Les troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum

Houari Boumediene Seridi

▶ **To cite this version:**

Houari Boumediene Seridi. Les troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum. Psychiatrie et santé mentale. 2015. dumas-03750198

HAL Id: dumas-03750198

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03750198

Submitted on 11 Aug 2022

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.

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

2015

N° 2015AGUY0883

LES TROUBLES DU SOMMEIL PENDANT LA GROSSESSE ET PENDANT LE POST PARTUM

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD

Des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 26 Octobre 2015

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Houari Boumediene SERIDI

Examinateurs de la thèse :

Mr Louis JEHEL	Professeur Président
Mr Georges JEAN-BAPTISTE	Professeur
Mr Philippe CABRE	Professeur
Mr Bernard GOLSE	Professeur
Mme Bérengère BEAUQUIER-MACCOTTA	Docteur en Médecine.

SERIDI Houari Boumediene

Sujet de la thèse : LES TROUBLES DU SOMMEIL PENDANT LA GROSSESSE ET PENDANT LE POST-PARTUM

Thèse : Médecine - Université des Antilles et de la Guyane

Année 2015

Numéro d'identification : 2015AGUY0883

MOTS-CLES : Les troubles du sommeil, la grossesse, le post-partum, l'insomnie, les dépressions périnatales.

INTRODUCTION : Les troubles du sommeil sont présents pendant la grossesse et pendant le post-partum. L'objectif de notre travail est de comprendre la physiopathologie de ces troubles et leurs rôles dans la psychopathologie de la femme enceinte et du post-partum.

METHODE : Nous avons réalisé une revue de la littérature systématique sur les troubles du sommeil chez la femme enceinte. Nous avons retenu 94 articles qui font le lien entre le sommeil et la psychopathologie pendant la grossesse et pendant le post-partum. Nous avons complété ces articles par des ouvrages qui traitent de la dynamique psychique de la grossesse. Aucune limitation de date de publication n'a été fixée.

RESULTATS : La grossesse affecte le sommeil sur le plan qualitatif et quantitatif. Les perturbations du sommeil sont évolutives et sujettes aux variations physiologiques propres à la grossesse, si bien qu'elles deviennent plus accentuées. Leurs répercussions sur l'humeur de la femme enceinte peuvent aller de l'irritabilité à la dépression. Le retour à un sommeil réparateur pendant le post-partum est difficile à cause de l'arrêt brutal des sécrétions placentaires, le baby blues, l'allaitement et le rythme du bébé. Les facteurs étiologiques de ces perturbations sont multiples ce qui limite l'efficacité de la réponse thérapeutique en plus des difficultés à la prescription médicamenteuse.

CONCLUSION : Les troubles du sommeil sont sous-estimés dans le suivi des femmes enceintes, ils doivent être recherchés et pris en charge lorsqu'ils sont invalidants afin de prévenir la survenue des troubles de l'humeur et leurs conséquences sur le lien mère enfant.

JURY :

Président : Professeur Louis JEHEL.
Juges : Professeur Georges JEAN-BAPTISTE
Professeur Philippe CABRE
Professeur Bernard GOLSE
Directeur de Thèse: Dr Bérengère BEAUQUIER-MACCOTTA.

Liste des enseignants

Université des Antilles et de la Guyane

Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud

2014-2015

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ARFI	Serge	PUPH	Médecine interne	CHU de Martinique
AZNAR	Christine	MCUPH	Parasitologie	CH de Cayenne
BEAUCAIRE	Gilles	PUPH	Maladies infectieuses	CHU de Pointe-à-Pitre
BLANCHET	Pascal	PUPH	Urologie	CHU de Pointe-à-Pitre
CABIE	André	PUPH	Maladies infectieuses	CHU de Martinique
CABRE	Philippe	PUPH	Neurologie	CHU de Martinique
CARME	Bernard	PUPH	Parasitologie	CH de Cayenne
CESAIRE	Raymond	PUPH	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie	CHU de Martinique
COUPPIE	Pierre	PUPH	Dermato-vénérologie	CH de Cayenne
DABADIE	Philippe	PUPH	Anesthésiologie	CHU de Pointe-à-Pitre
DAVID	Thierry	PUPH	Ophtalmologie	CHU de Pointe-à-Pitre
DELIGNY	Christophe	MCUPH	Gériatrie et biologie du vieillissement	CHU de Martinique
DUEYMES-BODENES	Maryvonne	PUPH	Immunologie	CHU de Martinique
DUFLO	SUZY	PUPH	ORL	CHU de Pointe-à-Pitre
DUVAUFERRIER	Régis	PUPH	Radiologie et Imagerie médicale	CHU Martinique
GANE-TROPLENT	Franciane	MCA	Médecine générale	
GARSAUD	Philippe	MCUPH	Épidémiologie, économie de la santé et prévention	CHU Martinique
HELENE-PELAGE	Jeannie	PU associé	Médecine générale	CHU de Pointe-à-Pitre
HOEN	Bruno	PUPH	Maladies infectieuses	CHU de Pointe-à-Pitre
INAMO	Jocelyn	MCUPH	Cardiologie	CHU de Martinique
JANKY	Eustase	PUPH	Gynécologie-Obstétrique	CHU de Pointe-à-Pitre
JEAN-BAPTISTE	Georges	PUPH	Rhumatologie	CHU Martinique
JEHEL	Louis	PUPH	Psychiatrie adultes	CHU Martinique
LANNUZEL	Annie	PUPH	Neurologie	CHU de Pointe-à-Pitre
LALANNE-MISTRIH	Marie-Laure	MCUPH	Nutrition	CHU de Pointe-à-Pitre
NACHER	Mathieu	PUPH	Épidémiologie, économie de la santé et prévention	CHU de Pointe-à-Pitre
ROQUES	François	PUPH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	CHU de Martinique
ROUDIE	Jean	PUPH	Chirurgie Digestive	CHU de Martinique
ROUVILLAIN	Jean-Louis	PUPH	Chirurgie orthopédique	CHU de Martinique
SMADJA	Didier	PUPH	Neurologie	CHU de Martinique
UZEL	André-Pierre	PUPH	Anatomie-Chirurgie Orthopédique-Traumatologie	CHU de Pointe-à-Pitre
VELAYOUDOM épse CEPHISE	Fritz-Line	MCUPH	Endocrinologie	CHU de Pointe-à-Pitre
WAERTER	André	PUPH	Anatomie-pathologie	Chu de Martinique

CHEFS DE CLINIQUE-ASSISTANTS DES HOPITAUX

BASURKO	Célia	AHU	Epidémiologie	CH de Cayenne
BOUILLOUX	Xavier	CCA	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	CHU de Pointe-à-Pitre
BRUNIER-AGOT	Lauren	CCA	Rhumatologie	CHU de Martinique
BRUREAU	Laurent	CCA	Chirurgie Urologique	CHU de Pointe-à-Pitre
CARRERE	Philippe	CCA	Médecine générale	
CARRET	Pierre	CCA	Orthopédie	CHU de Martinique
DI RUGGIERO	Régine	CCA	ORL	CHU de Pointe-à-Pitre
DUCHENE	Céline	CCA	Neurologie	CHU de Martinique
EYRAUD	Rémi	CCA	Chirurgie Urologique	CHU de Pointe à Pitre
FABRE	Julien	CCA	Cardiologie	CHU de Martinique
FINKE	Edel	CCA	Ophtalmologie	CHU de Pointe-à-Pitre
GARNERY	Bénédicte	CCA	Médecine interne	CHU de Martinique
SAJIN	Ana-maria	CCA	Psychiatrie et psychologie médicale	CHU de Martinique
PIERRE	Cédric Sandy	CCA	ORL/Chirurgie Maxillo Faciale	CHU de Pointe -à- pitre
POLOMAT	Katlyne	CCA	Médecine interne	CHU Martinique
ROBIN	Georges	CCA	Anesthésie-réanimation	CHU de Pointe -à- pitre
TOTO	Teddy	CCA	Gynécologie-Obstétrique	CHU de Pointe -à- pitre
SAMBOURG	Emilie	CCA	Dermatologie-Maladies Infectieuses	CH de Cayenne

REMERCIEMENTS

A mon Maître et président de Jury de thèse,

Monsieur le professeur Louis JEHEL

Professeur de psychiatrie

A la Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud des Antilles et de la Guyane.

Chef de service de Psychiatrie et de Psychologie médicale, de Psychotraumatologie et d'Addictologie

Au Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique

C'est un grand honneur pour moi que vous ayez accepté de présider mon Jury et je vous en remercie.

Puisse ce travail en être digne et vous porter témoignage de mon grand respect.

Je vous remercie de votre enseignement précieux durant mon stage en Martinique et de votre bienveillance ainsi que de votre soutien tout au long de mon internat.

Recevez l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A mes juges

Monsieur le **Professeur Georges JEAN BAPTISTE**, Professeur de Rhumatologie.

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Je vous prie de recevoir l'expression de ma gratitude et de mon respect les plus sincères.

Monsieur le **Professeur Philippe CABRE,** Professeur de Neurologie**.**

Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Soyez assuré de ma plus profonde gratitude et soyez assuré de mes sentiments respectueux.

Monsieur le **professeur Bernard GOLSE,** Professeur de pédopsychiatrie.

A la Faculté de Médecine de Paris Descartes.

Merci d'avoir accepté de siéger dans mon Jury.

Vous m'avez fait le très grand plaisir d'accepter de juger cette thèse.

Veuillez recevoir l'expression de ma considération et de mon respect le plus profond.

A ma directrice de thèse,

Madame **le Docteur Bérengère BEAUQUIER-MACCOTTA**

Pédopsychiatre, Docteur en psychiatrie.

Praticien Hospitalier à l'Hôpital Necker Des Enfants Malades Paris.

Merci de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci pour vos conseils, votre soutien et votre accompagnement tout au long de la rédaction, en dépit de la distance et du décalage horaire vous avez fait preuve d'une grande disponibilité.

Merci pour votre encadrement, votre enseignement et vos qualités humaines lors dans mon stage dans le service du professeur B GOLSE.

Enfin j'ai découvert la psychiatrie périnatale à vos côtés cela fut l'une de mes plus belles expériences professionnelles durant mon internat je vous en suis très reconnaissant.

Veuillez recevoir l'expression de ma plus haute considération et de ma gratitude la plus sincère

A ceux et celles que j'ai eu la chance de croiser au cours de mes quatre années d'internat, en Guadeloupe, Martinique et à Paris qu'ils soient : Psychiatres, infirmier(e) s, internes, secrétaires médicales, assistantes sociales, et psychologues.

Aux Docteurs Anne LEMEVEL et Denis CHINO qui m'ont vu débuté dans la psychiatrie, je vous remercie de m'avoir donné goût à la psychiatrie, cela m'a marqué pour tout le reste de mon internat. Aux infirmier (e)s du G05 qui ont été une deuxième famille pour moi à mon arrivée en Guadeloupe.

Aux équipes du CMP de Marie Galante et de Sainte Anne qui m'ont accompagné au cours de toute cette année Dr C.DEVAUX, Sébastien, Maggy, Emilie, Turpin, Evelyne, Dominique, Francelise, Christophe et Nathalie.

A Diane SAMAMA, Elise TORDJMAN et Julie TOMADINI, je vous remercie pour votre écoute bienveillante, vous avez su me guider et m'orienter dans ma pratique, et me conseiller en tant qu'amies dans les moments de doute, vous resterez une source d'inspiration pour moi.

A Xavier LAQUEILLE, Katia ILLEL, Vincent KRIEGER, Jean Michel SIGWARD, Catherine MARCHAND, Gilbert URSULET, Walid CHOUCHA, François Xavier VEDRINE, Sofiane CARDE, Marina BLUM, François MARCHAND, Lisa OUSS, Marie PELLEGRIN TOUATI, Sandrine TRAPE et Jean Michel GAL. Je remercie tous ces psychiatres géniaux qui ont partagé leur savoir avec moi et tous les moments agréables, je garde une profonde reconnaissance.

A Rachida MESSEN, Maria PISTUDDI, Catherine EMEVILLE, Mireille ROSON, Françoise ROSBIFE, Jacqueline BEN MEYER, Nadège SANVOISIN, ainsi qu'à l'équipe du CSAPA Moreau de Tours : Josiane, Isabelle, Véronique, Nadine, Sarah, Christiane, Isabelle DACOSTA, Jacqueline NINO et Yolène CARON, vous êtes des femmes exceptionnelles d'une gentillesse et d'une générosité sans égale je suis bien chanceux de vous avoir rencontrées, je ne vous oublierai pas.

A mes co-internes Meylora et Mathieu je suis bien heureux d'avoir passé cette année avec vous.

A mes amis de Guadeloupe, Martinique, France et d'Italie : Syrine, Naji, Kamel, Marc et Sophie, Claire et Tom, Cate et Danièle, Stan et Chloé, Morgane et Dany, Tania, Eddy, Sarah Pallara , Mimi, Karine, Romain, Sarah Smadja, Vanessa, Charles, Céline, Alix, Benjamin, Raphael, Malik, Manuel, Joanna, Sabrina, Luca et Viviane. Je vous remercie pour tous les moments de fête qu'on a partagés ensemble et de toujours me soutenir, j'espère que notre amitié durera encore.

A Isabelle FACHE, je te remercie pour ta précieuse aide à la mise en page que tu m'as spontanément proposée.

A Mme Jeanne ARJOUNIN, Mmes Rose-Marie NAIGRE et Venise OPET merci pour votre disponibilité et votre précieuse aide.

Aux patients, sans eux rien n'aurait été fait.

A Mme Marie Louise CORBISIER, votre enthousiasme et votre bonne humeur sont une belle leçon de vie, je n'oublierai jamais votre générosité et bonté à mon égard. Merci à vous et à Roger.

A Chantal NITHILA, ma tante de cœur, tu fais désormais partie de notre famille, c'est une grande chance de t'avoir près de moi, je suis très reconnaissant pour tout ce que tu as fait pour moi pendant les moments difficiles, tu es l'une de mes plus belle rencontre depuis le début de mon internat.

A ma famille et surtout ma sœur Jumelle.

A ma maman chérie que j'aime plus que tout, ce travail t'est dédié, c'est grâce à ton soutien si j'ai réussi à l'accomplir, je pense à tous les sacrifices que tu as fait pour nous et ton amour indéfectible pour tes enfants, t'es la plus géniale des mamans.

A ma mère…

RESUME :

INTRODUCTION : Les troubles du sommeil sont présents pendant la grossesse et pendant le post-partum. L'objectif de notre travail est de comprendre la physiopathologie de ces troubles et leurs rôles dans la psychopathologie de la femme enceinte et du post-partum.

METHODE : Nous avons réalisé une revue de la littérature systématique sur les troubles du sommeil chez la femme enceinte. Nous avons retenu 94 articles qui font le lien entre le sommeil et la psychopathologie pendant la grossesse et pendant le post-partum. Nous avons complété ces articles par des ouvrages qui traitent de la dynamique psychique de la grossesse. Aucune limitation de date de publication n'a été fixée.

