil pendant la grossesse par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens. Le diagnostic de troubles du sommeil impose des mesures correctives pour améliorer la santé de la mère et du fœtus. Mais qu'en est-il des connaissances et des pratiques de dépistage des troubles du sommeil chez la femme enceinte par les professionnels de périnatalité en consultations prénatales ?

Deuxième partie

I- Matériels et méthodes

A- Hypothèses et objectif

Pour cette étude, nous avons envisagé les hypothèses suivantes :

- Les professionnels de périnatalité manquent de connaissances sur les troubles du sommeil pendant la grossesse,
- Les professionnels de périnatalité ne pratiquent pas le dépistage systématique des troubles du sommeil auprès des femmes enceintes en consultations prénatales.

Notre objectif était donc d'évaluer la pratique du dépistage et les connaissances des professionnels de périnatalité sur les troubles du sommeil pendant la grossesse en consultation prénatale.

B- Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête **prospective, multicentrique** dans les services de consultations anténatales de huit maternités de type II et III de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP). Les maternités proposaient des suivis de grossesse différents. La Pitié-Salpêtrière, Tenon, Necker, Robert-Debré et Trousseau suivaient les femmes enceintes dès le 1^{er} trimestre alors que Bichat et Lariboisière le faisait à partir de 32 SA. Les maternités de Bichat, La Pitié-Salpêtrière et Lariboisière étaient rattachées à un centre ou une unité du sommeil au sein même de l'hôpital.

C- Déroulement de l'étude, outils méthodologiques et participants

Cette étude a eu lieu de mi août 2015 à fin octobre 2015 auprès des **Sages-Femmes** (SF) et des **gynécologues-obstétriciens** ayant une activité en consultation anténatale. Pour obtenir un taux de réponses satisfaisant, les SF d'autres services, dites « mobiles », faisant de la consultation dans l'année ont été inclus dans l'enquête. Nous avons exclu les étudiantes sages-femmes, les externes et les internes.

Cette étude quantitative et qualitative, a été réalisée à l'aide d'un questionnaire. Son élaboration a commencé en juillet et il a été testé fin juillet auprès d'une SF et de deux

gynécologues-obstétriciens. Leurs réponses et remarques m'ont permis de l'améliorer afin qu'il soit le plus compréhensible possible.

Ce questionnaire anonyme, composé de **18 questions** (12 questions fermées, 6 questions ouvertes), était scindé en deux parties :

- Des questions sur le profil des professionnels (année du diplôme, maternité d'exercice, métiers exercés, formations reçues).
- Des questions sur les connaissances et sur la pratique du dépistage.

Il permettait d'étudier les connaissances et la pratique du dépistage des troubles du sommeil chez les femmes enceintes.

Début août j'ai créé mon questionnaire en ligne à l'aide de Google forms. Le lien a été transmis aux SF et gynécologues-obstétriciens par les cadres de service des différentes maternités que nous avons sollicité dès la mi-août.

Certains cadres de service ont été difficiles à contacter malgré deux relances fin août et début septembre. Un mois après le début de l'étude, nous avons constaté une baisse des réponses en ligne, et notamment un faible retour des médecins. Nous n'obtenions qu'un taux de réponses de 20%. Nous avons donc décidé de recontacter les cadres de service afin qu'elles relancent leurs équipes par email. Début octobre, nous n'obtenions plus de retours avec un taux de réponses autour des 40%. Nous avons décidé de poursuivre l'enquête en distribuant une version papier du questionnaire auprès des professionnels. Fin octobre nous avons obtenu un taux suffisant de 51%. Nous avons donc décidé de clore l'enquête.

D- Stratégie d'analyse

Les données recueillies ont été enregistrées sur support informatique à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Pour la question 8bis (Annexe I), sur l'évaluation de la qualité du sommeil, nous avons décidé d'attribuer une note aux réponses des professionnels. En effet, afin d'évaluer au mieux les connaissances sur l'interrogatoire du sommeil, il nous paraissait plus judicieux d'attribuer une note qui permettait de voir si les connaissances étaient suffisantes et si l'interrogatoire était complet. Nous avons utilisé les critères de **l'Index de Qualité du**

Sommeil de Pittsburgh (IQSP) (Annexe II) pour corriger la question et établir une note sur 10. Un point par bon critère était attribué. Les critères attendus étaient les suivants :

- 1- Heure du coucher/lever, durée du sommeil
- 2- Trouble d'endormissement ou de rendormissement
- 3- Réveils nocturnes (milieu/fin de nuit)
- 4- Sommeil réparateur (fatigue au lever, dans la journée, somnolence diurne, siestes)
- 5- Fréquence du/des trouble(s)
- 6- Impact sur la qualité de vie et l'humeur
- 7- Ronflements/ pauses respiratoires
- 8- Crampes/fourmillements/sensations anormales dans les jambes
- 9- Cauchemars/agitation/ confusion
- 10- Douleurs, autres troubles

A partir de cette note nous avons attribué **4 appréciations** :

- Insatisfaisant – note comprise entre 0 (inclus) et 3/10
- Peu satisfaisant – note comprise entre 3 (inclus) et 5/10
- Satisfaisant – note comprise entre 5 (inclus) et 8/10
- Très satisfaisant – note comprise entre 8 (inclus) et 10/10

Pour les **questions à choix multiples** (QCM) 14, 15 et 16 (Annexe I) nous avons décidé de bâtir un score. Chaque QCM présentait 6 réponses au choix dont quatre bonnes réponses, une mauvaise et une aucun choix. Elles étaient notées sur 4 et le nombre de points était attribué en fonction du nombre de bonnes réponses (BR) et de mauvaises réponses (MR). Le fait de cocher la mauvaise réponse revenait à diviser les points par 2.

Tableau 1 : tableau d'attribution des points des QCM.

Réponses	Points	Réponses	Points
4 BR	4	4 BR et 1 MR	2
3 BR	3	3 BR et 1 MR	1,5
2 BR	2	2 BR et 1 MR	1
1 BR	1	1 BR et 1 MR	0,5
		1 MR ou aucune réponses	0

Nous avons ensuite additionné ces 3 notes pour obtenir une note sur 12. A partir de cette note, nous avons attribué **4 appréciations** :

- Insatisfaisant – note comprise entre 0 (inclus) et 3/12
- Peu satisfaisant – note comprise entre 3 (inclus) et 6/12
- Satisfaisant – note entre 6 (inclus) et 9/12
- Très satisfaisant – note entre 9 (inclus) et 12/12

Les méthodes statistiques

Afin d'analyser nos résultats, nous avons testé leur significativité par le biais **du test exact de Fisher ou mid-p**, du fait de valeur <5 , au risque d'erreur $\alpha = 5\%$ pour les variables qualitatives, grâce au logiciel en ligne openepi.

II- Résultats

Au total, sur une population confondue de SF et de médecins au nombre de 150, nous avons obtenu 77 réponses soit un taux de réponse de **51,3%**.

Profil de la population

Notre population cible se constituait de :

- **81%** de SF (soit 62)
- **19%** de médecins (soit 15).

Année du diplôme

Pour cette question, nous nous étions basées sur l'année de parution des recommandations de l'HAS en 2005 sur « comment mieux informer les femmes enceintes en consultations prénatales », qui préconisent de rechercher systématiquement les troubles du sommeil. Parmi les SF, 22 ont été diplômés entre 1977 et 2005 et 40 entre 2006 et 2015. Parmi les médecins, 4 ont été diplômés entre 1981 et 2004 et 11 entre 2006 et 2015.

On constatait donc une majorité de professionnels diplômés après les recommandations de l'HAS en 2005.

Maternité d'exercice

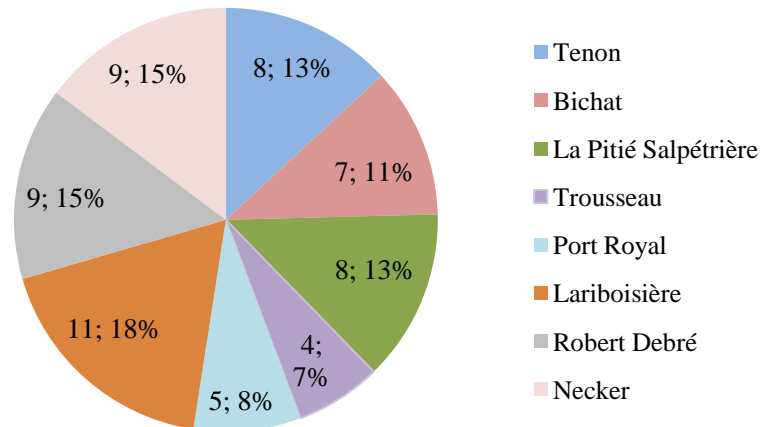


Figure 1 (Q3) : maternité d'exercice des sages-femmes

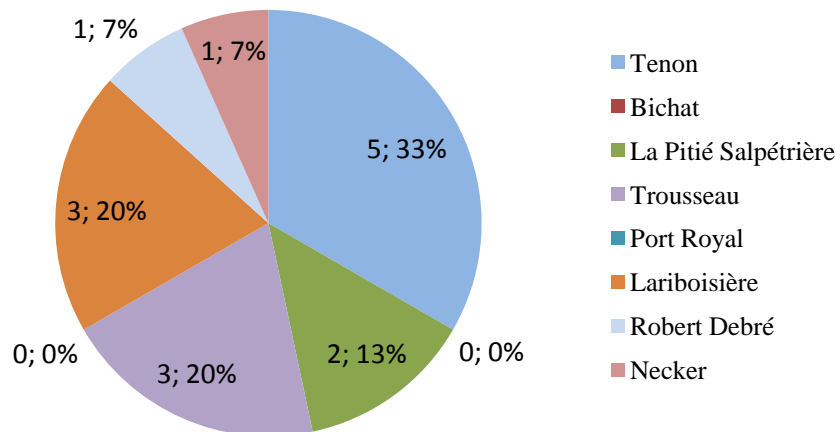


Figure 1 bis (Q3) : maternité d'exercice des médecins

La répartition des SF au sein des maternités étudiées était assez **homogène**. Pour les médecins une forte participation de Tenon, Lariboisière, Trousseau, et une **absence de participation** pour Port Royal et Bichat.

Connaissances et dépistage

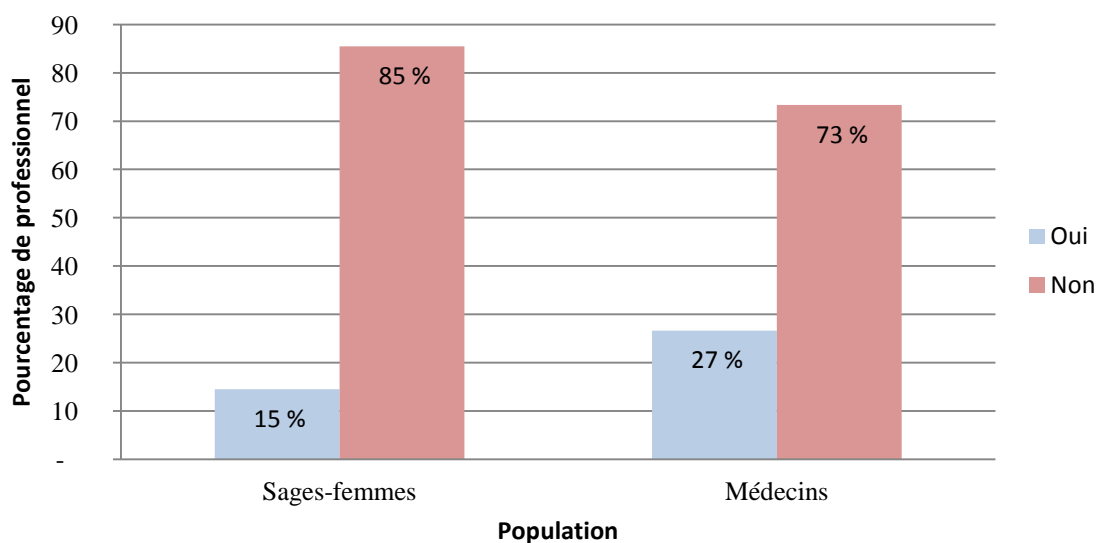


Figure 2 (Q4) : évoquez-vous la qualité du sommeil systématiquement à chaque consultation anténatale ?

Parmi les professionnels qui n'évoquaient pas la qualité du sommeil systématiquement à chaque consultation (53 SF, 11 médecins), les principales raisons retrouvées étaient **l'attente** que la patiente en parle spontanément d'elle-même (21% des SF; 36% des médecins) ou bien **l'oubli**. En effet, les professionnels « n'y pensent pas » ou « oublient » d'aborder le sujet (23% des SF ; 18% des médecins). Pour d'autres, la qualité du sommeil était posé seulement sur **facteurs de risque**, signes d'appel, ou comme certains expliquaient « après évaluation de la fatigue, puis si positive, évaluation de la qualité du sommeil », (28% des SF ; 1 médecin). D'autres évoquaient le **manque de temps** (21% des SF ; 18% des médecins).

