



HAL
open science

Prise en compte des troubles du sommeil pendant la grossesse par les professionnels de périnatalité de Haute-Savoie : une étude déclarative

Camille Peterlongo

► To cite this version:

Camille Peterlongo. Prise en compte des troubles du sommeil pendant la grossesse par les professionnels de périnatalité de Haute-Savoie : une étude déclarative. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02287747

HAL Id: dumas-02287747

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02287747>

Submitted on 13 Sep 2019

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**Prise en compte des troubles du sommeil pendant la
grossesse par les professionnels de périnatalité de Haute-
Savoie : une étude déclarative**

Par Camille Peterlongo

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 02 septembre 2019

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme.

Année universitaire de soutenance : 2018-2019

RESUME

Objectif. Évaluer la proportion de professionnels de santé en périnatalité qui abordent des troubles du sommeil au cours de leurs consultations prénatales. Comprendre les raisons pouvant freiner ou aider cette prise en compte.

Matériels et méthode. Nous avons réalisé une étude transversale, déclarative auprès des gynécologues-obstétriciens, sages-femmes et médecins généraliste de Haute-Savoie de mars à mai 2019 à l'aide d'un questionnaire diffusé par mail. Le critère de jugement principal était leur prise en compte du sommeil chez leurs patientes enceintes pendant les consultations, recueilli par une autoévaluation.

Résultats. 80 professionnels ont été inclus. 51 (64%) estiment aborder « systématiquement » ou « souvent » les troubles du sommeil en consultation. Si la moitié se sentent démunis, et 60 (75%) considèrent leurs connaissances non suffisantes, 76 (95%) avaient des résultats au moins satisfaisants au test de connaissances.

Conclusion. Contrairement à l'hypothèse de départ, la majorité des professionnels dépistent les troubles du sommeil et ont des connaissances sur le sujet.

Mots clefs. Sommeil, grossesse, professionnels, dépistage

ABSTRACT

Objectives. Assessing the proportion of perinatal health professionals addressing sleep disorders during prenatal consultations. Understanding factors hindering or fostering their approach.

Material and methods. From March to May 2019 obstetrician-gynaecologists, midwives and general practitioners in Haute-Savoie were invited to answer a questionnaire sent by email in a cross-sectional survey-based study. The study mainly focused on whether and how practitioners addressed the issue of sleep with their pregnant patients during consultations. Data were gathered through self-assessment.

Results. Out of 80 health professionals surveyed, 51 (64%) said they “systematically” or “often” addressed sleep disorders during consultations. Although 40 (50%) of the surveyed declared feeling helpless and 60 (75%) considered their knowledge insufficient, 76 (95%) performed at least satisfactorily in the knowledge test.

Conclusion. Contrary to the initial hypothesis a majority of health professionals conduct sleep disorders screenings and have knowledge about the issue.

Key word. Sleep, pregnancy, health professionals, screening

Remerciements

Je tiens à remercier les membres du jury :

Président du jury : **Mme Claire BAUDON** – Sage-Femme Enseignante au Département Maïeutique – UFR de Médecine - UGA

Co-présidente du jury : **Dr Sophie GOBILLOT** – Assistante hospitalo-universitaire - Chef de Clinique en Gynécologie-Obstétrique à l'Hôpital Couple Enfant - CHU Grenoble-Alpes

Sage-femme invitée : **Mme Jocelyne DUJOURDIL** - Sage-femme Cadre à Clinique des Cèdres - Echirolles

Directrice de ce mémoire : **Mme Anne-Laure CREDOZ** – médecin urgentiste spécialiste en médecine générale – Annecy

Co-directrice de ce mémoire : **Mme Claudine MARTIN**, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble – UGA

Je remercie aussi Agnès, Laurent, Dr de la Giclais et Dr Tamisier : pour leur aide dans la rédaction et la diffusion de mon questionnaire.

Je remercie aussi particulièrement mes amis : Lucie, Martin, Lucie, Mathilde, Shirley et Simon pour leur aide aux calculs, aux relectures et aux rédactions et leur entrain.

Table des matières

Abréviations

Introduction

1) La physiologie du sommeil	- 12 -
1.1. le rôle du sommeil	- 12 -
1.2. les stades du sommeil	- 13 -
2) Le sommeil et la grossesse	- 14 -
2.1. les modifications du sommeil au cours de la grossesse	- 15 -
2.1.1. le 1er trimestre	- 15 -
2.1.2. le 2^e trimestre	- 15 -
2.1.3. le 3e trimestre	- 16 -
2.2. les modifications physiologiques au cours de la grossesse	- 17 -
2.2.1. les modifications physiques	- 17 -
2.2.2. les modifications de l'appareil respiratoire	- 18 -
2.2.3. les modifications hormonales	- 19 -
2.2.4. les modifications psychologiques	- 19 -
3) Les pathologies du sommeil survenant au cours de la grossesse	- 20 -
3.1. L'insomnie	- 21 -
3.1.1 définition	- 21 -
3.1.2 prévalences	- 21 -
3.1.3. conséquences	- 22 -
3.1.4. traitements	- 22 -

3.2. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)	- 23 -
3.2.1. définition	- 23 -
3.2.2. prévalence	- 24 -
3.2.3. conséquences	- 24 -
3.2.4. traitements	- 25 -
3.3. Le syndrome des jambes sans repos (SJSR)	- 25 -
3.3.1. définition	- 25 -
3.3.2. prévalence	- 26 -
3.3.3. conséquences	- 27 -
3.3.4. traitements	- 27 -
3.4. Le syndrome anxio-dépressif	- 28 -

Matériel et Méthode

1) type d'étude	- 29 -
2) échantillon d'étude	- 29 -
3) recueil de données	- 29 -
4) questionnaire	- 30 -
5) critères de jugement	- 31 -
6) statistiques	- 32 -

Résultats

1) Diagramme d'inclusion	- 33 -
2) Caractéristiques de l'échantillon des professionnels de périnatalité de notre étude	- 34 -

2.1 Les caractéristiques des professionnels de santé _____	- 34 -
2.2. La patientèle des différents professionnels de santé _____	- 35 -
3) Résultats de l'objectif principal _____	- 36 -
3.1. Fréquence du dépistage des troubles du sommeil _____	- 36 -
3.2. Spécificités du dépistage chez les sages-femmes _____	- 37 -
4) Résultats des objectifs secondaires _____	- 38 -
4.1. Facteurs favorisants et freins au dépistage _____	- 38 -
4.1.1. Les facteurs favorisants le dépistage _____	- 38 -
4.1.2. Les freins au dépistage. _____	- 39 -
4.2. La période du dépistage des troubles du sommeil au cours de la grossesse _____	- 40 -
4.3. Sentiment d'efficacité vis-à-vis de la prise en charge des troubles du sommeil _____	- 41 -
4.3.1. Sentiment d'être démuné face aux troubles du sommeil _____	- 41 -
4.3.2. Autoévaluation des connaissances des professionnels par rapport aux troubles du sommeil _____	- 42 -
4.4. Résultats aux questions d'évaluation de connaissances _____	- 43 -
4.4.1. La recommandation de l'HAS _____	- 43 -
4.4.2. Résultats du questionnaire _____	- 43 -

Discussion

1) Les limites de l'étude _____	- 46 -
2) Analyse des résultats _____	- 48 -
2.1. objectif principal _____	- 48 -
2.2 objectifs secondaires _____	- 51 -

Conclusion	-57-
Références bibliographiques	-60-
Annexes	-63-

ABREVIATIONS

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : HyperTension Artérielle

PDF : Portable Document Format

RP2S : Réseau Périnatal des 2 Savoie

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SAOS : Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil

SJSR : Syndrome des Jambes Sans Repos

INTRODUCTION

Ayant été moi-même sujette à des troubles du sommeil, je me suis beaucoup intéressée à ce thème. Le sommeil est essentiel. Il permet à l'organisme une récupération physique et psychique mais aussi d'assurer les fonctions nécessaires au développement et à la santé.

Dans la population générale les troubles du sommeil ont une place importante [1] : près du tiers de la population s'en plaint. Au cours de la grossesse, ceux-ci sont majorés : au niveau de leur composition (moins de phases de sommeil lent profond, plus de phases de sommeil lent léger), de leur durée (diminution) et de leur qualité (parasomnies, dyssomnies). La grossesse est en effet une période de bouleversements hormonaux, corporels et psychologiques qui influencent ensuite le sommeil, sensible à chacune de ces modifications.

Il existe une grande variété de troubles du sommeil, plus ou moins spécifiques à la grossesse : l'insomnie, le syndrome des jambes sans repos (SJSR), le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), les cauchemars... Ces troubles peuvent être majorés par : les crampes nocturnes, les lombalgies, le reflux gastro-œsophagien, les mictions fréquentes, la difficulté à trouver une position de sommeil confortable, le syndrome de la veine cave, les mouvements fœtaux... Au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse, et avec le stress et l'anxiété de l'approche de l'accouchement, ces troubles deviennent plus fréquents et plus invalidants.

Ainsi, lors de certains stages, je me suis étonnée à plusieurs reprises de ne pas voir cette question abordée plus souvent, ni par les patientes ni par les professionnels de

santé en charge du suivi de grossesse, alors qu'il me semblait clair que les patientes étaient en manque de sommeil. Il m'a semblé que les problèmes de sommeil étaient souvent considérés comme normaux et donc ne nécessitaient pas de prise en charge. Ainsi, je voulais savoir ce qu'il en était vraiment : quelle est la pratique des professionnels de santé face aux troubles du sommeil pendant la grossesse ?

Pour procéder à l'évaluation des pratiques des professionnels de santé face aux troubles du sommeil, nous avons formulé comme hypothèse de départ que la majorité des professionnels de santé en périnatalité (sages-femmes, médecins généralistes ou gynécologues-obstétriciens) ne dépistaient pas fréquemment les troubles du sommeil chez leurs patientes.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la proportion de professionnels de santé en périnatalité qui abordent des troubles du sommeil au cours des consultations prénatales.

L'un des objectifs secondaires était de prendre connaissance des faits favorisant et des freins à dépister ces troubles par les professionnels, ainsi que le moment où les troubles du sommeil étaient abordés.

Un autre objectif était d'évaluer leur sentiment de compétence face à la prise en charge des troubles du sommeil.

Le dernier objectif secondaire était d'évaluer les connaissances des professionnels sur les principaux troubles du sommeil affectant la femme enceinte, les facteurs de risque et les conséquences qu'ils peuvent avoir sur la santé de la mère, de l'enfant ou sur l'accouchement.

Pour bien comprendre l'évolution du sommeil chez la femme enceinte, nous avons abordé les caractéristiques du sommeil physiologique, des changements pendant la

grossesse et certaines pathologies du sommeil retrouvées au cours de la grossesse. Dans une deuxième partie, nous avons exposé la méthodologie de l'étude réalisée ainsi que les outils utilisés. Dans une troisième partie les résultats obtenus ont été exposés. Enfin dans une quatrième partie nous avons analysé et discuté les résultats.

1) La physiologie du sommeil

1.1. le rôle du sommeil

En dormant 7 à 8 heures par jour, l'être humain passe environ un tiers de sa vie à dormir [2]. Si chaque individu a un besoin de sommeil qui lui est propre, cela reste un besoin physiologique et nous sommes programmés pour dormir à intervalles réguliers. Pour autant, même si nous savons tous d'expérience que le sommeil est bénéfique, le rôle précis du sommeil demeure inconnu. Sa présence est impérative, son absence conduit à de nombreux troubles : fatigue, faiblesse, manque de concentration, problème de mémorisation et peut même conduire, dans les cas extrêmes, à la mort [3]. A ce jour, seule la fonction « restauratrice » du sommeil sur le plan physique et psychique a pu être mise en évidence, ainsi que la fonction de « nettoyage » des déchets métaboliques et des toxines [4].

Le corps utilise deux types de régulations pour guider la sensation de sommeil :

- la régulation homéostatique (équilibre interne) : le sommeil survient d'autant plus facilement que nous sommes restés éveillés longtemps. C'est ce qu'on appelle avoir une « dette de sommeil ».

- la régulation circadienne : synchronisation de notre horloge interne sur l'alternance de sommeil et de veille sur 24 heures.

Des chercheurs ont découvert récemment le rôle de certains cônes situés sur la rétine, au fond de l'œil, sensible au bleu turquoise et de son lien avec la régulation de notre horloge interne [5,6]. Ce bleu turquoise (environ 480 nm) est notamment émis par le ciel bleu. C'est ainsi que la lumière du jour recale les cycles de sommeil au quotidien. Son absence déclenche la sécrétion de mélatonine, l'hormone de l'endormissement [7]. Il semblerait qu'une autre hormone, la prolactine, participe au contrôle du sommeil paradoxal, en agissant au niveau des neurones du réseau de l'horloge biologique [8].

1.2. les stades du sommeil

Le sommeil se décompose en cycles. Et chaque cycle est composé par du sommeil lent (75 % de la durée du sommeil) suivi par du sommeil paradoxal (25 % de la durée du sommeil) [3].

Le sommeil lent se compose de quatre stades :

- les stades 1 et 2 correspondent au sommeil léger (50 % de la durée du sommeil),
- les stades 3 et 4 au sommeil profond (25 % de la durée du sommeil).

Le stade 1 sert de transition : le dormeur n'a pas l'impression de dormir et peut être réveillé par le moindre bruit.

Au stade 2, le sommeil est confirmé. Au cours de ce stade, l'activité du cerveau ralentit de plus en plus : les muscles se détendent, le pouls et la respiration ralentissent, la température corporelle et la pression artérielle diminuent [9].

Dans les stades 3 et 4, après une vingtaine de minutes, le sommeil est profond. L'activité cérébrale ralentit encore, l'activité musculaire et les mouvements oculaires sont absents. À ce stade, il est difficile de réveiller le dormeur, car son cerveau est de plus en plus insensible aux stimulations extérieures. L'hypophyse sécrète de l'hormone de croissance, le foie, le cerveau et les muscles reconstituent leurs réserves

d'énergie. Ce sommeil lent et profond réduit les dépenses énergétiques et constitue des stocks d'énergie métabolique, notamment des réserves de glycogène du foie ; il a donc un effet réparateur physique. Il serait aussi impliqué dans la croissance ainsi que dans la réparation des muscles, de la peau et des os en sécrétant l'hormone de croissance ; et il est aussi indispensable dans la récupération d'une dette de sommeil.

Enfin, dans le sommeil paradoxal, l'activité cérébrale devient intense, et est assez proche de celle de l'éveil. Les mouvements oculaires sont très rapides tandis que le reste du corps est totalement immobile avec les muscles complètement inertes, d'où le nom de « paradoxal » donnée à cette phase [10]. Le sommeil paradoxal a un rôle dans le développement du cerveau, la plasticité synaptique, la mémoire et la régulation émotionnelle et comportementale [11].

Les cycles se répètent au fil de la nuit, au rythme d'environ un cycle toutes les 90 minutes. Une nuit comporte 4 à 6 cycles, selon la durée du sommeil. La première moitié du sommeil est particulièrement riche en sommeil lent profond, alors que la seconde moitié est essentiellement constituée par l'alternance de sommeil léger et de sommeil paradoxal [11].

2) Le sommeil et la grossesse

La grossesse entraîne de nombreuses modifications physiologiques hormonales, morphologiques, voire psychologiques pouvant influencer et perturber l'architecture du sommeil de la femme enceinte. Cette période sensible de la vie d'une femme n'est pas sans impact sur la qualité et la durée du sommeil. Ces troubles apparaissent de plus en plus fréquents et invalidants au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse [12]. Heureusement, ces troubles du sommeil disparaissent généralement quelques

semaines après l'accouchement. Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et l'insomnie sont les troubles les plus fréquents. Le syndrome d'apnée du sommeil est important aussi à dépister du fait de ses complications foëto-maternelles potentielles [13].

2.1. les modifications du sommeil au cours de la grossesse

2.1.1. le 1er trimestre

L'augmentation de la progestérone qui apparaît au 1^{er} trimestre a un puissant effet sédatif. C'est pourquoi le temps de sommeil nocturne augmente ainsi que les somnolences diurnes et le besoin fréquent de siestes. La durée totale de sommeil par 24 heures au cours du premier trimestre passe de 8 heures en moyenne avant la grossesse à 8,7 heures au premier trimestre [13,14].