RESULTATS : La grossesse affecte le sommeil sur le plan qualitatif et quantitatif. Les perturbations du sommeil sont évolutives et sujettes aux variations physiologiques propres à la grossesse, si bien qu'elles deviennent plus accentuées. Leurs répercussions sur l'humeur de la femme enceinte peuvent aller de l'irritabilité à la dépression. Le retour à un sommeil réparateur pendant le post-partum est difficile à cause de l'arrêt brutal des sécrétions placentaires, le baby blues, l'allaitement et le rythme du bébé. Les facteurs étiologiques de ces perturbations sont multiples ce qui limite l'efficacité de la réponse thérapeutique en plus des difficultés à la prescription médicamenteuse.

CONCLUSION : Les troubles du sommeil sont sous-estimés dans le suivi des femmes enceintes, ils doivent être recherchés et pris en charge lorsqu'ils sont invalidants afin de prévenir la survenue des troubles de l'humeur et leurs conséquences sur le lien mère enfant.

ABSTRACT :

INTRODUCTION: sleeping disorders are present during the pregnancy and during post-partum. The aim of our work is to understand the physiopathology of these disturbances and their roles in the psychopathology of the pregnant woman and in post-partum.
METHOD: we realized a review of the systematic literature on sleeping disorders concerning pregnant women. We had to select 94 articles which made the link between sleeping and psychopathology during the pregnancy and during post-partum. We completed these articles by works on the psychological dynamic of pregnancy. We didn't have any limit of date of publication.

RESULTS: Pregnancy affects sleeping qualitatively and quantitatively. The disturbances of sleeping are evolutionary and subject to the physiological variations of pregnancy. Their repercussions on the humor of pregnant women can go from irritability to depression. The return in a repair sleeping during post-partum is difficult because of the rough hormonal modifications, baby blues, the feeding and the rhythm of the baby. Etiologics factors of these disturbances are multiple, which limits the efficiency of the therapeutic answer besides the difficulties to the medicinal prescription.
CONCLUSION: Sleeping disorders are underestimated in the follow-up of pregnant women, they must be looked for and taken care when they are invalidating to warn the arisen of the disorders of the humor and their consequences on the link between mother-child.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 19

I. INTRODUCTION : 20

II. MATERIELS ET METHODE 23

II.1 LA MÉTHODE 23

II.2 LE RECUEIL DES DONNÉES ET LA SÉLECTION DES ARTICLES 23

II.3 LES TERMES RECHERCHES 24

III. RESULTATS 24

A. PREMIERE PARTIE : LA PHYSIOLOGIE ET LA PHYSIOPATHOLOGIE DU SOMMEIL CHEZ L'ADULTE 24

A.1 LA PHYSIOLOGIE DU SOMMEIL 24

A.1.1. La définition de l'état veille et du sommeil 24

A.1.2. L'architecture du sommeil 25

A.1.3. La fonction du sommeil 28

A.1.4. La régularisation du rythme veille sommeil 29

A.1.5. Les variations du sommeil chez la femme adulte 32

A.2 LA PHYSIOPATHOLOGIE DU SOMMEIL 42

A.2.1. Les définitions et les classifications 42

A.2.2. L'insomnie 43

A.2.3. L'hypersomnie paroxystique liée à une pathologie du sommeil 45

A.2.4. Les parasomnies 46

A.2.5. Les troubles du sommeil et les pathologies psychiatriques 49

A.3 L'EXPLORATION DU SOMMEIL 52

A.3.1. L'examen clinique 52

A.3.2. L'agenda du sommeil 52

A.3.3. Les outils d'évaluation 54

A.4 LE RÊVE 59

A.4.1. L'activité cérébrale pendant le sommeil 59

A.4.2. Le rêve proprement dit 60
A.4.3. La neurophysiologie du rêve 61
A.4.4. La fonction du rêve 62

B. DEUXIEME PARTIE : SOMMEIL ET GROSSESSE 64
B.1 LES MODIFICATIONS DU SOMMEIL PENDANT LA GROSSESSE 64
B.1.1. Les modifications hormonales 64
B.1.2. L'architecture du sommeil 65
B.1.3. Les facteurs influençant le sommeil pendant chaque trimestre 66
B.1.4. Les rêves et les cauchemars 69
B.2 LA DYNAMIQUE PSYCHIQUE DE LA GROSSESSE ET SON IMPACT SUR LA QUALITÉ DU SOMMEIL 70
B.2.1. Le désir d'enfant 71
B.2.2. L'enfant imaginaire 72
B.2.3. La transparence psychique 72
B.2.4. La préoccupation maternelle primaire 73
B.2.5. L'objectalisation de l'enfant 74
B.3 LES LIENS ENTRE LE SOMMEIL ET LE TROUBLE DÉPRESSIF 75
B.3.1. La dépression prénatale (anténatale) 75
B.3.2. Les facteurs de risque 76
B.3.3. Les conséquences fœtales de la dépression prénatale 77
B.3.4. La dépression prénatale et les troubles du sommeil 78
B.4 L'INFLUENCE DU SOMMEIL SUR LE STRESS PRÉNATAL 79
B.4.1. La définition du stress 79
B.4.2. L'hypothèse sur le rôle du stress dans la survenue de la dépression 79
B.4.3. Les liens entre les troubles du sommeil et l'anxiété 81
B.5. L'INFLUENCE DU SOMMEIL SUR L'ACCOUCHEMENT 83

C. TROISIEME PARTIE : LE SOMMEIL ET LE POST-PARTUM 84
C.1 LES MODIFICATIONS DU SOMMEIL PENDANT LE POST-PARTUM 84
C.1.1. Les modifications hormonales 84
C.1.2 L'architecture du sommeil 85
C.2 LA DYNAMIQUE PSYCHIQUE DU POST-PARTUM 86
C.2.1. Le processus du deuil 86

C.2.2. L'attachement maternel 89

C.3 LE POST-PARTUM BLUES « BABY BLUES » 89

C.4 L'INFLUENCE DU SOMMEIL SUR LES DÉCOMPENSATIONS PSYCHIATRIQUES DU POST-PARTUM 91

C.4.1. La dépression du post-partum 91

C.4.2. L'état de stress post-traumatique 96

C.5 LE SOMMEIL ET L'ALLAITEMENT 99

C.6 LE LIEN ENTRE LE SOMMEIL, L'ALLAITEMENT ET LA FATIGUE MATERELLE 100

C.7 LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL 102

C.7.1. Les moyens thérapeutiques 102

C.7.2. Les indications thérapeutiques 113

C.7.3. L'allaitement maternel et la prise médicamenteuse 114

C.7.4. Le soutien psycho-social 116

D. QUATRIEME PARTIE : DESCRIPTION DE CAS CLINIQUE (supprimé) 118

D.1 CAS CLINIQUE N°1 118

D.2 CAS CLINIQUE N° 2 129

D.3 CAS CLINIQUE N° 3 131

D.4 CAS CLINIQUE N° 4 135

IV. DISCUSSION 137

V. CONCLUSION 143

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 145

ANNEXES

Annexe (1)	151 (supprimé)
Annexe (2)	152
Annexe (3)	153, 154
Annexe (4)	155, 156
Annexe (5)	157
Annexe (6)	158, 159, 160

LA LISTE DES ABREVIATIONS

CRAT : Centre de référence sur les agents tératogènes.

CRPV : Centres régionaux de Pharmacovigilance.

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV.

DSM V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV.

EEG : Electro-encéphalogramme.

ESPT : Etat de stress post-traumatique**.**

FSH : Hormone folliculostimulante.

GABA : Acide gamma-aminobutyrique**.**

HAS : Haute autorité de santé.

HAD : Hospitalisation à domicile**.**

HTA : Hypertension artérielle

LH : Hormone lutéinisante.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

PMDD : Premenstrual Dysphoric Disorder.

PMI : Protection maternelle et infantile.

TCC : Thérapie cognitive -comportementale.

TISF : Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale.

WAIMH: World Association of Infant Mental Health.

I. INTRODUCTION :

C'est au cours de notre stage de pédopsychiatrie, à l'hôpital Necker des Enfants Malades que nous avons découvert le champ de la psychiatrie périnatale. Une spécialité qui s'intéresse non seulement à la femme pendant la grossesse et pendant le post-partum, sans pour autant négliger le bébé et le petit enfant jusqu'à l'âge de 2 ans ainsi que les processus relationnels entre eux deux.

Souvent nos interventions se faisaient en maternité, en réponse à la demande des médecins obstétriciens ou des sages-femmes devant des états psychiatriques aigus. Parfois il s'agissait d'un suivi psychologique selon une approche psychanalytique permettant à la femme enceinte de réaliser un travail sur soi pour répondre aux questionnements induits par les remaniements psychiques de la grossesse ou après la naissance du bébé.

Dans la vie d'une femme être enceinte demeure une expérience unique faite de changements morphologiques tels l'augmentation de la taille du ventre et physiologiques liés à la croissance fœtale. Ces modifications ont des conséquences diverses sur l'organisme : des troubles respiratoires, digestifs, urinaires et cardiovasculaires. Cependant la plupart d'entre elles sont transitoires et disparaissent après l'accouchement.

Lors de notre expérience clinique en périnatalité, nous avons été surpris par la complexité des tableaux psychopathologiques survenant en période périnatale mais aussi par la diversité de leur expression.

Notre constat clinique nous a fait remarquer la fréquence des plaintes liées aux insomnies et à leurs conséquences, qu'elles soient associées ou non à un tableau psychiatrique.

Il est aisé de trouver dans la littérature scientifique que les troubles du sommeil sont généralement plus fréquents chez la femme que chez l'homme.(1) ainsi l'insomnie est une fois et demie plus élevée chez la femme (2,3).La différence entre les deux est constatée en pratique courante et s'explique en

partie par la production hormonale. Les troubles du sommeil sont présents pendant la grossesse (1,4-15) et se prolongent plus tard avec l'arrivée du bébé pendant le post-partum.

Devant une clinique complexe et atypique, nous avons rencontré des difficultés vu la place qu'occupent ces troubles dans la psychopathologie périnatale de la femme.

En effet pendant la grossesse et pendant le post-partum la femme est plus vulnérable psychologiquement et ainsi sujette aux décompensations psychiatriques tels les troubles de l'humeur, les troubles anxieux ou plus rarement mais particulièrement plus graves les décompensations délirantes puerpérales.

Notons que les troubles du sommeil sont présents et importants dans de nombreuses pathologies psychiatriques telles la dépression ou encore la schizophrénie. Ils sont à la fois symptôme, facteur de risque ou de décompensation et aussi un indicateur thérapeutique de l'amélioration clinique.

Ce qui nous a amené à envisager ce travail dont l'objectif principal est de comprendre la genèse et la physiopathologie des troubles du sommeil et d'expliquer leurs rôles dans la psychopathologie de la femme enceinte. Quant à la place qu'ils occupent : Faut-il les considérer comme un trouble majeur ? Est-il primordial de les prendre en charge précocement afin de prévenir une décompensation psychiatrique? Ou s'agit-il d'un trouble adaptatif transitoire propre à cette période qu'il faut respecter sans qu'il soit nécessaire d'intervenir?

Depuis les premiers travaux sur le sommeil chez la femme enceinte qui remontent à la fin des années soixante Karacan et al (2) les mécanismes restent incertains et les études documentées peu nombreuses. De plus ces troubles sont le plus souvent ignorés et sous-estimés par les soignants considérés plutôt comme faisant partie des «petits maux de la grossesse». Or leur proximité avec les troubles de l'humeur pendant le post-partum nécessite une meilleure connaissance afin de mieux identifier les formes sévères et la prise en charge doit être rapide et adaptée pour prévenir les complications psychiatriques.

Nous allons aussi essayer de comprendre le rôle que pourrait avoir l'état psychique de la femme enceinte, à savoir le parcours psychodynamique qui va de la transparence psychique aux premières interactions maternelles précoce (16) dans l'origine et l'entretien de ces troubles.

Enfin nous avons été limités dans nos prescriptions, vu que tout médicament concerne non seulement la mère mais aussi le fœtus pendant la grossesse et plus tard pendant l'allaitement au sein. C'est un véritable « casse-tête » thérapeutique, de par notre anxiété à prescrire des molécules à visée hypnotique (benzodiazépines et apparentés benzodiazépines), et du manque de recommandation de bonne pratique quant au traitement des troubles du sommeil en périnatalité. De plus le traitement pharmacologique s'avère souvent peu efficace, d'où notre objectif secondaire qui est de proposer des réponses thérapeutiques plus adaptées à cette période.

Notre travail sera divisé en quatre parties, la première va comprendre les caractéristiques physiologiques et physiopathologiques du sommeil chez l'adulte. Pour commencer nous allons définir les états de veille/ sommeil, les différents stades du sommeil, et ses caractéristiques chez la femme adulte en fonction des différentes périodes de sa vie génitale (la période de reproduction active et la ménopause). Par la suite nous évoquerons succinctement la classification des pathologies du sommeil puis nous citerons les outils et les moyens d'exploration.

Puis nous décrirons les caractéristiques du sommeil pendant la grossesse, en premier les modifications du sommeil pendant chaque trimestre de la grossesse, et leurs conséquences sur l'humeur de la mère. Nous essayerons de donner une vision psychodynamique entre la dynamique psychique consécutive à la grossesse et les troubles du sommeil qui peuvent être associés à des rêves ou des cauchemars.

Dans la troisième partie nous parlerons de la période du post-partum immédiat et des premières interactions avec le bébé. Les conséquences des perturbations du sommeil dans la genèse des complications psychiatriques et le rôle joué dans la qualité de la relation mère-bébé seront aussi mentionnés, nous évoquerons ensuite les solutions thérapeutiques avec leur spécificité du fait des

risques de certaines médications (les médicaments et leurs effets secondaires notamment) sur le fœtus et plus tard sur le bébé.

Enfin dans la dernière partie nous parlerons de cas cliniques rencontrés pendant nos consultations de périnatalité ou au cours de l'activité de pédopsychiatrie de liaison à la maternité de « l'hôpital Necker des Enfants Malades ».

Dans ce travail nous exposerons uniquement les grossesses non pathologiques sans complications somatiques, mises à part les situations qui présentent une comorbidité psychiatrique associée.

II. MATERIELS ET METHODE :

II.1 LA METHODE :

Nous avons réalisé une revue de la littérature systématique sur les troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum.

II.2 LE RECUEIL DES DONNEESET LA SELECTION DES ARTICLES :

Nous avons effectué des recherches à partir du site internet de l'université Antilles Guyane www.univ.ag.fr, dans la rubrique bibliothèque, ce qui nous a permis d'avoir accès à la base de données médicales *de Pub Med*, *science direct*, et *Psycho Info*.

Nous avons consulté de nombreuses publications sur les troubles du sommeil et la grossesse. 94 articles nous ont paru pertinents et correspondent à notre sujet principal qui est l'articulation entre le sommeil et la psychopathologie. Pour cela tout d'abord nous avons choisi les articles qui traitent les troubles du sommeil chez la femme en dehors de la grossesse, puis les articles qui traitent de la période de grossesse, du post-partum ; et nous avons ensuite choisi de sélectionner les articles qui traitent des pathologies psychiatriques périnatales, et enfin les articles qui traitent de l'association

entre troubles du sommeil et pathologie psychiatrique. A savoir aucune limitation de date de publication n'a été fixée.

La recherche des articles s'est déroulée sur une période de 5 mois de Juin 2014 à Octobre 2014.