Dans les raisons moins évoquées, les professionnels disaient plutôt poser des questions générales comme « Vous allez bien ? » « des choses particulières à me signaler ? » (5 SF et 1 médecin). D'autres pensaient que le sommeil n'était « **pas une question capitale** », ou « pas une préoccupation majeure au sein de la consultation » voir « n'a pas d'intérêt » (4 SF ; 1 médecin). Enfin, certains avaient « peur de ne pas savoir **quoi faire ou quoi proposer** » ou n'avaient **aucune connaissance** dans ce domaine (3 SF et 1 médecin).

Concernant l'aspect des connaissances législatives, sur l'ensemble de la population, la majorité des deux catégories de professionnels (77% des SF; 93% des médecins), affirmait que la recherche systématique des troubles du sommeil pendant la grossesse **n'avait jamais fait l'objet** d'une recommandation de bonne pratique.

Sages-femmes

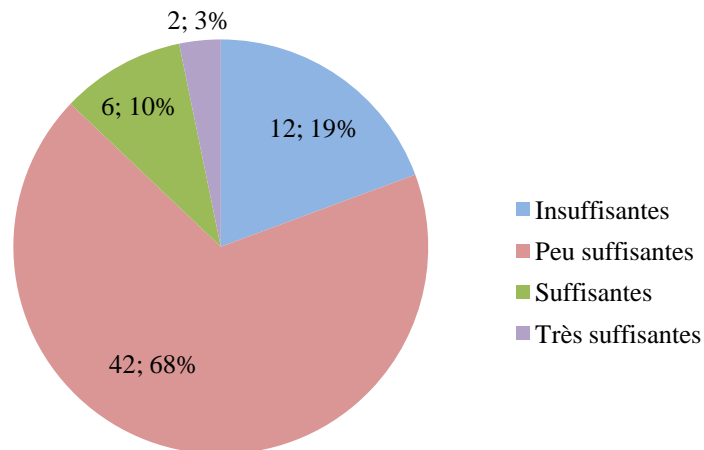


Figure 3 (Q6): comment évalueriez-vous vos connaissances concernant les troubles du sommeil pendant la grossesse ?

Nous avons constaté que **87%** des SF estimaient ne **pas avoir les connaissances nécessaires** sur les troubles du sommeil.

Médecins

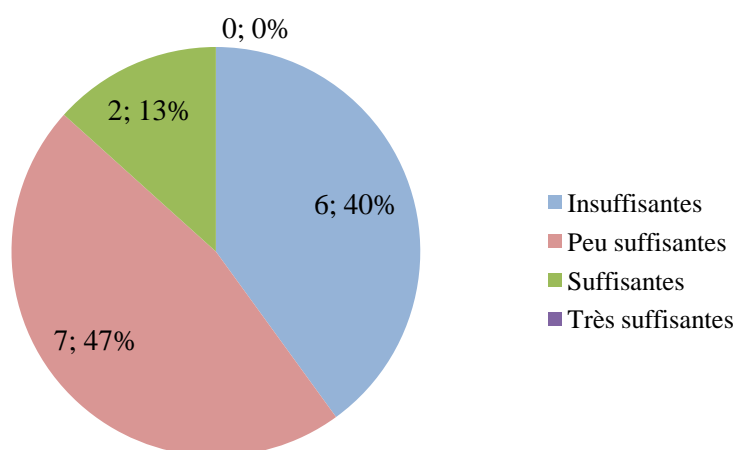


Figure 3 bis (Q6) : comment évalueriez-vous vos connaissances concernant les troubles du sommeil pendant la grossesse ?

Pour les médecins, **87%** d'entre eux estimaient ne pas avoir les connaissances nécessaires sur les troubles du sommeil.

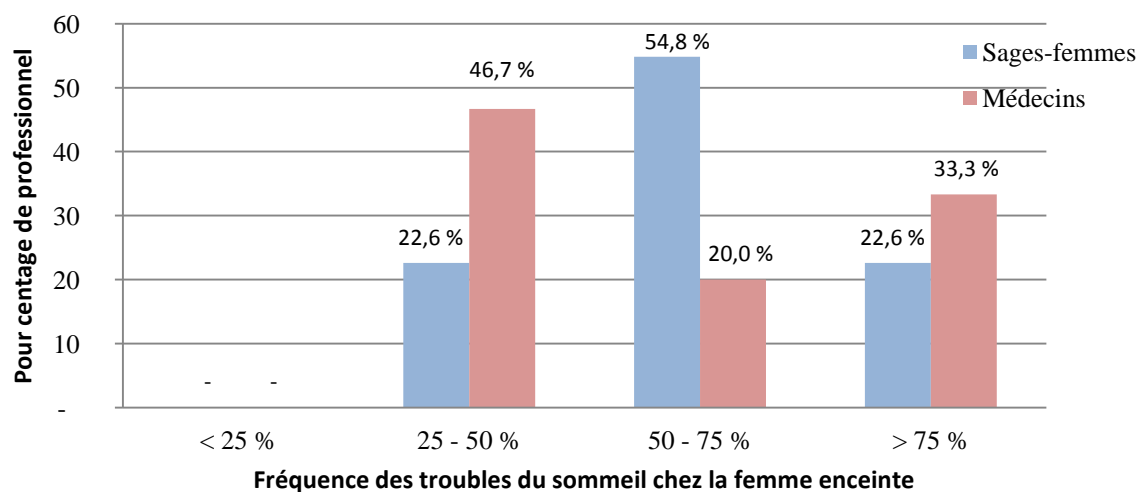


Figure 4 (Q7) : d'après votre expérience, quel pourcentage de femmes souffre de troubles du sommeil au 3ème trimestre de grossesse ?

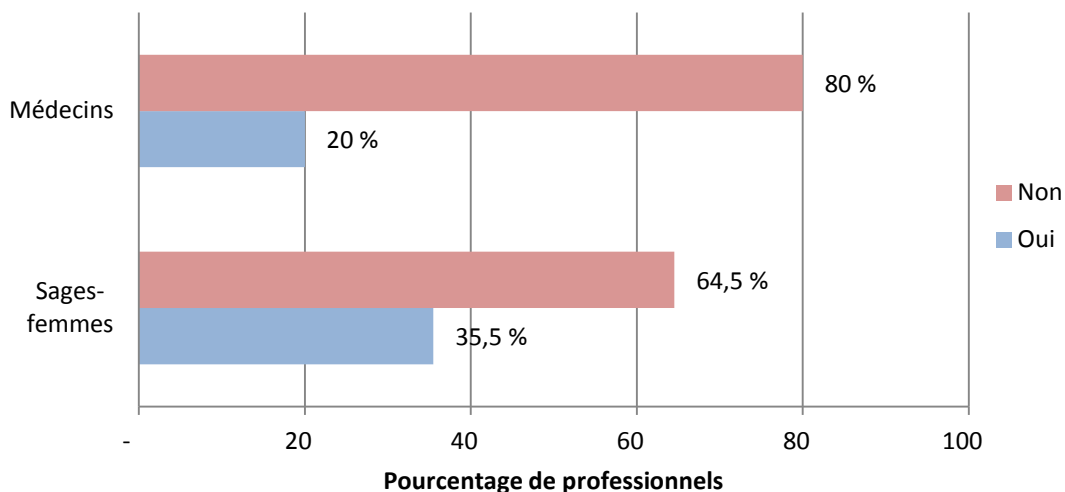


Figure 5 (Q8) : savez-vous évaluer la qualité du sommeil ?

Parmi les SF ayant répondu savoir évaluer la qualité du sommeil, les principaux critères d'évaluation de la qualité du sommeil retrouvés ont été regroupés dans le graphique suivant.

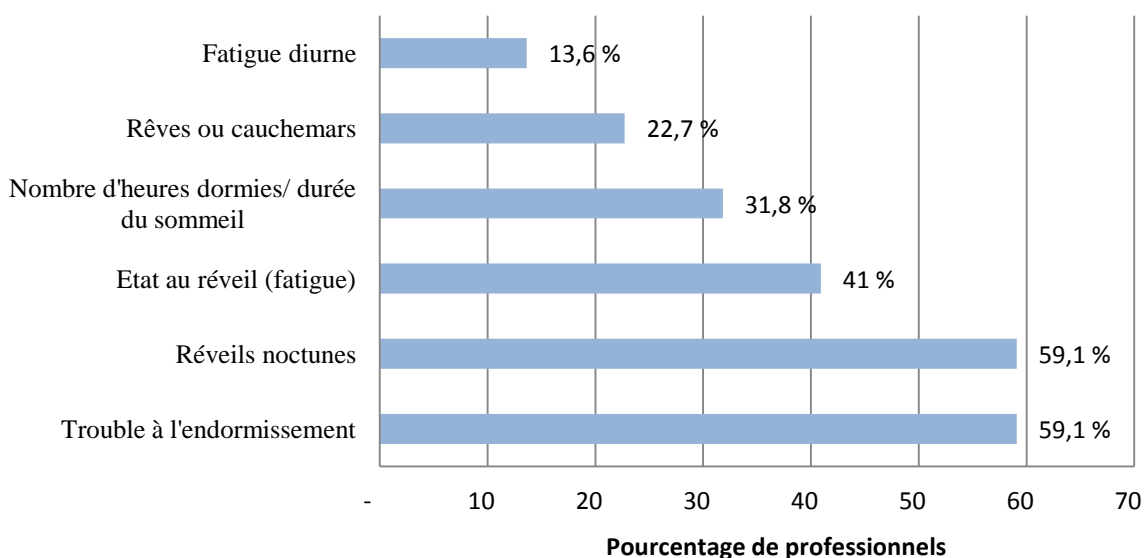


Figure 6 (Q8 bis) : évaluation de la qualité du sommeil

Les SF évoquaient aussi d'autres critères à moindre fréquence comme : les troubles de l'alimentation (3 SF), les troubles de l'humeur et les angoisses (2 SF), la somnolence diurne (2 SF), les siestes (3 SF), des troubles de rendormissement (3SF), et l'environnement et l'hygiène du sommeil avec la « qualité du lit », ou « la présence de coussins » (2 SF).

Parmi les trois médecins ayant répondu savoir évaluer la qualité du sommeil, un pensait qu'il fallait demander le type d'insomnie (d'endormissement, de fin de nuit) et s'il existait une somnolence diurne. Un autre évoquait le nombre de réveils nocturnes, l'heure du coucher, du lever et la sensation d'état de fatigue dans la journée. Le 3^{ème} répondait que c'était une évaluation subjective mais il demandait s'il y avait une fatigue diurne. Le seul critère qui ressortait était la **fatigue diurne**.

Nous avons procédé ensuite à **une notation** des réponses des professionnels sur 10 (Cf. p.24 stratégie d'analyse) puis attribué une appréciation à chaque note.

Tableau 2 : Moyenne, écart type, médiane, note maximale et minimale des professionnels.

	Sages-femmes	Médecins
Moyenne	2,9	2,3
Ecartype	1,6	1,2
Médiane	3,0	3,0
Max	6	3
Min	0	1

Tableau 3 : classement par appréciation des professionnels

	Sages-femmes	Médecins
Insatisfaisant	6	1
Peu satisfaisant	13	2
Satisfaisant	3	0
Très satisfaisant	0	0

Concernant la connaissance des principaux troubles du sommeil qu'une femme peut rencontrer au cours de la grossesse, la majorité des professionnels de périnatalité c'est à dire **66%** des sages-femmes et **67%** des médecins ont affirmé les connaître.

Parmi les professionnels qui pensaient connaître les principaux troubles du sommeil au cours de la grossesse, nous avons regroupé dans le graphique suivant, ceux les plus cités.

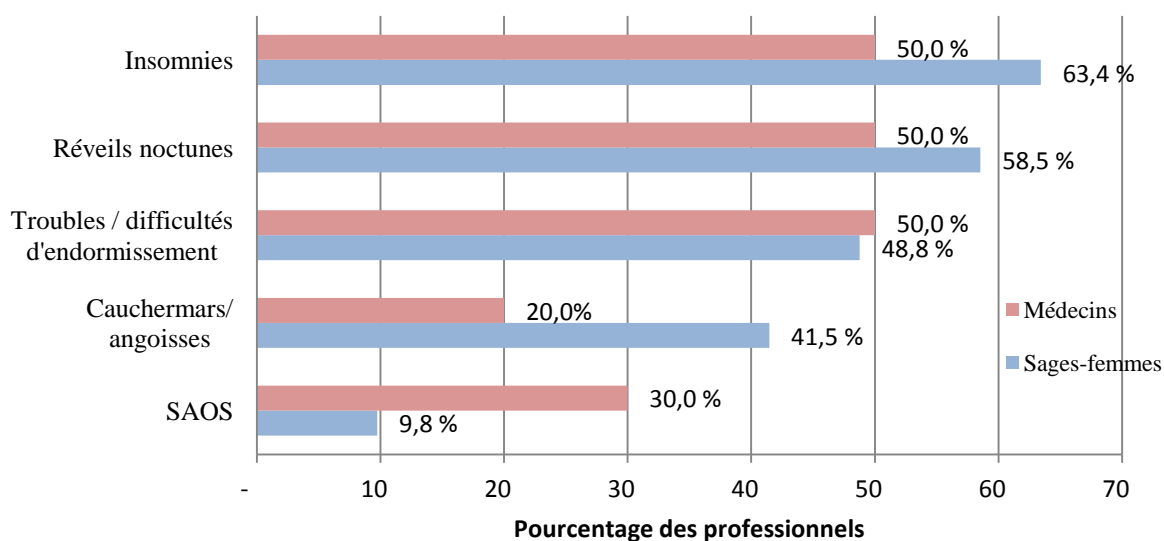


Figure 7 (Q9 bis) : quels sont les principaux troubles du sommeil qu'une femme enceinte peut rencontrer ?