Par ailleurs, c'est aussi une période bien connue de perte d'efficacité du sommeil en raison des réveils nocturnes, de la diminution du sommeil lent profond (détérioration de la qualité subjective du sommeil) et de l'apparition des petits maux de la grossesse (nausées, vomissements, pollakiurie) [15].

2.1.2. le 2^e trimestre

Paradoxalement, si la quantité de sommeil moyenne diminue pendant cette période (elle passe de 8,7 heures sur 24 heures à 8,4 heures entre le premier et le second trimestre), les somnolences diminuent [14]. Ceci est probablement expliqué par l'augmentation du sommeil lent profond et un sentiment de sommeil « de bonne qualité » qui s'en suit. Ce trimestre représente une période d'accoutumance à la grossesse.

Pour autant c'est au 2^e trimestre que les femmes commencent à ressentir plus de troubles du sommeil. Elles sont aussi plus nombreuses à avoir un sommeil agité avec des crampes, des lombalgies, le syndrome des jambes sans repos [16].

2.1.3. le 3e trimestre

Les troubles du sommeil surviennent surtout pendant cette dernière période de la grossesse. La quantité et la qualité du sommeil diminuent encore. En fin de grossesse une femme dort en moyenne moins de 8 heures et parfois moins 7 heures chez les plus de 30ans [14]. La qualité est elle aussi moins bonne : la diminution du temps de sommeil total se fait au dépend du sommeil lent profond et du sommeil paradoxal ce qui entraîne donc un retentissement sur l'effet réparateur de la fatigue physique ainsi que psychique [14]. Parmi les troubles du sommeil retrouvés il y a : des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents, des réveils précoces, des somnolences diurnes avec le besoin de faire une sieste, le syndrome des jambes sans repos (SJSR), des ronflements associés au syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS).

Les étiologies des troubles du sommeil au troisième trimestre sont :

- les « petits maux » de la grossesse pour 75 % des femmes enceintes (mictions fréquentes, douleurs lombaires et ligamentaires, brûlures d'estomac, syndrome de la veine cave, ronflements, gêne respiratoire, crampes musculaires au niveau des jambes, contractions utérines...),

- les mouvements du fœtus pour 45 %, puisqu'à partir de 36 SA celui-ci possède son propre rythme totalement indépendant de celui de sa mère,

- les cauchemars pour 11 %, 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.

- l'inconfort physique avec la difficulté de trouver une position de sommeil confortable en raison du ventre qui occupe de plus en plus de place,

- le manque d'activité... [14]

Le sommeil perturbé de la fin de la grossesse et ses conséquences physiques ou psychiques sur la femme sont souvent décrits comme importants.

2.2. les modifications physiologiques au cours de la grossesse

2.2.1. les modifications physiques

Lors de la grossesse, le corps change. Ce constat bien connu est causé d'abord par la présence de l'enfant lui-même mais surtout pour un ensemble de modifications corporelles en réponse à cette nouveauté. Ces modifications sont toujours plus ou moins présentes en fonction de l'individu et nous ne pouvons pas présenter une liste exhaustive, seulement un aperçu les modifications les plus courantes. Nous les avons choisies en particulier pour leur lien avec le sommeil.

- L'utérus augmente en volume tout au long de la grossesse, les autres organes abdominaux doivent s'adapter et changer de position ce qui peut engendrer des troubles digestifs par ralentissement de la vidange gastrique et de la motilité intestinale, donnant lieu à un reflux gastro-œsophagien affectant l'endormissement et le sommeil.
- Au niveau urinaire, la vessie se retrouve comprimée par l'utérus et l'effet de la progestérone sur les muscles lisses semblent être responsables d'une augmentation de la fréquence des mictions. La pollakiurie (envie fréquente d'uriner) engendrée affecte le sommeil de la gestante par de nombreux réveils.

- « Le syndrome de la veine cave », dû à la compression de la veine cave inférieure par l'utérus en décubitus dorsal, peut survenir en se manifestant par des malaises.
- L'augmentation du volume de l'abdomen entraîne une déportation du centre de gravité vers l'avant, à l'origine d'une modification de son équilibre postural, et provoque ainsi des douleurs lombaires et une difficulté à trouver une position de sommeil confortable, particulièrement en fin de grossesse [17].
- De plus une prise de poids trop importante serait à l'origine d'une augmentation de ronflements, sensations anormales dans les jambes, réveils nocturnes et somnolence diurne [12].

2.2.2. les modifications de l'appareil respiratoire

L'appareil respiratoire est aussi perturbé pendant la grossesse. Ces modifications sont aussi la source de troubles du sommeil et peuvent être de plusieurs origines : hormonales, physiques par exemple.

- La taille des voies aériennes supérieures est bien souvent réduite au niveau pharyngé et laryngé. En effet, par une rétention hydrosodée l'œstrogène augmente le volume sanguin et favorise les rhinites ce qui œdématie les parois respiratoires. La prise de poids explique aussi ce phénomène. La résistance des voies aériennes se retrouve augmentée et prédispose à une augmentation des ronflements pendant la grossesse [18].
- De plus, l'hyperventilation retrouvée durant la grossesse, induite par l'augmentation de la progestérone [19] , peut donner une hypocapnie maternelle (baisse de la pression partielle de CO₂ artériel) qui se manifeste par une instabilité respiratoire (dyspnée et pauses respiratoires au cours du sommeil) [17].
- Enfin l'ascension du diaphragme liée au volume fœtal induit une réduction de la capacité résiduelle fonctionnelle respiratoire et explique l'essoufflement des femmes enceintes, particulièrement en fin de grossesse, ce qui peut les gêner en position allongée lors du sommeil [18].

Tout ceci peut être responsable de différents troubles allant du simple ronflement au syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

2.2.3. les modifications hormonales

Les modifications hormonales au cours de la grossesse sont, elles aussi, la source de nombreux troubles et ont un rôle important dans le sommeil. Tout au long de la grossesse, on constate une élévation des taux d'œstrogènes, de progestérone et de la prolactine, mais leurs rôles sur le sommeil ne sont pas encore définis de façon certaine.

- Les œstrogènes sembleraient altérer le sommeil paradoxal et induiraient une hypotonie veineuse des membres inférieurs ce qui contribue à la sensation de jambes lourdes et à des crampes par ischémie musculaire.
- La progestérone est une hormone sédatrice qui semble favoriser le sommeil lent profond mais aussi un excès de somnolence diurne au 1^{er} trimestre.
- La prolactine a une relation avec le sommeil qui nous est encore mal connue. Elle interviendrait peut-être dans la fragmentation du sommeil en fin de grossesse, car à ce terme où les femmes décrivent de nombreux éveils nocturnes, les taux de prolactine sont très élevés et sa sécrétion se fait par pics espacés de 95 minutes, ce qui correspond au temps moyen d'un cycle de sommeil [17]

2.2.4. les modifications psychologiques

Le sommeil est très lié à la situation psychologique de la personne. Une émotion affective peut engendrer un stress qui peut à son tour affecter la qualité du sommeil. La dimension psychologique dans les troubles du sommeil est la plus compliquée à appréhender : il est moins évident de donner des faits précis et simple sur leur lien avec les troubles du sommeil.

La grossesse s'accompagne de modifications affectives issues des transformations corporelles et des remaniements psychologiques conscients et inconscients. L'ensemble de ces processus psychoaffectifs que la femme intègre est nommé « *maternité* » par P-C. Racamier [20].

Les transformations du corps et de l'image corporelle peuvent être source de stress

durant la grossesse. Et sur le plan psychique, il peut y avoir : une réactivation des conflits latents non résolus avec sa propre mère, un processus de régression, une transformation de l'identité personnelle avec l'émergence du sentiment de devenir mère, des manifestations anxieuses, une réadaptation aux nouvelles positions familiales et sociales [21].

Le 1^{er} trimestre est marqué par une ambivalence entre le bonheur d'être enceinte et l'angoisse voire le refus de cette grossesse, avec l'apparition d'un sentiment de culpabilité vis-à-vis d'un enfant parfois non désiré. Le 2^e trimestre est généralement un moment de plénitude et de sérénité avec une réelle prise de conscience de la grossesse. Le 3^e trimestre est marqué par des craintes liées à l'accouchement : la douleur, le risque d'un enfant mort-né ou anormal, la confrontation avec son enfant réel différent de l'enfant imaginé [22].

La grossesse dans son ensemble, et plus particulièrement la fin de grossesse, est donc une situation psychologique très particulière où la fragilité de chaque femme fait surface. La difficulté de celle-ci à gérer cet état peut occasionner des symptômes comme les troubles du sommeil.

3) Les pathologies du sommeil survenant au cours de la grossesse

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans ses recommandations professionnelles de 2005, préconise de dépister systématiquement en début de grossesse les troubles du sommeil afin d'envisager précocement des interventions adaptées. Elle justifie cette préconisation car ces troubles représentent souvent des signes d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression de la patiente [23].

Avec l'avancée de la grossesse, la fréquence des troubles du sommeil (tous confondus) augmente. Au début de la grossesse, environ 75,1% des femmes se plaignent de troubles du sommeil alors qu'au 3^e trimestre ce chiffre atteint 93,3% [12].

3.1. L'insomnie

3.1.1 définition

L'insomnie se définit par une insatisfaction de la quantité et/ou de la qualité du sommeil qui peut se traduire par [7]:

- des difficultés d'endormissement (mettre au moins 30 minutes pour s'endormir),
- des difficultés de maintien du sommeil (avec au moins 2 éveils dans la nuit et des difficultés à se rendormir)
- et/ou un réveil trop précoce le matin (au moins 1 heure avant l'heure choisie),
- la sensation d'un sommeil non reposant et non récupérateur [24].

3.1.2 prévalences

Durant la grossesse, l'insomnie est fréquemment retrouvée avec des difficultés d'endormissement, de nombreux éveils nocturnes, des réveils précoces et une somnolence diurne ainsi qu'une impression de sommeil non réparateur.

Même si 10 à 20 % des femmes souffrent d'insomnies avant d'être enceinte, ce pourcentage augmente progressivement au 1^{er} trimestre pour stagner au 2^e trimestre. Au 3^e trimestre plus de 40 % des femmes enceintes souffrent d'insomnies d'endormissements et plus de 80 % d'insomnies de maintien du sommeil [25,26].

Cette prévalence accrue est liée :

- aux changements physiques (appareil urinaire ou digestif, lombalgies...), hormonaux et physiologiques inhérents à l'état de grossesse
- à une vulnérabilité psychique accrue
- au sentiment de stress et d'anxiété engendré par les douleurs

- à la perspective de l'accouchement et des changements de la vie à venir.

Il n'est pas toujours évident de définir les caractères prédisposant aux insomnies, mais parmi les facteurs de risque on retrouve la prise de poids excessive et la dépression [12].

3.1.3. conséquences

Les insomnies s'accompagnent d'un retentissement sur la qualité de la journée : fatigue, « nervosité », irritabilité, troubles de la mémoire, difficultés de concentration, humeur fluctuante, somnolence diurne excessive [24].

3.1.4. traitements

L'insomnie est traitée selon son étiologie.

Dans tous les cas des **règles hygiéno-diététiques** peuvent être proposées :

- maintenir un horaire de sommeil constant
- éviter des siestes trop longues
- aérer la chambre et maintenir une température à 18 °C
- limiter le bruit et la lumière
- éviter les écrans le soir
- se coucher en décubitus latéral gauche
- utiliser un coussin d'allaitement pour trouver une position de sommeil confortable
- faire une activité physique en journée
- éviter les dîners trop copieux et trop proches de l'heure de coucher pour pouvoir digérer
- éviter les repas trop gras ou acides et sucrés pour éviter l'acidité gastrique
- éviter les substances excitantes après 16 heures
- ne pas trop boire avant le coucher [17].

Dans les cas plus invalidants, des thérapies comportementales sont proposées comme la **relaxation**, la **sophrologie**, l'**acupuncture**, le **yoga** ou de l'**hypnose**. Il est possible aussi d'avoir recourt à l'**homéopathie** [17].

Si un **traitement médicamenteux** doit être mis en place, on peut proposer Zolpidem ou Zopiclone, des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines privilégiés pour leur courte durée d'action.

Si un **anxiolytique** est indispensable, l'Oxazepam (Seresta) de la famille des benzodiazépines pourra être utilisé à une posologie minimum efficace et pour la durée la plus courte possible. L'hydroxyzine (Atarax) est un anti-histaminique qui peut être utilisé mais avec une dose minimale efficace car à forte dose il aurait des effets atropiniques et sédatifs sur l'enfant [27].

Si un **somnifère** est nécessaire le Doxylamine (Donormyl), antihistaminique aux propriétés sédatives, peut être utilisé quel que soit le terme [13,28,29].

La phytothérapie (dont l'Euphytose ou la valériane) n'est pas conseillée et l'aromathérapie (huiles essentielles) est contre-indiquée pendant la grossesse [28,29]. La luxothérapie (ou luxopuncture) est aussi contre indiquée pendant la grossesse par manque de données [30].

Selon l'étiologie il est aussi possible d'orienter les patientes auprès d'un psychologue, voire d'un psychiatre, un médecin du sommeil ou une conseillère conjugale et familiale.

3.2. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)

3.2.1. définition

Une apnée du sommeil est une interruption de la respiration pendant au moins 10 secondes durant le sommeil. Les apnées sont souvent dues à un obstacle des voies aériennes supérieures (VAS) (au niveau nasal et pharyngé) généralement d'origine anatomique (grosse langue...) : on parle alors d'apnées obstructives. Les apnées sont quasi systématiquement précédées de ronflements traduisant l'obstruction [31].

On parle de SAOS quand le nombre d'apnées est supérieur à 10 par heure de sommeil. Au-delà de 30 apnées, le syndrome est considéré comme sévère et peut avoir des conséquences graves sur l'organisme [30].

3.2.2. *prévalence*

Dans la population générale les facteurs de risque sont :

- le diabète
- l'obésité
- hypertension artérielle
- l'âge augmenté
- l'alcool (qui relâche les muscles de la gorge)
- le tabac (inflammation des VAS) [30]

Chez la femme enceinte, en plus de ces facteurs de risque, se surajoutent le gain de poids progressif, l'ascension du diaphragme, l'œdème de la muqueuse des voies respiratoires supérieures provoqué par les œstrogènes ce qui augmentent les ronflements (jusqu'à 27% au 3^e trimestre) et prédisposent au SAOS [13]. La prévalence de ce syndrome n'est cependant pas connue durant la grossesse.

3.2.3. *conséquences*

La conséquence principale du SAOS est la somnolence diurne excessive. Des troubles de la mémoire sont rapportés, de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance cardiaque ou coronarienne (risque augmenté de 50 %) et des accidents vasculaires cérébraux (incidence augmentée de deux à trois fois). Par ailleurs le SAOS est très souvent associé au syndrome métabolique qui doit être recherché de façon systématique [32].

Plus spécifiquement concernant la grossesse, les apnées peuvent provoquer des bradycardies fœtales, des retards de croissance fœtale, des morts fœtales, un score d'APGAR faible à la naissance. Chez la mère on peut retrouver une hypertension

artérielle systémique et pulmonaire, un diabète gestationnel et des cas de prééclampsie [13].

3.2.4. traitements

Pendant la grossesse la prévention est de limiter la prise de poids, s'abstenir de prendre de l'alcool et préférer la position décubitus latéral pour dormir car elle préserve le débit cardiaque et l'acheminement de l'oxygène pendant le sommeil, ce qui évite la survenue des apnées [13].

La ventilation nocturne en pression positive continue par voie nasale est le traitement de référence dans la population générale. Chez la femme enceinte les données de ce traitement sont limitées [33,34].

Il faut noter que si un anxiolytique est préconisé au cours d'une grossesse l'Oxazepam (Seresta) est contre-indiqué en cas d'apnées du sommeil.