Nous avons aussi lu des ouvrages et des publications qui traitent de la périnatalité, afin de comprend les dynamiques psychiques de la grossesse, et des livres qui expliquent le sommeil et les mécanismes du rêves en privilégiant une approche psychanalytique.

II.3 LES TERMES RECHERCHES :

Nous avons utilisé pour notre sélection d'articles l'association de plusieurs mots clés en français et en anglais : « grossesse + troubles du sommeil », « postpartum+ troubles du sommeil », « périnatalité », « insomnie + femme enceinte », « hormones sexuelles et sommeil », « troubles du sommeil + dépression du post partum » «sleep disturbance in pregancy », « insomnia+pregancy », « insomnia+ mother infant relationship », « antenatal depression », « post partum depression ».

III. RESULTATS :

A) PREMIERE PARTIE : LA PHYSIOLOGIE ET LA PHYSIOPATHOLOGIE DU SOMMEIL CHEZ L'ADULTE :

A.1 LA PHYSIOLOGIE DU SOMMEIL :

A.1.1 La définition de l'état de veille et du sommeil:

L'état de veille alterne de façon périodique et régulière avec l'état de sommeil, pendant l'état de veille l'homme se trouve en interactions sensorielles avec son environnement, alors que le sommeil est caractérisé par une perte de la conscience éveillée, la réduction voire l'abolition des interactions avec le milieu extérieur et ses stimuli (17).

Il existe deux types de veille :

. La veille calme, survient lorsque l'individu est au repos, les yeux clos, on retrouve à l'EEG un tracé de l'activité électrique de type alpha, de 8 à 12 cycles/s ou Hertz. On note la présence de tonus musculaire et l'absence des mouvements oculaires rapides (17).

. La veille active, se manifeste par des yeux ouverts, elle correspond à une activité rapide à l'EEG à bas voltage donnant un tracé électrique de type béta, avec des mouvements des yeux et des paupières.

A.1.2 L'architecture du sommeil :

La première description des phases du sommeil remonte aux premiers enregistrements du sommeil et les travaux d'Alfred Loomis en 1937, qui a décrit ses cinq phases. Plus tard en 1953 Eugen Aserinski et Nathaniel Kleitman ont découvert des mouvements oculaires rapides lors d'une phase de sommeil, qui sera appelée par Michel Jouvet le sommeil paradoxal (18).

On retrouve à l'enregistrement électrique du sommeil une succession périodique de deux phases, la première phase est constituée d'ondes lentes c'est le sommeil dit lent, et la seconde phase est constituée d'ondes rapides c'est le sommeil paradoxal. Cette succession de phases constitue un cycle de 90 minutes environ qui se répète 4 à 5 fois pendant la nuit.

. Les phases du sommeil :

- **Le sommeil lent :**

Il représente 75 à 80% de la durée totale de sommeil. Il est constitué de 4 stades de profondeur croissante qui sont:

. *Le stade I :* il correspond à la somnolence, il est observé lors de l'endormissement et dure quelques secondes à quelques minutes. L'activité à l'EEG est mixte de 2 à 7 Hz, le tonus musculaire et les mouvements oculaires sont lents et ont une fréquence inférieure à 1Hz.

. *Le stade II :* le sommeil léger est caractérisé par une activité électrique mixte associée à l'apparition d'ondes sigma en fuseaux ou « spindles », ce sont des fuseaux rapides de fréquence allant de 12 à 14 Hz pendant un temps d'au moins une demi-seconde, et des complexes K (ondes diphasiques avec une composante rapide négative qui précède une composante positive un peu plus longue dans le temps). Ces ondes présentent une faible amplitude. Le tonus musculaire est présent pendant ce stade, en revanche il n'y a pas de mouvements oculaires.

. Les *stades III et IV :* ils correspondent à un sommeil lent et profond avec ralentissement des ondes à l'EEG. Elles sont de type delta d'une fréquence faible 0.5 à 2Hz et d'amplitude supérieure à 75 microvolts. Elles occupent une durée de 20 à 50 % dans le stade III et plus de 50% dans le stade IV ; le tonus musculaire tend à diminuer, la respiration devient lente et régulière, avec une baisse de la température du corps et un ralentissement de la fréquence cardiaque. Les mouvements oculaires sont toujours absents.

- **Le sommeil paradoxal (stade V) :**

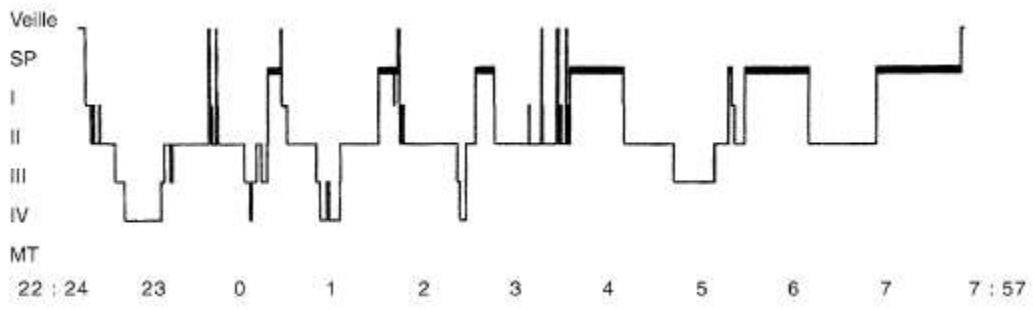
Il vient interrompre le sommeil lent. Il est appelé paradoxal car on retrouve à l'EEG des ondes rapides témoin d'une activité corticale intense proche de l'éveil ou de l'état d'endormissement (stade I décrit plus haut), et la présence d'ondes thêta ou ondes en « dents de scie » qui sont de morphologie triangulaire. Les mouvements oculaires sont présents, soit rapides et isolés, soit surviennent par bouffées sous des paupières fermées. La présence de ces mouvements oculaires rapides définit le sommeil paradoxal phasique et le sommeil paradoxal tonique lorsqu'ils sont absents.

Le tonus musculaire est quasiment aboli, en effet l'atonie musculaire peut être interrompue par de brèves décharges musculaires ou « twitches » au niveau du visage ou des extrémités. Pendant cette

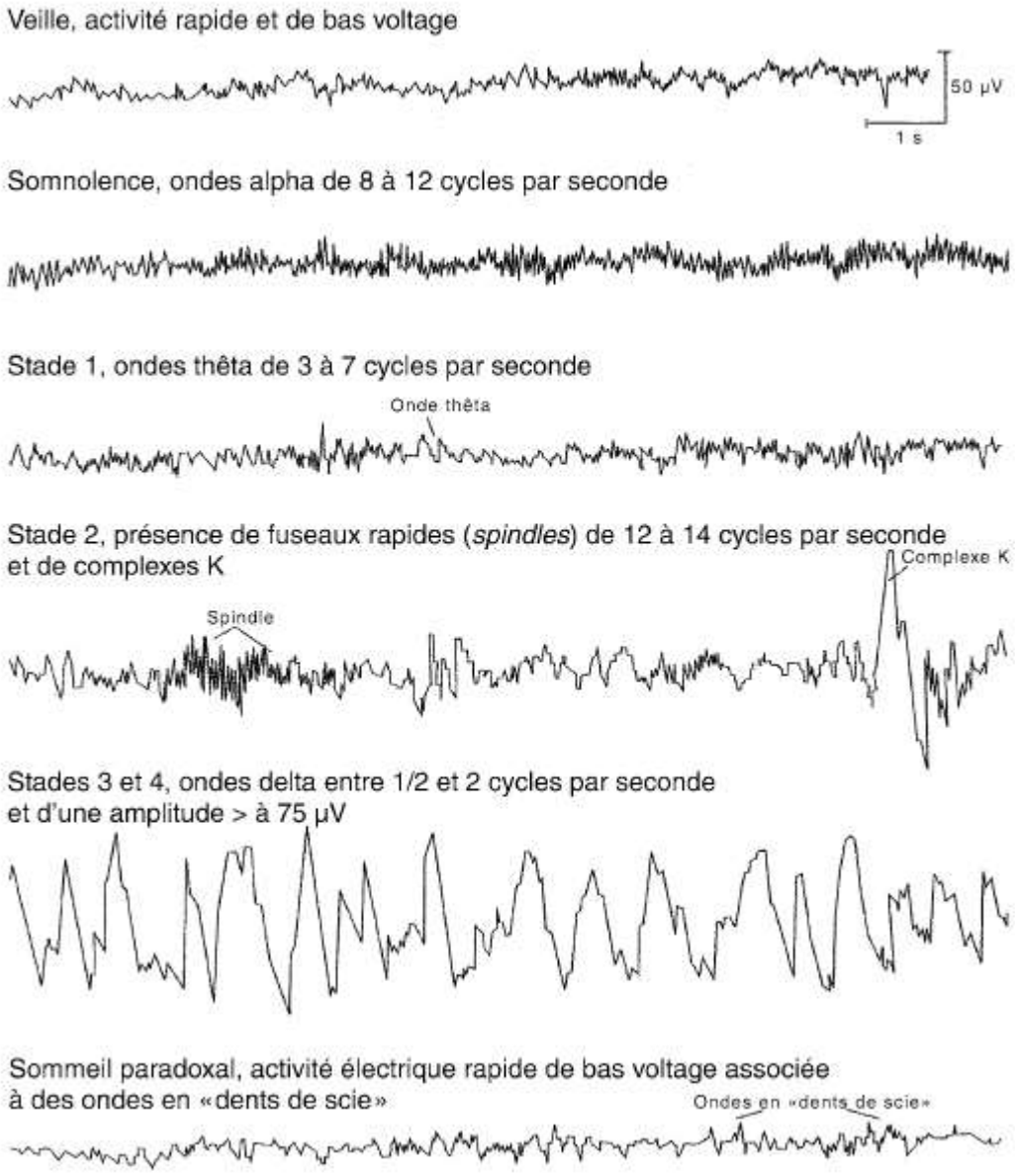
phase la respiration est irrégulière ainsi que la fréquence cardiaque (alternance de tachycardies et de bradycardies).

Le premier épisode de sommeil paradoxal apparait après 120 minutes de sommeil environ et dure entre 4 à 8 minutes, les derniers cycles ont tendance à s'enrichir de sommeil paradoxal contrairement aux deux ou trois premiers cycles (sommeil lent et sommeil paradoxal) qui comportent un sommeil lent profond (stade III et IV).

Le sommeil paradoxal s'achève souvent par un bref mouvement, clôturant un cycle.



*-Figure(1)**:** hypnogramme, microstructure du sommeil, en ordonnées sont représentés les stades du sommeil (SP : sommeil paradoxal, stade I II : sommeil lent léger III IV : sommeil lent profond. La durée du SP courte en début, elle devient plus longue. Alors que le sommeil lent fréquent en début, il devient absent en fin de nuit (17).*



-Figure(2) : Activité électrique en fonction des stades de sommeil. De haut en bas : veille ; somnolence ; stade 1,2 et 4 sommeil lent ; sommeil paradoxal (17).

A.1.3 La fonction du sommeil :

Le sommeil a une fonction vitale, certes sa suppression entraine des conséquences biologiques graves pouvant occasionner la mort si cela dure plusieurs jours (19), cependant son rôle n'est pas encore bien élucidé.

Le sommeil lent profond aurait une fonction de repos, de restauration voire de reconstruction cérébrale, en cas de privation importante cette phase sera augmentée. Le sommeil lent profond et le sommeil paradoxal auraient aussi une participation dans les processus de mémorisation et dans le renforcement des apprentissages (3,20) ainsi il existe au cours du sommeil lent profond une réactivation neuronale au niveau hippocampique après l'apprentissage d'une tache spatiale complexe.

La fonction du sommeil n'a pas uniquement de lien avec le cerveau, mais intervient aussi dans la croissance cellulaire (augmentation des divisions la nuit) et le renouvellement tissulaire, dans le métabolisme des glucides (le manque de sommeil entraine un état d'hyperglycémie voire un pré-diabète), ou encore dans la régulation du stress.(20)

A.1.4 La régulation du rythme veille/sommeil (17):

La régulation du sommeil fait appel à 3 processus qui sont le rythme circadien, l'ultradien et le processus homéostatique.

- *Le rythme circadien :* du latin circa « autour » et de « jour », est la période pendant laquelle s'alterne l'état de veille et de sommeil. Il permet la régulation d'autres fonctions physiologiques tel que la sécrétion hormonale et la température corporelle. Il est de 24 heures environ pour l'état veille/ sommeil.

La synchronisation se fait progressivement à partir de la naissance à la fois sous l'influence de l'horloge biologique et de synchronisateurs externes telles la température, l'alternance lumière obscurité et l'activité physique.

L'horloge biologique régit l'heure à laquelle nous avons sommeil, et à laquelle nous nous réveillons (18). Elle permet aussi le maintien de la périodicité endogène en fonction des variations environnementales. Elle est sous le contrôle des noyaux supra chiasmatiques qui se situent au niveau de la base du 3ème ventricule au niveau hypothalamique.

- *Le rythme ultradien :* il contrôle l'alternance du sommeil lent et du sommeil paradoxal, et dure 90 minutes. Il est le résultat de l'activation alternée de deux groupes de neurones interconnectés : les activateurs « sommeil paradoxal-on » situés au niveau de la formation réticulée pontique et le locus coeruleus alpha, et les inhibiteurs « sommeil paradoxal-off » situés dans le locus coeruleus et le noyau dorsal du raphé.
- *Le processus homéostatique:* c'est un processus accumulatif. le besoin de sommeil augmente pendant l'éveil jusqu'à ce qu'une accumulation suffisante soit atteinte qui interrompe l'éveil. Le mécanisme inverse survient pendant le sommeil. Une diminution du besoin de sommeil progresse jusqu'au seuil qui entraine le réveil.

Les processus de régulation suscités ne sont pas indépendants mais interagissent ensemble dans la régulation de l'état de vigilance.

Selon le modèle de Borbély il existe deux processus régulateurs de sommeil (12,17): le processus circadien permet de réguler de façon périodique le moment du sommeil (la nuit chez l'Homme) ; quant à la durée du sommeil, elle dépend du processus homéostatique en fonction de la durée du temps d'éveil qui précède l'endormissement. Ceci dit, plus la pression de sommeil est importante plus le sommeil avenir sera profond et long. En somme ces deux processus fonctionnent en opposition de phase.

La régulation du rythme veille/sommeil est aussi sous l'influence de mécanismes neuroendocriniens qui participent à l'homéostasie du sommeil, ils sont moins sensibles aux facteurs environnementaux (extrinsèques), et sont la thermorégulation, de la sécrétion d'hormones pituitaires, le cortisol, la prolactine, l'hormone de croissance, et la mélatonine.

. *La thermorégulation :* l'endormissement se fait dans la phase descendante de la température centrale de l'organisme alors que le réveil se fait en sens inverse, il a été constaté que le sommeil paradoxal est plus riche au moment où la température est la plus basse.

. *La prolactine :* Elle est sécrétée au moment de l'endormissement, avec des pics de sécrétion soit 9 à 14 pics par24 heures (21). Cependant on note une diminution au moment de l'éveil et sa sécrétion dépend du rythme circadien. Le décalage des horaires du sommeil entraine celui de sécrétion.

. *Le cortisol :* La sécrétion de cortisol est maximale tôt le matin, et baisse durant les premières heures du sommeil. Le maximum de sécrétion est constaté pendant le sommeil paradoxal.