Les professionnels évoquaient aussi d'autres troubles à moindre fréquence comme : les réveils précoces (5 SF ; 2 médecins), le SJSR (2 SF ; 1 médecin), l'hypersomnie (7SF), les ronflements et le sommeil décalé (1 médecin et 1 SF), les crampes nocturnes (1 médecin). Dans les réponses qui n'étaient évoqué que par 1 SF nous retrouvions : le somnambulisme, la pollakiurie, les difficultés d'endormissement après un réveil nocturne, les sueurs nocturnes, la difficulté de trouver une position pour dormir.

Pour les **figures 8 et 9 suivantes**, les troubles liés à la grossesse regroupent les réponses des professionnels concernant les petits maux de la grossesse (crampes, reflux gastro-œsophagien, douleurs ligamentaires, douleurs lombaires, nausées-vomissements) mais aussi les MAF, les CU, la difficulté de positionnement pour dormir, le syndrome cave, l'instabilité vésicale la nuit, les changements hormonaux, les dyspnées.

Concernant les connaissances des facteurs de risque (FDR) de troubles de sommeil, **27% des médecins** et **24% des sages-femmes** répondaient ne pas les connaître. Pour le reste de la population, les FDR principaux qui ressortaient chez les deux catégories professionnelles ont été regroupés dans graphique ci-dessous.

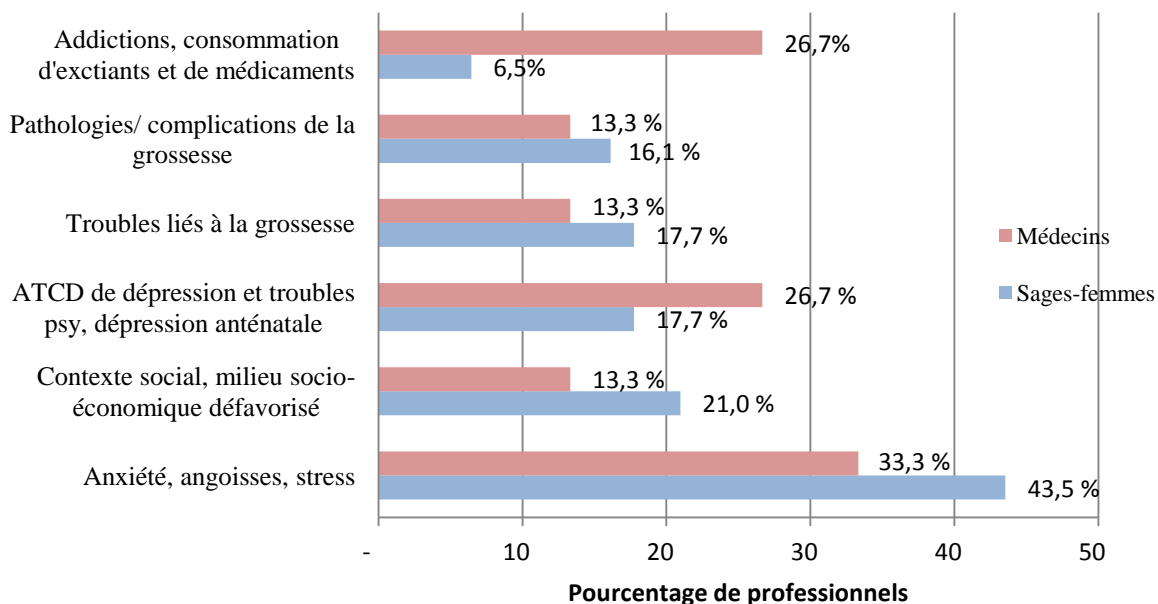


Figure 8 (Q10) : quelles sont les facteurs de risques de troubles du sommeil ?

Les professionnels évoquaient aussi d'autres FDR à moindre fréquence comme : la **prise de poids excessive**, le surpoids, et l'**obésité** (6 SF, 2 médecins) ; les grossesses multiples (4 SF, 3 médecins) ; la macrosomie (3 SF, 1 médecin) ; la multiparité (6 SF, 1 médecin) ; les **antécédents de troubles du sommeil** (6 SF, 1 médecin) ; le **SJSR** et la grossesse en soi comme facteur de risque (1 médecin, 1 SF) ; les pathologies chroniques à type Diabète, HTA, troubles thyroïdiens (6 SF, 1 médecin), la mauvaise hygiène du sommeil (4SF), et la mauvaise alimentation (4 SF).

Concernant les étiologies possibles d'insomnie, **24%** des SF et **20%** des médecins ne savaient pas répondre. Pour les autres professionnels, les étiologies principales citées ont été regroupées dans graphique ci-dessous.

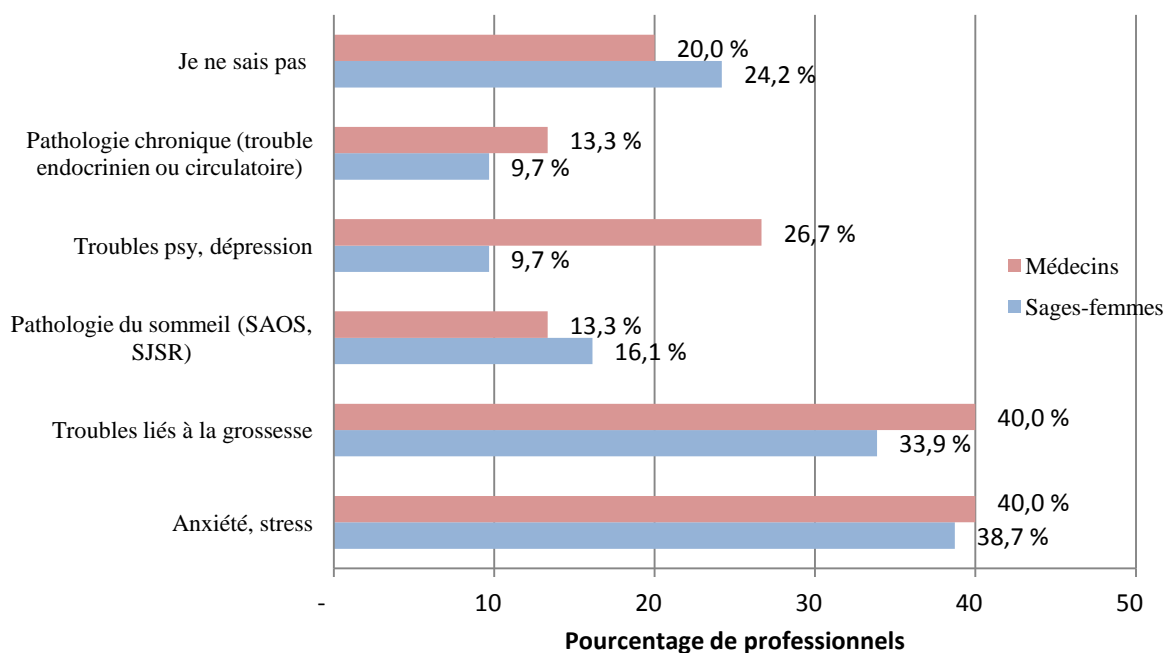


Figure 9 (Q11) : quels sont les étiologies possibles d'insomnie ?

D'autres étiologies étaient évoquées par les professionnels de façon moins fréquente comme :

Les **pathologies gravidiques** (Diabète gestationnel, Pré-éclampsie notamment, par 9 SF) ; le contexte social et les problèmes familiaux (4 SF) ; la prise d'excitants et/ou des addictions (consommation de tabac qui ressort essentiellement, par 5 SF) ; la mauvaise alimentation et la mauvaise hygiène du sommeil (1 SF) ; la prise de poids (1 SF) ; la **prise médicamenteuse** (2 médecins) ; les grossesses gémellaires (1 médecin).

Cas clinique 1

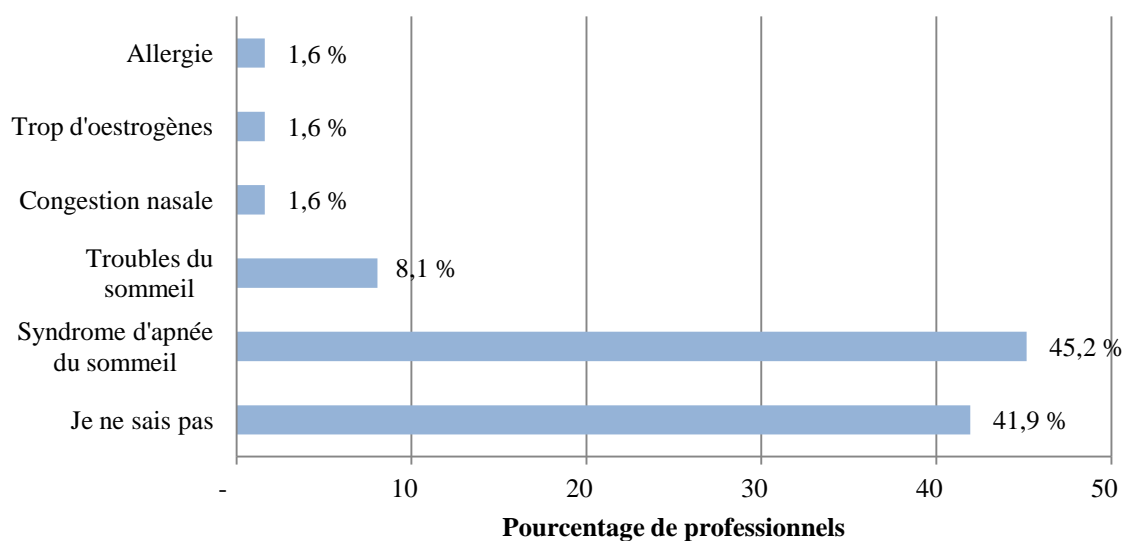


Figure 10 (Q12) : une femme enceinte se plaint d'un ronflement important et somnolence diurne. Quel diagnostic évoquez-vous ? (réponses sages-femmes)

Pour ce 1^{er} cas clinique, **42%** des sages-femmes n'ont pas su répondre, et **46%** d'entre elles évoquaient le syndrome d'apnée du sommeil. Les médecins ont quasiment tous (14/15) évoqué le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil.

Cas clinique 2

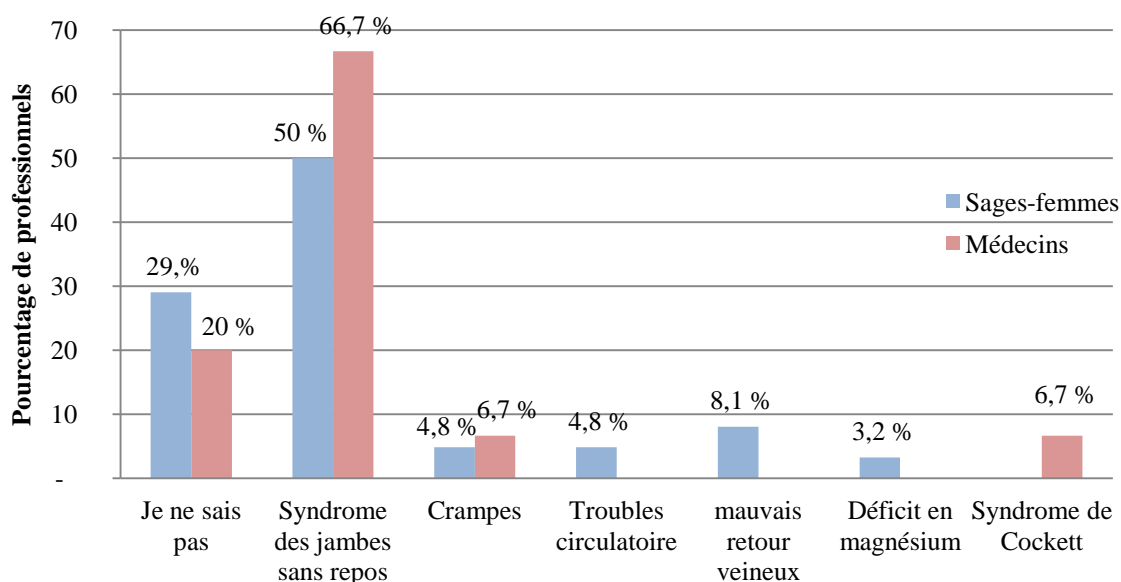


Figure 11 (Q13) : Une femme enceinte vous rapporte en consultation qu'elle ne dort pas bien ; elle ressent un besoin impérieux de bouger les jambes avec des sensations désagréables s'aggravant la nuit et au repos. Quel diagnostic évoquez-vous ?