3.3. Le syndrome des jambes sans repos (SJSR)

3.3.1. définition

Cette maladie neurologique, sensorielle et motrice est aussi appelée maladie de Willis-Ekbom. Il s'agit de sensations désagréables (fourmillements, picotements, brûlures) dans les jambes, les pieds voire les bras, suivies d'un besoin impérieux de bouger involontairement les jambes car seul le mouvement soulage ces impatiences.

Les mouvements se manifestent par une extension du gros orteil et une dorsiflexion du pied avec parfois une flexion du genou et de la hanche. Les secousses durent 0,5 à 5 secondes, elles se répètent toutes les 20 à 40 secondes durant le sommeil avec des crises qui peuvent durer de 5 à 20 minutes et ceci plusieurs fois dans la nuit. Ces symptômes apparaissent ou s'aggravent au repos, le soir ou la nuit. Le SJSR est un syndrome chronique et traduit une hyperexcitabilité ou un défaut de

repos du système nerveux. Plusieurs explications sont avancées : trouble du neuromédiateur Dopamine, déficit en fer et folates [35].

Il existe 3 formes de SJSR : les formes familiales, qui sont majoritaires, les formes secondaires, dont fait partie la grossesse, et enfin les formes idiopathiques [36].

3.3.2. prévalence

La grossesse est considérée comme un facteur de risque initial ou aggravant les symptômes du SJSR, mais les facteurs prédisposant au SJSR sont mal connus. L'anémie par carence en fer et en folates, l'insuffisance rénale, le diabète, les troubles thyroïdiens, la prolactine, les œstrogènes (en atténuant l'absorption de la dopamine au niveau des neurones dopaminergiques), et certains médicaments (neuroleptiques, antidépresseurs) sont des causes possibles de SJSR [37]. À propos de la prolactine, elle augmente durant la grossesse et pourrait entraîner une diminution de l'action de la Dopamine, d'autant que la prolactine a le même rythme circadien que les symptômes. Dans certaines études, le SJSR est plus souvent retrouvé chez les multipares, ou les patientes présentant un antécédent familial de SJSR [13].

Jusqu'à 23,7 % des femmes enceintes seraient touchées (2 à 3 fois plus que la population générale) [13]. La prévalence est la plus élevée au 3^e trimestre de grossesse, mais avec des symptômes restant modérés. Ceux-ci disparaissent dans les 4 semaines après l'accouchement [38].

Le diagnostic se fait par un enregistrement du sommeil lors d'une polysomnographie, avec des capteurs positionnés sur les jambes [37].

3.3.3. conséquences

Le SJSR impacte sur la qualité et la quantité de sommeil provoquant ainsi des difficultés pour initier et maintenir le sommeil, des réveils plus précoces et une somnolence diurne excessive.

Il peut donc engendrer une fatigue chronique, un manque de concentration, une irritabilité voire un syndrome dépressif [37].

Les études ne retrouvent pas de conséquences chez l'enfant [39].

3.3.4. traitements

Ils consistent à prendre en charge les causes lorsqu'elles ont été identifiées : apport en fer ou vitamines, traitement du diabète...

Pendant la grossesse, une supplémentation en fer (30 à 60 mg/j) peut être recommandé les deux derniers trimestres, et il faut aussi prévenir une carence en folates.

Si les traitements médicamenteux sont indispensables, il faut préférer les limiter au 3^e trimestre, avec une dose minimale efficace. Ne connaissant pas les risque de tératogénicité des agonistes dopaminergiques, ces derniers sont contre-indiqués. Les opioïdes et antiépileptiques sont contre-indiqués à cause d'effets tératogènes [13].

En prévention il ne faut pas oublier les **règles hygiéno-diététiques** : respecter une bonne hygiène de sommeil, éviter les positions statiques prolongées, pratiquer un exercice physique de manière régulière et modérée (marche, vélo...) et éviter caféine, tabac et alcool qui peuvent aggraver l'agitation motrice. Pendant les crises on peut conseiller de pratiquer des étirements, de la relaxation, des massages des jambes, application de compresses d'eau froide. **L'homéopathie** est possible [17].

3.4. Le syndrome anxio-dépressif

Un autre trouble retrouvé est le syndrome anxio-dépressif, lié aux remaniements psychiques intenses de la grossesse. Les femmes présentant des troubles du sommeil en fin de grossesse ont plus de risque de présenter les symptômes d'une dépression en antépartum ou bien en post-partum les quatre premières semaines [27]. Les troubles du sommeil sont révélateurs de l'état psychique de la personne et sont parfois un symptôme de la dépression [22].

MATERIEL ET METHODE

1) type d'étude

Il s'agissait d'une étude déclarative, observationnelle, descriptive, multicentrique, transversale et quantitative. Elle a été réalisée auprès des professionnels de santé (obstétriciens, sages-femmes et médecins généralistes) de Haute-Savoie de mars à mai 2019 à l'aide d'un questionnaire.

2) échantillon d'étude

Cette étude concernait les gynécologues-obstétriciens, sages-femmes et médecins généralistes de Haute Savoie qui sont susceptibles de faire des consultations obstétricales.

Ont été exclus de l'étude les différents professionnels dont je n'ai pas pu avoir l'adresse mail, ou refusant de participer à l'étude, ainsi que les questionnaires qui n'ont pas été remplis complètement.

3) recueil de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme qui permettait de voir si le thème du sommeil était abordé en consultation et quelles étaient les connaissances des professionnels sur le sujet et leurs prises en charge. Le lien du questionnaire, diffusé en ligne grâce au logiciel Lime Survey, a été envoyé par mail auprès des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens hospitaliers en contactant les cadres des maternités des différents hôpitaux et cliniques. Les adresses mails ou numéros de téléphones de la plupart des sages-femmes libérales ont été recueillis sur le site du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Certains gynécologues-

obstétriciens et médecins généralistes ont pu être contactés en téléphonant à leur secrétariat et grâce aux réseaux de connaissances. Il n'a pas été possible de passer par l'Ordre des médecins pour diffuser le questionnaire ni par le Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S) notamment à cause du Règlement Général sur la Protection des données (RGPD). Mais grâce à un réseau de connaissance et d'amitié le questionnaire a pu être diffusé auprès de médecins généralistes.

Afin de réaliser des calculs statistiques sur les données récoltées, nous avons regroupé les groupes « systématiquement » et « souvent » d'une part et « rarement » et « jamais » d'autre part. Ceci rendait notre étude statistique plus fiable et plus adaptée à l'utilisation des formules classiques et permet de s'affranchir du biais d'interprétation.

De même, nous avons regroupé les médecins généralistes avec les gynécologues-obstétriciens afin d'avoir une taille d'effectifs plus élevée pour notre analyse statistique.

4) questionnaire

Le questionnaire a été testé auprès de 4 sages-femmes et un médecin généraliste. Le temps estimé pour répondre au questionnaire était de 10 minutes, et le nombre de questions variait selon le profil du professionnel.

Les données recueillies portaient sur :

- Les caractéristiques des professionnels de santé (années d'expérience, sexe, formation)
- Le nombre de patientes dans leur patientèle
- Leurs pratiques et leurs avis face aux troubles du sommeil chez la femme enceinte
- Leurs connaissances sur le sujet et les prises en charge proposées

Certaines questions étaient ouvertes afin de laisser les professionnels s'exprimer au mieux et librement. Nous ne voulions pas « brider » les réponses et ainsi biaiser les résultats. Toutefois, d'autres questions étaient fermées, afin d'évaluer de façon objective leurs connaissances ou de pouvoir comparer les réponses les unes aux autres sans interprétation. Parmi ces questions fermées, il y avait des questions à réponses binaires et aussi des questions à choix multiples (QCM). La plupart de des questions étaient obligatoires.

Pour consulter le questionnaire veuillez vous reporter à l'Annexe 1.

À la fin du questionnaire un lien menait à un document PDF réalisé par J. Pauvlic résumant les principaux troubles du sommeil de la femme enceinte, leurs conséquences et leur prise en charge. Pour consulter ce document veuillez vous reporter à l'Annexe 2.

5) critères de jugement

Le critère de jugement principal était la prise en compte du sommeil des patientes enceintes par les professionnels de santé pendant leurs consultations. Ce critère a été choisi afin d'observer la pratique des professionnels de santé face aux troubles du sommeil. Son recueil se basait sur une question d'auto-évaluation.

Les critères de jugement secondaires étaient les faits favorisant et les freins au dépistage, la période du dépistage, l'autoévaluation des professionnels sur leur pratique, et l'évaluation de leurs connaissances (les principaux troubles affectant la femme enceinte, les facteurs de risque et les conséquences sur la santé de la mère, de l'enfant et sur l'accouchement).

Les freins à dépister les troubles du sommeil et la période de dépistage étaient abordés à l'aide d'un QCM. A propos des faits favorisant le dépistage, les professionnels étaient invités à laisser un commentaire.

Afin de recueillir la perception que les professionnels de santé avaient de leur propre pratique une auto-évaluation a été proposée : les professionnels nous indiquaient leur niveau de connaissance qu'ils estimaient avoir sur les troubles du sommeil, et leur sentiment d'être démuni dans ces situations.

Enfin nous avons cherché aussi à estimer leurs connaissances sur les troubles du sommeil en leur posant des QCM testant leurs connaissances des troubles principaux durant la grossesse, des facteurs de risques et les conséquences de ces troubles sur la santé de la mère, l'accouchement et la santé de l'enfant.

A chaque bonne réponse était attribué 1 point, sauf les trois principaux troubles qui rapportaient 2 points, et une mauvaise réponse rapportait 0 point. L'ensemble des connaissances est rapporté à 10 points. Selon les notes obtenues, nous les classons en 4 catégories : très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant et insatisfaisant. Le découpage de ces catégories est équiréparti.

6) statistiques

Les variables qualitatives étaient décrites par des effectifs et des proportions. Les variables quantitatives étaient décrites par la moyenne et l'écart type si elles suivent la loi normale.

Nous avons utilisé les tests statistiques du Khi 2 et de Fisher afin de calculer la p-valeur. Le seuil de signification statistique retenu était de 0.05. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Lime Survey et Excel.

RESULTATS

1) Diagramme d'inclusion

La méthode employée pour obtenir des réponses au questionnaire a été décrite dans le diagramme d'inclusion.

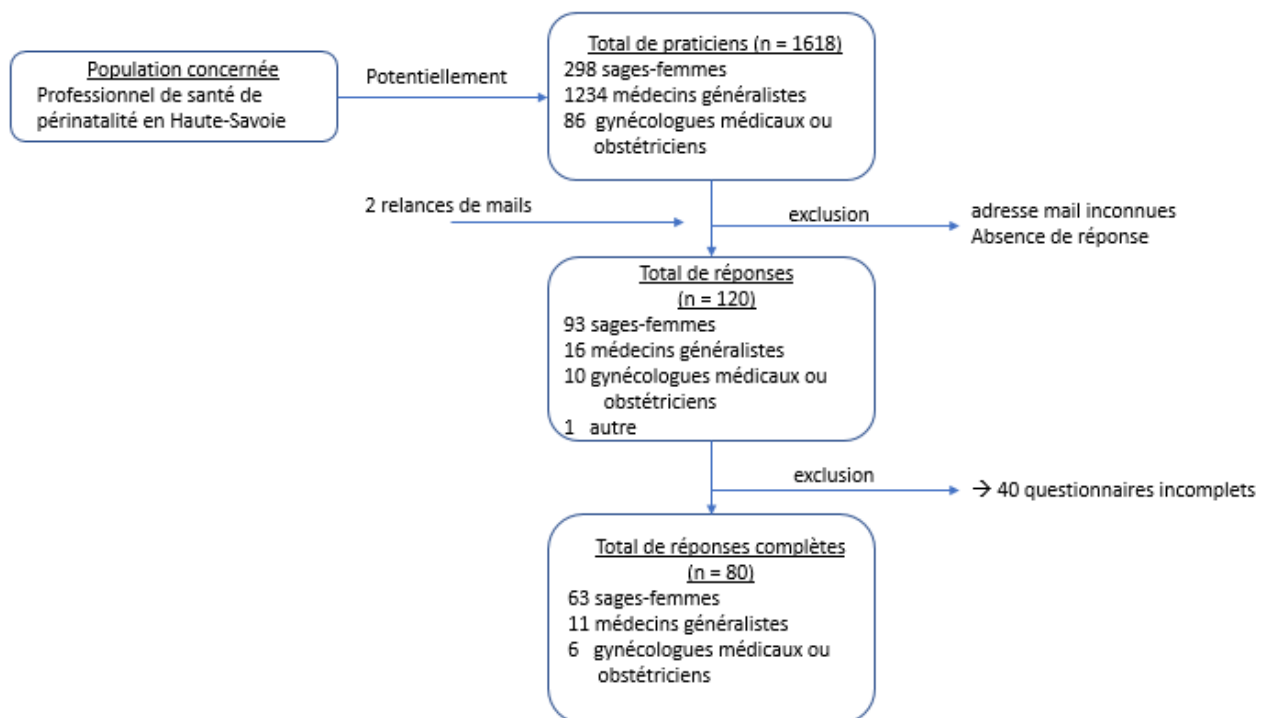


Figure 1 : Diagramme d'inclusion [40]

Au total 1618 professionnels de santé étaient susceptibles de répondre au questionnaire. Nous avons analysé 80 questionnaires complets sur les 120 questionnaires commencés.

Le taux de participation est de 21.14% des sages-femmes exerçant en Haute Savoie, 1% des médecins généralistes et 7% des gynécologues et obstétriciens, c'est-à-dire 5% de l'ensemble des professionnels de périnatalité du département.

2) Caractéristiques de l'échantillon des professionnels de périnatalité de notre étude

2.1 Les caractéristiques des professionnels de santé

Le tableau suivant présente la proportion de sages-femmes, de médecins généralistes et de gynécologues parmi les 80 professionnels de santé de notre échantillon. Il renseigne aussi sur le sexe et le nombre d'années d'exercice.

	Sages-femmes	Médecins généralistes	Gynécologues	Total
Nombre de réponses n (%)	63 (79%)	11 (14%)	6 (7%)	80 (100%)
. Hommes. n (%)	1 (1,6%)	3 (27,3%)	2 (33,3%)	6 (7,5%)
. Femmes. n (%)	62 (98,4%)	8 (72,7%)	4 (66,7%)	74 (92,5%)
<u>Nombre d'années d'exercice</u>				
moyenne [écart type]	14 [9,82]	22 [13,15]	14 [13,11]	15 [10,76]
<u>Formation sur les troubles du sommeil</u> n (%)				
. Initiale	4 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,5%)
. Continue	2 (3,2%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (5%)
. Aucune	57 (90,5%)	11 (100%)	6 (100%)	74 (92,5%)

Légende : n=effectif, %=pourcentage

Tableau I : Nombre et caractéristiques de l'échantillon des professionnels de périnatalité de l'étude (n=80)

Les 63 sages-femmes avaient en moyenne 14 ans d'expérience [écart-type 9.82] et 90.5% d'entre elles disaient n'avoir eu aucune formation. Les 11 médecins généralistes avaient en moyenne 22 ans d'expérience [écart-type 13.15] et 100% d'entre eux disaient n'avoir eu aucune formation. Les 6 gynécologues-obstétriciens avaient en moyenne 14 ans d'expérience [écart-type 13.11] et 100% d'entre eux disaient n'avoir eu aucune formation.

Les 4 professionnels à avoir eu une formation initiale sur le sommeil et ses troubles étaient des sages-femmes, diplômées en 2002, 2004, 2015 et 2017. Par ailleurs, 2 professionnels (des sages-femmes) ont eu une formation complémentaire :

- La première, diplômée en 1986, a fait une formation sur les troubles du sommeil chez le nourrisson (par Medic Formation) durant 3 jours en 2018, ainsi qu'une formation sur la vulnérabilité et l'aspect psychopérinatal qui abordait le sommeil de l'adulte et de la femme enceinte sur 3 jours en 2013.
- La seconde, diplômée en 1997, a passé un DIU d'acupuncture à Strasbourg après 2 ans d'étude en 2012, abordant le thème de l'insomnie.