. *L'hormone de croissance (GH) :* la sécrétion de l'hormone de croissance se fait dans les 20 à 30 premières minutes de l'endormissement. Elle est associée au sommeil lent profond et dure 1 à 2 heures. Cette sécrétion est liée aux premiers cycles de sommeil lent. Les pics les plus importants de sécrétion se font pendant les stades III et IV.

Enfin, il existe des facteurs pouvant influencer le sommeil tel que la génétique (la quantité de sommeil suffisante par jour est variable en fonction de chaque individu), l'âge (les besoins en sommeil varient selon les différentes périodes de la vie notamment dans les âges extrêmes) et les facteurs psychologiques dans les cas de personnalité avec un terrain anxieux. L'anxiété ayant impact sur la qualité du sommeil.

. *La mélatonine :* c'est un puissant synchronisateur endogène du rythme circadien du sommeil, cette hormone qui est sécrétée sous l'influence de la lumière est quasi-inexistante pendant la journée. En revanche sa sécrétion se fait la nuit avec un pic concomitant avec la température corporelle la plus basse. La mélatonine est sous l'influence de facteurs environnementaux, exemple le travail de nuit ou encore le « jet lag », sont à l'origine d'une désynchronisation du rythme veille sommeil. Le « jet lag » se voit lorsqu'on traverse plusieurs fuseaux horaires, cela entraine une dérégulation des sécrétions hormonales dont la mélatonine et donc engendre des troubles du sommeil (diminution de la durée de sommeil, fragmentation du sommeil, somnolence diurne excessive)(22), une durée d'adaptation de quelques jours est souvent nécessaire pour un retour à l'équilibre physiologique(17).

Les processus de régulation du sommeil varient en fonction de l'âge et du sexe(12). D'une part le vieillissement entraine une avance de phase de la sécrétion de mélatonine qui est aussi diminuée et

une avance de phase de la baisse de la température corporelle, ainsi que la diminution de la durée totale du sommeil marquée par un réveil matinal plus précoce par rapport à un individu plus jeune. D'autre part la participation des hormones sexuelles ovariennes notamment, est à l'origine de différences physiologiques du sommeil entre les hommes et les femmes qu'on développera dans les chapitres suivants (1, 12, 23).

A.1.5 Les variations du sommeil chez la femme adulte:

Il existe une variation dans la sécrétion de hormones sexuelles en fonction des différents stades de vie de la femme (la puberté, la période de reproductive active, et la ménopause), mais aussi des variations pendant chaque période, entrainant des modifications anatomiques, physiologiques, et métaboliques.

Depuis deux décennies, on s'intéresse beaucoup plus à l'influence que peuvent avoir les hormones sexuelles sur le sommeil chez la femme, et on essaye de comprendre les différences qui existent avec les hommes, ces derniers semblent être moins touchés par les troubles du sommeil que les femmes à un âge moyen de leur vie (entre 20 et 40 ans), avec un rattrapage à des âges plus avancés (1).

A.1.5(a) Pendant la période reproductive active :

A partir de la puberté et ce jusqu'à la ménopause la femme va être confrontée à des modifications hormonales cycliques définissant le cycle menstruel ; ces modifications sont accompagnées de variations de l'humeur, des fonctions cognitives, de l'appétit et de l'activité sexuelle. Il existe aussi des variations physiologiques qui touchent la température centrale (augmentation de la température centrale de 0.5°C à la deuxième moitié du cycle) les ovaires (maturation folliculaire) ; l'utérus (hypertrophie de l'endomètre) ou encore la tension des glandes mammaires, ce qui a amené les

scientifiques à se poser la question de l'influence de ses variations hormonales sur le rythme veille/ sommeil.

<u>Les variations hormonales au cours du cycle menstruel (régulier) :</u>

La durée du cycle menstruel est de 28 jours en moyenne, l'ovulation survient au 14ème jour séparant le cycle en deux phases : du premier jour des règles jusqu'à l'ovulation c'est la phase folliculaire (phase de maturation et de croissance folliculaire) et la phase lutéale qui suit l'ovulation (phase progestative ou phase du corps jaune) qui en l'absence de fécondation abouti à la survenue des menstruations.

Au début de la phase folliculaire les taux des œstrogènes et de la progestérone sont bas. La sécrétion d'œstrogènes va augmenter progressivement alors que le taux de progestérone reste bas, jusqu'à ce que le maximum de concentration soit atteint (taux d'œstradiol supérieur à 300 pg /ml) en phase péri-ovulatoire. Puis il s'en suit un pic de sécrétion de la LH et de la FSH par l'hypophyse qui déclenche l'ovulation au 14ème jour. Après le pic ovulatoire il existe une diminution brutale de la sécrétion des œstrogènes et une deuxième ascension des œstrogènes en phase lutéale tardive. Pendant la phase lutéale, la sécrétion de la progestérone par le corps jaune augmente progressivement avec un effondrement de celle-ci quelques jours avant les menstruations.

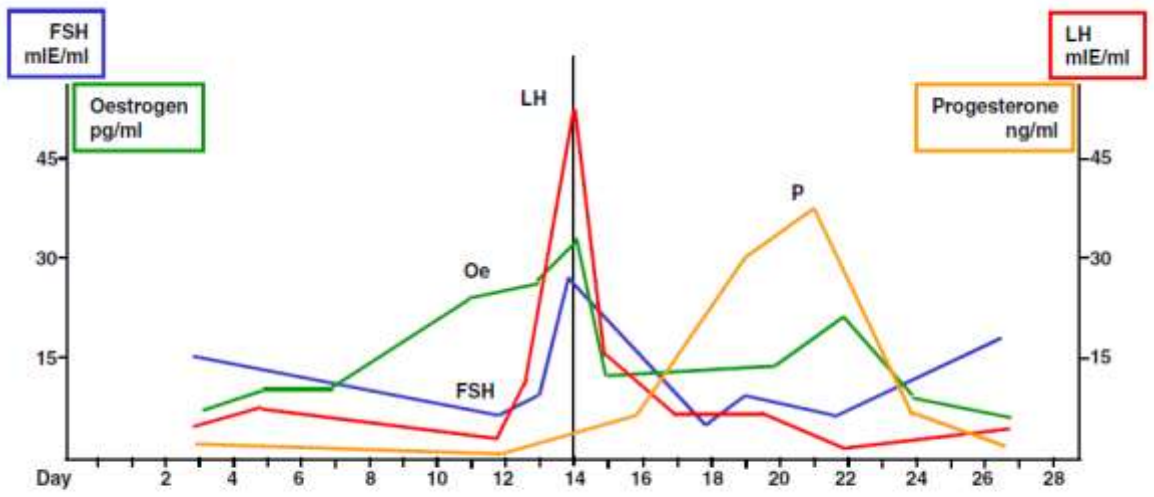


Fig. 1. Female sex hormone concentrations across the menstrual cycle (Schmidt-Matthiesen, 1992, modified).

Figure(3) : Le cycle menstruel(12).

L'influence des hormones sexuelles sur le sommeil :

. *La progestérone (1) :*

La progestérone est synthétisée à partir des précurseurs du cholestérol par le corps jaune après l'ovulation, puis par le placenta si fécondation et nidation il y a.

Elle possède une action thermogénique par l'augmentation de la température centrale du corps de 0.5°C, une action inhibitrice sur le système nerveux avec des effets analgésique et anesthésique, et à forte dose elle peut avoir une action anticonvulsive et hypnotique(24) qui serait liés aux métabolites actifs de la progestérone tel l'allopregnanolone neurotransmetteur agoniste des récepteurs GABA.

Les connaissances de l'influence de la progestérone sur le sommeil (en tant que neurotransmetteur) sont pauvres chez les Humains, contrairement au rat chez qui de nombreuses recherches ont été réalisées. Il a été démontré que l'administration de progestérone ou de ses métabolites actifs chez le rat male diminue l'éveil, la latence du sommeil sans les mouvements oculaires rapides et l'activité des bandes de fréquences lentes (<7Hz). En revanche, elle augmente l'activité des bandes de fréquence rapide.

La progestérone pourrait aussi avoir une influence sur le sommeil paradoxal. Deux études ont été réalisées sur le rat male. A savoir dans la première étude : l'injection d'une forte concentration de progestérone provoque une diminution de la proportion du sommeil paradoxal, contrairement à la seconde ou l'injection d'une faible concentration de progestérone (soit 180 mg/kg) directement au niveau de la formation réticulaire pontique entraine une augmentation du sommeil paradoxal. Les résultats contradictoires de ces deux études nécessitent d'autres recherches sur le rôle direct de la progestérone sur l'architecture du sommeil.

La sécrétion de la progestérone peut être également influencée par le manque de sommeil, qui va entrainer une augmentation de la concentration de la progestérone dans le sang.

. *Les œstrogènes :*

Il a été découvert récemment que les œstrogènes ont un rôle de neuromédiateur cérébral, qui intervient dans la régulation des performances cognitives, l'humeur, la coordination, la douleur et le sommeil (12).

Contrairement à la progestérone, le manque de sommeil entraine une diminution de la concentration plasmatique des œstrogènes (24).

L'influence du cycle menstruel sur le sommeil :

Les premières études du sommeil chez la femme en fonction du cycle menstruel remontent aux années soixante.

En 1966, Hartmann a réalisé des enregistrements du sommeil pendant 4-5 mois pour étudier le cycle menstruel chez 8 femmes. Les résultats ont montré que la durée totale du sommeil n'est pas modifiée, en revanche celle du sommeil rapide serait en relation avec la phase du cycle, elle est basse durant la phase folliculaire, et maximale au milieu et vers la fin de la phase lutéale. L'hypothèse de cette variation serait liée à l'augmentation du taux de la progestérone à la fin de cycle (2).

De nombreuses études ont été menées depuis mais souvent sur des échantillons de petite taille, avec des méthodologies peu rigoureuses rendant les résultats peu fiables parfois même contradictoires et incohérents (1,12, 25, 26); et ne tenant pas compte de la grande variabilité interindividuelle du cycle menstruel. Les fluctuations hormonales propres à chaque phase du cycle sont aussi des paramètres difficiles à contrôler et donc des biais d'interprétation non négligeables (1).

Plusieurs études ne retrouvent pas de liens significatifs entre cycle menstruel et durée, latence et qualité du sommeil (12), d'autres au contraire retrouvent des difficultés d'endormissement et une fragmentation du sommeil par des éveils nocturnes pendant les périodes ovulatoires et prémenstruelles, ou une somnolence diurne en phase lutéale (27).

D'autres études explorant le sommeil avec un enregistrement cérébral ne montrent pas de modifications de l'architecture du sommeil pendant le cycle menstruel chez la femme jeune (26), cependant on note une proportion plus élevée du sommeil paradoxal au début de la phase folliculaire contrairement à la phase lutéale du cycle (1,12). La fréquence moyenne des fuseaux rapides « spindle » à l'EEG est la plus basse en phase folliculaire (18 jours avant la survenue des règles), et la plus élevée en phase lutéale avec un maximum à 3 jours avant les menstruations (1, 12, 27). De plus la puissance spectrale des fuseaux rapides « spindle » est plus élevée également en phase lutéale selon une autre étude, ceci serait lié aux effets des métabolites actifs de la progestérone sur les récepteurs GABA (27).

Le statut hormonal a été longtemps ignoré dans les études comparatives de sommeil entre les deux sexes, et souvent les femmes ont été exclues dans les études sur les processus de régulation du sommeil. On commence à peine à s'intéresser aux spécificités propres à la femme et à l'influence du cycle menstruel sur le rythme circadien du sommeil. Il est difficile donc de mettre en place des protocoles de recherche en tenant compte des nombreuses variations du cycle menstruel propre à chaque femme.

En somme, les données actuelles montrent qu'il n'existe pas de variations objectives suffisamment quantifiables quant à la qualité et à la durée du sommeil chez la femme adulte jeune avec des cycles menstruels réguliers.

Le sommeil et la dysphorie prémenstruelle:

La dysphorie prémenstruelle (Premenstrual Dysphoric Disorder « PMDD ») est un trouble de l'humeur qui touche environ 1.8 à 5.8 % des femmes adultes pendant la période reproductive et survient à la phase lutéale du cycle menstruel. Selon la définition du DSM V il fait partie des troubles de l'humeur non spécifiés, il regroupe une humeur dépressive, une irritabilité ou colère, une labilité émotionnelle, la modification de l'appétit avec hyperphagie et une appétence pour certains aliments, une anxiété, une diminution d'intérêt pour les activités ainsi que des difficultés de concentration. De plus s'ajoutent des symptômes physiques qui sont des tensions ou gonflement des seins, des céphalées, des douleurs articulaires ou musculaires, et une prise poids. Les désordres affectifs peuvent être sévères avec un retentissement sur l'activité professionnelle (diminution de l'efficacité) ou le fonctionnement habituel de la femme (évitement des activités sociales). Le diagnostic ne peut être confirmé qu'après la survenue des troubles sur deux cycles menstruels consécutifs.

Les troubles du sommeil sont fréquemment retrouvés dans la dysphorie prémenstruelle, ils font partie des 11 critères nécessaires au diagnostic de PMDD selon le DSM V (the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Five Edition). Ils se manifestent par : une hypersomnie ou insomnie, des éveils nocturnes, des cauchemars, une fatigue au réveil avec un état de Léthargie, une fatigabilité excessive avec perte d'énergie marquée, et sont plus marqués en fin de cycle (26, 28).

L'étude réalisée par Parry et al en 1989 (12), s'applique à deux groupes de femmes : Dans le premier groupe on note une symptomatologie prémenstruelle dépressive sévère, quant au second (le groupe

contrôle sain) on retrouve une augmentation du stade II du sommeil et une diminution du sommeil paradoxal à l'enregistrement.

Le sommeil et le syndrome prémenstruel :

Le syndrome prémenstruel associe le ou les symptômes suivant à savoir : l'inconfort psychologique, la prise de poids, le besoin de tendresse, le gonflement des bras et des jambes, la douleur, le trouble de la concentration, les troubles du sommeil et de l'appétit. Il partage de nombreux symptômes avec la dysphorie prémenstruelle sans le caractère de sévérité et de retentissement affectif majeur.

Sommeil et dysménorrhées :

Les dysménorrhées sont des douleurs abdomino-pelviennes chroniques rythmées par les règles, elles surviennent soit avant début des règles, soit pendant celles-ci. Elles durent un à deux jours, sont plus fréquentes chez la femme jeune et peuvent avoir un retentissement socio professionnel important (absentéisme, arrêt de travail, contre-performances sportives). Le caractère cyclique et répétitif des dysménorrhées a un impact psychologique et pendant cette période le sommeil est fragmenté et de qualité médiocre.

A.1.5 (b) La contraception orale et sommeil :

Le cycle menstruel chez une femme sous pilule contraceptive (œstro-progestative) n'est pas physiologique, car elle modifie la sécrétion endogène des hormones stéroïdes ovariennes. Les oestro-progestatifs oraux influencent donc les rythmes circadiens de la température du corps et la sécrétion de la mélatonine qui seront plus élevées (la nuit pour la mélatonine).