Pour ce 2^{ème} cas clinique de dépistage, **29%** des sages-femmes **et 20%** des médecins **n'ont pas su répondre**.

Les professionnels ont été ensuite interrogés sur les étiologies possibles au diagnostic posé. **45% des SF et 40%** des médecins ne **savaient pas répondre**.

L'étiologie la plus évoquée par les professionnels était les troubles circulatoires comprenant le mauvais retour veineux/l'insuffisance veineuse/varices (32% des SF, 33% des médecins). Les autres étiologies citées étaient : le déficit en magnésium (6% des SF et 27% des médecins) ; les œdèmes des membres inférieurs (7 SF, 1 médecin) ; un trouble neurologique (4 SF, 1 médecin) ; la prise de poids (4 SF) ; les pathologies de la grossesse (DG, HTA/PE, cytolysse hépatique) (4 SF) ; l'anémie (3 SF) ; les troubles hormonaux (2 SF) ; l'hérédité (1 SF) et le stress (1 SF).

OCM

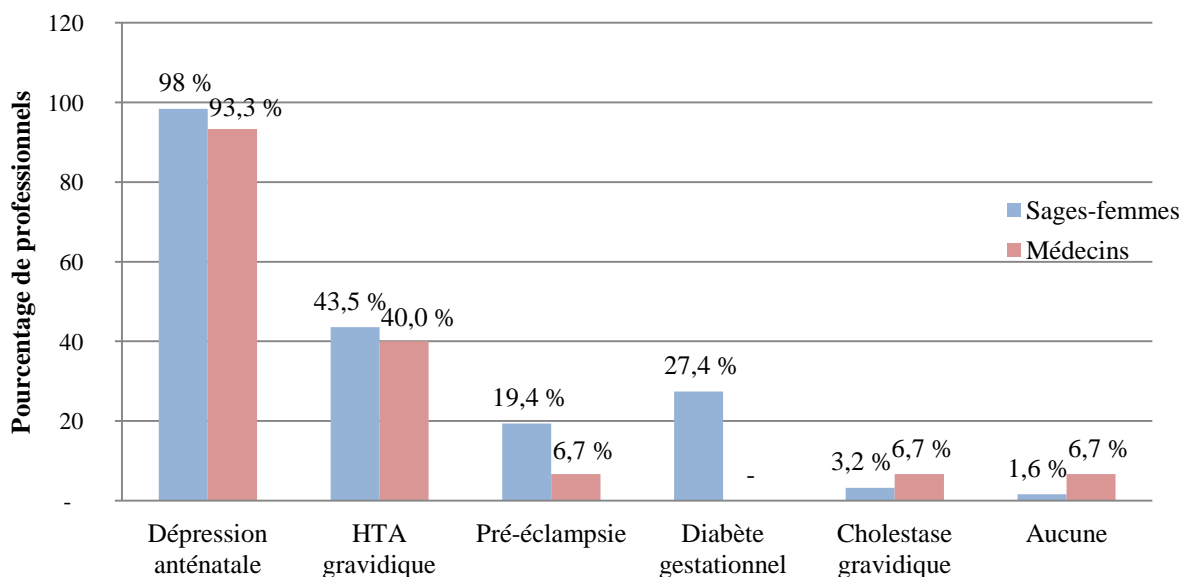


Figure 12 (Q14) : quelles conséquences néfastes les troubles du sommeil peuvent-ils entraîner sur la santé de la mère ?

Pour la majorité des professionnels, **la dépression anténatale** a été déclarée comme la conséquence des troubles du sommeil.

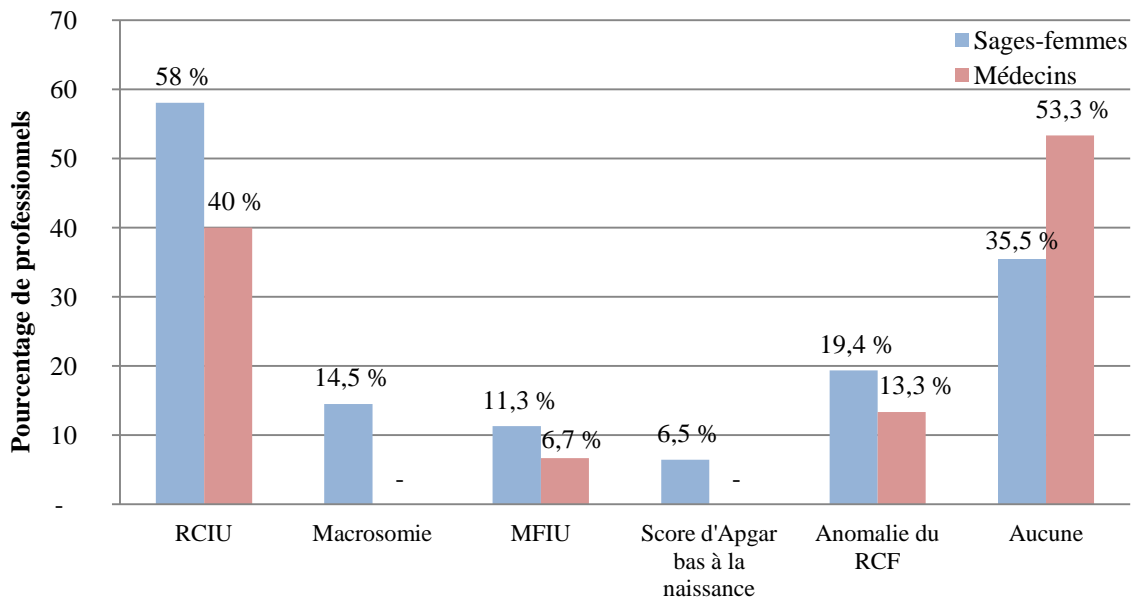


Figure 13 (Q15) : Quelles conséquences néfastes les troubles du sommeil peuvent-ils entraîner sur le fœtus ?

La majorité des professionnels ont cité le retard de croissance intra utérin (RCIU) comme la conséquence néfaste. Nous constatons aussi que la moitié des médecins et 35% des sages-femmes pensaient qu'il n'y avait **aucune conséquence** sur le fœtus.

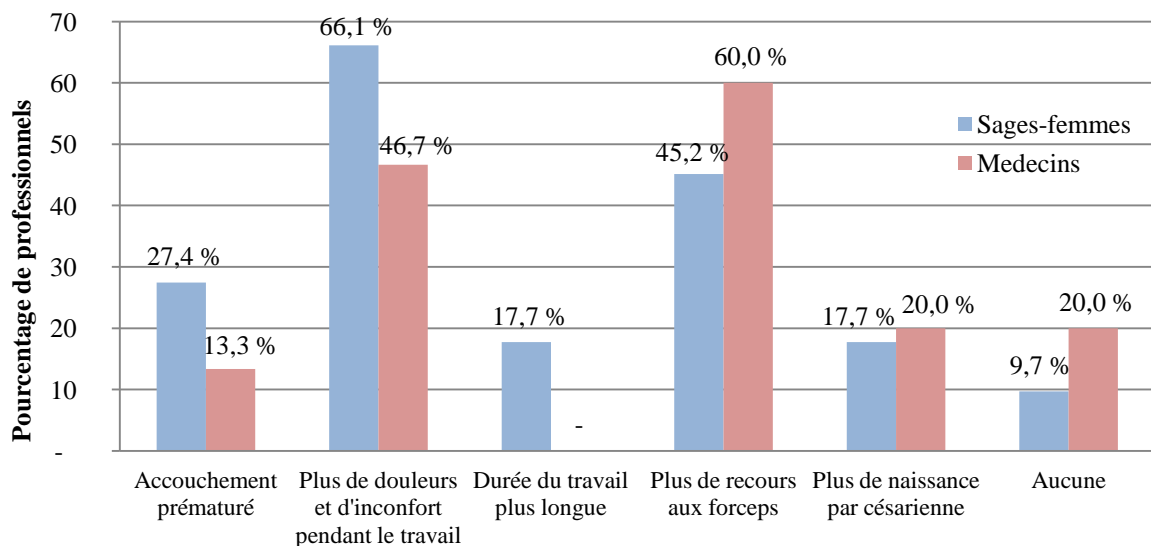


Figure 14 (Q16) : quelles conséquences les troubles du sommeil peuvent-ils entraîner sur la grossesse, le travail et l'accouchement ?

Les conséquences le plus fréquemment signalées par les deux catégories professionnelles étaient la douleur, l'inconfort pendant le travail et le recours aux forceps.

Nous avons pu ensuite établir une note finale pour ces 3 QCM (Cf. p. 24-25 Stratégie d'analyse) et attribuer une appréciation à ce score.

Tableau 4 : Moyenne, écart type, médiane, note max et min du score final.

	Sages-femmes	Médecins
Moyenne	3,66	2,87
Ecartype	1,75	1,77
Médiane	3,5	3,0
Max	8	6
Min	1	0

Tableau 5 : classement des effectifs en fonction du score final.

	Effectif par classe des sages-femmes	Effectif par classe des médecins
Insatisfaisant	21	6
Peu satisfaisant	31	7
Satisfaisant	10	2
Très satisfaisant	0	0

Ressenti et formation

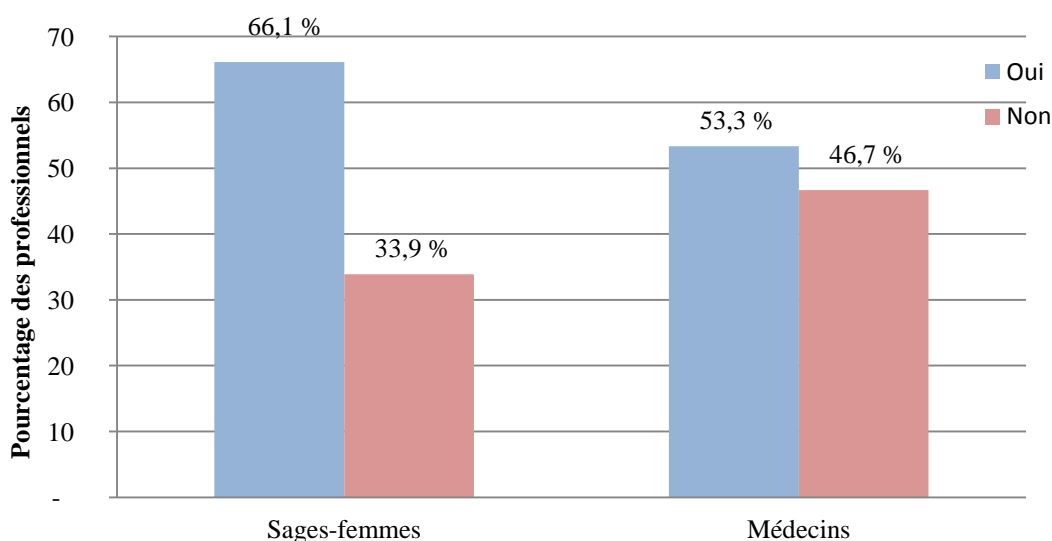


Figure 15 (Q17) : vous sentez-vous en difficulté par rapport au dépistage des troubles du sommeil ?

La majorité des sages-femmes et des médecins ont précisé se sentir en difficulté par rapport au dépistage des troubles du sommeil.

Parmi les professionnels de périnatalité qui se sentaient en difficulté par rapport au dépistage des troubles du sommeil, les principales raisons étaient :

- **L'absence de connaissance**, d'information (44% des SF, 50% des médecins).
- **L'absence de formation/sensibilisation** sur ce sujet (34% des SF, 37,5% des médecins).
- La difficulté **de prise en charge** « je ne sais pas quoi leur proposer » « peu de solutions et de conseils à donner » (17% des SF, 1 médecin).
- Le manque d'outils de dépistage (1 médecin et 3 SF).
- Le **manque de temps** (4 SF).
- Suite à ce questionnaire elles n'avaient « pas pu répondre » ou elles se sentaient « en difficulté » (3 SF).
- La difficulté de trouver une étiologie (2 SF).

Pour finir, au niveau de la formation des professionnels, **92%** des sages-femmes et **93%** des médecins ont répondu qu'ils n'avaient **jamais reçu de formation**.