2.2. La patientèle des différents professionnels de santé

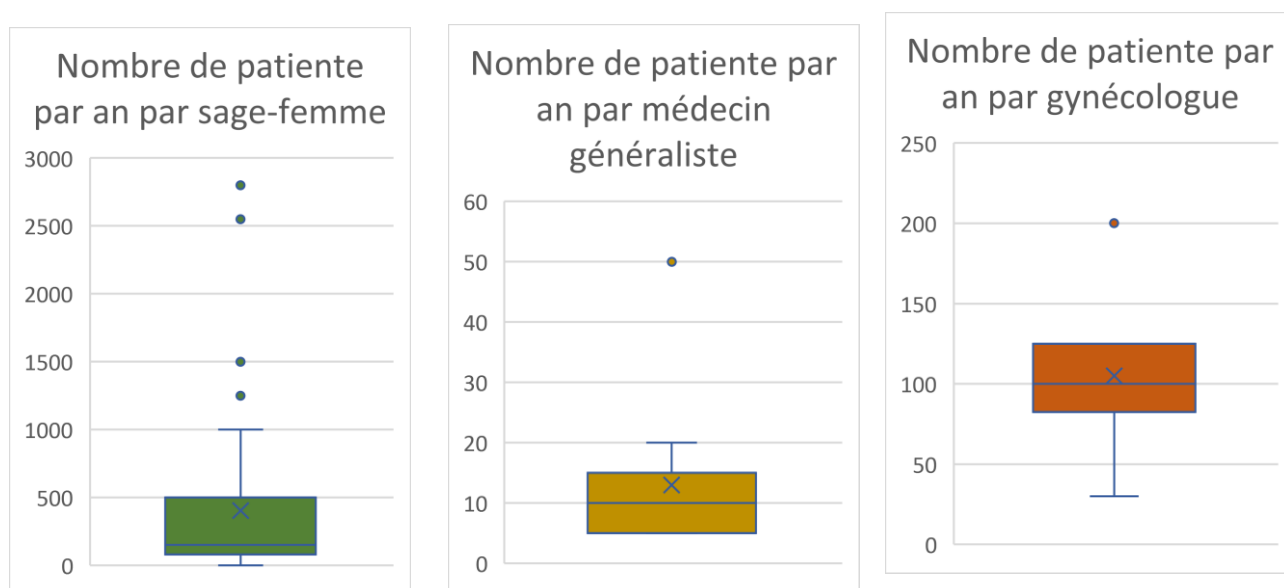


Figure 2 : Le nombre de patientes enceintes dans la patientèle des 63 sages-femmes, 11 médecins généralistes et 6 gynécologues-obstétriciens

Ces diagrammes représentent la répartition statistique du nombre de patientes suivies par an par les professionnels de santé. Nous affichons les points « hors normes » et la boîte est représentée par les quartiles.

Nous observons que les premiers et troisièmes quartiles sont assez proches chez les gynécologues ainsi que chez les médecins généralistes, ce qui indique qu'au sein de chacune de ces professions le nombre de patientes enceintes était assez similaire d'un praticien à l'autre. En revanche, le diagramme des sages-femmes a des quartiles beaucoup plus écartés (de 82.5 à 500) et nous remarquons des nombres extrêmes, jusqu'à 2800 patientes par an.

3) Résultats de l'objectif principal

3.1. Fréquence du dépistage des troubles du sommeil

L'objectif principal était de prendre connaissance de la fréquence à laquelle les professionnels abordent les troubles du sommeil avec leurs patientes.

Professionnels	Fréquence de dépistage				Total	p-valeur
	Systématiquement n (%)	Souvent n (%)	Rarement n (%)	Jamais n (%)		
Sages-femmes	14 (22%)	31 (49%)	18 (29%)	0 (0%)	63	0,01*
Médecins généralistes	1 (9%)	4 (36%)	5 (46%)	1 (9%)	11	
Gynécologues	0 (0%)	1 (17%)	5 (83%)	0 (0%)	6	
Tous les professionnels	15 (19%)	36 (45%)	28 (35%)	1 (1%)	80	

Légende : n=effectif, %=pourcentage

Tableau II : Fréquence à laquelle les professionnels abordaient la question des troubles du sommeil avec leurs patientes enceintes (n=80)

En regroupant les réponses « Systématiquement » et « Souvent », la fréquence du dépistage des troubles du sommeil pendant la grossesse est donc de 64% parmi les 80 professionnels.

Nous avons cherché à déterminer s'il y avait une différence significative dans la fréquence de dépistage entre les sages-femmes et les médecins. D'après le test du Khi 2 la p-valeur est égale à 0.01 : les sages-femmes abordaient significativement plus le sujet que les médecins.

3.2. Spécificités du dépistage chez les sages-femmes

Sages-femmes	Fréquence de dépistage				Total	p-valeur
	Systematiquement n (%)	Souvent n (%)	Rarement n (%)	Jamais n (%)		
avec préparation à l'accouchement	9 (38%)	13 (54%)	2 (8%)	0 (0%)	24	0,01*
sans préparation à l'accouchement	5 (13%)	18 (46%)	16 (41%)	0 (0%)	39	

Légende : n=effectif, %=pourcentage

Tableau III : Fréquence de dépistage des sages-femmes pratiquant des préparations à l'accouchement versus celles n'en pratiquant pas (n=63)

Parmi les 63 sages-femmes du total, 24 (38% d'entre elles) réalisaient des séances de préparations à l'accouchement. 92% d'entre elles dépistent les troubles du sommeil, contre 59% des sages-femmes ne pratiquant pas ces préparations. D'après le test de Fisher la p-valeur est égale à 0.01 : les sages-femmes pratiquant ces préparations abordaient significativement plus le sujet des troubles du sommeil que les sages-femmes n'en pratiquant pas.

Nous avons demandé à ces sages-femmes si elles évoquaient les caractéristiques du sommeil au moment même de ces séances de préparation, grâce à une question à choix unique.

- 5 (21%) l'abordaient systématiquement
- 12 (50%) l'abordaient parfois ou en réponse à une question
- 7 (29%) ne l'abordaient jamais

En reprenant les fréquences de prise en charge, nous avons comparé les professionnels dont les diplômes ont été obtenus entre 1978 et 2005 et ceux dont les diplômes ont été obtenus entre 2005 et 2018, afin de scinder notre échantillon en deux groupes de taille égale.

Année de diplôme	Fréquence de dépistage				Total	p-valeur
	Systématiquement n (%)	Souvent n (%)	Rarement n (%)	Jamais n (%)		
[1978-2005]	7 (17%)	21 (52%)	11 (28%)	1 (3%)	40	0,35
[2006-2018]	8 (20%)	15 (38%)	17 (42%)	0 (0%)	40	

Tableau IV : La fréquence de prise en charge des professionnels selon l'année d'obtention du diplôme (n=80)

D'après le test du Khi 2 la p-valeur est égale à 0.35 : les professionnels ayant obtenu leur diplôme entre 1978 et 2005 ne dépistaient pas significativement plus fréquemment les troubles du sommeil que les professionnels l'ayant obtenus après 2005.

4) Résultats des objectifs secondaires

4.1. Facteurs favorisants et freins au dépistage

4.1.1. Les facteurs favorisants le dépistage

Cette question a été posée aux professionnels estimant aborder « systématiquement » ou « souvent » le sujet des troubles du sommeil au cours de leurs consultations, soit 51 professionnels (64%).

Afin d'éviter de brider les participants, nous avons choisi de les laisser libres de rédiger leurs raisons d'aborder le sujet. Pour rendre au mieux les résultats obtenus, nous les avons retranscrits dans la figure suivante. Les commentaires complets se trouvent dans l'Annexe 3 dans le Tableau I.

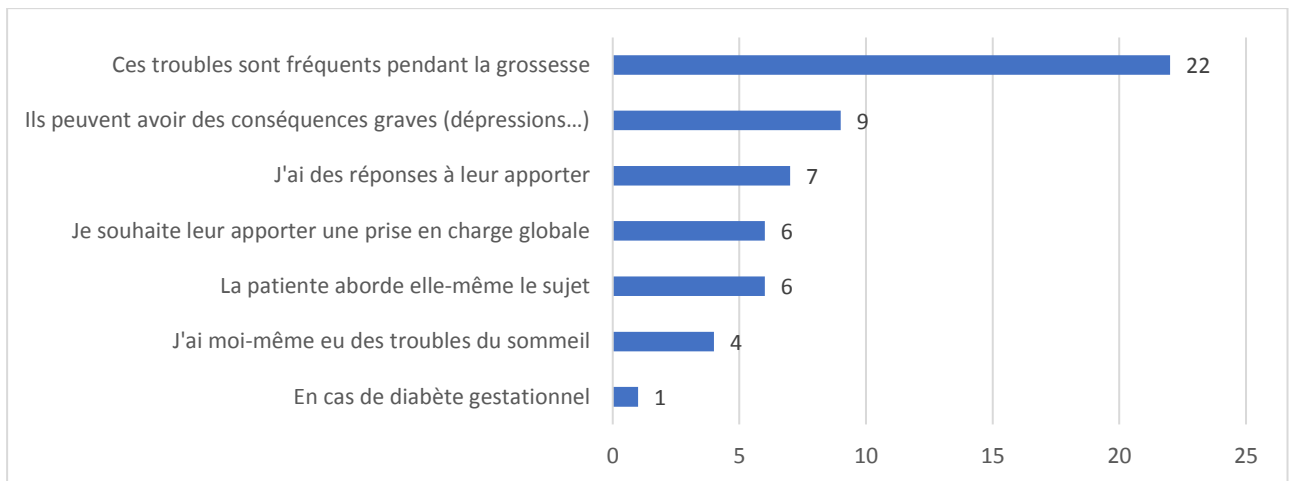


Figure 3 : Les raisons des 51 professionnels (64%) d'aborder les troubles du sommeil

Certains commentaires nous semblaient pertinents d'être cités entièrement, et ne pouvaient pas être résumés dans le tableau précédent :

- « J'ai été formée à l'entretien prénatal précoce et à la détection de la dépression donc je pose souvent la question pour évaluer leur santé mentale mais aussi quand je fais un peu de tabacologie pour voir si l'arrêt ou la diminution du tabac joue sur leur sommeil », une sage-femme diplômée en 2007, abordant « souvent » la question en consultation.
- « Pour évaluer l'état de bien-être de la patiente, tout aussi important pour moi que le suivi obstétrical. Cette évaluation permet également d'ouvrir la discussion autour de ce qui perturbe le sommeil : anxiété [...] et de repérer ainsi des fragilités qui doivent être prises en compte dans le suivi de la patiente », une sage-femme diplômée en 1979, abordant « Systématiquement » la question en consultation.

4.1.2. Les freins au dépistage.

Cette question a été posée aux professionnels estimant aborder « rarement » ou « jamais » le sujet des troubles du sommeil au cours de leurs consultations, soit 29 professionnels (36%).

Pour cette question, les réponses étaient à choix multiples avec 5 propositions.

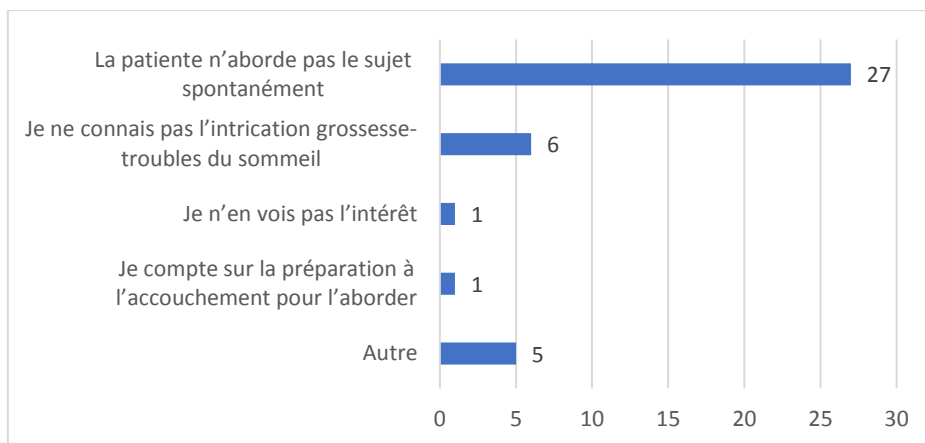


Figure 4 : Les raisons des 29 professionnels (36%) de ne pas aborder les troubles du sommeil

Voici les autres propositions que les professionnels ont ajoutées en commentaire :

- Ne pas savoir quelle information leur donner (pour 3 d'entre eux)
- Par manque de temps (pour 1 d'entre eux)
- Parce qu'il n'effectuait pas de consultations prénatales (pour 1 d'entre eux)

4.2. La période du dépistage des troubles du sommeil au cours de la grossesse

Cette question a aussi été posée aux 51 professionnels (64%) estimant aborder « systématiquement » ou « souvent » le sujet des troubles du sommeil.

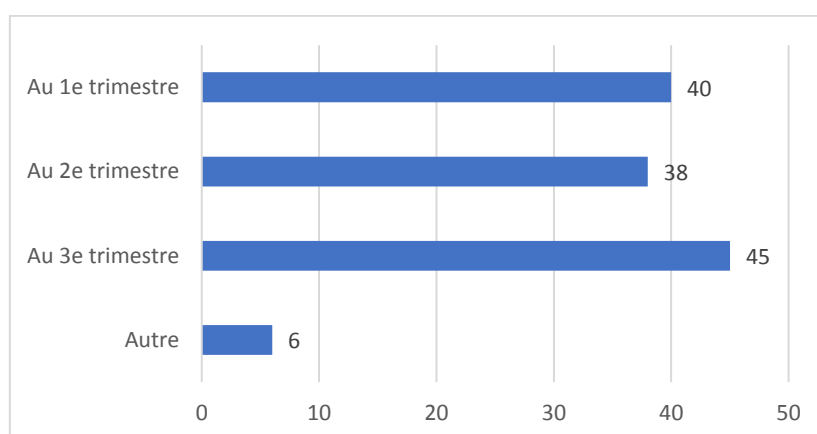


Figure 5 : Période de la grossesse où les troubles du sommeil sont abordés

Voici quelques commentaires qui ont été ajoutés (voir l'Annexe 3 au Tableau II pour la totalité des commentaires) :

- pas en fonction du terme mais en fonction d'un sevrage ou d'une addiction, d'une fatigue intense (1 professionnel)
- lors de toutes consultations ou entretiens (4 professionnels)
- lorsqu'une fatigue est exprimée (7 professionnels)
- en séance de préparation à la naissance (2 sages-femmes)

4.3. Sentiment d'efficacité vis-à-vis de la prise en charge des troubles du sommeil

4.3.1. Sentiment d'être démuni face aux troubles du sommeil

Une question sous forme binaire a été posée aux professionnels pour leur demander s'ils se sentaient démunis lorsqu'une femme enceinte leur évoque ses troubles du sommeil. Nous avons mis la réponse à cette question en relation avec la fréquence de dépistage des professionnels de santé.

Sentiment d'être démuni	Fréquence de l'abord des troubles du sommeil en consultation		Total	p-valeur
	Systématiquement / Souvent n (%)	Rarement / Jamais n (%)		
Oui	22 (55%)	18 (45%)	40	0,16
Non	29 (73%)	11 (27%)	40	

Légende : n=effectif, %=pourcentage

Tableau V : Fréquence de l'abord des troubles du sommeil selon le sentiment d'être démuni (n=80)

Nous avons cherché à déterminer s'il y avait une différence significative dans la fréquence de dépistage en fonction du fait de se sentir démuni ou non. D'après le test du Khi 2 la p-valeur est égale à 0.16 : le sentiment d'être démuni n'induit pas de façon significative une prise en compte des troubles du sommeil supérieure.

41 des 80 professionnels ont laissé un commentaire pour expliquer leurs raisons de se sentir démuni ou non. Nous avons retranscrit ces commentaires dans l'Annexe 3 dans le Tableau III. Les principales notions qui revenaient étaient :

- Le manque de connaissance ou peu de solutions existantes (31 commentaires)
- La persistance des troubles malgré les conseils amenés (13 commentaires)
- L'absence de documentation sur le sujet (2 commentaires)

4.3.2. Autoévaluation des connaissances des professionnels par rapport aux troubles du sommeil

Il a ensuite été demandé aux professionnels d'évaluer leurs connaissances, grâce à une échelle de Lickert.