L'architecture du sommeil est aussi modifiée, la proportion du sommeil lent profond est moins grande, un stade 2 (du sommeil lent) plus marqué, et une latence de début du sommeil paradoxal plus

courte. Le sommeil paradoxal est plus important cependant les contraceptifs oraux n'ont pas influence sur la qualité de sommeil de manière subjective (27).

Les données de la littérature scientifique de l'influence des contraceptifs oraux sur le sommeil sont pauvres, vu que le traitement hormonal contraceptif est souvent un critère d'exclusion des femmes dans les études du genre (différences entre les sexes) ou dans celles de l'influence du cycle menstruel sur le sommeil.

A.1.5(c) La ménopause et le sommeil :

Définition de la ménopause :

La ménopause est un arrêt permanent des menstruations depuis au moins 12 mois. Elle est caractérisée par une chute importante des hormones stéroïdes secondaire à l'épuisement du capital folliculaire, contrairement au taux des gonadotrophines (hormones pituitaires : la folliculo-stimuline FSH et la lutéotrophine LH) qui restent élevées. Elle survient chez la femme aux alentours de 50 ans.

La ménopause est associée dans 68-85 % des cas à un phénomène climatérique : les bouffées vasomotrices, les insomnies retrouvées dans 55 à 71 % des cas (12), et une sécheresse vulvo-vaginale avec dyspareunie sont secondaires à la carence oestrogénique (en œstradiol).

D'autres symptômes sont présents de façon inconstante tels : l'asthénie, la prise de poids, les arthralgies, les myalgies, les céphalées, les étourdissements, les vertiges, le prurit, la constipation, la perte d'attention et de la mémoire, le manque de motivation, la dépression, l'anxiété et l'irritabilité.

L'insomnie durant la ménopause :

L'insomnie constitue un motif fréquent de consultation pendant la ménopause (1). Elle se manifeste par des difficultés d'endormissement, des éveils nocturnes fréquents, ou encore un réveil matinal précoce qui lorsqu'il est isolé (sans bouffées vasomotrices) doit faire rechercher d'autres signes de dépression associée (12). Le manque de sommeil et la sensation de fatigue peuvent dégrader l'humeur ou majorer une symptomatologie dépressive préexistante.

Les mécanismes :

Les mécanismes de l'insomnie pendant la ménopause sont complexes et intriqués à savoir :

1) La carence oestrogénique :

Elle est responsable des bouffées vasomotrices qui sont des bouffées de chaleur, accompagnées de crises sudorales nocturnes parfois très gênantes, elles sont plus fréquentes en fin d'après-midi et en début de soirée selon un rythme circadien, l'éveil se produit en général juste avant leur survenue(1,26). Ces bouffées seraient liées à la sécrétion pulsatile de LH.

2) La modification des rythmes circadiens avec l'âge :

On retrouve une dérégulation des rythmes circadiens liée à l'avancée dans l'âge, cela concerne les rythmes biologiques de la température corporelle, les secrétions hormonales (mélatonine, cortisol par exemple) et le rythme veille/sommeil.

Ces modifications fragilisent le sommeil, comme c'est le cas pour l'acrophase de la température corporelle qui est en avance de phase chez la femme âgée comparée à l'homme de même âge. L'avance de phase de la température pourrait influencer l'heure du coucher (plus tôt) et donc favoriserait les éveils durant la nuit. Les femmes vont avoir ainsi le sentiment d'avoir peu dormi avec un réveil précoce.

De plus il existe une modification de la microstructure du sommeil liée à l'âge. Les liens entre la ménopause avec ses dérèglements restent peu étudiés (10).

3) Les troubles respiratoires pendant le sommeil :

Les ronflements ou les apnées du sommeil dont l'incidence augmentent avec l'âge y compris chez les femmes, favorisent la fatigue matinale et la somnolence diurne aggrave le vécu d'un sommeil dégradé et non réparateur.

4) Les troubles de l'humeur et l'anxiété :

Les troubles du sommeil vont être observés dès la pré-ménopause. C'est une période charnière pendant laquelle les cycles menstruels deviennent irréguliers témoins de dysovulation et de variabilité hormonale qui aboutissent progressivement à des cycles anovulatoires, cette période de transition est de durée variable (environ 4 ans en moyenne) (25).

. *L'architecture du sommeil :*

En dehors des éveils multiples, l'architecture du sommeil est respectée. Les quelques études avec polysomnographie et actimétrie ne montrent pas de différence significative chez les femmes ménopausées (1). Dans une étude réalisée en 2003 sur une large cohorte 589 femmes utilisant les données de la polysomnographie « The Wiscosin Sleep Cohort Study », on a retrouvé une architecture du sommeil plus préservée chez les femmes ménopausées (ou en post-ménopause) avec une propension de sommeil lent profond plus importante et une durée de sommeil totale plus longue, alors que les femmes en pré-ménopause avaient un sommeil léger (stade 1) plus court et un sommeil lent profond plus important (25).

A.2 LA PHYSIOPATHOLOGIE DU SOMMEIL :

A.2.1 Les définitions et les classifications :

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V [DSMV]:

Les troubles du sommeil sont définis par le DSM V comme : une plainte liée à son sommeil portant sur la qualité, la durée et le moment de l'endormissement, associée à un retentissement dans la journée.

Les troubles du sommeil sont classés en 10 catégories : l'insomnie, l'hypersomnie, la narcolepsie, les troubles du sommeil liés à la respiration, les troubles du rythme circadien du sommeil lent, de l'éveil/ sommeil, les cauchemars, les troubles du sommeil paradoxal, le syndrome de jambes sans repos, et les troubles du sommeil liés à une substance ou induits par une médication.

Cette classification est considérée comme un outil diagnostique, chaque trouble est défini selon des critères cliniques, accessibles surtout aux psychiatres et aux médecins non spécialistes, afin de les aider à poser le diagnostic, le suivi et à la prise en charge, sans l'intervention systématique du spécialiste.

Elle est basée sur les références cliniques, épidémiologiques, physiopathologiques et les résultats des études depuis la dernière classification du DSM IV.

On y retrouve une approche plus globale, qui s'intéresse aux diagnostics différentiels, aux comorbidités somatiques et aux facteurs pronostiques. On étudie aussi les situations cliniques où le trouble du sommeil est le symptôme d'une maladie somatique (cardiovasculaire, pulmonaire, métabolique….etc) ou neurologique (maladies neurodégénératives, atteintes motrices, ou processus démentiel). Les orientations de la prise en charge sont aussi présentes, notamment dans les situations

dans lesquelles le trouble du sommeil est associé à un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou encore un trouble cognitif.

La classification internationale des troubles du sommeil 2014 (ICSD3) :

Cette classification, établie par l'American Academy of Sleep Medicine, a remplacé celle de 1990, 1997 et 2005. Elle regroupe 6 catégories de troubles : les insomnies, les troubles respiratoires au cours du sommeil, les hypersomnies d'origine centrale, les troubles du rythme circadien, les parasomnies et les troubles du mouvement au cours du sommeil.

A.2.2 L'insomnie (3):

La fréquence de l'insomnie est de l'ordre de 35% dans la population générale. Elle est définie comme une expérience subjective pouvant se manifester par des difficultés d'endormissement, du maintien du sommeil avec éveil intra-sommeil, un réveil précoce, parfois la sensation d'un sommeil non réparateur avec des conséquences diurnes à type de fatigue, de somnolence, de difficultés attentionnelles et de concentration, une irritabilité ou encore des maladresses, etc.

A.2.2(a) L'insomnie occasionnelle ou de courte durée(22):

Elle comprend 25% des insomnies, et est d'installation récente sur une courte période de quelques nuits à un maximum de 3 semaines, souvent on retrouve un facteur déclenchant qui peut être une mauvaise hygiène du sommeil ; un changement d'environnement, du bruit, une température trop élevée ; une situation stressante ou ayant une charge affective importante tels : des événements de vie, des difficultés familiales ou professionnelles , ou encore une affection médicale (douleur aiguë, problème dentaire, infection pulmonaire avec dyspnée, toux,…). Enfin il peut y avoir d'autres

causes : une insomnie de rebond lors de l'arrêt d'un médicament hypnotique ou une insomnie d'altitude lors d'une ascension en haute altitude.

A.2.2(b) L'insomnie chronique primaire (3,22,29) :

Elle touche 9 à 10 % des sujets insomniaques, son tableau clinique se résume à une insomnie comme symptôme unique. Cette insomnie se manifeste par des difficultés d'endormissement, ou du maintien du sommeil avec un sommeil non réparateur pendant une durée égale ou supérieure à un mois. Elle associe un retentissement socioprofessionnel pendant la journée.

Il existe 3 étiologies possibles :

. *Psychophysiologique* avec une composante anxieuse (intériorisation de conflits psychologiques) et un conditionnement négatif au sommeil : la peur de ne pas dormir, le point de départ étant un évènement affectif ou stressant qui altèrent le sommeil.

. L*'hypnognosie ou un trouble de la perception du sommeil* qui correspond à une discordance entre le temps la plainte d'une absence totale de sommeil et l'enregistrement polysomnographique.

. L*'insomnie idiopathique* en rapport avec une dysrégulation du rythme veille/sommeil et qui remonte à l'enfance sans étiologies retrouvées, elle est très rare.

A.2.2(c) L'insomnie liée à une pathologie somatique :

Des symptômes fonctionnels d'une affection somatique peuvent provoquer une insomnie ou majorer une déjà existante tels la douleur, les brulures gastriques, le reflux gastro-œsophagien, ou lors d'un syndrome de jambes sans repos.

Parfois, il existe une perturbation des mécanismes de régulation du sommeil notamment dans les affections neurologiques telles les pathologies neurodégénératives à leur début : la maladie de parkinson, la démence des corps de Levy, ou la paralysie supra-nucléaire progressive, ou encore dans les processus démentiels avancés tels les maladies d'Alzheimer, la démence temporo-frontale….etc.

De l'insomnie peut être secondaire à une pathologie anxio-dépressive iatrogénique ou à une pathologie somatique à savoir un accident vasculaire cérébral, un cancer, une crise d'asthme…etc.

A.2.3 L'hypersomnie paroxystique liée à une pathologie du sommeil (30):

A.2.3(a) Le syndrome de Gélineau :

Il consiste en une alternance d'accès de narcolepsie et d'accès de cataplexie pouvant être associés à des hallucinations hypnagogiques. En général il touche l'adulte jeune de sexe masculin. Les accès sont déclenchés par un rire, une peur, une surprise ou toute émotion intense.

A.2.3(b) Le syndrome de Kleine-Levine (l'hypersomnie recurrente) :

Il s'agit d'épisodes d'hypersomnie avec clinophilie, hyperphagie potomanie, agressivité et hyperactivité sexuelle.

A.2.3(c) Le syndrome des apnées du sommeil (31) :

Il est défini par une association de troubles respiratoires nocturnes tels le ronflement, les pauses respiratoires, les sueurs, les troubles du sommeil et la perturbation de la vigilance diurne.

A.2.3(d) Le syndrome de Pickwick :

Il touche le sujet obèse lors des moments d'inattention sous forme d'accès d'hypersomnie et il est lié à une hypoventilation alvéolaire avec hypoxie hypercapnie.

A.2.3(e) L'hypersomnie idiopathique :

C'est une maladie rare, caractérisée par un sommeil nocturne anormalement lent avec un réveil difficile et des épisodes longs de somnolence diurne et peu réparateurs.

A.2.4 Les parasomnies (30,32):

A.2.4(a) Les cauchemars :

Les cauchemars apparaissent souvent dans des contextes particuliers tels un état dépressif sévère, une anxiété pathologique, un état de stress post-traumatique avec un syndrome de répétions ou d'origine iatrogène (prise de benzodiazépines ou de béta bloquants).

A.2.4(b) Le somnambulisme :

Il s'agit d'un automatisme ambulatoire inconscient qui survient dans les premières heures d'endormissement, c'est une manifestation rare qui touche 2% de la population adulte. Le sujet va se déplacer pendant son sommeil, le regard dans le vide exécutant des mouvements lents et maladroits de façon automatique comme se lever, s'assoir, parfois manger ou encore ouvrir des portes et sortir déambuler dans la rue, souvent on retrouve une somniloquie. Il dure quelques minutes à une demi-heure avec une amnésie partielle voire complète de l'épisode. Les accès de somnambulisme se voient pendant le sommeil lent et plus particulièrement pendant le sommeil lent profond.

A.2.4(c) Les terreurs nocturnes :

Il s'agit d'un éveil brutal pendant le sommeil lent profond sous forme de manifestations végétatives et comportementales témoin d'une sensation de peur intense, un état de confusion et une amnésie de l'épisode. Souvent le récit est vague et décrit une image ou une situation effrayante.

A.2.4(d) La somniloquie :

C'est l'émission inconsciente de paroles pendant le sommeil, elle peut être spontanée ou provoquée par une conversation avec le dormeur. La somniloquie survient habituellement au cours du sommeil lent léger et parfois au cours du sommeil paradoxal voire même pendant le sommeil lent profond.

Il s'agit de la production de paroles concernant un événement de la vie quotidienne ou un sujet de préoccupation. Elle apparait au cours du sommeil lent par contre celle qui survient au cours du sommeil paradoxal est en rapport avec le rêve qui sera développé un peu plus loin.

A.2.4(e) Les comportements oniriques du sommeil :

Ceux sont des épisodes moteurs qui surviennent pendant le sommeil paradoxal et qui sont l'expression du vécu onirique du rêve. Ils touchent les hommes d'âge mûr (87%). Ils sont souvent associés à une pathologie neurologique telle la sclérose en plaque, la maladie de parkinson, la narcolepsie, les accidents vasculaires ou les tumeurs du tronc cérébral. Cela s'explique par la disparition intermittente de l'atonie musculaire rendant possible les mouvements volontaires.

Ils surviennent par accès à la fin de chaque cycle de sommeil. Le comportement peut avoir une allure dramatique avec des scenarios catastrophes, de défense ou encore d'attaque, le sujet peut aussi crier, gémir, parler ; gesticuler…etc. Enfin il se réveille facilement et peut raconter son rêve.

A.2.4(f) L'épilepsie morpheique :

Elle touche plus les hommes que les femmes, son début remonte à l'enfance ou à l'adolescence et présente un caractère héréditaire (il existe des formes familiales).

Ce sont des crises d'épilepsie survenant pendant le sommeil uniquement (lent, léger et profond), d'origine frontale le plus souvent ou temporale.

Elle se manifeste par des éveils paroxystiques avec une activité motrice brutale, des épisodes dystoniques, dystonico-dyskinétiques ou des épisodes de déambulation avec agitation. L'épilepsie morpheique ne doit pas être confondue avec un somnambulisme ou des terreurs nocturnes.

Son diagnostic est difficile car les signes électriques sont absents à l'EEG pendant les crises et en période inter-critique. Il est retenu à la vidéo par l'accès stéréotypé et l'activité vasomotrice (tachycardie) qui survient juste après l'accès.

A.2.4(g) Les rythmies nocturnes (jactacio capitis nocturnus) :

Elles sont présentes au moment de l'endormissement chez la moitié des enfants de moins de un an et ont tendance à disparaitre avec l'âge. Elles peuvent se rencontrer chez les adultes atteints de graves troubles neuropsychiatriques et exceptionnellement chez le sujet sain. Elles peuvent survenir pendant le sommeil léger ou encore pendant le sommeil paradoxal sur une durée de 1 à plus de 30 minutes.