Tests statistiques

Tableau 6 : relation entre l'évocation du sommeil et l'année du diplôme, la présence d'un centre du sommeil, et le niveau de connaissances des sages-femmes.

	Evocation du sommeil		p
	Oui n = 9	Non n= 53	
<u>Année du diplôme</u> ≤ 2005	3	19	NS
>2005	6	34	
<u>Présence centre du sommeil</u> Oui	4	23	NS
Non	5	30	
<u>Niveau de connaissances</u> Très suffisant/ suffisant	1	7	NS
Peu suffisant/insuffisant	8	46	

Tableau 7 : relation entre l'évocation du sommeil et l'année du diplôme, la présence d'un centre du sommeil, et le niveau de connaissances des médecins.

	Evocation du sommeil		p
	Oui n = 4	Non n= 11	
<u>Année du diplôme</u> ≤ 2005	1	3	NS
>2005	3	8	
<u>Présence centre du sommeil</u> Oui	0	5	NS
Non	4	6	
<u>Niveau de connaissances</u> Très suffisant/ suffisant	1	1	NS
Peu suffisant/insuffisant	3	10	

Nous n'avons pas pu établir de lien entre l'évocation systématique du sommeil en consultation et les variables comme l'année du diplôme ou la présence d'un centre du sommeil ou le niveau de connaissances des professionnels.

Troisième partie

I- Analyse des résultats et discussion

L'objectif de cette partie est de répondre par l'analyse des résultats aux hypothèses suivantes :

- Les professionnels de périnatalité ne pratiquent pas le dépistage systématique des troubles du sommeil chez la femme enceinte en consultation anténatale.
- Les professionnels de périnatalité manquent de connaissances sur les troubles du sommeil pendant la grossesse.

Analyse de la pratique du dépistage des troubles du sommeil

La majorité des deux catégories de professionnels **n'évoque pas** la qualité du sommeil au cours d'une consultation anténatale (85,5% des SF, 73% des médecins). Parmi les raisons avancées la plus fréquente est **d'attendre que la patiente en parle** d'elle même. Si nous rapprochons ce résultat à ceux de l'étude de Buron J, Denais V, Lucas, qui soulignait que 84,8% des femmes enceintes n'avaient jamais reçu d'informations sur le sommeil au cours de leur grossesse, notamment parce qu'elles attendaient du professionnel qu'il évoque le sujet, nous pouvons suggérer qu'il y a un manque de communication et de considération sur la qualité du sommeil (3). Notons que dans le cadre d'une consultation, le rôle du professionnel est de questionner la patiente pour mettre en lumière les difficultés possibles dont les troubles du sommeil.

D'autres professionnels reconnaissent **oublier ou ne pas penser à aborder le sujet** (23% des SF, 18% des médecins). Cela révèle un manque d'intérêt voire un désintérêt pour les conséquences de la qualité du sommeil sur le déroulement de la grossesse. Quatre sages-femmes et un médecin jugent que le sommeil n'est pas « **une question capitale** » ou « **une préoccupation majeure** ».

Ces résultats prouvent que le dépistage systématique des troubles du sommeil pendant la grossesse n'est quasiment jamais réalisé puisque les professionnels n'abordent pas le sujet de leur propre initiative au cours de la consultation anténatale et que la majorité des patientes attendent que le professionnel les questionne sur le sujet.

Notons également que la majorité des professionnels affirment que le sommeil et ses troubles au cours de la grossesse n'ont jamais fait l'objet de recommandations de bonne

pratique. Ils ne connaissent donc pas les recommandations de l'HAS de 2005 mentionnant que ce dépistage doit être systématique en consultation prénatale et par conséquent cela renforce le fait qu'ils n'évoquent pas la qualité du sommeil et déconsidèrent le dépistage.

La méconnaissance du dépistage des troubles du sommeil est renforcée par les résultats concernant les capacités des professionnels à évaluer la qualité du sommeil. Effectivement, la majorité des professionnels admettent ne pas savoir pratiquer cette évaluation (64,5% des SF, 80% des médecins), principalement lorsque la patiente évoque des difficultés à dormir.

Parmi les professionnels qui pensent savoir évaluer la qualité du sommeil (22 SF, 3 médecins), beaucoup mènent un **interrogatoire incomplet** voire inadapté. Nous attendions des professionnels qu'ils citent les critères de l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (annexe II) pour évaluer la qualité du sommeil au cours de l'interrogatoire des patientes. La plupart évoquent à juste titre les réveils nocturnes, les troubles à l'endormissement, ou encore l'état au réveil et le nombre d'heures dormies par rapport à la durée totale du sommeil. Cependant, la **somnolence diurne**, qui est un critère majeur pour évaluer la qualité du sommeil et dépister notamment le SAOS, n'est évoquée que par deux sages-femmes et un médecin. Enfin, d'autres critères majeurs d'évaluation **ne sont jamais cités** par les professionnels comme la fréquence des troubles du sommeil, les ronflements, la présence de crampes ou mouvements anormaux dans les jambes pour dépister le SJSR. Nous remarquons également que certains critères évoqués ne permettent pas d'évaluer la qualité du sommeil. Ce constat nous alarme sur les connaissances des professionnels et leur capacité à juger de la qualité du sommeil des patientes.

Pour objectiver ce constat, nous avons attribué une note selon le nombre de critères de l'IQSP mentionnés par les professionnels. Les moyennes sont de 2,9/10 pour les sages-femmes et de 2,3/10 pour les médecins. Seules trois sages-femmes obtiennent une note supérieure à la moyenne permettant de classer leurs connaissances comme suffisantes. Par contre, aucun médecin n'obtient de note suffisante. Les lacunes sont donc bien réelles même pour ceux qui pensent savoir évaluer le sommeil. Et parmi la minorité des professionnels qui s'intéressent à la qualité du sommeil, aucun ne semble maîtriser le questionnement pour dépister précisément les troubles du sommeil.

Au regard de ces résultats nous pouvons **valider notre 1^{ère} hypothèse** selon laquelle les professionnels de périnatalité ne pratiquent pas le dépistage systématique des troubles du sommeil auprès des femmes enceintes en consultation anténatale. En effet, la majorité des professionnels n'y pense pas et n'en parle pas, et l'ensemble des professionnels ne sait pas évaluer spécifiquement la qualité du sommeil. Cela nous amène à notre 2^{ème} hypothèse selon laquelle les professionnels manquent de connaissances sur les troubles du sommeil.

Analyse des connaissances des professionnels sur les troubles du sommeil

Avant d'évaluer objectivement les connaissances des professionnels en matière de qualité du sommeil, nous avons souhaité connaître le regard qu'ils portaient sur leurs connaissances qu'ils évaluent comme **peu suffisantes** (68% des SF, 47% des médecins) voire **insuffisantes** (19% des SF, 40% des médecins). Manifestement, les sages-femmes et les médecins se sentent **démunis** face aux troubles du sommeil et leurs réponses apportées aux QROC et cas cliniques qui suivent semblent le confirmer.

Ainsi, la fréquence des **troubles du sommeil** durant la grossesse, largement **supérieure à 75%** notamment au 3^{ème} trimestre, a été sous estimée par les professionnels. Rappelons que plus de 79% des femmes enceintes ont un sommeil altéré pendant leur grossesse et que ce chiffre peut atteindre 93% au 3^{ème} trimestre (2) (3). Or, les trois quarts des professionnels de notre enquête ont **sous estimé** cette fréquence ce qui est préjudiciable au dépistage. En effet, les données épidémiologiques sensibilisent et aident le professionnel à orienter son interrogatoire.

Ensuite, la majorité de notre population affirme connaître les principaux troubles du sommeil pendant la grossesse mais en réalité beaucoup **confondent** le trouble du sommeil en soi et ses symptômes ou étiologies. Par exemple, ils citent l'insomnie puis la symptomatologie de l'insomnie comme les difficultés d'endormissement et les réveils nocturnes fréquents, ou les étiologies de l'insomnie comme la pollakiurie. Mais après avoir épuisé les symptômes et les étiologies, ils ne cherchent plus d'autres troubles. Finalement, seules quatre sages-femmes et un médecin connaissent les trois principaux troubles du sommeil attendus. Certains professionnels donnent des **réponses partielles**, ne citant qu'un ou deux troubles (7 SF, 1 médecin). D'autres avancent des **réponses erronées** (28 SF et 6 médecins). Par conséquent, la majorité de notre population a des connaissances peu

suffisantes car même si l'insomnie est souvent évoquée, les professionnels **s'y perdent et semblent confus** sur la définition propre de l'insomnie. D'autre part, ils ne pensent pas aux pathologies du sommeil telles que le SAOS ou le SJSR qui sont très invalidantes et peuvent être rapidement prises en charge à l'aide du dépistage.

Concernant les connaissances générales des FDR des troubles du sommeil pendant la grossesse, **un quart des professionnels** ne les connaissent pas.

L'aspect psychologique, le stress et le contexte social, notamment le niveau socio-économique bas qui est un FDR majeur de trouble du sommeil, sont les FDR les plus évoqués par les professionnels. Les autres principaux FDR attendus comme **l'obésité, la prise de poids excessive** sont très peu cités (6 SF, 2 médecins) alors que des études montrent que le poids est un des principaux FDR qui influence les modifications du sommeil (3) (11). De même pour la mauvaise hygiène du sommeil, les ATCD de troubles du sommeil ou bien la présence d'une **pathologie du sommeil** (SJSR, SAOS). Notons aussi que des FDR erronés comme les troubles liés à la grossesse, les pathologies de la grossesse, la parité, la mauvaise alimentation, la macrosomie, les grossesses multiples, sont exprimés par environ un tiers des professionnels.

Nous constatons que les professionnels associent facilement les FDR **d'ordre psychologique** aux troubles du sommeil, ce qui est rassurant. En revanche, ce qui est préoccupant est que les autres FDR majeurs médicaux et hygiéno-diététiques sont quasiment inexistant à leur connaissance.

Concernant les étiologies de l'insomnie, peu de professionnels (13% des médecins, 16% des SF) citent les pathologies du sommeil (SAOS ou le SJSR), l'environnement, la prise de médicament ou la mauvaise hygiène du sommeil. Les professionnels ont tendance à citer l'anxiété, le stress et la grossesse comme étiologies de l'insomnie et plus précisément les troubles liés à la grossesse (CU, crampes, pollakiurie, MAF, douleurs lombaires etc.). Enfin, un quart des professionnels admettent **ne pas connaître** les étiologies.

Globalement les professionnels ont **des connaissances** mais qui méritent d'être actualisées car leurs réponses sont souvent incomplètes. Si certains FDR et étiologies sont connus notamment ceux qui relèvent de l'aspect psychologique, d'autres qui ont été mis en

cause plus récemment sont ignorés. Or, il est important de mettre à jour ses connaissances pour permettre à la fois de prévenir une mauvaise qualité du sommeil mais aussi de dépister et prendre en charge un trouble mineur du sommeil voire une pathologie du sommeil en fonction de son étiologie.

Les cas cliniques du questionnaire permettaient de mettre en situation les professionnels et de tester leurs connaissances sur les pathologies du sommeil. Nous observons que les médecins ont majoritairement évoqué le **bon diagnostic** d'apnée du sommeil (14/15) pour le cas clinique n°1. Quant aux sages-femmes, elles étaient 45% à avoir bien répondu. Les autres sages-femmes indiquaient ne pas savoir répondre (42%) ou émettaient un diagnostic erroné (13%). La majorité des sages-femmes ne sait donc pas reconnaître les signes cliniques de cette pathologie du sommeil ayant des symptômes assez caractéristiques. Pourtant le SAOS devrait être connu car des études ont montré que les modifications physiologiques de la grossesse peuvent **prédisposer** les femmes enceintes au SAOS (29). De plus cette pathologie peut provoquer une hypoxémie entraînant l'augmentation des **pathologies fœto-maternelles** (30) (31). Il est donc primordial que les professionnels sachent dépister cette pathologie.

Le cas clinique n°2 est apparu plus difficile. La majorité des médecins (67%) et la moitié des sages-femmes ont posé le bon diagnostic de SJSR. Les autres professionnels ont émis des **diagnostics erronés** comme des troubles circulatoires, des crampes ou ont répondu **ne pas savoir** (29% des SF, 20% des médecins). Le SJSR est pourtant une pathologie pouvant toucher 12 à 26% des femmes enceintes, elles sont donc **2 à 3 fois plus à risque** de développer ce syndrome que la population générale (13) (14).

Notons que parmi les professionnels qui ont posé le bon diagnostic (31 SF, 10 médecins), seulement quatre sages-femmes et un médecin ont énoncé au moins une des bonnes étiologies attendues pour cette pathologie. Beaucoup de professionnels ont **associé à tort** le SJSR à une insuffisance veineuse ou un mauvais retour veineux (32% des SF, 33% des médecins). Sinon la majorité des professionnels ont répondu **ne pas les savoir** (45% des SF, 40% des médecins).