Professionnels	Auto-évaluation des professionnels de leurs propres connaissances				Total	p-valeur
	Très suffisantes n (%)	Suffisantes n (%)	Peu suffisantes n (%)	Insuffisantes n (%)		
Sages-femmes	2 (3%)	14 (22%)	34 (54%)	13 (21%)	63	1
Médecins généralistes	0 (0%)	4 (36%)	5 (46%)	2 (18%)	11	
Gynécologues	0 (0%)	0 (0%)	5 (83%)	1 (17%)	6	
Tous les professionnels	2 (2%)	18 (23%)	44 (55%)	16 (20%)	80	

Légende : n=effectif, %=pourcentage

Tableau VI : Auto-évaluation des différents professionnels de santé concernant leurs connaissances sur les troubles du sommeil pendant la grossesse (n=80)

En regroupant les réponses « très suffisantes » et « suffisantes » 25% des sages-femmes, 4% des médecins et 0% des gynécologues considéraient avoir des connaissances suffisantes sur le sujet.

D'après le test de Fisher la p-valeur est égale à 1 : les sages-femmes et les médecins estimaient sans différence significative leurs connaissances sur les troubles du sommeil.

Autoévaluation des connaissances	Aborder la question du sommeil en consultation	Proportion	p-valeur
Très suffisantes / Suffisantes (20 professionnels)	Systématiquement / Souvent	18/20 (90%)	0.01*
	Rarement / Jamais	2/20 (10%)	
Peu suffisantes / Insuffisantes (60 professionnels)	Systématiquement / Souvent	33/60 (55%)	
	Rarement / Jamais	27/60 (45%)	

Tableau VII : Auto-évaluation des professionnels comparée à leur fréquence de prise en compte du sommeil en consultation (n=80)

D'après le test de Fisher la p-valeur est égale à 0.01 : les professionnels pensant avoir des connaissances dépistaient significativement plus fréquemment que les autres.

4.4. Résultats aux questions d'évaluation de connaissances

4.4.1. La recommandation de l'HAS

Sur les 80 professionnels, 3 sages-femmes (3,75% des professionnels) connaissaient l'existence d'une recommandation de l'HAS, et les 77 autres n'en avaient pas connaissance.

Parmi ces 3 sages-femmes, 2 abordaient souvent les troubles du sommeil au cours de leurs consultations, et 1 l'abordait rarement.

4.4.2. Résultats du questionnaire

Cinq QCM ont été posés aux professionnels afin d'évaluer leurs connaissances des facteurs de risque engendrant les troubles du sommeil, et leurs conséquences sur la santé de la mère, l'accouchement et la santé de l'enfant. Les résultats se trouvent dans le tableau IV de l'Annexe 3.

Grace à ces réponses une note a pu être attribuée à chaque professionnels. Avec le barème défini dans la partie Matériel et Méthode au point 5, nous avons classé les notes obtenues catégories présentées dans le tableau suivant :

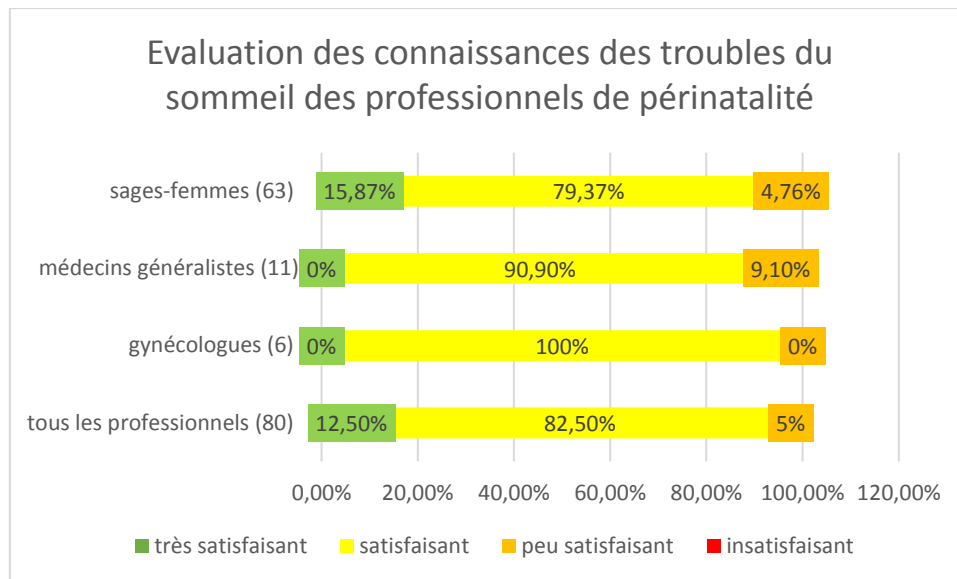


Figure 6 : *Evaluation des connaissances des professionnels de santé des principaux troubles du sommeil, leurs facteurs de risque et leurs conséquences sur la santé de la mère, de l'enfant et sur l'accouchement (n=80)*

Ce tableau présente l'appréciation attribuée à chaque professionnel selon leur note qui évalue leurs connaissances sur les principaux troubles du sommeil, sur les facteurs de risque et sur les conséquences des troubles du sommeil en lien avec la grossesse. Au total, selon le barème exposé dans la méthode, 76 professionnels sur 80 ont obtenu plus de la moyenne ce qui correspondait à un résultat dit « très satisfaisant » ou « satisfaisant ». Il s'agissait de 60 sages-femmes, de 10 médecins généralistes et des 6 gynécologues.

Score obtenu à l'évaluation	Fréquence de dépistage			Autoévaluation des connaissances		
	Systematiquement / Souvent n (%)	Rarement / Jamais n (%)	p-valeur	Très suffisantes / Suffisantes n (%)	Peu suffisantes / Insuffisantes n (%)	p-valeur
Très satisfaisant / Satisfaisant	50 (62,5%)	26 (32,5%)	0.13	20 (25%)	56 (70%)	0.57
Peu satisfaisant / Insatisfaisant	1 (1,25%)	3 (3,75%)		0 (0%)	4 (5%)	

Légende : n=effectif, %=pourcentage

Tableau VIII : Mise en parallèle des notes obtenus au test de connaissance avec la fréquence de dépistage, et avec l'autoévaluation des connaissances (n=80)

Nous avons comparé les professionnels ayant un score au moins satisfaisant et ceux ayant un score non satisfaisant par rapport à leur fréquence de dépistage. D'après le test du Fisher la p-valeur est égale à 0.13 : les professionnels ayant le meilleur score ne dépistent pas significativement plus les troubles du sommeil que les autres.

En comparant à nouveau ces deux groupes à l'autoévaluation de leurs connaissances, le test de Fisher donne une p-valeur égale à 0.57 : les professionnels ayant de meilleurs résultats à l'évaluation n'évaluent pas leurs connaissances significativement plus suffisantes que les autres.

DISCUSSION

1) Les limites de l'étude

Il existe **des biais de représentativité**. La taille de notre échantillon ne représente que 21.14% des sages-femmes exerçant en Haute Savoie, 1% des médecins généralistes et 7% des gynécologues et obstétriciens, c'est-à-dire 5% de l'ensemble des professionnels de périnatalité du département [40]. Cet échantillon ne représente donc qu'une faible proportion des professionnels de périnatalité en Haute-Savoie. Il n'est aucun cas généralisable aux professionnels en France.

La diffusion du questionnaire auprès des sages-femmes a été plus simple qu'auprès des autres professionnels grâce à l'accès de leurs coordonnées sur le site de l'Ordre des sages-femmes. L'Ordre des médecins a refusé la diffusion de mon questionnaire du fait du RGPD.

La méthode d'échantillonnage, sur la base du volontariat et non pas du hasard, contient aussi un biais de représentativité : les professionnels ayant répondu au questionnaire ont pu être interpellés par le titre de ce dernier en raison de leurs connaissances ou intérêt pour le sujet, ce qui influe directement les résultats. D'ailleurs le grand nombre de commentaires laissés dénotent un grand intérêt pour le sujet de la plupart des participants.

Un biais de sélection pouvant expliquer le biais de représentativité est le fait de s'adresser à tous les médecins généralistes et gynécologues alors que certains d'entre eux ne s'occupent pas de femmes enceintes. Donc peut-être que le biais de représentativité concernant la taille de l'échantillon est moins important. Par ailleurs,

le fait que le questionnaire vienne d'une étudiante sage-femme devait davantage interpeler les sages-femmes que les autres professionnels.

On constate un décalage assez important entre le nombre de questionnaires ouverts et le nombre de réponses complètes. Il peut en partie s'expliquer par un trop grand nombre de questions obligatoires. Lorsqu'un professionnel essayait notre questionnaire et n'arrivait pas à répondre à une question, il pouvait se retrouver bloqué à moins de répondre au hasard. Il est donc possible (bien que je ne puisse pas vérifier cette hypothèse) que les questionnaires incomplets et donc non analysés soient liés à un défaut de connaissance.

A propos **des biais d'analyse des résultats** : dans mon questionnaire, une question renseignait sur l'exercice en libéral, en structure hospitalière ou clinique, ou en mixte. Cependant, à la suite d'une fausse manipulation, la question n'était pas visible par les professionnels, et je ne me suis rendu compte de cette erreur qu'à l'analyse des résultats. Les sages-femmes hospitalières peuvent ne pas avoir de consultations prénatales ce qui fausse les données.

La mesure du critère de jugement principal repose sur une auto-évaluation subjective, cela peut conduire à deux biais potentiels. Il peut exister **un biais de déclaration** : les professionnels répondent en fonction de ce qu'ils croient être la bonne réponse, plutôt que de dire ce qu'ils font réellement. Pour réduire ce biais de déclaration, le questionnaire était anonyme. Il peut aussi exister **un biais lié à la subjectivité**, avec une interprétation des réponses « systématiquement », « souvent », « rarement » et « jamais » qui peut varier d'une personne à l'autre. Nous avons regroupé les deux premières réponses et les deux dernières pour l'analyse statistique. Il reste néanmoins

une part de subjectivité entre « souvent » et « rarement » bien que celle-ci nous semble potentiellement faible.

2) Analyse des résultats

2.1. objectif principal

Dans la littérature on retrouve que 79% des femmes enceintes ont des troubles du sommeil durant leur grossesse [41]. Or d'après une autre étude, 84.8% disaient ne pas avoir reçu d'informations sur le sujet. [12]

Pour donner suite à ces données, notre objectif principal était d'évaluer la fréquence de dépistage des troubles du sommeil par les professionnels de périnatalité. Nos données montrent que le dépistage des troubles du sommeil est réalisé par 64% des professionnels de notre étude et 36% ne le font que rarement voire jamais. Nos résultats invalident donc notre hypothèse de départ qui était que les professionnels ne dépistent pas ces troubles. D'après une autre étude [42], 85.5% des sages-femmes et 73% des médecins n'évoquent pas la qualité du sommeil au cours d'une consultation anténatale. Toutefois ce résultat n'est pas directement comparable avec le notre car leur étude reposait sur une question fermée : « évoquez-vous la qualité du sommeil systématiquement à chaque consultation anténatale ? ».

En analysant de plus près nos résultats, parmi les sages-femmes, 71% dépistent les troubles du sommeil chez leurs patientes enceintes, contre 35% des médecins (généralistes et gynécologues). A l'inverse, 29% des sages-femmes ne dépistent pas ou peu les troubles du sommeil, contre 65% des médecins. La différence observée sur la fréquence de dépistage des troubles du sommeil entre le groupe de sages-femmes et le groupe de médecins est significative.

Ce qui pourrait expliquer ce décalage est que certaines sages-femmes pratiquent des préparations à l'accouchement. Ces séances sont en général centrées sur le bien-être des futures mères et il semble cohérent que ce soit des moments privilégiés pour parler du sommeil. L'analyse des données nous montre que parmi les sages-femmes, celles qui pratiquent ces séances de préparation dépistent significativement plus fréquemment les troubles du sommeil. Nos questions ne nous permettent cependant pas de dire que c'est pendant les préparations à l'accouchement que les sages-femmes s'enquêtent du sommeil de leurs patientes. Puisque les médecins n'ont pas d'équivalent dans leur pratique, c'est une des causes qui explique la différence de prise en charge entre sages-femmes et médecins. Or, d'après l'enquête nationale périnatale de 2016 seules 78% des primipares et 34% des multipares participent à ces préparations à l'accouchement et ces chiffres sont en augmentation depuis 2010 [43]. Il faudrait continuer à sensibiliser les femmes à y assister car il semble que ces préparations contribuent à une prise en charge plus globale de leur grossesse.

Comme nous ne pouvons pas montrer que les préparations à l'accouchement sont la seule cause de la différence entre les sages-femmes et les médecins, nous cherchons d'autres causes éventuelles. Une autre façon d'expliquer la différence de prise en charge est la différence dans la formation des professionnels. Les données montrent que seules 6 sages-femmes sur les 80 professionnels ont eu une formation pendant leurs études, ou plus tard, sur le sommeil. Il n'y a pas assez de professionnels déclarant avoir eu une formation pour faire un test statistique et mettre en évidence un lien entre la formation et la fréquence de dépistage.

Par ailleurs, nous remarquons que les sages-femmes ont en moyenne un nombre de patientes par an plus important que les autres professionnels (404 patientes contre 13 patientes pour les médecins généralistes et 105 patientes pour les gynécologues).

Ceci engendre probablement une expérience plus diversifiée, et peut ainsi les confronter plus souvent aux troubles du sommeil et à leur prise en charge. Mais au vu de la diversité des réponses (cf. Figure 2) nous ne savons pas comment les analyser. Nous supposons que la question a été mal comprise. Nous ne pouvons donc pas vraiment conclure sur la fréquence de dépistage en fonction de l'expérience apportée par le nombre de patientes par an.

Nous cherchons maintenant à explorer les différences de fréquence de prise en charge des troubles du sommeil en fonction des connaissances auto-évaluées par les professionnels. 25% des professionnels considèrent avoir des connaissances suffisantes. Ce résultat est à comparer au travail de J. Paulovic [42] qui indique que 13% des professionnels de son étude estiment avoir des connaissances sur les troubles du sommeil chez la femme enceinte. On suppose que plus un professionnel considère ses connaissances suffisantes, plus il est susceptible d'aborder la question du sommeil avec ses patientes. L'analyse des données du Tableau VII montre que les professionnels qui estiment avoir des connaissances au moins suffisantes sur les troubles du sommeil cherchent à les dépister plus fréquemment. Nos données ne permettent cependant pas de dire si c'est le fait d'avoir des connaissances qui leur fait aborder le sujet ou si c'est le fait de vouloir prendre en compte les troubles du sommeil.

L'expérience professionnelle et personnelle peut être une explication au fait de prendre plus souvent en compte les troubles du sommeil. En comparant les professionnels dont le diplôme a été obtenu entre 1978 et 2005 et ceux qui l'ont obtenu entre 2005 et 2018, l'analyse des données du Tableau IV indique que les deux groupes n'abordent pas les troubles du sommeil avec une fréquence significativement différente. Donc statistiquement nous ne pouvons pas conclure à une différence entre les praticiens les plus jeunes et les plus âgés, mais nous avons eu des commentaires témoignant que

suite à une expérience personnelle, le professionnel s'est intéressé au sommeil et les a ensuite pris en compte dans sa pratique : « j'ai plus appris sur ce sujet pendant mes grossesses qu'en fac de médecine », « je l'aborde car j'ai moi-même été confrontée à de grosses insomnies enceinte et que je sais combien des troubles du sommeil peuvent être anxiogènes pendant la grossesse »... Une autre hypothèse est de suggérer que la recommandation de l'HAS de 2005 (cf. Introduction partie 3, [23]) a fait augmenter la fréquence de dépistage. Or seulement 3 professionnels en connaissent l'existence : pouvons supposer que cette hypothèse est fautive, même si les effectifs ne nous permettent pas de le certifier. D'autant que nos résultats ne nous permettent pas de voir si à partir de 2005 les professionnels se sont mis à plus dépister.