Elles peuvent avoir 3 modes d'expression :

. Le *headrolling,* il correspond à un mouvement rotatoire de la tête sur l'oreiller avec ou sans mouvement de bras associé, le sujet étant couché sur le dos ou sur un côté.

. Le *bodyrocking*, le sujet est en position à quatre pattes et se balance d'avant en arrière.

. Le *headbanging*, le sujet est à plat ventre avec appui sur les mains, tout en projetant sa tête sur l'oreiller.

Les mouvements se traduisent par des artéfacts musculaires de grande amplitude rythmique à 1 Hz environ.

A.2.4(h) Les mouvements périodiques des membres inférieurs (MPJS) (33-35) :

Les MPJS sont des mouvements involontaires, de type triple flexion du membre. Ces myoclonies périodiques se répètent toutes les 15 à 30 secondes le plus souvent, et surviennent pendant le sommeil lent. Elles peuvent entrainer de micro-éveils avec fragmentation du sommeil.

Leur diagnostic est fait par la polysomnographie (l'enregistrement des mouvements dans les parties distales du membre).

A.2.5 Les troubles du sommeil et pathologies psychiatriques (30):

De nombreuses affections psychiatriques sont associées aux troubles du sommeil.

A.2.5(a) Le trouble de l'humeur (17,36) :

65 à 75% des sujets déprimés se plaignent de troubles du sommeil (36), et dans 80 à 90% des cas il s'agit d'insomnie. Le sujet déprimé va avoir des difficultés d'endormissement, des éveils nocturnes multiples et un réveil matinal précoce.

Il existe des modifications de l'architecture du sommeil telles une augmentation de la latence d'endormissement et la durée des éveils à l'enregistrement polysomnographique. Il existe aussi un déficit du sommeil lent profond au début de nuit. Le délai d'apparition du sommeil paradoxal est bref avec une durée du premier épisode anormalement longue et un accroissement global dans son activité

et sa densité (mouvements oculaires rapides). On note une discontinuité du sommeil avec des éveils répétés qui réduisent sa durée globale.

L'insomnie précède accompagne et/ou persiste après la dépression. En effet il s'agit d'un symptôme résiduel très fréquent retrouvé dans la rémission d'un épisode dépressif majeur. Sa persistance est prédictive de risque de rechute.

L'insomnie peut être un symptôme prodromique d'une décompensation maniaque dans les troubles bipolaires.

L'hypersomnie se voit au cours des dépressions récurrentes uni ou bipolaires ou encore des dépressions dites saisonnières avec des manifestations dysphoriques associées.

A.2.5(b) Les troubles anxieux (30) :

Plus de la moitié des insomnies associées à une pathologie psychiatrique est liée aux troubles anxieux.

Les troubles anxieux regroupent : le trouble anxieux généralisé, l'état de stress post-traumatique.les états phobiques le trouble panique et les troubles obsessionnels compulsifs.

On note des difficultés d'endormissement du fait des ruminations anxieuses, parfois une veritable peur de dormir. Des éveils nocturnes répétés aboutissent à une fragmentation du sommeil ou encore des parasomnies qui sont au premier plan dans l'état de stress post traumatique dégradent la qualité de sommeil. Cependant il n'existe pas de modifications de l'architecture de celui-ci ni du sommeil paradoxal à la polysomnographie au cours des troubles anxieux.

A.2.5(c) Les Psychoses :

-La schizophrénie : l'insomnie précède souvent l'exacerbation des symptômes psychotiques lors des phases processuelles délirantes, et régresse lors de la résolution de l'épisode délirant. On note aussi des parasomnies dans la schizophrénie (22).

-La psychose hallucinatoire chronique particulièrement chez le sujet âgé est accompagnée d'insomnie. Les hallucinations cinesthésiques ne sont pas exceptionnelles pendant le sommeil.

A.2.5(d) Le tabac, le cannabis et l'alcool :

. *Le tabac :*

Le tabac favorise les insomnies d'endormissement avec une somnolence matinale, par contre pendant le sevrage il favorise les éveils nocturnes.

. *Le cannabis :*

La consommation de cannabis influence le sommeil. En cas de prise occasionnelle le cannabis permet un endormissement rapide du fait de ses effets anxiolytiques, qui ont tendance à s'estomper en cas de consommation régulière.

Le cannabis favorise la sécrétion de mélatonine qui va dérégler le rythme de sommeil, en diminuant le sommeil paradoxal et augmentant le sommeil profond.

.*L'alcool :*

L'alcool agit sur le sommeil en fonction de la quantité ingérée. A faible dose il a un effet hypnotique qui entraine une somnolence et favorise l'endormissement. Par contre à forte dose l'endormissement reste facile mais entraine des éveils intra-sommeil multiples en deuxième partie de nuit et ce contrairement à l'effet du cannabis qui augmente le sommeil paradoxal

A.3 L'EXPLORATION DU SOMMEIL :

A.3.1 L'examen clinique :

L'interrogatoire est une étape primordiale dans le diagnostic d'un trouble du sommeil. Il nous permet d'obtenir des renseignements sur le mode de vie, de rechercher les antécédents personnels et familiaux, et de connaitre les habitudes du sommeil (les heures du coucher et du lever, la durée des nuits au cours de la semaine et les week-ends) et enfin les facteurs influençant le sommeil tel que les saisons, la prise de stimulants alimentaires : café ou thé, consommation de tabac ou autres toxiques (alcool, cannabis).

Il permet de caractériser le type de troubles (insomnie d'endormissement, des éveils intra sommeil multiples ou réveil matinal précoce, hypersomnie….etc), son caractère transitoire ou chronique, le mode d'installation (brutal ou progressif) avec ou sans évènement déclenchant, et sa sévérité avec ou sans retentissement socio-professionnel.

Pour cela, une évaluation psychologique reste indispensable à la recherche d'une pathologie psychiatrique associée : anxiété, l'humeur dépressive, agitation psychique, ou productions délirantes.

On peut aussi interroger le conjoint, car il peut nous apporter des éléments complémentaires sur la qualité du sommeil (mouvement périodique, somniloquie, somnambulisme….etc). Et compléter l'interrogatoire par la passation d'un hétéro-questionnaire.

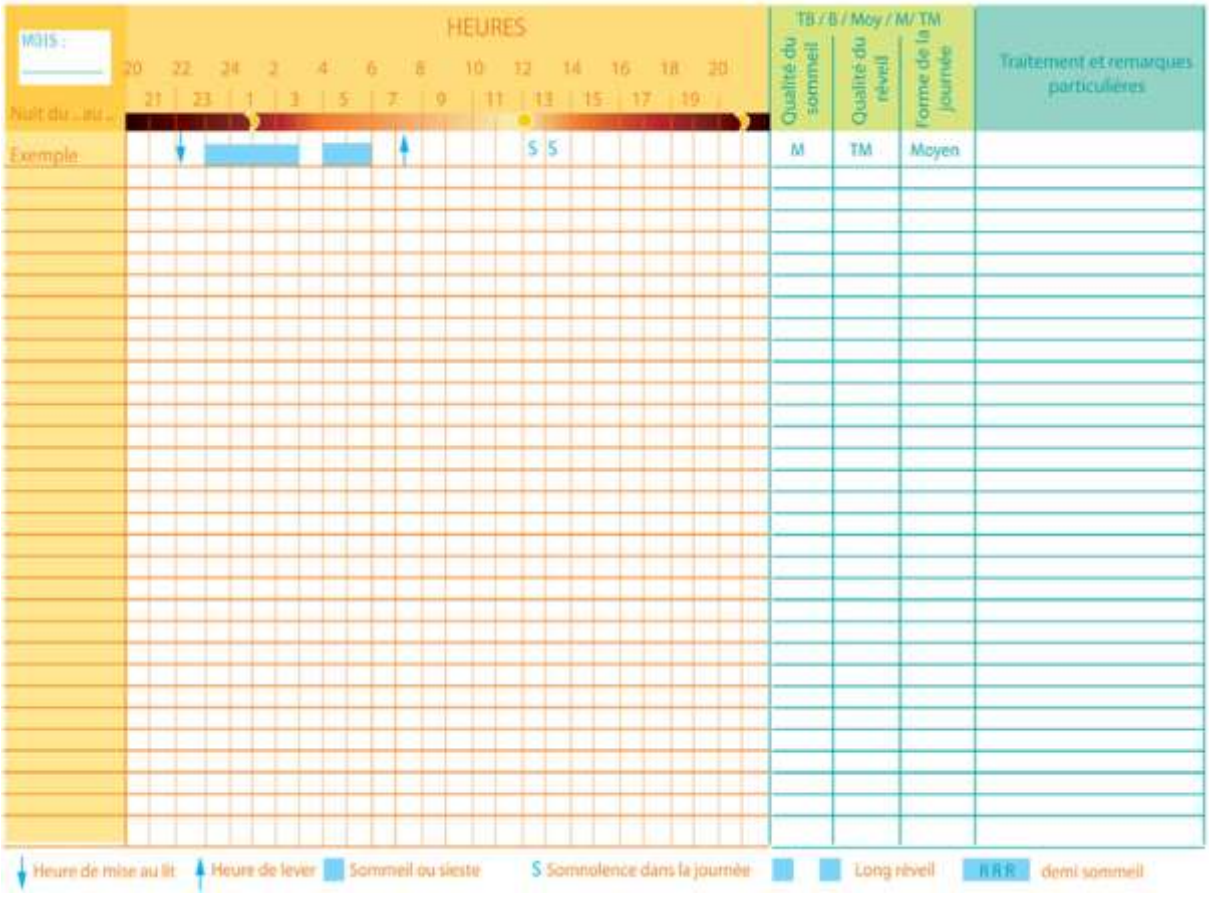
Enfin un examen physique doit compléter l'interrogatoire.

A.3.2 L'agenda du sommeil (3, 34, 37):

L'agenda du sommeil permet une évaluation subjective de la qualité du sommeil perçu par le patient. Il s'agit d'une évaluation quotidienne menée sur 10 à 15 jours. Il permet le recueil de l'heure du coucher, d'endormissement et du réveil; la sensation au réveil, la fatigue ou la somnolence ressentie dans la journée, le recours à une sieste, et la prise d'un hypnotique au coucher.

On peut ainsi évaluer la sévérité et la fréquence des troubles du sommeil qui peuvent aller de la mauvaise qualité à l'insomnie, l'agenda peut aussi nous orienter vers le sous type d'insomnie (d'endormissement, matinale précoce…etc.), et enfin il permet d'avoir une photographie sur le rythme du sommeil durant toute la semaine avec d'éventuelles variations pendant le week-end.

Il s'avère un outil simple et d'utilisation facile. Il constitue un bon moyen d'investigations des troubles du sommeil, cependant un mauvais remplissage de la part du patient constitue une limite à son utilisation.



Figure(4) : Agenda du sommeil (34).

A.3.3 Les outils d'évaluation :

A.3.3(a) Les auto-questionnaires :

Ils permettent une évaluation subjective du sommeil, et donnent des renseignements sur le vécu du patient pendant la nuit.

. L'échelle de Somnolence Epworth Johns MW (Sleep 1991 ; 14 :540-5) ***(cfr Annexe 2)*** *:*

Elle permet d'évaluer la somnolence subjective diurne. Le questionnaire contient 8 situations de la vie courantes pendants lesquelles le sujet peut s'endormir (dans la journée), exemple : devant la télévision, pendant la lecture d'un document…etc, le sujet a 4 possibilités de réponse pour chaque situation, de 0 (aucun risque de s'assoupir) jusqu'à 3 (grande chance de s'endormir). Un score supérieur 10 est le signe d'une somnolence pathologique (22).

. L'index de Sévérité de L'Insomnie (ISI) (Blais et al. 1997) ***(cfr Annexe 3)*****:**

Il permet d'objectiver la répercussion des troubles du sommeil sur la qualité de vie, il contient 5 items qui portent sur la sévérité des difficultés de sommeil, la satisfaction par rapport au sommeil, l'impact sur le fonctionnement quotidien et sur la qualité de vie, enfin l'inquiétude par rapport aux difficultés de sommeil. Le score varie de 0 à 28, en dessous de 8 il correspond à l'absence de dette de sommeil, de 9 à 14 : il s'agit d'un déficit de sommeil, et pour un total est supérieur à 15 c'est un signe de somnolence diurne excessive.

. Les autres questionnaires :

Il existe d'autres questionnaires tels ceux qui explorent les croyances et attitudes à l'égard du sommeil, sa continuité et sa qualité (Index de qualité du sommeil de Pittsburgh, Questionnaire d'évaluation du sommeil de Leeds) (3).

. Les échelles d'anxiété et de dépression :

Il est nécessaire de compléter les auto-questionnaires suscités par des échelles à la recherche d'une comorbidité anxieuse et/ou dépressive tel la STAI A-B, le questionnaire abrégé de Beck, l'échelle

d'évaluation de la sévérité de l'anxiété et de la dépression, le *mini international neuropsychiatric interview* (MINI) ….etc.

. **Le Questionnaire de typologie circadienne :**

L'auto-questionnaire sur la matinalité-vespéralité de Horne et Östberg permet d'évaluer la typologie circadienne et explore le chronotype qui est le rythme du sommeil.

Il est constitué de 19 questions qui portent sur le rythme de vie du sujet (l'heure du réveil le matin et d'endormissement le soir, l'heure à laquelle il se trouve en forme, ou le plus fatigué…etc). Le score final varie entre 30 et 70, au-dessous de 30 le sommeil est considéré comme un sommeil vespéral extrême et au-dessus de 70 il correspond à un sommeil matinal extrême, de plus il peut y avoir des scores intermédiaires à savoir un sommeil neutre ; vespéral ou matinal neutre.

Cependant il reste peu utilisé en pratique courante et demeure plus utilisé dans les laboratoires spécialisés dans le sommeil.

A.3.3(b) Les mesures instrumentales :

. L'Actimétrie (22):

L'actimétrie est un outil d'évaluation spécialisé. Il permet une évaluation objective contrairement aux auto-questionnaires sus cités, et vient compléter les renseignements obtenus par l'agenda du sommeil. Aussi il permet d'évaluer la sévérité de l'insomnie et apporte des indications dans la prise en charge ultérieure.

L'actimètre est un appareil de la taille d'une montre qu'on porte sur le poignet non dominant. Il doit être porté en permanence le jour comme la nuit, sauf au moment des bains ou des douches. La durée de l'enregistrement est de 1 à 3 semaines.

Il est d'utilisation facile peu contraignante et permet de faire des enregistrements de longues durées voire plusieurs jours au domicile du patient.