Le dépistage des troubles du sommeil manque de fiabilité du fait d'un manque de connaissances théoriques sur les pathologies du sommeil. Beaucoup de sages-femmes ne connaissent pas encore les différentes pathologies du sommeil. Pourtant elles sont souvent le 1^{er} recours en consultation anténatale. Il est primordial qu'elles sachent dépister ces

pathologies pour répondre à leur mission de prévention auprès des femmes enceintes. Les médecins portent un meilleur diagnostic mais semblent avoir des lacunes notamment pour envisager des étiologies. Il est donc nécessaire pour assurer une meilleure prise en charge des patientes de mettre à jour les connaissances des professionnels.

Concernant les conséquences que peuvent entraîner les troubles du sommeil, les professionnels ont été interrogés sous forme de QCM avec 6 réponses au choix.

Pour le 1^{er} QCM, relatif aux conséquences sur la santé de la mère, seules quatre sages-femmes ont énoncé les quatre bonnes réponses attendues. Parmi les autres professionnels, la majorité a cité la **dépression anténatale** (98% des SF, 93% des médecins). L'**HTA** a également été identifiée comme conséquence possible par la moitié d'entre eux. A l'inverse, une minorité des professionnels ont mentionné comme conséquences le diabète gestationnel (seulement 27,4 % des SF) ou la PE (19,4% des SF, 6,7% des médecins). Pourtant de nombreuses études ont montré qu'une privation ou une mauvaise qualité du sommeil chez la femme enceinte peuvent entraîner toutes ces conséquences (13) (18) (19) (20) (36) (37). Notons que d'autres professionnels ont évoqué la cholestase gravidique qui est une mauvaise réponse (3% des SF, 7% des médecins) ou ont supposé qu'il n'existait aucune conséquence sur la santé de la mère (2% des SF, 7% des médecins).

Les professionnels **n'identifient pas** toutes les conséquences possibles des troubles du sommeil sur la mère. Encore une fois l'aspect psychologique est bien connu mais les conséquences médicales semblent méconnues.

Nous avons attribué une note sur 4 à chaque QCM (Cf. p.24-25 Stratégie d'analyse). Pour celui-ci, les moyennes de 1,8/4 pour les sages-femmes et 1,4/4 pour les médecins reflètent bien notre analyse.

Pour le 2^{ème} QCM, relatif aux conséquences pour le fœtus, seules deux sages-femmes ont énoncé les quatre bonnes réponses attendues (4/77). Parmi les autres professionnels, la majorité a cité le **RCIU** (58% SF, 40% médecins). Certains ont aussi cité la macrosomie (15% des SF) qui est la mauvaise réponse. Mais ce qui nous interpelle le plus c'est la part importante de professionnels qui répondaient à tort qu'il n'y avait **aucunes conséquences** pour le fœtus (35,5% des SF, 53% des médecins). Rappelons que plusieurs études montrent que les troubles du sommeil, notamment le SAOS, peuvent

entraîner des RCIU, des anomalies du RCF, des MFIU et des scores d'Apgar bas à la naissance (32) (33) (34) (35).

Les notes pour ce QCM étaient plus basses que pour le précédent, avec une moyenne de 0,8/4 pour les sages-femmes et 0,7/4 pour les médecins. Nous constatons que les professionnels ont des connaissances très insuffisantes en ce qui concerne l'impact des troubles du sommeil sur le fœtus.

Pour le dernier QCM relatif aux conséquences obstétricales, aucun professionnel n'a trouvé les quatre bonnes réponses. Le recours aux forceps qui est pourtant **la mauvaise réponse** a été évoqué par de nombreux professionnels (45% des SF, 60% des médecins). La quasi majorité des professionnels (66% des SF, 46,7% des médecins) ont cité de manière juste la douleur et l'inconfort pendant le travail. La **naissance prématurée** a été très peu citée (27% des SF, 13% des médecins) alors que des études ont montré un lien entre la mauvaise qualité du sommeil de la femme enceinte et le devenir obstétrical (18) (21). Enfin, pour 20% des médecins et 10% des sages-femmes il n'y avait **aucune conséquence**.

Les moyennes étaient de 1,0/4 pour les sages-femmes et 0,8/4 pour les médecins. Une fois de plus les conséquences des troubles du sommeil insuffisamment connus des professionnels.

La somme des 3 notes nous a permis d'obtenir une note sur 12 reflétant ainsi les **connaissances générales** des conséquences des troubles du sommeil (Cf. tableau 5). Nous avons ensuite attribué une appréciation selon la note obtenue. Aucun professionnel ne possède de connaissances très satisfaisantes, seulement dix sages-femmes et deux médecins ont des connaissances satisfaisantes. Sinon, la majorité des professionnels ont des connaissances **peu satisfaisantes voir insatisfaisantes**.

Par conséquent, nous constatons que les professionnels méconnaissent les conséquences néfastes des troubles du sommeil sur la santé de la mère et du fœtus, et niveau obstétrical. Cela peut expliquer le manque d'intérêt des professionnels en consultation anténatale pour l'évaluation de la qualité du sommeil chez les femmes enceintes.

La majorité des professionnels reconnaissent, après avoir répondu au questionnaire, se sentir **en difficulté** par rapport au dépistage des troubles du sommeil. Difficulté principalement associée à un manque de connaissances. Certains expriment aussi le

manque de formation ou de sensibilisation. En effet, 90% de la population étudiée signalent n'avoir jamais reçu de formation spécifique sur le sujet, aussi bien de façon initiale que continue.

Au regard de ces résultats nous pouvons **valider notre 2^{ème} hypothèse** selon laquelle les professionnels de périnatalité manquent de connaissances sur les troubles du sommeil pendant la grossesse.

Cette analyse nous permet de conclure que la qualité du sommeil et ses troubles au cours de la grossesse sont un sujet malheureusement peu traité par les professionnels, voire ignoré. L'enquête nous a montré que le plus souvent cela est dû à un **manque de connaissances**. Certains professionnels ont un socle de connaissances qui mérite cependant d'être réactualisé. D'autres ont des connaissances peu suffisantes voire insuffisantes et doivent être davantage sensibilisés et formés. A cela s'ajoute que la majorité des professionnels ont précisé ne jamais avoir reçu de formation sur le sommeil et ses troubles au cours de la grossesse. Cela suggère que la formation initiale est insuffisante. En effet, les enseignements théoriques sur la physiologie du sommeil, les pathologies, la prévention et la prise en charge ne sont pas visibles dans les arrêtés définissant les programmes des études de sages-femmes et de gynécologie-obstétrique. Les écoles de sages-femmes et les facultés de médecine sont donc libres de traiter ou non le sujet du sommeil chez la femme enceinte. Ce constat est dommageable car il peut expliquer le manque de connaissances qui justifie certainement l'absence de dépistage systématique par la majorité des professionnels de notre étude, voire un dépistage **mal réalisé**. Enfin, l'absence de formation continue peut expliquer aussi que peu de professionnels ont **conscience des conséquences** d'une mauvaise qualité du sommeil sur la mère, le fœtus et/ou le déroulement de la grossesse.

Pour parer à l'insuffisance de la formation, les professionnels ont cependant à leur disposition de nombreux outils afin d'améliorer leurs connaissances, et de les sensibiliser au dépistage. Il existe notamment pour l'interrogatoire, de nombreuses échelles d'auto-évaluation ou de questionnaires (annexes II et III) permettant aux professionnels de les aider au dépistage, à l'orientation ou la prise en charge de la femme enceinte. Ces outils semblent trop peu voire inconnus des professionnels au regard des résultats obtenus.

Les professionnels ont aussi à leur disposition la littérature. Le sommeil est un sujet d'actualité et de nombreux articles sur le sujet ont été publiés. La littérature est riche et les professionnels y ont accès facilement.

Les recommandations de l'HAS sur « comment mieux informer les femmes enceintes » sont également un bon moyen de sensibiliser les professionnels au dépistage systématique. Cependant, la majorité des professionnels interrogés n'ont pas connaissance des recommandations formulées en matière de sommeil chez la femme enceinte.

Pour finir, ils ont aussi à leurs dispositions des moyens de formation continue notamment avec l'existence d'un DIU sur le sommeil dispensé dans plusieurs facultés françaises.

Pour conclure cette discussion, il existe de nombreux moyens de former et sensibiliser les professionnels. Cela passe par une prise de conscience de l'intérêt pour ce sujet, justifié par la fréquence élevée des troubles du sommeil et par leur impact sur la grossesse. Des professionnels formés et impliqués permettraient une meilleure **prévention des troubles du sommeil** en apportant des informations rassurantes aux mères, des conseils simples d'hygiène du sommeil et de détecter les situations à risque mais aussi de mieux les prendre en charge pendant leur grossesse.

De plus, les professionnels ont un rôle essentiel en ce qui concerne la prévention de l'automédication, surtout pendant la grossesse (49). En effet, la consommation de psychotropes est élevée en France. Or, les données vis-à-vis de leur utilisation pendant la grossesse sont faibles. Il est donc important que les professionnels questionnent la femme enceinte sur d'éventuels troubles du sommeil et ne négligent pas ses plaintes pour les prendre en charge dans les meilleures conditions possibles, en respectant le bien-être maternel et foetal. Il faut se défaire du préjugé que les troubles du sommeil sont inhérents à la grossesse mais les considérer comme des **maux de la grossesse à part entière**.

II- Limites et biais

L'étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, le faible nombre de participants à notre étude induit un manque de puissance.

Concernant, l'interprétation des résultats des questions ouvertes, l'analyse a été difficile compte tenu des différentes réponses. Il existe probablement un biais d'investigation et de compréhension au niveau des résultats des questions 10 et 11. Plusieurs professionnels nous ont rapporté ne pas comprendre et savoir différencier les

FDR des étiologies. Nous avons conclu que la question avait été très probablement mal formulée. De même pour la question 9 bis. Nous avons observé une confusion sur les principaux troubles du sommeil. En effet, les professionnels ont proposé comme troubles les symptômes et les étiologies de l'insomnie alors que seule l'insomnie est un trouble. Nous aurions du utiliser le terme pathologie au lieu de trouble pour être plus explicites.

III- Propositions

L'analyse et la discussion de nos résultats, nous permettent de dégager des axes de réflexion pour améliorer les connaissances des professionnels de périnatalité et leur formation.

↳ Dépliant

Pour améliorer les connaissances et le dépistage des troubles du sommeil, il nous semble judicieux de mettre en place une documentation écrite sous forme de dépliant. En effet le dépliant est un bon moyen de communication car il permet de diffuser une information brève, concise et ordonnée. C'est un outil souple, très visuel, simple et peu coûteux à produire (50).

Son objectif sera d'apporter des connaissances sur les troubles du sommeil les plus fréquemment retrouvés chez la femme enceinte, mais aussi les moyens de dépistage et de prévention notamment avec les conseils d'hygiène du sommeil (annexe IV).

Un dépliant destiné aux patientes pourrait également être réalisé pour les sensibiliser aux troubles du sommeil et les convaincre d'en parler en consultation si nécessaire. Elles seraient ainsi informées sur la bonne hygiène du sommeil et sur les prises en charge possibles en fonction de leurs troubles.

↳ Formation initiale

Nous pensons qu'il serait nécessaire d'approfondir l'état actuel de la formation initiale des étudiantes sages-femmes et des étudiants en médecine aussi bien sur la théorie que la pratique. Cela permettrait de les sensibiliser sur ce « mal de la grossesse », bien souvent oublié. Il faudrait ainsi introduire des enseignements théoriques dans les écoles sur

la physiologie du sommeil, les modifications pendant la grossesse, les pathologies du sommeil, leurs dépistage et prise en charge, l'hygiène du sommeil et les conseils.

↳ **Formation continue**

L'hôpital a pour mission de permettre aux professionnels de santé d'accéder à des formations pour maintenir et perfectionner leurs connaissances. Les résultats de notre enquête sont l'occasion de soutenir la nécessité d'inscrire une formation sur le sommeil, comme le DIU « le sommeil et sa pathologie », au plan de formation. Cette formation permettrait aux professionnels de dépister les pathologies du sommeil et d'améliorer leurs connaissances théoriques afin d'accompagner et informer au mieux les femmes enceintes.

Pour informer les professionnels de l'existence de ces formations, nous proposons de passer par des moyens de transmissions comme les revues professionnelles qui listent les formations continues, les Conseils des Ordres des Sages-Femmes ou des Médecins, les associations professionnelles ou professionnelles étudiantes.

↳ **Dossier obstétrical**

Nous avons évoqué l'idée de rajouter dans les dossiers obstétricaux un item sur la « qualité du sommeil » précisé à chaque consultation. Cela permettrait de s'assurer que celle-ci est bien évaluée au cours de l'interrogatoire du suivi de grossesse. D'autant plus que dans notre étude les professionnels émettaient souvent le fait d'oublier ou ne pas y penser. Cela permettrait aussi que les troubles du sommeil soient reconnus et pris en compte comme un des maux de la grossesse ou comme signe d'appel devant être recherché.