Notre objectif principal est rempli puisque nous avons la fréquence de dépistage des professionnels de santé. Au total, 64% des professionnels de santé cherchent à dépister les troubles du sommeil, ce qui invalide notre hypothèse de départ. Nous avons ensuite cherché à expliquer ce résultat mais nous ne pouvons pas expliquer précisément cette fréquence ni expliquer en détail la répartition de cette fréquence au sein de notre population. Nous avons en particulier montré que pratiquer des préparations à l'accouchement jouait un rôle dans cette fréquence de prise en charge. Nos autres explications sont encore à explorer.

2.2 objectifs secondaires

A propos des facteurs favorisant le dépistage, les raisons d'aborder le sujet systématiquement ou souvent sont variées. La principale motivation est de savoir que la fréquence des troubles du sommeil est importante chez une femme enceinte. La seconde motivation est liée à la connaissance des conséquences de ces troubles. Il

est intéressant de noter que certains abordent le sujet quand bien même ils n'auraient pas de solutions à apporter aux patientes.

A propos des freins au dépistage, les 29 professionnels qui abordent « rarement » ou « jamais » les troubles du sommeil pointent d'abord que les patientes n'abordent pas le sujet spontanément ou minimisent le problème. Par ailleurs, eux-mêmes ne connaissent pas suffisamment l'intrication grossesse-troubles du sommeil ou la prise en charge et posent donc moins de questions que les autres professionnels. On retrouve effectivement dans la littérature que les troubles du sommeil sont sous-estimés par les femmes enceintes [25,27], que les professionnels de santé abordent eux aussi peu la question du sommeil [14] et qu'ils connaissent mal les problèmes de sommeil et leurs traitements spécifiques [13].

Concernant la période de dépistage des troubles du sommeil, les 51 professionnels qui dépistent les troubles du sommeil ne l'abordent pas majoritairement plus au cours d'un trimestre particulier. En se référant à l'Introduction partie 2.1, au 1^{er} trimestre le temps de sommeil nocturne augmente ainsi que les somnolences diurnes et le besoin fréquent de siestes [13,14], en revanche la qualité du sommeil peut diminuer [15]. A l'inverse au 2^e trimestre la quantité de sommeil moyenne diminue [14] et la qualité s'améliore avec l'augmentation du sommeil lent profond qui induit ce sentiment de bonne qualité, même si les femmes commencent à ressentir plus de troubles du sommeil durant cette période [16]. Enfin durant le 3^e trimestre la qualité et la quantité diminuent avec l'apparition ou l'augmentation des différents troubles du sommeil [14].

Parmi les 40 professionnels se sentant démunis, 55% d'entre eux abordent « systématiquement » ou « souvent » la question des troubles du sommeil en consultation. A l'inverse, parmi les 40 professionnels qui ne se sentent pas démunis,

73% interrogent leurs patientes. Il nous semblait cohérent qu'un professionnel se sentant démuni face au sommeil n'aborde qu'occasionnellement le sujet. Nous nous attendions donc à trouver une faible proportion de ceux-ci prenant en compte les troubles du sommeil chez leur patientes mais il s'avère que plus de la moitié le font. De plus, l'analyse des données montre que la fréquence de prise en charge n'est pas significativement plus élevée chez les praticiens se sentant démunis. Il est possible que ce résultat ait été faussé par un biais d'interprétation. En effet, « être démuni », terme qui nous semblait fort, a peut-être été parfois compris comme « ne pas avoir toutes les réponses ». Pour vérifier notre hypothèse, nous avons comparé le score du test de connaissance de ceux qui se sentaient démunis. La majorité avaient des connaissances au moins satisfaisantes selon notre test, ce qui semble confirmer le biais d'interprétation.

Nous avons ensuite cherché à évaluer les connaissances des professionnels sur les principaux troubles du sommeil affectant la femme enceinte, les facteurs de risque et leurs conséquences.

L'état des connaissances et des pratiques actuelles en lien avec notre sujet sont encore sujets à débat : il n'est donc pas toujours aisé de discerner si une réponse est bonne ou non.

Le barème que nous avons choisi favorise la connaissance théorique des principaux troubles du sommeil affectant les femmes enceintes. Les dénominations des catégories qui en découlent (très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant et insatisfaisant) ne sont pas représentatives de la pratique des professionnels. A propos des principaux troubles du sommeil retrouvés chez la femme enceinte, on retrouve dans la littérature qu'il s'agit de l'insomnie, le syndrome des jambes sans

repos (SJSR) et le syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS) [13] (cf. Introduction partie 3) : chacun de ces 3 troubles était compté comme bonne réponse.

En plus des trois troubles principaux, d'autres troubles du sommeil peuvent leur être associés : l'hypersomnie parfois retrouvée en début de grossesse, la somnolence diurne (associée aux trois troubles principaux), et les cauchemars (en rapport avec la peur de perdre l'enfant en début de grossesse et la peur de l'accouchement en fin de grossesse) [25]. La grossesse accentuerait aussi la symptomatologie de la narcolepsie (somnolence et cataplexie) du fait des modifications du rythme veille-sommeil et de la nécessité d'arrêter les traitements de la narcolepsie pour la sécurité de l'enfant [13]. Nous avons ainsi choisi de ne pas attribuer de points à ces réponses. En revanche d'après une étude (art. Sommeil et grossesse, Neau, 2009) les parasomnies (somniaambulisme, somniloquie -fait de parler en dormant-, hallucinations du sommeil, bruxisme...) diminuent pendant la grossesse et étaient donc de mauvaises réponses [44].

Concernant les facteurs de risque, voici ceux retrouvés dans la littérature et qui était donc compté comme étant de bonnes réponses :

- un antécédent de troubles du sommeil ou de dépression,
- un milieu socio-économique défavorisé,
- l'angoisse
- la prise de poids, l'obésité,
- des troubles thyroïdiens,
- la mauvaise hygiène de sommeil et une mauvaise alimentation,
- des addictions,
- des troubles hématologiques. (cf art. Chronic sleep loss during pregnancy...)

La gémellité, la macrosomie et l'hypertension artérielle n'induisent pas plus de troubles du sommeil selon les études [14]. Certains auteurs considèrent que la multiparité et le

diabète ne sont pas non plus de facteurs de risque [14,25], et d'autres considèrent qu'ils peuvent engendrer un syndrome des jambes sans repos [45].

Les troubles du sommeil peuvent engendrer de nombreuses conséquences néfastes.

D'abord, sur la santé de la mère, ces troubles peuvent causer :

- des dépressions anténatales
- des dépressions du post-partum
- du diabète gestationnel
- de l'hypertension
- des prééclampsies, notamment dans le cas du syndrome des apnées obstructives.

On ne retrouve cependant pas de cholestase gravidique associée.

Ensuite, sur l'accouchement, ces troubles peuvent notamment causer :

- des accouchements prématurés
- une durée de travail plus longue
- plus de douleurs et d'inconfort pendant le travail
- plus de naissance par césarienne

Cependant, on ne retrouve pas plus de recours aux forceps.

Enfin, sur la santé de l'enfant, les troubles du sommeil de sa mère peuvent lui causer :

- des bradycardies fœtales (par le syndrome des apnées obstructives)
- des retards de croissance fœtale
- des morts fœtales
- un score d'APGAR faible à la naissance
- une prématurité [45].

On ne retrouve cependant pas de macrosomie associée.

Les résultats du test de connaissance montrent que la majorité des professionnels ont des connaissances théoriques au moins « suffisantes », c'est-à-dire qu'ils ont une note

supérieure à 5/10. Ce résultat est à comparer au mémoire de J. Paulovic qui a évalué les connaissances des professionnels qui déclaraient en avoir à l'aide d'un autre barème. Elle trouvait que la majorité d'entre eux avait des connaissances insuffisantes [42].

Par ailleurs, l'estimation personnelle des connaissances n'est pas corrélée de façon évidente avec le résultat à notre test de connaissances (cf. Tableau VIII). Ce résultat peut sembler étonnant mais ce décalage peut être expliqué de plusieurs façons. D'une part, la taille de l'échantillon n'est pas suffisante pour cette analyse. D'autre part, il y a certainement une interprétation de l'auto-évaluation dépendante du professionnel.

Le second test statistique effectué montre que les professionnels avec plus de connaissances abordent les troubles du sommeil de façon plus fréquente (cf. Tableau VIII) mais la différence entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative. Ceci est à relier avec des commentaires déposés lors de précédentes questions où des professionnels indiquent aborder les troubles du sommeil quand bien même ils n'avaient pas de solutions concrètes à apporter à leurs patientes. Ce fait montre que certains praticiens jouent un rôle d'écoute, qu'ils aient une solution au problème ou non.

En conséquence, augmenter les connaissances de ces troubles par les professionnels n'augmenterait peut-être pas la fréquence de dépistage de ces troubles mais pourrait améliorer quand même leur prise en charge.

CONCLUSION

Ce mémoire cherchait à évaluer la fréquence de prise en compte des troubles du sommeil chez la femme enceinte en interrogeant les professionnels de santé en périnatalité. Puis, nous avons essayé d'identifier les éléments freinant ou motivant ces dépistages. Enfin nous avons cherché à évaluer leurs connaissances sur les troubles du sommeil durant la grossesse. Notre étude montre que 64% des professionnels de santé abordaient les troubles du sommeil « souvent » ou « systématiquement » avec leurs patientes.

Malgré la fréquence importante des troubles du sommeil affectant la femme enceinte, dans la littérature, on trouve que peu de patientes et peu de professionnels abordent ces troubles en consultation [12,14,25,27]. En revanche, dans notre étude nous avons mis en évidence que la majorité des professionnels de santé abordait les troubles du sommeil en consultation, et qu'ils avaient des connaissances au moins suffisantes les concernant.

Ce décalage s'explique notamment par une différence importante entre ce mémoire et les études citées : nous nous sommes fondés sur des témoignages des praticiens tandis que ces études se fondaient sur l'avis des patientes face au dépistage de leurs troubles du sommeil ainsi que leur satisfaction. Dans notre étude, un biais de déclaration existe de la part des professionnels. Afin de s'en affranchir, il serait pertinent d'aller voir les professionnels pendant leurs consultations pour évaluer de façon plus objective leur pratique.

Selon nos résultats, la moitié des professionnels se sentaient démunis en évoquant un manque de connaissance, un manque de solutions à proposer ou leur inefficacité.

La majorité d'entre eux évaluaient ne pas avoir de connaissances suffisantes sur les troubles du sommeil pendant la grossesse. Cependant, l'évaluation réalisée montre des connaissances des troubles du sommeil en moyenne satisfaisantes. Ce décalage entre la perception d'eux-mêmes et notre évaluation s'explique par la difficulté de créer un barème fiable puisque l'état de l'art sur le sujet est fluctuant. C'est pourquoi le questionnaire s'axait principalement sur les connaissances théoriques, leurs facteurs de risques et conséquences, et pas sur les traitements et prises en charge (à propos desquels les professionnels se sentaient démunis). Ce barème ne pouvait donc pas vraiment révéler leur sentiment d'être démunis et il est difficile de le faire tant que des consensus scientifiques n'émergent pas.

Par ailleurs, nos données semblent indiquer que les professionnels qui estimaient avoir des connaissances au moins suffisantes sur les troubles du sommeil cherchaient à les dépister plus fréquemment. Ces données, à cause de la taille restreinte de notre échantillon, demandent à être confirmées. Nous pouvons relier ce résultat au fait que plusieurs professionnels indiquaient chercher à dépister ces troubles quand bien même ils n'avaient pas de solution à apporter à leurs patientes. Ainsi, il est possible que renforcer les formations des professionnels autour de ce thème n'entraîne pas une hausse de la fréquence de dépistage mais une amélioration de la prise en charge car le professionnel aurait alors plus de solutions pour ses patientes.

Ce mémoire indique un autre phénomène : le rôle des préparations à l'accouchement menées par les sages-femmes. Les résultats montrent que la fréquence de dépistage est plus importante chez les sages-femmes menant ces séances que les autres. Si nous ne pouvons avec certitude expliquer le lien de cause à effet, nous avons mis en évidence qu'un lien existait. Il est probable que le temps et la disponibilité offerts par ces séances offrent aux sages-femmes une place privilégiée pour aborder le sommeil

avec leurs patientes. Dès le début de grossesse, afin de prévenir d'une anxiété ou d'une dépression [23], ainsi que tout au long de la grossesse en proposant des mesures simples d'hygiène du sommeil et une écoute rassurante, ou bien des traitements plus spécifiques selon le trouble. Pour mieux comprendre ce lien, d'autres études sont nécessaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Ohayon MM. Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. *Rev Prat* 2007;57:8.
- [2] Sommeil - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France 2019. <https://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Pathologies/Sommeil#64571> (accessed April 4, 2019).
- [3] Cenas. Les différentes phases de sommeil - Centre du sommeil CENAS. Cenas 2019. <http://www.cenas.ch/le-sommeil/comprendre-le-sommeil/phases-du-sommeil/> (accessed April 4, 2019).
- [4] Xie L, Kang H, Xu Q, Chen MJ, Liao Y, Thiyagarajan M, et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science* 2013;342:373–7. doi:10.1126/science.1241224.
- [5] Vos yeux régulent votre sommeil 2019. <https://www.optometrie-aof.com/index.php/utilitaires/actualites-fr/entry/vos-yeux-regulent-votre-sommeil> (accessed August 17, 2019).
- [6] Lumière bleue. Guide Léclairage 2019. <https://leclairage.fr/knowledge-base/lumiere-bleue/> (accessed August 17, 2019).
- [7] Cenas. Centre du Sommeil CENAS à Genève. Cenas 2019. <http://www.cenas.ch/> (accessed August 17, 2019).
- [8] Les horloges biologiques 2019. <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/sommenf/horloges.php> (accessed August 17, 2019).
- [9] INSV. INSV Inst Natl Sommeil Vigil 2019. <https://institut-sommeil-vigilance.org/> (accessed August 17, 2019).
- [10] Parmeggiani PL. Systemic homeostasis and poikilostasis in sleep: is REM sleep a physiological paradox? London: Imperial College Press; 2011.
- [11] Le sommeil normal. Réseau Morphée 2019. <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil> (accessed August 17, 2019).
- [12] Buron J, Denais V, Lucas B. Le sommeil de la femme enceinte. *Httpswwwem-Consult* 2011.
- [13] Neau J-P, Paquereau J, Meurice J-C. Sommeil et grossesse. *Httpswwwem-Consult* 2009.
- [14] Dubosc M, Guyard-Boileau B, Emmerly B. Le sommeil dans le dernier trimestre de la grossesse. *Rev Sage-Femme* 2007;6:62–9.
- [15] Lee KA, Zaffke ME, McEnany G. Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;95:14–8.
- [16] Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med* 2015;16:483–8. doi:10.1016/j.sleep.2014.12.006.
- [17] Clere N, Taillez J. Perturbations du sommeil chez la femme enceinte. *Actual Pharm* 2015;54. doi:10.1016/j.actpha.2015.03.009.