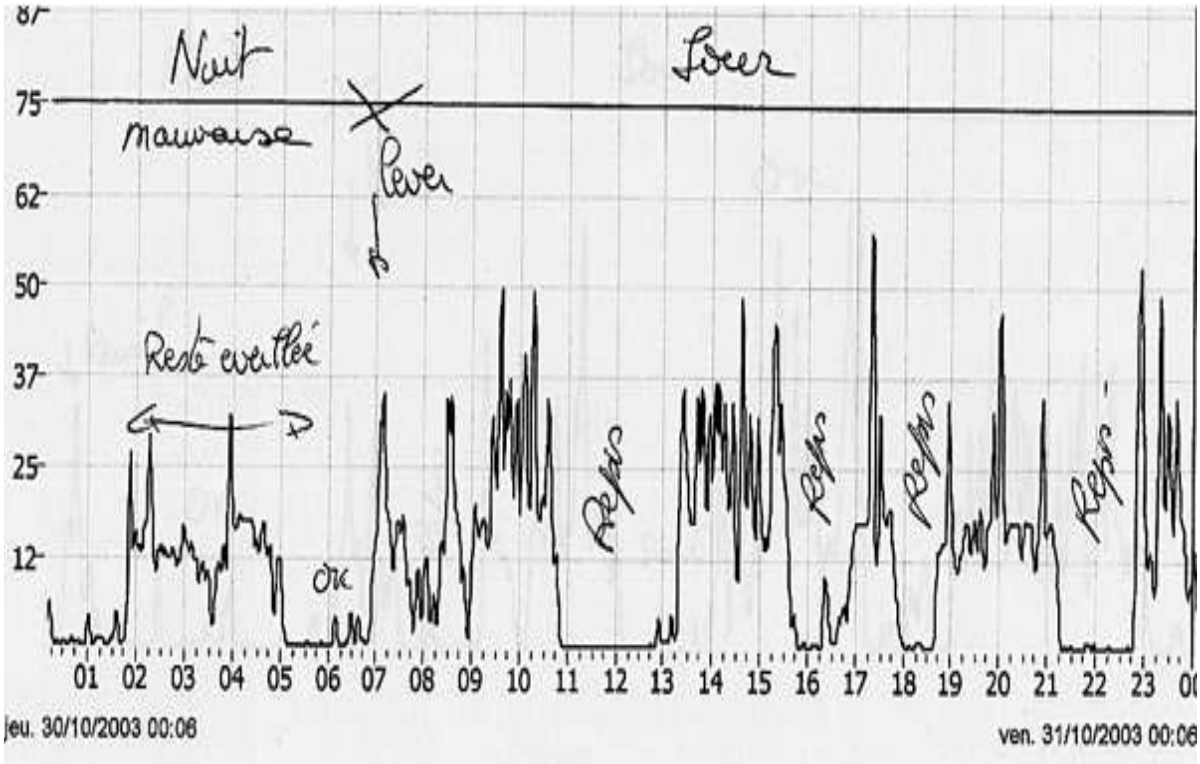
L'actimètre est constitué d'un capteur sensitif (piézo-électrique) qui détecte les accélérations des mouvements. Les impulsions engendrées par une accélération au-dessus d'un certain seuil (en général 0.1g) sont stockées dans une puce. Elles sont comptabilisées par unité de temps, habituellement de 10 secondes à 1 minute.(38).

L'actimètre enregistre donc l'amplitude et l'accélération de tous les mouvements, même légers (un rythme de mouvements supérieur à 40 mouvements par minute témoigne d'une période d'éveil et d'activité).

L'enregistrement actimétrique permet d'évaluer les mouvements de veille et de sommeil, sachant qu'il existe une bonne corrélation entre le rythme activité-repos et le rythme veille-sommeil ainsi on obtient des indications sur les rythmes de repos et d'activité. Elles témoignent dans une certaine mesure du rythme éveil-sommeil, des horaires de coucher et de lever, du temps passé au lit, du nombre et de la durée d'éventuels réveils nocturnes et siestes, enfin le profil du soir ou du matin (34).

Les données recueillies sont transférées sur une puce puis transmises à un ordinateur afin d'être interprétées.

Figure(5) :L'actimètre.



Figure(6) : Un exemple d'enregistrement actimétrique sur 24 heures(38).

Les paramètres les mieux étudiés sont la durée totale de la période d'inactivité et les éveils au cours de la nuit.

L'évaluation du sommeil reste souvent imprécise par l'actimétrie seule, il est recommandé de l'utiliser en complément de l'agenda de sommeil voire la polysomnographie. Elle ne permet pas de mesurer le pourcentage du sommeil lent profond ou du sommeil paradoxal, ni de poser diagnostic d'un SAS ou encore celui d'un syndrome de jambes sans repos (34). En revanche elle est indiquée dans l'exploration des insomnies chroniques avec suspicion de troubles du rythme circadien (avance ou retard de phase).

. La polysomnographie :

La polysomnographie comprend l'enregistrement des paramètres du sommeil, l'électroencéphalogramme (EEG), l'électro-oculogramme (EOG), l'électromyogramme (EMG), et des paramètres végétatifs associés, principalement de type cardiorespiratoires (17).

Elle permet de faire une évaluation objective des troubles du sommeil (analyse conventionnelle de la continuité et de l'architecture du sommeil, la microstructure du sommeil et l'analyse spectrale à l'électro-encéphalogramme) mais aussi celle des fonctions physiologiques (la fonction respiratoire, la fréquence et le rythme cardiaque et la température centrale) ainsi que les contractions musculaires (mesure des mouvements des membres inférieurs) (3).

Elle est indiquée dans les plaintes d'insomnie associant une somnolence diurne. En cas de suspicion de troubles respiratoires, on recherche les mouvements périodiques ou encore de troubles de la perception du sommeil.

L'enregistrement peut être réalisé en ambulatoire ou dans un laboratoire de sommeil pendant une nuit voire 2 à 3 nuits en cas d'insomnie sévère.

Dans le cas d'une suspicion de somnolence, l'enregistrement doit être prolongé (supérieur à 24 heures).

Le matériel utilisé peut être mobile par l'utilisation d'un appareillage portable ou classique.

La polysomnographie n'est pas un examen systématique car trop contraignante à la fois pour le technicien et pour le patient. Elle est uniquement indiquée dans les situations de mauvais sommeil lié à une cause organique tels : le syndrome de jambe sans repos, les mouvements périodiques au cours du sommeil, ou les troubles respiratoires nocturnes (ronflement, somnolence excessive). Elle peut être aussi indiquée lorsque le sommeil est conservé mais non réparateur (sans symptômes de dépression associés), dans les troubles du rythme circadien, et dans l'insomnie complexe ou rebelle à un traitement bien conduit.

. **Le test itératif de latence d'endormissement (TILE)** :

Il permet une évaluation objective de la somnolence et consiste en la réalisation de 4 à 5 enregistrements polysomnographiques à deux heures d'intervalle dans une journée avec la mesure de la latence d'endormissement. C'est un test de référence pour le diagnostic de la narcolepsie.

. **Le test de maintien de l'éveil (TME) :**

Le test de maintien de l'éveil mesure la résistance du sujet à s'endormir dans des conditions propices à l'endormissement.

A.4 LE REVE :

A.4.1 L'activité cérébrale pendant le sommeil :

L'activité cérébrale pendant le sommeil se manifeste sous différents formes. On peut rencontrer des productions hallucinatoires qui peuvent être visuelles, auditives et kinesthésiques. On parlera alors

d'hallucinations hypnagogiques lorsqu'elles surviennent au moment de l'endormissement et d'hallucinations hypnopompiques qui se rencontrent au moment du réveil (17).

Une activité mentale réflexive apparait pendant le sommeil lent contrairement au rêve qui lui survient pendant le sommeil paradoxal. Il s'agit d'une activité différente sur le plan qualitatif du rêve, elle est plutôt conceptuelle se rapprocherait plutôt de l'activité mentale de veille.

A.4.2 Le rêve proprement dit :

Depuis l'antiquité le rêve a toujours revêtu un caractère mystérieux. Il est rattaché à « l'esprit » ou à « l'âme ». Cette part immatérielle de l'Homme, qui abandonne le corps inerte chaque nuit pour « vagabonder » dans le temps et l'espace (39).

Le rêve est un message ou une révélation délivrée par les morts, les dieux ou encore les démons, dont le sens est caché et qu'il faut décoder (20).

C'est un phénomène fascinant qu'on a tenté d'expliquer depuis plusieurs siècles. Si bien que dans la Grèce antique le rêve est déjà expliqué comme étant une entité psychologique. Selon Socrate le rêve est « l'expression de la conscience », quant à Platon c'est « une fenêtre ouverte sur notre être le plus profond » (17).

Au milieu du 19ème siècle, Robert a été le premier à accorder au rêve une fonction « psycho-physique » (40). Sa théorie sera plus tard citée dans la *Traumdeutung* le manuel de « l'interprétation des rêves » de S.Freud en 1899.

Selon S.Freud « le rêve est le langage de l'inconscient », il lui attribue un sens et une fonction psychanalytique de liaison (liens associatifs) et de décharge. Le rêve est la voie d'expression des désirs inconscients refoulés et inavoués.

Enfin le sommeil paradoxal est découvert en 1953 par Michel Jouvet et depuis, on lui a associé le rêve (17,18,20). Cette association est une idée fixe qui perdure même après les travaux de D. Foulkes qui démontrent que le rêve survient aussi pendant le sommeil lent.

En effet si on réveille brutalement un dormeur pendant le sommeil lent, il va raconter son rêve une fois sur deux alors qu'un réveil pendant le sommeil paradoxal entraine un récit de rêve dans 80 à 100% des cas. La capacité de se souvenir du rêve serait liée à la mémoire immédiate qui est d'accès plus lent et moins performante pendant le sommeil lent qu'en sommeil paradoxal au moment du réveil (20).

A.4.3 La neurophysiologie du rêve :

Selon Michel Jouvet le sommeil paradoxal est une période pendant laquelle l'activité corticale n'est plus sous le contrôle des neurones modulateurs du cortex (neurones noradrénergiques, sérotoninergiques et une partie des neurones dopaminergiques qui ont des terminaisons corticales) et des stimuli extérieurs. Elle serait secondaire aux processus mnésiques accumulés pendant l'état de veille, la pensée consciente est absente par hypoactivité préfrontale alors que les régions cérébrales de la vision et des émotions sont en hyperactivité (20,41). Le vécu du rêve pendant le sommeil paradoxal est intensément émotionnel avec des sensations, des images, et des phénomènes hallucinatoires. On retrouve souvent des scénarios catastrophes avec une évolution narrative dramatique (17) tels échapper à des agresseurs, se battre contre des créatures, parfois il s'agit de situations bizarres et étranges tel que voler, parler à des animaux ou encore comprendre une langue qu'on ne parle pas.

La constitution du rêve se ferait à partir de l'incorporation d'expériences liées à des évènements vécus pendant les 24 à 48 heures qui le précédent. Il s'agit de petits détails insignifiants sans impact réel sur le vécu de la journée auxquels s'ajoutent des évènements plus anciens. De plus il existe pendant le rêve une incorporation d'éléments extérieurs tels les sons ou les bruits qui sont introduits

immédiatement dans la construction du scénario. Ces stimuli entrainent le réveil, c'est la chute du rêve, et deviennent alors le fil conducteur de ce dernier (41).

A.4.4 La fonction du rêve :

L'activité psychique est continue, elle ne s'interrompt jamais y même pendant la nuit. Le rêve constitue une expression temporelle de cette activité pendant le sommeil paradoxal. De plus le rêve possède une fonction biologique importante à savoir : la suppression de la phase paradoxale par phénomène de privation de sommeil chez l'animal entraine un état de stress biologique important et la mort peut survenir en dix à trente jours de privation (20). Chez l'homme, l'empêchement de dormir en continu entraine un état de psychose au bout de 100 à 120 heures (40).

A. Bourguigon s'inspirant du système neurobiologiste (sans ignorer le système psychanalyste), attribue aux rêves des fonctions biologiques multiples qui sont:

. *La fonction de stimulation :*

Dans l'ontogenèse, l'activité cérébrale pendant le sommeil paradoxal (où apparaitra plus tard le rêve) est alimentée par des stimuli endogènes qui agissent sur les centres corticaux moteurs et sensoriels ce qui permet la maturation neuronale du système nerveux central.

La proportion importante du sommeil paradoxal chez le nouveau-né et le nourrisson a une action sur le développement cérébral. Avec l'âge sa proportion diminue progressivement et la fonction de stimulation devient alors une fonction d'équilibre et d'homéostasie en réponse aux stimulations endogènes.

. *La fonction de décharge :*

La fonction de décharge permet la cessation des excitations internes qui constituent la source des pulsions sexuelles et d'autoconservation. Elle concerne les excitations psychosensorielles, végétatives et motrices.

. *La fonction de substitution :*

Par ses hallucinations, le rêve se substitue au bout de 90 minutes aux stimulations extérieures qui sont inexistantes pendant cette période du fait de la privation sensorielle spontanée liée au sommeil.

. *La fonction de liaison :*

En fait le concept de liaison est purement analytique, sa transposition sur le modèle neurophysiologique permet d'expliquer que pendant la phase paradoxale il y a une modulation corticale et une coordination dans la réponse aux stimulations et aux décharges salvatrices qui s'en suivent. Ainsi le rêve agit en tant que filtre entre les stimulations internes (pulsions) et leurs expressions.

Enfin Michel Jouvet expose la théorie de « programmation génétique », que le sommeil paradoxal permet de renforcer ou d'effacer les nouveaux apprentissages (pendant l'éveil) selon une programmation génétiquement déterminée. Il s'agit là d'une réinitialisation régulière du cerveau pendant le sommeil (18).

B) DEUXIEME PARTIE : SOMMEIL ET GROSSESSE

B.1. LES MODIFICATIONS DU SOMMEIL PENDANT DE LA GROSSESSE :

La grossesse est une période pendant laquelle la prévalence des troubles du sommeil est élevée, 64 à 86% des femmes enceintes rapportent une altération de la qualité du sommeil (42). Ainsi l'insomnie concerne 50% à 62 % des femmes enceintes (43), alors que les éveils nocturnes sont présents chez 98 % d'entre elles(42).

B.1.1 Les modifications hormonales(44):

Les variations hormonales modifient les caractéristiques du sommeil tel que le temps d'endormissement, son maintien et sa durée.

. *La progestérone :*

Le taux de progestérone augmente tout au long de la grossesse pour atteindre 130 ng/mL au moment du terme. Elle a un rôle essentiel dans le maintien de la grossesse par son action inhibitrice sur le muscle lisse, et a une action sur le tonus utérin empêchant les contractions du myomètre, de plus elle agit sur le muscle lisse et à d'autres niveaux : pulmonaire, rénal et digestif.

. *Les œstrogènes :*

Les œstrogènes sont synthétisés par le placenta pendant la grossesse. Leur synthèse croit jusqu'à atteindre 110 ng/ml au moment du terme, ils augmentent la circulation sanguine utéroplacentaire.

. *La prolactine :*

La sécrétion de la prolactine est périodique et respecte un rythme circadien, avec un maximum de sécrétion la nuit pendant le sommeil profond. Pendant la grossesse le taux plasmatique de prolactine est élevé, son taux sérique augmente à partir de la 10ème semaine de gestation jusqu'à atteindre son maximum pendant le 3ème trimestre (21). Ceci permet le développement des glandes mammaires.

Cette augmentation de prolactine est liée aux œstrogènes qui sont élevés pendant la grossesse et qui inhibent l'action lactotrope de la prolactine au niveau du sein. Après l'accouchement cette inhibition est levée et la lactation devient possible. Nous verrons dans la troisième partie le rôle que jouera cette hormone dans le rythme veille/sommeil pendant la période de l'allaitement au sein.