↳ **Informations au cours de la préparation**

Nous pensons aussi qu'il serait intéressant en plus des consultations anténatales où bien souvent le manque de temps est dénoncé, de parler de la qualité du sommeil au cours de l'**Entretien Prénatal Précoce** (EPP) qui est un temps d'échanges et d'écoute, pendant lequel les femmes enceintes ou le couple peuvent exprimer leurs attentes. Ils peuvent aussi évoquer leurs difficultés médicales, psychologiques ou sociales (51). Les professionnels pourraient également introduire la qualité du sommeil au cours de la grossesse

lors des **cours de préparation** à la naissance à et la parentalité, qui ont pour objectif d'expliquer le déroulement de la grossesse (52).

↳ **Recommandation HAS**

Une mise à jour des recommandations sur « comment mieux informer les femmes enceintes » pourraient être envisagée au regard des dernière données scientifiques notamment sur les conséquences des troubles du sommeil sur la santé du fœtus et de la mère, et sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Les professionnels doivent pouvoir s'appuyer sur des connaissances scientifiques actualisées pour s'engager auprès des patientes.

Conclusion

Ce mémoire nous a permis de mettre à jour nos connaissances sur la physiologie du sommeil et ses modifications chez la femme enceinte. La grossesse peut en effet prédisposer à certaines pathologies du sommeil qui ont des répercussions sur la vie au quotidien.

Les résultats de l'étude nous ont montré que les professionnels de périnatalité ont tendance à sous estimer ces troubles du sommeil voire les ignorer et ne pratiquent pas leur dépistage. Cela s'explique par des connaissances théoriques insuffisantes. En dehors de l'aspect psychologique, les professionnels n'ont pas conscience de l'ampleur et de l'impact qu'une mauvaise qualité du sommeil peut entraîner. Pour finir nous avons pu constater que les professionnels se sentent en difficulté du fait d'un manque de formation.

L'amélioration des connaissances des professionnels est donc nécessaire. Nous avons exploré plusieurs pistes comme l'enseignement du sommeil chez la femme enceinte dans la formation initiale et continue, l'introduction de l'item de la qualité du sommeil dans le dossier médical, les séances de préparation à la naissance et la parentalité, la mise à jour des recommandation HAS et le dépliant d'information que nous avons élaboré afin de sensibiliser les professionnels d'une manière simple résumant les points essentiels à connaître.

Notre étude portait sur le dépistage et les connaissances des professionnels de périnatalité mais nous pensons qu'il serait intéressant de réaliser une étude sur la prise en charge des troubles du sommeil pendant la grossesse, les solutions à proposer aux femmes enceintes et l'accompagnement possible.

Références bibliographiques

1. Taillez J. Prise en charge des troubles du sommeil chez la femme enceinte à l'issue d'une demande spontanée : intérêt du conseil officinal [Thèse : Pharmacie]. [Angers]: Université Angers; 2013.
2. Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi M, Mauri M, Riemann D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep Med*. Août 2014; 15(8):853–9.
3. Buron J, Denais V, Lucas B. Le sommeil de la femme enceinte. *Rev Sage-Femme*. Novembre 2011; 10(5):199–207.
4. Barrès N. Dodo, maman, do. *Santé mentale*. Avril 2010. (147):45.
5. Tout savoir sur le sommeil. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [Internet] [Consulté le 8 mai 2015]. Disponible sur : <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/tout-savoir-sur-le-sommeil>
6. L'organisation du sommeil. Réseau Morphée. [Internet] [Consulté le 12 mai 2015]. Disponible sur : <http://www.reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil>
7. Lee K, Zaffke M, McEnany G. Parity and Sleep Patterns During and After Pregnancy. 2000; 14–8.
8. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med* [Internet]. [Consulté le 24 janvier 2015]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945714004997>
9. Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: Is there a relationship? *Sleep Med Rev*. Avril 2010; 14(2):107–14.
10. Dubosc M, Guyard-Boileau B, Emmery B. Le sommeil dans le dernier trimestre de la grossesse. [Internet]. 18 février 2008[Consulté le 11 octobre 2014]; Disponible sur : <http://www.em-premium.com.accesdistant.upmc.fr/article/84969/resultatrecherche/1>

11. Rice JR, Larrabure-Torrealva GT, Fernandez MAL, Grande M, Motta V, Barrios YV, et al. High risk for obstructive sleep apnea and other sleep disorders among overweight and obese pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2 septembre 2015 [Consulté le 14 novembre 2015]; 15. disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557601/>
12. Okun ML, Tolge M, Hall M. Low Socioeconomic Status Negatively Affects Sleep in Pregnant Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2014; 43(2):160–7.
13. Abbott SM, Attarian H, Zee PC. Sleep disorders in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Janvier 2014; 28(1):159–68.
14. Karroum E, Konofal E, Arnulf I. Le syndrome des jambes sans repos. *Rev Neurol*. Août 2008; 164(8-9):701–21.
15. Neau J-P, Paquereau J, Meurice J-C. Sommeil et grossesse. *Médecine du Sommeil*. Octobre 2009; 6(4):119–25.
16. Botez M, Lambert B. Folate deficiency and restless-legs syndrome in pregnancy. 22 septembre 1977; 670.
17. Daubian-Nosé P, Frank MK, Esteves AM. Sleep disorders: A review of the interface between restless legs syndrome and iron metabolism. *Sleep Sci*. Décembre 2014; 7(4):234–7.
18. Lee K, Gay C. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. 2004; 2041–6.
19. O’Keeffe M, St-Onge M-P. Sleep duration and disorders in pregnancy: implications for glucose metabolism and pregnancy outcomes. *Int J Obes*. [Internet]. Juin 2013 [Consulté le 14 janvier 2015]; 37(6). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3836666/>
20. Hayase M, Shimada M, Seki H. Sleep quality and stress in women with pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes mellitus. *Women Birth*. 1 septembre 2014; 27(3):190–5.

21. Kajeepeta S, Sanchez SE, Gelaye B, Qiu C, Barrios YV, Enquobahrie DA, et al. Sleep duration, vital exhaustion, and odds of spontaneous preterm birth: a case–control study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 27 septembre 2014 [Consulté le 14 novembre 2015]; 14. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4190429/>
22. Okun ML, Schetter CD, Glynn LM. Poor Sleep Quality is Associated with Preterm Birth. *Sleep*. 1 novembre 2011; 34(11):1493–8.
23. Plancoulaine S, Flori S, Bat-Bitault F, Patural H, Lin J-S, Franco P. Étude longitudinale du sommeil des femmes enceintes et son impact sur le terme et le poids de naissance dans la cohorte AuBE. *Médecine du Sommeil*. Janvier 2015; 12(1):3.
24. Picchietti DL, Hensley JG, Bainbridge JL, Lee KA, Manconi M, McGregor JA, et al. Consensus clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease during pregnancy and lactation. *Sleep Med Rev* [Internet]. [Consulté le 24 janvier 2015]; Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079214001191>
25. Hollenbach D, Broker R, Herlehy S, Stuber K. Non-pharmacological interventions for sleep quality and insomnia during pregnancy: A systematic review. *J Can Chiropr Assoc*. Septembre 2013; 57(3):260–70.
26. Okun ML, Ebert R, Saini B. A review of sleep-promoting medications used in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. [Consulté le 24 janvier 2015]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293781402198X>
27. Arnulf I. Le syndrome des jambes sans repos. *Médecine du Sommeil*. Mars 2007; 4(11):20–31.
28. Weitzenblum E, Racineux J-L. syndrome d’apnées obstructives du sommeil. 2e édition. Masson; 2004.
29. Jniene A, El Ftouh M, El Fassy Fihry MT. Prévalence des symptômes cliniques du syndrome d’apnées du sommeil pendant la grossesse. *Médecine du Sommeil*. Avril 2010; 7(2):39–44.

30. Sarberg M, Svanborg E, Wiréhn A-B, Josefsson A. Snoring during pregnancy and its relation to sleepiness and pregnancy outcome - a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13 janvier 2014; 14:15.
31. Calaora-Tournadre D, Ragot S, Meurice JC, Pourrat O, D'Halluin G, Magnin G, et al. Le syndrome d'apnées du sommeil pendant la grossesse : prévalence des symptômes cliniques et corrélation avec la pathologie vasculaire gravidique. *Rev Médecine Interne*. Avril 2006; 27(4):291-5.
32. Howe LD, Signal TL, Paine S-J, Sweeney B, Priston M, Muller D, et al. Self-reported sleep in late pregnancy in relation to birth size and fetal distress: the E Moe, Māmā prospective cohort study. *BMJ Open*. 1 octobre 2015; 5(10):e008910.
33. Sahin F, Koken G, Cosar E. obstructive sleep apnea in pregnancy and foetal outcome. 2008; 141-6.
34. Fung AM, Wilson DL, Lappas M, Howard M, Barnes M, O'Donoghue F, et al. Effects of Maternal Obstructive Sleep Apnoea on Fetal Growth: A Prospective Cohort Study. *PLoS ONE* [Internet]. 24 juillet 2013 [Consulté le 19 octobre 2014]; 8(7). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722214/>
35. Edwards N, Middleton PG, Blyton DM, Sullivan CE. Sleep disordered breathing and pregnancy. *Thorax*. 1 juin 2002; 57(6):555-8.
36. Luque-Fernandez MA, Bain PA, Gelaye B, Redline S, Williams MA. Sleep-Disordered Breathing and Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. Octobre 2013; 36(10):3353-60.
37. Debs R, Tiberge M. Grossesse, SAOS et pré-éclampsie. *Médecine du Sommeil*. Janvier 2010; 7(1):28-30.
38. Franklin KA, Åke Holmgren P, Jönsson F, Poromaa N, Stenlund H, Svanborg E. SNoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus. *Chest*. 1 janvier 2000; 117(1):137-41.
39. Sharkey KM, Waters K, Millman RP, Moore R, Martin SM, Bourjeily G. Validation of the Apnea Risk Evaluation System (ARES) Device Against Laboratory

Polysomnography in Pregnant Women at Risk for Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *J Clin Sleep Med*. 15 mai 2014; 10(5):497–502.

40. Skouteris H, Germano C, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Sleep quality and depression during pregnancy: a prospective study. *J Sleep Res*. 1 juin 2008; 17(2):217–20.
41. Rezaei E, Moghadam ZB, Saraylu K. Quality of Life in Pregnant Women with Sleep Disorder. *J Fam Reprod Health*. Juin 2013; 7(2):87–93.
42. Rezaei E, Behboodi Moghadam Z, Hagani H. The Effect of Sleep Health Behavioral Education on the Depression of Pregnant Women With Sleep Disorders: A Randomized Control Trial. *Iran Red Crescent Med J [Internet]*. 23 janvier 2015 [Consulté le 25 mars 2015]; 17(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4341540/>
43. Jones CR. Diagnostic and Management Approach to Common Sleep Disorders During Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. Juin 2013; 56(2):360–71.
44. République Française. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. JO n°294 du 19 décembre 2001. p. 20115.
45. République Française. Arrêté du 22 septembre 2004 sur la liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecin. JO n° 233 du 6 octobre 2004. p. 17076.
46. Code de la santé publique . Article L4153-1. Abrogé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016. article 114.
47. DIU le sommeil et sa pathologie - SFRMS [Internet]. [Consulté le 9 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.sfrms-sommeil.org/formation/diu/>
48. Liste des titres de formation autorisés par le CNOSF. Ordre des sages-femmes [Internet]. [Consulté le 17 février 2016]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Liste-des-DU-DIU.pdf>

49. Courrier D, Villier C, Jourdan S, Hoffmann P. Automédication et grossesse : enquête auprès de 740 femmes enceintes dans le réseau périnatal Alpes-Isère. *Rev Sage-Femme*. Septembre 2015; 14(4):131–41.
50. Lamiable E. Pour tout savoir sur le dépliant, de sa conception à l'impression [Internet]. 2014 [Consulté le 9 mars 2016]. Disponible sur : <https://www.anthedesign.fr/print-2/depliant/>
51. L'entretien prénatal précoce - ameli-santé [Internet]. [Consulté le 11 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/entretien-prenatal-precoce.html>
52. Séances de préparation à la naissance et à la parentalité - ameli-santé [Internet]. [Consulté le 11 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/seances-preparation-naissance-et-parentalite.html>
53. Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Bernan S.R., Kupfer D.J. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) : A new instrument for psychiatric research and practice. 1989; 28(2):193–213.
54. L'échelle de somnolence d'Epworth [Internet]. ISCA. [Consulté le 24 mai 2015]. Disponible sur : <http://www.infosommeil.ca/epworth/>

Annexe I

Questionnaire distribué aux professionnels de périnatalité

Bonjour Mesdames, Messieurs,

Je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année de formation à l'école de l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Je réalise actuellement mon mémoire de fin d'études sur les troubles du sommeil pendant la grossesse. Mon objectif serait d'évaluer la pratique du dépistage et les connaissances des professionnels de périnatalité sur les troubles du sommeil pendant la grossesse en consultation prénatale. Ce questionnaire est destiné aux sages-femmes et aux gynécologues-obstétriciens réalisant des consultations anténatales, il est anonyme et court (18 questions, temps estimé de réalisation 10 minutes). C'est pourquoi votre participation est nécessaire pour mener à bien mon mémoire.