- [18] MEURICE P. Troubles respiratoires au cours du sommeil de la femme enceinte. EM-Consulte 2003. <https://www.em-consulte.com/article/104755/article/troubles-respiratoires-au-cours-du-sommeil-de-la-f> (accessed August 17, 2019).
- [19] Boutonnet M, Faitot V, Keïta H. Gestion des voies aériennes en obstétrique. EM_consulte 2011.
- [20] Maternité Racamier 2019. http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2010.moulin_g&part=361592 (accessed August 17, 2019).
- [21] Cours - modifications physiologiques de la grossesse 2019. <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/14.html> (accessed August 17, 2019).
- [22] Thoulon. Petits maux de la grossesse. EM-Consulte 2005. <https://www.em-consulte.com/article/275149/petits-maux-de-la-grossesse> (accessed August 17, 2019).
- [23] HAS. recommandation HAS : Comment mieux informer les femmes enceintes ? 2005, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
- [24] Un réseau de santé consacré aux troubles du sommeil. Réseau Morphée 2019. <https://reseau-morphee.fr/> (accessed August 17, 2019).
- [25] Billières A, Hausser-Hauw C. Evaluation des troubles du sommeil chez la femme enceinte par un questionnaire. [Httpswwwem-Consult](https://www.em-consulte.com/article/104755/article/troubles-respiratoires-au-cours-du-sommeil-de-la-f) 2007.
- [26] Román-Gálvez RM, Amezcua-Prieto C, Salcedo-Bellido I, Martínez-Galiano JM, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. Factors associated with insomnia in pregnancy: A prospective Cohort Study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;221:70–5. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.12.007.
- [27] Seridi HB, Beauquier-Maccotta B. Les troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum (revue de la littérature). *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2017. doi:10.1016/j.amp.2017.05.020.
- [28] VIDAL - Le site de référence des professionnels de santé 2019. <https://www.vidal.fr/> (accessed August 17, 2019).
- [29] CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte 2019. <https://www.lecrat.fr/> (accessed August 17, 2019).
- [30] Cenas. Apnées du sommeil - Les réponses à vos questions. Cenas 2019. <http://www.cenas.ch/apnees-sommeil-accueil/> (accessed August 17, 2019).
- [31] Les troubles du sommeil | Centre du sommeil et de la Vigilance 2019. <http://www.sommeil-vigilance.fr/les-troubles-du-sommeil/> (accessed April 18, 2019).
- [32] CEP. le sommeil chez l'adulte-programme ECN.pdf n.d. http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2015/01/item_108_SOMMEIL.pdf (accessed August 18, 2019).
- [33] Netgen. Apnées du sommeil et grossesse. *Rev Médicale Suisse* 2019. <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-536/Apnees-du-sommeil-et-grossesse> (accessed August 17, 2019).

- [34] 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 JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med* 2014;10:497–502. doi:10.5664/jcsm.3694.
- [35] Les cycles du sommeil. Réseau Morphée 2019. <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil/les-cycles-du-sommeil> (accessed April 4, 2019).
- [36] MALADIE DE WILLIS-EKBOM ET GROSSESSE 2019. <https://www.france-ekbom.fr/syndrome/grossesse.php> (accessed April 20, 2019).
- [37] Avez-vous un syndrome des jambes sans repos? Réseau Morphée n.d. <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/insomnies-apnees/mouvements-relation-sommeil/syndrome-jambes-repos/avez-syndrome-sans-repos> (accessed August 18, 2019).
- [38] Neau J-P, Porcheron A, Mathis S, Julian A, Meurice J-C, Paquereau J, et al. Restless Legs Syndrome and Pregnancy: A Questionnaire Study in the Poitiers District, France. *Eur Neurol* 2010;64:268–74. doi:10.1159/000321413.
- [39] Manconi M, Govoni V, De Vito A, Economou NT, Cesnik E, Mollica G, et al. Pregnancy as a risk factor for restless legs syndrome. *Sleep Med* 2004;5:305–8. doi:10.1016/j.sleep.2004.01.013.
- [40] DRESS - ministere des solidarites et de la santé 2019. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,982 (accessed August 17, 2019).
- [41] National Sleep Foundation 2019. <https://www.sleepfoundation.org/> (accessed August 17, 2019).
- [42] Paulovic J. Les troubles du sommeil et la grossesse-mémoire. [Htpps://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394080/document](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394080/document) 2016:73.
- [43] ENP2016_rapport_complet.pdf n.d.
- [44] Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, Salmivaara A, Myllylä VV. Parasomnias decline during pregnancy. *Acta Neurol Scand* 2002;105:209–14. doi:10.1034/j.1600-0404.2002.10060.x.
- [45] 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* 2014;15:853–9. doi:10.1016/j.sleep.2014.02.013.
- [46] HAS. femmes_enceintes_recos HAS.pdf. [Htpps://www.has-santefruploaddocsapplicationpdf/femmesenceintesrecospdf](https://www.has-santefruploaddocsapplicationpdf/femmesenceintesrecospdf) 2005. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf (accessed August 18, 2019).

ANNEXE 1

Questionnaire diffusé auprès des professionnels de périnatalité

TEXTE D'INTRODUCTION

Bonjour Mesdames, Messieurs,

Je suis étudiante sage-femme en 5e année à l'école de Grenoble et je réalise mon mémoire de fin d'études sur les troubles du sommeil pendant la grossesse. Mon objectif est d'évaluer la pratique du dépistage et les connaissances des professionnels de périnatalité sur les troubles du sommeil pendant la grossesse. Ce questionnaire est donc destiné aux sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et médecins traitants réalisant des consultations prénatales. C'est pourquoi votre participation est nécessaire pour mener à bien mon mémoire. Les réponses sont anonymes et vous aurez besoin de 10 minutes pour y répondre.

Je vous remercie d'avance pour votre aide.

*Bonne journée !
Camille Peterlongo*

VOUS ET VOTRE PATIENTÈLE

Vous êtes : une femme un homme

Vous êtes :

- médecin généraliste
- gynéco-obstétricien ou gynécologue médical
- sage-femme
- autre

Année du diplôme :

Vous travaillez :

- en libéral
- à l'hôpital / clinique
- mixte
- autre :

Dans quelle ville travaillez-vous :

À combien évaluez-vous dans votre patientèle le nombre de femmes enceintes dans une année ?

.....

CONCERNANT LA RECHERCHE DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dans cette partie, je souhaite recueillir des données sur la façon dont les professionnels de santé réalisent le dépistage des troubles du sommeil. Il s'agit de faire un état des lieux objectif et anonyme de la prise en charge actuelle.

À quelle fréquence évoquez-vous la qualité du sommeil avec vos patientes enceintes ?

- systématiquement
- souvent
- rarement
- jamais

Si vous n'abordez pas le sujet, (rarement / jamais) pour quelle raison ?

- la patiente n'aborde pas le sujet spontanément
- je compte sur la préparation à l'accouchement pour l'aborder
- je ne connais pas l'intrication grossesse-troubles du sommeil
- je n'en vois pas l'intérêt
- autre :

Si vous abordez souvent le sujet, (systématiquement / souvent)

Pour quelles raisons abordez-vous souvent le sujet ? (Souffrez-vous de troubles du sommeil, avez-vous eu une formation, un constat de troubles fréquents chez vos patientes...)

Si vous abordez souvent le sujet, à quelle période la grossesse abordez-vous le sujet : (plusieurs réponses possibles)

- au 1^{er} trimestre
- au 2^e trimestre
- au 3^e trimestre
- autre

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

- Non
- Oui, dans ma formation initiale
- Oui, dans ma formation continue

Si oui dans ma formation continue, précisez le nom du DU, de la formation : ...

Vous sentez-vous « démuni » (en terme de connaissances et de prises en charge) quand une femme vous évoque ses problèmes de sommeil ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

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

- Très suffisantes
- Suffisantes
- Peu suffisantes
- Insuffisantes
- Autre :

Pour les sages-femmes :

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

- Oui
- Non

Si oui, vous arrive-t-il d'évoquer les caractéristiques du sommeil lors de ces séances de préparation ?

- Oui, systématiquement
- Oui, parfois
- Oui, en réponse à une question sur ce thème
- Non
- Avez-vous des commentaires ? :

LES TROUBLES DU SOMMEIL

Avez-vous connaissance d'une recommandation de bonne pratique sur la recherche systématique des troubles du sommeil au cours de la grossesse ?

- Oui
- Non

Quels signes fonctionnels recherchez-vous quand vous dépistez un trouble du sommeil ? :

- angoisse de l'accouchement
- stress (travail...)
- crampes
- douleurs lombaires
- mouvements du fœtus
- envie fréquente d'uriner
- position inconfortable pour dormir
- reflux gastrique
- aucun
- autre :

Quels sont les principaux troubles du sommeil qu'une femme enceinte peut rencontrer au cours de sa grossesse ?

- Insomnie
- Syndrome d'apnées du sommeil
- Bruxisme du sommeil
- Epilepsie du sommeil
- Hypersomnie
- Syndrome des jambes sans repos
- Narcolepsie
- Somnolence diurne
- je ne sais pas
- aucun
- autre :

LES 3 PRINCIPAUX TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ LA FEMME ENCEINTE

L'INSOMNIE

- avez-vous déjà eu une patiente enceinte présentant ce trouble : oui non
- connaissez-vous les symptômes : oui non pas totalement
- connaissez-vous les traitements : oui non pas totalement
- prévalence élevée au : 1er trimestre 2e T 3e T

LE SYNDROME D'APNÉE DU SOMMEIL

- avez-vous déjà eu une patiente enceinte présentant ce trouble : oui non
- connaissez-vous les symptômes : oui non pas totalement
- connaissez-vous les traitements : oui non pas totalement
- prévalence élevée au : 1er trimestre 2e T 3e T

LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

- avez-vous déjà eu une patiente enceinte présentant ce trouble : oui non
- connaissez-vous les symptômes : oui non pas totalement
- connaissez-vous les traitements : oui non pas totalement
- prévalence élevée au : 1er trimestre 2e T 3e T

Facteurs de risque, Traitements, Complications

Quel(s) sont le(s) facteur(s) de risque pouvant générer des troubles du sommeil chez la femme enceinte :

- atcd de troubles du sommeil
- atcd de dépression et troubles psy, ou atcd dépression anténatale.
- milieu socio-économique défavorisé
- angoisse
- Prise de poids, obésité
- Troubles thyroïdiens
- grossesse multiple
- macrosomie
- multiparité
- diabète, HTA
- mauvaise hygiène de sommeil (environnement, bruit, écran...)
- mauvaise alimentation
- addiction, consommation d'excitants et de médicaments
- troubles hématologiques (fer, folates...)
- aucun
- autre :

Que proposez-vous en cas de troubles du sommeil chez une femme enceinte :

règles hygiéno-diététiques (fractionner le repas du soir, repas peu copieux, télé éteinte, t° chambre peu élevée, environnement calme, horaires de coucher réguliers, éviter la prise d'excitants...).

- relaxation.
- yoga
- sophrologie.
- hypnose
- acupuncture.
- luxothérapie
- phytothérapie (Euphytose...).
- homéopathie.
- antidépresseurs
- somnifères
- benzodiazépines
- aucun
- autre, citez :

Orientez-vous vers :

- psychologue
- psychiatre
- médecin du sommeil
- conseillère conjugale et familiale
- aucun
- autre :

Quelles sont selon vous les complications pour la mère des troubles du sommeil ?

- HTA gravidique
- Prééclampsie
- Dépression anténatale
- Dépression du postpartum
- Diabète gestationnel
- Cholestase gravidique
- Aucune
- Je ne sais pas
- Autre :

Quels sont selon vous les complications pour l'accouchement des troubles du sommeil ?

- 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
- Je ne sais pas
- Autre :

Quels sont selon vous les complications pour l'enfant des troubles du sommeil ?

- RCIU
- Macrosomie
- Score d'Apgar bas à la naissance

- MFIU
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal
- Aucune
- Je ne sais pas
- Autre :

Réponses aux questions précédentes

La fréquence des 3 principaux troubles du sommeil :

L'insomnie, le syndrome d'apnée du sommeil et le syndrome des jambes sans repos se retrouvent plus particulièrement au 3e trimestre.

Les facteurs de risque :

On retrouve les antécédents de troubles du sommeil ou de dépression, le milieu socio-économique défavorisé, l'angoisse, la prise de poids, l'obésité, les troubles thyroïdiens, la mauvaise hygiène de sommeil, une mauvaise alimentation, des addictions, des troubles hématologiques.

Ne sont pas reconnus comme facteurs de risque : la gémellarité, macrosomie, multiparité, diabète et HTA.

Les traitements : La luxothérapie est contre-indiquée pendant la grossesse.

Les complications pour la mère :

On retrouve de l'HTA gravidique, prééclampsie, dépression anténatale, dépression du postpartum, diabète gestationnel.

La cholestase n'est pas une complication.

Les complications pour l'accouchement :

On retrouve plus fréquemment des accouchements prématurés, une durée de travail plus longue, plus de douleurs et d'inconfort pendant le travail et plus de naissances par césarienne. Il n'y a pas plus de recours aux forceps.

Les complications pour l'enfant :

On retrouve plus fréquemment des RCIU, un score d'Apgar bas, des MFIU, des anomalies du rythme fœtal. Mais pas de macrosomie.

Expérience personnelle


Auriez-vous une expérience personnelle qui m'aiderait dans l'analyse de vos réponses et qui me ferait avancer sur l'abord de ce sujet : ...

Veillez cliquer sur le lien (...) si vous souhaitez avoir accès à une page récapitulative des troubles du sommeil des femmes enceintes (ou bien contactez-moi par mail si vous ne parvenez pas à le visualiser.

Merci de votre coopération et de votre aide.

ANNEXE 2

Document proposé aux professionnels de santé à la fin du questionnaire. Ce document provient du mémoire de J. Paulovic en 2006. Il reprend les 3 principaux troubles du sommeil, leurs conséquences et leurs prises en charge.

<p>CONSEILS D'HYGIENE DU SOMMEIL</p> <ul style="list-style-type: none">✓ 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<ul style="list-style-type: none">❖ une chambre silencieuse❖ une température n'excédant pas 20°C❖ dans l'obscurité✓ Se coucher dès les premiers signaux de sommeil<ul style="list-style-type: none">○ 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	<p>CE QUI DOIT ATTIRER VOTRE ATTENTION QUAND UNE PATIENTE VOUS DIT :</p> <p>Qu'elle a du mal à s'endormir Qu'elle se réveille trop tôt</p> <p>Qu'elle a des sensations désagréables dans les jambes qui l'empêchent de dormir</p> <p>Qu'elle est fatiguée le matin</p> <p>Qu'elle a des envies de dormir la journée</p> <p>Qu'elle lutte pour rester active</p> <p>Que son sommeil est agité et que son entourage s'inquiète du ronflement et des apnées au cours du sommeil</p>	<p>Les troubles du sommeil et la grossesse</p> 
<hr/>		
<p>POUR EN SAVOIR PLUS</p> <p>www.institut-sommeil-vigilance.org</p> <p>www.afsir.fr</p> <p>http://www.syndrome-apnee-sommeil.fr</p>	<p>INFORMATIONS DESTINÉES AUX PROFESSIONNELS DE PÉRINATALITÉ</p>	

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

- 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

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

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

ANNEXE 3

Les commentaires des professionnels de santé concernant leur dépistage des troubles du sommeil

Tableau I : Les commentaires laissés à la question : **Pour quelles raisons abordez-vous souvent le sujet ?**

(Il fait référence à la Figure 3)

Pour quelles raisons abordez-vous le sujet ?
Prise en charge globale de la patiente, de son bien être
Cela fait partie de l'interrogatoire de base et c'est essentiel
Cela fait partie intégrante d'une consultation de suivi de grossesse, car les troubles du sommeil me semblent fréquents
Constat de troubles fréquents du sommeil chez femmes enceintes
Constat fréquent de ces troubles ainsi qu'expérience personnelle
Car elles font souvent des insomnies et donc quand c'est le cas je leur prescris homéopathie et conseils relaxation
Comprendre leur fatigue
Donner des conseils souvent méconnus ou non suivis pour un sommeil de qualité
Je sais que le sommeil est très perturbé pdt la grossesse, et je peux leur proposer des conseils, de l'homéopathie si besoin
Évaluation en cas de diabète gestationnel, question quasi systématique en début de consultation, si elles vont bien, pas trop fatiguées
Pour évaluer l'état de bien-être de la patiente, tout aussi important pour moi que le suivi obstétrical.
Cette évaluation permet également d'ouvrir la discussion autour de ce qui perturbe le sommeil : anxiété, troubles digestifs, douleur, mouvements du bébé, préoccupations personnelles etc ... et de repérer ainsi des fragilités qui doivent être prises en compte dans le suivi de la patiente.
Parce que les troubles du sommeil sont fréquents pendant la grossesse, et pour orienter si besoin, par exemple vers l'acupuncture
Plainte des patientes
Problème récurrent de la grossesse pouvant engendrer troubles d'ordre psychique, émotionnels, accidents...