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

Paulovic Julie

Profil de la population

1. Année du diplôme : _____
2. Vous êtes :
 - Médecin
 - Sage-femme
3. Maternité d'exercice : _____

Connaissances et dépistage

4. Evoquez-vous la qualité du sommeil systématiquement à chaque consultation ?
 - Oui
 - Non

Si non pour quelle(s) raison(s) ?

5. Pensez-vous que la recherche systématique des troubles du sommeil pendant la grossesse ait fait l'objet d'une recommandation de bonne pratique ?

- Oui
- Non

6. Comment évalueriez-vous vos connaissances concernant les troubles du sommeil pendant la grossesse ?

- Très suffisantes
- Suffisantes
- Peu suffisantes
- Insuffisantes

7. D'après votre expérience, quel pourcentage de femmes enceintes souffre de trouble du sommeil au 3^{ème} trimestre ?

- < 25%
- 25-50%
- 50-75%
- >75 %

8. Savez-vous comment évaluer la qualité du sommeil ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

9. Connaissez-vous les principaux troubles du sommeil qu'une femme enceinte peut rencontrer au cours de sa grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez en 3 :

10. Quels sont les facteurs de risque de troubles du sommeil chez la femme enceinte ?

11. Quelles sont les étiologies possibles en cas d'insomnie chez la femme enceinte ?

12. Une femme enceinte se plaint en consultation d'un ronflement important et de somnolence diurne.

Quel diagnostic évoquez-vous ? (1 seule réponse)

13. Une femme enceinte vous rapporte en consultation qu'elle ne dort pas bien ; elle ressent un besoin impérieux de bouger les jambes avec des sensations désagréables s'aggravant la nuit et au repos.

Quel diagnostic évoquez-vous ? (1 seule réponse)

Quelles en sont les étiologies ?

14. Quelles conséquences néfastes sur la santé de la mère les troubles du sommeil peuvent-ils entraîner ?

- HTA gravidique
- Pré-éclampsie
- Dépression anténatale
- Diabète gestationnel
- Cholestase gravidique
- Aucune

15. Quelles conséquences néfastes sur le fœtus les troubles du sommeil peuvent-ils entraîner ?

- RCIU
- Macrosomie
- Score d'Apgar bas à la naissance
- MFIU
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal
- Aucune

16. Les insomnies peuvent-elles entraîner des complications sur la grossesse, le travail et l'accouchement ?

- Accouchement prématuré
- Durée de travail plus longue
- Plus de douleurs et d'inconfort pendant le travail
- Naissance par césarienne
- Plus de recours aux forceps
- Aucune

17. Vous sentez-vous en difficulté par rapport au dépistage des troubles du sommeil ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

18. Avez-vous reçu une formation sur le sommeil et ses troubles pendant la grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui :

- Formation initiale
- Formation continue (précisez) : _____

Annexe II

Index de Qualité du sommeil de Pittsburgh (53)

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS



Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance :/...../..... Date de ce jour :/...../.....

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions.

1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?

↪ Heure habituelle du coucher :

2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?

↪ Nombre de minutes :

3/ Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?

↪ Heure habituelle du lever :

4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ? (Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

↪ Nombre d'heures de sommeil par nuit :

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions.

5/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'1 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine
a) vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 mn				

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

b) vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin				
c) vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes				
d) vous n'avez pas pu respirer correctement				
e) vous avez toussé				
f) vous avez eu trop froid				
g) vous avez eu trop chaud				
h) vous avez eu de mauvais rêves				
i) vous avez eu des douleurs				
j) pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :				
Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons	Pas au cours du dernier mois	Moins d'1 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine

6/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

- Très bonne Assez bonne Assez mauvaise Très mauvaise

7/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?

- Pas au cours du dernier mois Moins d'1 fois par semaine 1 ou 2 fois par semaine 3 ou 4 fois par semaine

8/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?

- Pas au cours du dernier mois Moins d'1 fois par semaine 1 ou 2 fois par semaine 3 ou 4 fois par semaine

9/ Au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

- Pas du tout un problème Seulement un tout petit problème Un certain problème Un très gros problème

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

- Ni l'un, ni l'autre
- Oui, mais dans une chambre différente
- Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit
- Oui, dans le même lit

11/ Si vous avez un camarade de chambre ou un conjoint, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté :

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'1 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine
a) un ronflement fort				
b) de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil				
c) des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez				
d) des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil				
e) d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil				

Score global au PSQI :

Annexe III

Echelle de somnolence d'Epworth (54)

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS



Echelle de somnolence d'Epworth

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance :/...../..... Date de ce jour :/...../.....

Quelle chance avez-vous de somnoler ou de vous endormir, pas simplement de vous sentir fatigué(e) dans les situations suivantes ?

Cette question concerne votre mode vie habituel au cours des derniers mois. Au cas où une des situations ne s'est pas produite récemment, essayez d'imaginer ce qui se passerait.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

- 0 = aucune chance de somnoler
- 1 = faible chance de s'endormir
- 2 = chance modérée de s'endormir
- 3 = forte chance de s'endormir

Situation	Probabilité de s'endormir			
	0	1	2	3
Assis(e) en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis(e), inactif(e) dans un lieu public (théâtre, cinéma, réunion...)	0	1	2	3
Comme passager(e) d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé(e) l'après-midi pour vous reposer, lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Etant assis(e) en train de parler avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis(e) au calme après un repas sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

Total :

Annexe IV

Dépliant d'information

CONSEILS D'HYGIENE DU SOMMEIL

- ✓ Adopter des horaires de sommeil réguliers
- ✓ Pratiquer un exercice physique régulier
- ✓ Éviter les excitants après 16h
- ✓ Dîner ni trop tôt, ni trop tard pour bien dormir
- ✓ Éviter les somnifères
- ✓ Se ménager un environnement favorable au sommeil
 - ❖ une chambre silencieuse
 - ❖ une température n'excédant pas 20°C
 - ❖ dans l'obscurité
- ✓ Se coucher dès les premiers signaux de sommeil
 - bâillements
 - yeux qui piquent
- ✓ Se réveiller de façon dynamique
- ✓ Ne pas chercher à se rendormir en cas de réveil trop matinal
- ✓ Faire une courte sieste de 5 à 20 minutes en début d'après-midi

CE QUI DOIT ATTIRER VOTRE ATTENTION QUAND UNE PATIENTE VOUS DIT :

- Qu'elle a du mal à s'endormir
- Qu'elle se réveille trop tôt
- Qu'elle a des sensations désagréables dans les jambes qui l'empêchent de dormir
- Qu'elle est fatiguée le matin
- Qu'elle a des envies de dormir la journée
- Qu'elle lutte pour rester active
- Que son sommeil est agité et que son entourage s'inquiète du ronflement et des apnées au cours du sommeil

POUR EN SAVOIR PLUS

www.institut-sommeil-vigilance.org

www.afsir.fr

<http://www.syndrome-apnee-sommeil.fr>

Les troubles du sommeil et la grossesse



INFORMATIONS DESTINÉES AUX PROFESSIONNELS DE PÉRINATALITÉ

TROUBLES DU SOMMEIL PENDANT LA GROSSESSE

Les conséquences peuvent être graves

LES INSOMNIES

Symptôme subjectif identifié par des plaintes

- Troubles de l'endormissement
- Réveil fréquent
- Sommeil trop court, ou peu reposant
- Fatigue diurne, baisse d'énergie
- Baisse de l'attention, de la concentration, de la motivation
- Troubles socioprofessionnels

Liées à :

- Un environnement perturbé ou aux conditions de vie
- Un événement stressant ou à une maladie Prolongée, évoluant depuis des mois, elle est souvent associée à un trouble psychologique ou une maladie chronique

79% des femmes enceintes auraient un sommeil perturbé pendant leur grossesse

LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS (SJSR)

Présence de troubles sensitivomoteurs

caractérisé par :

- Une sensation pénible, parfois douloureuse, localisée aux membres inférieurs et bilatérale
- Un besoin impérieux de bouger les jambes
- Un trouble qui survient particulièrement au repos, le soir ou la nuit

La prévalence chez les femmes enceintes = 12 à 26 %

Les femmes enceintes ont 2 à 3 fois plus de risque de développer SJSR

Lié :

- A une carence martiale +/- folates
- Aux modifications hormonales de grossesse

LE SYNDROME D'APNEE DU SOMMEIL

Présence d'une somnolence diurne excessive et/ou

2 des symptômes suivants :

- Ronflement sévère
- Pausés respiratoires nocturnes
- Éveils nocturnes répétés
- Sommeil non réparateur
- Fatigue diurne et altération de la concentration
- Un critère polysomnographique

Les modifications physiologiques de la grossesse prédisposent à cette pathologie

Conséquences

- Augmentation de la morbi-mortalité cardiovasculaire
- Augmentation des RCIU, des MFIU, des anomalies RCF,
- Scores d'Apgar plus bas à la naissance
- Risque élevé de DG, HTA, et PE

Conséquences sur la grossesse et l'accouchement

- Augmentation du risque d'hypertension artérielle (HTA) et de diabète gestationnel (DG)
- Davantage de douleurs et d'inconfort pendant le travail
- Durées de travail plus longues
- Taux plus élevé de césarienne
- Fréquence augmentée de naissances prématurées

Diagnostic par Polysomnographie
Ventilation par pression positive continue (PPC) recommandée si SAOS

Glossaire

ANESF = association nationale des étudiantes sages-femmes

APHP = assistance publique des hôpitaux parisiens

BR = bonne réponse

CU = contraction utérine

DIU = diplôme interuniversitaire

EPP = entretien prénatale précoce

FC = fréquence cardiaque

FDR = facteur de risque

HAS = haute autorité de santé

HTA = hypertension artérielle

IMC = indice de masse corporelle

INSV = institut national du sommeil et de la vigilance

MAF = mouvements actifs fœtaux

MO = mouvements oculaires

MR = mauvaise réponse

PEC = prise en charge

PPC = pression positive continue

IQSP = index de qualité du sommeil de Pittsburgh

QCM = questions à choix multiples

RCIU = retard de croissance intra-utérin

SAOS = syndrome d'apnée obstructive du sommeil

SA = semaines d'aménorrhée

SF = sages-femmes

SJSR = syndrome des jambes sans repos

Résumé

Au cours de la grossesse, le sommeil de la femme se modifie et présente des spécificités propres. Notre objectif était d'évaluer les connaissances et la pratique du dépistage des troubles du sommeil pendant la grossesse par les professionnels de périnatalité en consultation anténatale.

Nous avons mené une étude quantitative et qualitative à l'aide de questionnaires distribués auprès de sages-femmes et de gynécologues-obstétriciens ayant une activité en consultation anténatale. Elle s'est déroulée de mi août 2015 à fin octobre 2015 sur huit maternités de l'APHP.

Nous avons constaté que leurs connaissances sont insuffisantes et que la pratique du dépistage des troubles du sommeil ne semble pas être en accord avec les recommandations actuelles. Les professionnels sous estiment l'impact entraîné par les troubles du sommeil. La formation sur le sommeil et ses troubles chez les femmes enceintes semble insuffisante.

L'amélioration des connaissances et la sensibilisation des professionnels nous paraissent capitales. Il faut que le professionnel soit capable d'aller au devant des questions des femmes enceintes. Il doit les informer afin de prévenir l'apparition de ces troubles, ou dans le cas contraire il doit les dépister, dès le début de la grossesse.

Abstract

During pregnancy, a woman's sleep changes and has specific characteristics. Our objective was to evaluate the knowledge and practice of screening for sleep disorders during pregnancy by perinatal professionals in antenatal consultation.

We conducted a quantitative and qualitative study using questionnaires distributed to midwives and obstetricians having activity antenatal consultation. It took place from mid August 2015 to late October 2015 in eight maternity hospitals of the Public Hospitals Parisians Assistance.

We found that their knowledge is insufficient and practice of screening for sleep disorders do not seem to be consistent with current recommendations. Professionals underestimate the impact driven by sleep disorders. Training on sleep and its disorders in pregnant women seem insufficient.

Increased knowledge and awareness among professionals seems capital. We need the professional is able to anticipate questions of pregnant women. He must inform to prevent the occurrence of these disorders, or otherwise it must detect them , from the beginning of pregnancy.

Mots-clés : troubles du sommeil, grossesse, insomnie, dépistage

Nombre de pages : 72

Nombre d'annexes : 4

Nombre de références bibliographiques : 54