Car les troubles du sommeil peuvent être à l'origine d'une dépression débutante ou bien la conséquence d'une instabilité psychologique

les troubles du sommeil sont fréquents pendant la grossesse et peuvent induire d'autres désagréments

PPO : j'en parle en systématique

Travail de nuit et observation du sommeil des parturientes hospitalisées. Constat donc. (TV, lumière, fréquences des réveils, difficulté de positionnement (d'installation), portable (WIFI) non déconnectée etc...) discours de prévention surtout

Pas de formation particulière

Prise en charge globale

Pour pouvoir l'améliorer (par soigner les troubles psychologiques, homeo, osteo pour douleurs lombaires sous-jacentes...)

Lors de l'Epp cela fait partie des sujets que j'évoque tout comme en ppo. Plus rarement en consultation sauf si la patiente me rapporte une fatigue.

Trouble fréquent chez les femmes enceintes

Les femmes sont souvent demandeuses car ce genre de troubles est fréquent pendant la grossesse

Fatigue évoquée par les patientes

Je l'aborde car j'ai moi mm été confrontée à de grosses insomnies enceinte et que je sais cb des troubles du sommeil peuvent être anxiogène pdt la grossesse

Parce que les femmes le minimisent souvent

À la fois constat de troubles fréquents et aussi évoquez dans 2 formations (une autour vulnérabilité grossesse, autre trouble du sommeil chez enfant)

A un constat de troubles du sommeil fréquents chez les femmes enceintes

Souvent patiente fatiguée, j'aborde la question à ce moment car c'est primordial. Souvent les femmes enceintes dorment mal : douleurs, gênes, angoisses, remaniements psychologiques de la grossesse...

Également expérience personnelle de troubles du sommeil

J'ai été formée à l'entretien prénatale précoce et à la détection de la dépression donc je pose souvent la question pour évaluer leur santé mentale mais aussi quand je fais un peu de tabaco pour voir si l'arrêt ou la diminution du tabac joue sur leur sommeil

Les troubles du sommeil sont fréquents et pas toujours évoqués par les patientes. Ils peuvent avoir une répercussion sur le déroulement de la grossesse.

C'est fréquent lors de la grossesse pour éviter l'automédication

Pour dépister les troubles du sommeil et leur donner des conseils pour améliorer leur sommeil car le constat est fréquent

Elles l'abordent d'elles-mêmes souvent sinon en cas de fatigue, petite tension et en acupuncture à chaque séance quasiment.

C'est une plainte fréquente des femmes enceintes.

Lien avec l'anémie, état psychologique, vécu de la grossesse, CU, entourage de la patiente présent.

Prévention pour le postpartum

Pour rassurer les patientes sur la fréquence de ces troubles

Habitude pour examen général...mais souvent les patientes m'en parlent avant que je ne leur pose la question

Signe d'appel pour d'autres troubles anxieux

Expérience personnelle

Difficulté de sommeil courante pendant la grossesse et qui évolue au cours de celle ci

Plainte de la patiente

Cela fait partie des questions systématiques que je pose en consultation de grossesse. Pour évaluer la fatigue et le moral de la femme enceinte

Répercussion sur forme physique et humeur de la femme

Pour voir comment elles se sentent

Pour savoir s'il y a une raison psychologique ou physiologique derrière ces troubles (car en général, fréquent durant la grossesse : soit faite parti de l'anamnèse : vu en formation initiale)

Parfois pour engager la conversation

Car les troubles du sommeil sont fréquents surtout en fin de grossesse

Pour des raisons de bonne santé physique et mentale et détection de dépression sous-jacente ou troubles psychologiques

Pas de formation sinon qu'une attention à mes patientes

Parce que de la qualité du sommeil dépend la fatigue diurne

Pour savoir si elles sont fatiguées à cause de la grossesse en général, du travail ou d'un mauvais sommeil justement car je sais que cela a un impact sur leur santé et leur moral et que les troubles du sommeil sont très fréquents.

Tableau II : les commentaires laissés à la question : **A quelle période de la grossesse abordez-vous le sujet ?**

(Il fait référence à la Figure 5)

A quelle période de la grossesse abordez-vous le sujet ?	
Quand est évoqué un contexte de fatigue ou devant les vomissements gravidiques	Insomnie avec réveil et difficulté de rendormissement +/- lié à la vessie
À chaque cs	Lors de toute consultation ou entretien
Dans le cas d'une fatigue intense	En cas de fatigue
Consultation du 4e mois	En préparation à l'accouchement
Si contractions ou fatigue	Si fatiguée, si en a marre, si a son ventre qui la gêne
J'aborde le sujet pas en fonction du terme mais plutôt en fonction d'un sevrage à une addiction ou d'un trouble de l'humeur	Service de grossesse patho, en cours de ppo
J'en parle en préparation à l'accouchement	J'en parle en préparation à l'accouchement
Systématiquement	En consultations
Souvent elles dorment bien	Généralement passe leur temps à dormir

Tableau III : Les commentaires laissés à la question : **Vous sentez-vous « démuni » (en matière de connaissances et de prises en charge) quand une femme vous évoque ses problèmes de sommeil ?**

(Il fait référence au Tableau V)

Je me sens démuni
Un peu, je propose acu
Parfois... Si malgré les conseils et ou prescription cela persiste. Pas de documentation de référence.

A part les conseils de posture, de cycles de sommeil, de règles d'hygiène de vie, la phytothérapie ou l'Atarax il est vrai que je n'ai pas beaucoup de solutions à apporter

Ne sais pas quels traitements mettre en place si femmes a des insomnies

Peu de solutions concrètes à leur proposer (à part corpomed à caler ou intérêt SF lib ou psychologue si troubles du sommeil dû à des angoisses (accouchement à venir, projection du futur enfant, grossesse difficile...))

J'ai souvent des conseils à apporter mais pas toujours suffisants

Je ne fais pas de consultations pré natales. Je ne vois que des patientes hospitalisées (donc troubles du sommeil dus au stress de l'hospitalisation, aux cures de corticoïdes) ou en consultation d'urgence (donc sujet très rarement abordés).

Pas bcp de solutions à proposer à ma connaissance

À part l'Atarax je ne connais rien d'autre

Pas de réponses concrètes à apporter

Absence de psychologue dans le service et incapacité de donner un traitement efficace

Oui et non car je connais certaines astuces ou conseils à donner mais je trouve qu'ils sont trop peu nombreux j'aimerais encore plus d'informations

Pas de connaissances de troubles spécifiques sommeil et grossesse

Je me sens démunie concernant les troubles du sommeil mais moins depuis que je peux leur proposer de l'acupuncture (si suffisamment de places) ... Sinon, je ne sais pas que leur proposer d'autre. Peu d'explication à donner en médecine traditionnelle...

Les troubles du sommeil semblent être une fatalité.... Je leur conseille homéopathie, exercice sur la respiration, huiles essentielles ou eaux florales... Et récupération avec des siestes...

Peu de solutions à proposer

J'essaye de les rassurer par le fait qu'ils sont assez fréquents mais je ne connais pas de solutions à ces troubles.

ttt limité

Mais souvent c'est le plus souvent classique durant la grossesse

Je propose de l'acupuncture mais souvent je suis plus dans une posture rassurante pour les patientes

j'utilise de l'homéopathie et donne des conseils hygiéno diet mais ensuite c'est compliqué

Parce que pas de formation,

Je n'ai pas de solution à proposer si ce n'est de faire de l'exercice physique et le port de bas de contention

Oui et non, connaissances de certaines choses mais je pense qu'il manque certaines notions par rapport aux traitements médicamenteux ou non (positions, homeo ?
Acupuncture possible ?)

Quelques conseils donnés (positionnement, rituels d'endormissement...)

Quelques traitements (homéo euphytose acupuncture) mais si récalcitrant je me trouve démunie

C'est un sujet récurrent et on sait qu'on manque de solutions efficaces

A part : l'homéopathie, la phytothérapie, les conseils de positionnement et d'hygiène de vie (alimentation, rythme de vie, relaxation), l'hypnose, la récupération par siestes, je n'ai pas d'autre moyen ...

Car peu formée

Je n'ai pas beaucoup de solution à lui proposer.

Je n'ai pas beaucoup de conseils à donner, je ne sais pas vers quel professionnel les diriger

Peu de moyens ou d'astuces à leur donner et pas de thérapeutiques adaptées car elles sont enceintes

Je ne me sens pas démunie

On a toujours quelques conseils à apporter : hygiène du sommeil, alimentaire, acupuncture, phytothérapie, hypnose, et finalement allothérapie si besoin

Je cherche à comprendre pourquoi. Je parle respiration, relaxation, plantes.

Je propose de voir des collègues en consultation d'acupuncture ou d'hypnose

Donner la possibilité à la patiente d'en parler, la rassurer est déjà un premier pas, même en l'absence de formation complémentaire.

Mais je ne prescris que des règles hygiéno diététique, ainsi qu'homéopathie

Si les raisons du trouble du sommeil sont repérées, il est relativement aisé de proposer des alternatives afin d'améliorer ces problèmes

Pas démunie d'un point de vue accompagnement psychologique

Plus démunie en ce qui concerne les possibilités thérapeutiques "médicamenteuses". En quarante ans de médecine générale avec beaucoup de FMC, lecture Prescrire, groupes de pairs, travail en EBM, je n'ai jamais rien eu à ce sujet !

Symptomatologie fonctionnelle fréquente de causes multiples n'entraînant pas de conséquences graves dans le sens que le suivi mensuel de ces femmes me montre qu'elles évoluent souvent de manière satisfaisante avec conseils d'hygiène de vie, acupuncture, plantes... Celles souffrant réellement de troubles du sommeil sont suivies parallèlement par un psychiatre ou une psychothérapeute.

Connaissances "suffisantes" quand je considère l'évolution de mes patientes en pratique.

Connaissances peu suffisantes sur la physiologie et la physiopathologie qui effectivement ou bien conforteraient les prescriptions que je donne ou m'orienteraient vers d'autres conseils.

J'ai des réponses assez simples, arrêt de travail, diminuer le stress. Connaissances assez intuitives.

J'étudie la phytothérapie...

Je discute pour chercher la cause, ensuite j'utilise la phytothérapie, le magnésium et oriente selon les besoins : hypnose, ostéo, acupuncture... je n'ai pas appris bcp de choses à ce sujet dans ma formation initiale...

Je pense pouvoir l'orienter vers d'autres professionnels pour améliorer les troubles : acupuncture, hypnose, homéopathie, ostéo

Un peu, mais j'en profite pour parler café, thé, détente. J'ai plus appris sur ce sujet pendant mes propres grossesses qu'en fac de médecine.

Tableau IV : Réponses des professionnels au questionnaire concernant leurs connaissances (n=80)

(Il fait référence au point 4.4.2. des Résultats)

	Oui n (%)	Non n (%)
Quels sont les principaux troubles du sommeil qu'une femme enceinte peut rencontrer ?		
Insomnie	76 (95%)	4 (5%)
Syndrome d'apnées obstructives du sommeil	18 (23%)	62 (77%)
Bruxisme du sommeil	8 (10%)	72 (90%)
Épilepsie du sommeil	0 (0%)	80 (100%)
Hypersomnie	34 (43%)	46 (57%)
Syndrome des jambes sans repos	54 (68%)	26 (32%)
Narcolepsie	2 (3%)	78 (97%)
Somnolence diurne	26 (33%)	54 (68%)
Je ne sais pas	7 (9%)	73 (91%)
Aucun	0 (0%)	80 (100%)
Autre	9 (11%)	71 (89%)
Quels sont les facteurs de risque pouvant générer des troubles du sommeil chez la femme enceinte ?		
Angoisse	76 (95%)	4 (5%)
Antécédents de troubles du sommeil	72 (90%)	8 (10%)
Antécédents de dépression et troubles psychologiques ou antécédents de dépression anténatale	71 (89%)	9 (11%)
Prise de poids, obésité	58 (73%)	22 (27%)
Grossesse multiple	49 (61%)	31 (39%)

Troubles thyroïdiens	48 (60%)	32 (40%)
Milieu socio-économique défavorisé	27 (34%)	53 (66%)
Multiparité	22 (28%)	58 (73%)
Diabète, Hypertension	19 (34%)	61 (76%)
Macrosomie	18 (23%)	62 (77%)
Aucun	0 (0%)	80 (100%)

Quelles peuvent être les complications des troubles du sommeil sur la santé de la mère ?

Dépression du post-partum	61 (76%)	19 (34%)
Dépression anténatale	60 (75%)	20 (25%)
HTA gravidique	32 (40%)	48 (60%)
Prééclampsie	14 (18%)	66 (82%)
Diabète gestationnel	9 (11%)	71 (89%)
Cholestase gravidique	1 (1%)	79 (99%)
Aucune	0 (0%)	80 (100%)
Autre	2 (3%)	78 (97%)
Je ne sais pas	14 (18%)	66 (82%)

Quelles peuvent être les complications des troubles du sommeil sur l'accouchement ?

Plus de douleurs et d'inconfort pendant le travail	50 (62%)	30 (38%)
Naissance par césarienne	6 (8%)	74 (92%)
Durée de travail plus longue	24 (30%)	56 (70%)
Accouchement prématuré	14 (18%)	66 (82%)
Plus de recours aux forceps	25 (31%)	55 (69%)
Aucune	1 (1%)	79 (99%)
Autre	3 (4%)	77 (96%)
Je ne sais pas	26 (32%)	54 (68%)

Quelles peuvent être les complications des troubles du sommeil sur la santé de l'enfant ?

Retard de Croissance Intra-Utérin	21 (26%)	59 (74%)
Anomalies du rythme cardiaque fœtal	18 (23%)	62 (77%)
Score d'Apgar bas à la naissance	5 (6%)	75 (94%)
Mort Fœtale Intra-Utero	1 (1%)	79 (99%)
Macrosomie	2 (3%)	78 (97%)
Aucune	5 (6%)	75 (94%)
Autre	0 (0%)	80 (100%)
Je ne sais pas	49 (61%)	31 (39%)

Légende : n=effectif, %=pourcentage

ANNEXE 4

Témoignages des professionnels de santé

Tableau IV : Les témoignages laissés à la fin du questionnaire par les professionnels de santé.

Une patiente insomniaque qui est sur son téléphone portable la nuit. Je lui explique que les écrans ne sont pas propices à l'endormissement et lui conseille un bouquin avec veilleuse... elle me répond : moi je ne lis pas. Vu le nombre de patientes qui ne peuvent s'empêcher de prendre leur téléphone pendant les consultations, je pense que ces patientes addictes aux écrans présentant des troubles du sommeil vont se multiplier...

J'ai moi-même souffert d'insomnie au 3^e trimestre, je ne m'endormais pas avant 3-4h du matin alors que j'étais bien active la journée et je ne faisais pas de sieste. Une sage-femme herbaliste m'a aidée avec des tisanes et des huiles essentielles. J'ai fait aussi de l'acupuncture. J'oriente facilement les patientes vers les méthodes douces.

Expérience personnelle du syndrome des jambes sans repos mais pour lequel j'ai eu peu d'aide. J'ai souvenir qu'on m'avait proposé de prendre du zinc. Personnellement je suis atteinte de varices : peut-être que cela est un facteur prédisposant je ne sais pas. On parle peu de l'envie fréquente d'uriner notamment en fin de grossesse qui pourtant induit souvent de ne plus arriver à se rendormir ou alors très mal, et bien plus tard.

Aucune formation continue proposée à ce sujet. Beaucoup de choses à dépister pendant la grossesse (Violences, toxicomanie, troubles psy...) et les troubles du sommeil sont (je pense) banalisés : "c'est normal", "l'accouchement résoudra tout"... On est peu formé et peu sensibilisé, pas beaucoup de solutions à leur donner donc peu dépistés... Merci pour mes nouvelles connaissances et bon courage pour ton mémoire !

Le syndrome des jambes sans repos est trop peu méconnu et trop de professionnels de santé propose le port de bas de contention.

Très bonne idée de mémoire !!! En effet je pense que nous sommes totalement sous formés !!! Bon courage !

Je fais peu de suivi de grossesse et c'est vrai que je ne pose pas la question aux patientes de façon systématique. A revoir donc ! Bon courage à vous.