B.1.2 L'architecture du sommeil :

La durée de sommeil est la plus importante pendant le premier trimestre (3,12), puis on constate une stabilisation de ce dernier jusqu'à la fin du deuxième puis d'une dégradation de celui-ci au 3ème trimestre de la grossesse.

Au 3ème trimestre l'augmentation de la fréquence des éveils nocturnes aggrave le manque de sommeil avec une durée totale plus courte (45).

Il existe aussi des variations subjectives, la femme enceinte va décrire son sommeil comme étant moins profond et agité au cours de ces premières semaines de sa grossesse avec des éveils plus faciles aux stimuli environnementaux. A ceci s'ajoute une fragmentation de celui-ci en fin de grossesse. Les cauchemars donnent le sentiment d'un sommeil non réparateur et de mauvaise qualité (12).

. *L'enregistrement polysomnographique :*

Il existe peu d'études sur le sommeil avec une mesure polysomnographique chez la femme enceinte (26) du fait des difficultés méthodologiques qui entravent la réalisation d'études sur de grands échantillons de sujets.

Les travaux publiés jusqu'à ce jour sont peu fiables (faibles échantillons), et les résultats contradictoires ne permettent pas leur généralisation.

Dans la revue de la littérature de A.L. Moline et al 2003 sur le sommeil des femmes de la puberté à la ménopause, sont citées deux études avec des résultats proches : la fréquence d'éveils après le début

du sommeil est plus importante au fur et à mesure que la grossesse évolue, tandis que la proportion du sommeil paradoxal a tendance à diminuer, jusqu'à sa disparition les 2ème et 3ème jours du postpartum (45). Enfin une réapparition du sommeil paradoxal se fait à partir du 4ème jour cependant il reste beaucoup d'incertitudes et d'inconnus sur l'architecture du sommeil pendant la grossesse.

B.1.3 Les facteurs influençant le sommeil pendant chaque trimestre :

Les troubles du sommeil sont présents dès les premières semaines de la gestation et évoluent en fonction du déroulement de celle-ci. On note des variabilités propres à chaque trimestre, ce qui explique les mécanismes physiopathologiques multifactoriels.

Au cours du 1er trimestre :

13 à 20% des femmes enceintes se plaignent de troubles du sommeil.

L'origine endocrine est le plus souvent incriminée. L'élévation importante du taux de la progestérone, cela expliquerait l'endormissement rapide et la somnolence diurne. De plus la fatigue ressentie pendant les premières semaines aggrave la somnolence avec un recours fréquent à la sieste. La durée totale du sommeil au cours de ce trimestre est la plus importante de toute la grossesse.

Le sommeil peut être interrompu par des éveils nocturnes dus à des mictions fréquentes, à des nausées ou encore au reflux gastroœsophagien (24).

Enfin l'état psychologique du début de la grossesse peut aussi dégrader la qualité du sommeil. Souvent il existe un état anxieux pendant les premières semaines lié à l'incertitude du devenir de la grossesse au risque de perdre le bébé ce qui peut occasionner des insomnies d'endormissement. Les ruminations anxieuses sont exacerbées de jour comme de nuit la veille des prises de sang et des consultations obstétricales et notamment de la première échographie.

Au cours du 2ème trimestre :

Au cours de ce trimestre, malgré une période qualifiée de « Lune de miel », pendant laquelle la femme enceinte s'adapte progressivement à son état, on note une diminution de la fatigue et de la somnolence, seuls 19% des femmes enceintes continuent à se plaindre de leur sommeil pendant ce dit trimestre (26).

Les premiers mouvements du bébé sont perturbants voire confusiogènes pour la future maman, la découverte de cette nouvelle sensation peut être à son tour source d'angoisse et de préoccupations. De plus Les mouvements fœtaux occasionnent des sensations de tiraillement parfois des crampes ou des douleurs aigues qui peuvent interrompre la continuité du sommeil.

A la fin du 6ème mois la dégradation de la quantité du sommeil se fait ressentir avec l'apparition de désagréments physiques liés au poids et la taille du fœtus. Des malaises tels les brulures gastriques, le reflux gastro-œsophagien, ou les crampes au niveau des mollets…etc. Les cauchemars sont de plus en plus fréquents perturbant ainsi la qualité du sommeil (le vécu subjectif). La survenue précoce de manifestations somatiques au cours de ce trimestre, favoriserait l'installation d'une symptomatologie dépressive voire une véritable dépression anténatale (46).

Au cours du 3ème trimestre :

66 à 90% des femmes enceintes présentent une dégradation de leur sommeil (31). Le temps d'endormissement devient plus long, les insomnies et les éveils pendant la nuit se multiplient. Cette dégradation est secondaire à l'inconfort général induit par la croissance fœtale et par conséquent l'augmentation de la taille de l'utérus (24):

. De plus notons des difficultés à trouver une position confortable pour dormir.

. Des douleurs abdominales et/ou lombaires, parfois des sensations d'oppressions thoraciques occasionnées par les mouvements fœtaux ou par son positionnement sont majorées par le décubitus dorsal.

. Il existe mictions fréquentes liées à la diminution de la capacité vésicale et à la pression utérine, qui constituent l'une des principales causes des éveils intra-sommeil et des difficultés à se rendormir.

. La prise de poids en fin de grossesse peut avoir des conséquences ventilatoires (ronflements et syndrome d'apnées du sommeil), et joue un rôle important dans les éveils nocturnes et la somnolence diurne. Cette somnolence diurne est une incapacité à rester éveillé qui ne se répare que par le sommeil (34). On la retrouve dans 23% des cas pendant ce 3ème trimestre(47,48), et elle entraine avec le manque du sommeil, une baisse des performances telles l'exécution des tâches quotidiennes, l'attention et l'altération de la mémoire, enfin elle influence l'humeur qui devient labile avec une irritabilité associée.

. Le syndrome de jambe sans repos (SJSR) se manifeste par des plaintes telles : des impatiences des jambes, des paresthésies qui obligent la femme à bouger ses membres, d'insomnie d'endormissement ou de sommeil non réparateur, ou encore une fatigue. Son diagnostic est clinique et repose sur l'interrogatoire. On doit rechercher l'association de 4 signes cliniques obligatoires (le besoin impérieux de bouger les membres, en période de repos ou d'inactivité en position assise ou couchée, partiellement ou totalement soulagé par le mouvement et survient uniquement le soir ou pendant la nuit). Les autres signes sont facultatifs et ne contribuent qu'au diagnostic des formes atypiques(33).

Le SJSR est fréquemment retrouvé pendant le 3ème trimestre chez 11 à 26.6% des femmes enceintes. Il peut être inaugural, secondaire, ou peut s'aggraver lorsqu'il est déjà présent avec un maximum d'intensité pendant ce 3ème trimestre. En revanche la disparition de ces symptômes se fait habituellement pendant le premier mois du post-partum. Il existe plusieurs hypothèses qui peuvent expliquer la survenue du SJSR pendant la grossesse telles le déficit en fer et/ou en folates ou encore l'élévation transitoire des taux d'œstradiol pendant cette période (35,49)

. La fatigue est un symptôme physique très souvent confondu à tort avec la somnolence. Il s'agit d'une difficulté croissante à maintenir une tâche jusqu'à la fin. Notons à ce moment-là un effondrement des performances.

La fatigue est aggravée pendant la grossesse par le stress et l'insomnie, elle accentue le sentiment de détresse par rapport au manque de sommeil (50).

. Le prurit (44)entraine des démangeaisons qui peuvent occasionner des éveils nocturnes. Ses deux principales étiologies pendant la grossesse sont la sécheresse cutanée (secondaire à l'imprégnation hormonale) et la cholestase gravidique intra-hépatique. Dans ce dernier cas le prurit est lié à une accumulation des acides biliaires au niveau de la peau par défaut de leur excrétion. Cependant il ne présente aucun risque chez la femme, en revanche il peut provoquer une souffrance fœtale voire un accouchement prématuré.

Enfin plus on approche du terme de la grossesse, plus le manque de sommeil est mal vécu avec une irritabilité plus facile et des plaintes plus importantes. La demande de déclencher l'accouchement dans les cas extrêmes d'insomnie n'est pas exceptionnelle en pratique courante.

B.1.4 Les rêves et les cauchemars :

Les rêves et les cauchemars sont plus fréquents pendant la grossesse par rapport aux autres périodes de la vie. Il s'agit souvent de rêves désagréables, effrayants mais n'entrainant pas nécessairement le réveil, par contre il rendent le sommeil moins efficace et détériore sa qualité.

La physiopathologie de cette recrudescence de production des rêves reste floue, cependant les modifications hormonales et physiologiques (tel que le stress biologique avec un taux de cortisol élevé) induites par la grossesse, ainsi que les processus psychiques d'accès à la maternité semblent jouer un rôle important (51).

Il existe peu d'études objectives faites sur ce sujet. La seule étude comparative et prospective a été réalisée sur 57 femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse et sur un groupe de contrôle de 59 femmes, dans le laboratoire du sommeil à l'hôpital du Sacré Cœur de Montréal. Les principaux résultats de ce travail sont les suivants: les rêves désagréables sont 2.5 fois plus fréquents chez les

femmes enceintes que dans le groupe contrôle, et peuvent se répéter pendant la nuit. Cependant ils n'aggravent pas les troubles du sommeil présents (à savoir insomnie, éveils multiples, difficulté à se rendormir…etc). La fréquence des cauchemars est aussi plus importante (plus d'une fois par semaine) chez les femmes enceintes, cependant elle n'aggrave pas les troubles du sommeil déjà présents.

Enfin les rêves désagréables et les cauchemars aggravent le sentiment de détresse chez la future mère et détériorent la qualité et la perception péjorative du sommeil.

B.2 LA DYNAMIQUE PSYCHIQUE DE LA GROSSESSE ET SON IMPACT SUR LA QUALITE DU SOMMEIL (APPROCHE PSYCHANALYTIQUE) :

Jusqu'à présent nous n'avons évoqué que les modifications morphologiques hormonales et physiologiques dues à la grossesse, en revanche les remaniements psychologiques ainsi que leurs conséquences ne doivent pas être sous-estimés dans la physiopathologie des troubles du sommeil.

En effet on peut comparer la période de la grossesse à une période de transition dans la vie d'une femme. Elle serait une crise maturative semblable à l'adolescence. L'adolescence étant marquée par le processus d'entrée dans l'âge adulte et l'abandon de son monde d'enfant, idem pour la grossesse qui consiste en un abandon d'une part de soi-même. Pour devenir la mère de son propre enfant, alors qu'on a été l'enfant de ses parents. Cela fait resurgir des conflits internes latents souvent non résolus depuis l'enfance occasionnant des difficultés de positionnement identitaire. La résolution de ses conflits apporte une capacité de changement avec un accomplissement narcissique nouveau (52).

La complexité de la vie psychique de la jeune maman, plus particulièrement quand il s'agit du premier enfant, fait que nous avons choisi de fragmenter les différents questionnements et les processus d'élaboration psychique pour une meilleure compréhension de cette dynamique.

B.2.1 Le désir d'enfant :

C'est le point de départ du projet qui mène à la parentalité. Il s'inscrit dans une pratique ancestrale celle de perpétuer l'espèce. C'est une envie qu'ont les hommes de transmettre la vie à la fois en quête d'immortalité (en réponse à l'angoisse de mort omniprésente), mais aussi de fonder une famille avec l'envie d'identification à ses propres ascendants.

De nos jours, il est devenu une action consciente et volontaire dans une société moderne où la maitrise de son corps (l'utilisation de la contraception chimique), et le contrôle de sa carrière professionnelle sont de règle (53). Les exigences de la société (profession et famille) font que le moment de devenir mère est désormais planifié et réfléchi (programmation de la grossesse).

En réalité le projet et le désir d'enfant sont deux entités bien distinctes, la première est une idée consciente construite à partir de représentations familiale, culturelle et sociale. Celui-ci s'inscrit alors dans une temporalité, c'est la décision de satisfaire le désir.

Le désir d'enfant quant à lui apparait bien plus tôt, il nait dès la petite enfance et suit le cheminement du développement psycho-affectif de la petite fille jusqu'à la jeune adulte en âge de procréer. Les représentations inconscientes de ce désir viendront alimenter celles de l'enfant imaginaire pendant la grossesse.

Du point de vue psychanalytique, en se référant aux textes de S. Freud, le désir d'enfant a comme point de départ celui de la petite fille de vouloir ressembler à sa mère. Très tôt à partir de 18 mois (52), la petite fille en s'appuyant sur son propre vécu lorsqu'elle était bébé et que sa mère s'occupait d'elle, souhaite avoir son propre enfant, ainsi elle s'inscrit dans un mouvement d'identification au modèle qui est sa mère.

Ce désir va être refoulé pendant la période de latence et ce en parallèle avec la relation mère fille. La fillette se découvre dépourvue de phallus, pour y remédier et lutter contre cette angoisse de

castration, elle va tenter de l'obtenir de son père. Si bien que le désir d'enfant ne sera plus de s'identifier à la mère mais d'avoir un phallus.

Plus tard pendant l'adolescence avec la réactivation du conflit œdipien le désir d'enfant prend une dimension incestueuse puisque la fille désire avoir un enfant de son père. De plus l'adolescente va se comparer à la mère en tant que rivale et non en tant que modèle.

La version adulte du désir d'enfant garde cette dimension double à la fois incestueuse et homosexuelle (porter un enfant est une façon de reconnaitre sa propre mère en soi) ; qui réapparait à la levée du refoulement pendant la grossesse

C'est un processus complexe qui associe à la fois une part consciente, et une part inconsciente portant sur les représentations imaginaires que projette la future mère sur l'enfant avenir à qui on attribue déjà une fonction de réparation, d'accomplissement, de combler une solitude ou encore de guérir un deuil.

Enfin il ne faut pas confondre le désir d'enfant avec celui de grossesse, une femme peut désirer être enceinte sans pour autant désirer d'enfant.(52).

B.2.2 L'enfant imaginaire :

C'est l'idée que se fait la future mère de son bébé. Il est présent dans ses pensées bien avant sa conception, et est alimenté par des fantasmes et des envies : c'est l'enfant idéal, parfait et dépourvu de tout défaut.

B.2.3 La Transparence psychique :

Le concept de «Transparence psychique » décrit et développé par M. Bydlowski occupe une place importante dans la compréhension du fonctionnement psychique de la femme enceinte.

Elle correspond à une levée partielle de l'inhibition du refoulement. Ainsi ce mécanisme de défense est comme paralysé, laissant échapper et revenir à la surface du conscient sans aucune censure les souvenirs et les fantasmes passés profondément refoulés. Les thématiques abordées sont centrées sur la sexualité infantile et les fantasmes incestueux qui peuvent en découler, ou sur des thématiques narcissiques de régression orale ou encore sous forme de l'élaboration d'un deuil ancien (52). Elles sont ainsi évoqués et livrés sans filtre ni censure, alors que habituellement (en dehors de cette période), elles ne sont pas accessibles. Ces événements du passé peuvent parfois resurgir sous forme d'affects purs tels une tristesse profonde inexpliquée prise à tort pour une dépression.

B.2.4 La préoccupation maternelle primaire (54) :

Le psychanalyste britannique D.W Winnicott a décrit, pour la première fois en 1956, un état psychiatrique particulier chez la femme qui vient d'accoucher et qu'il a appelé « la préoccupation maternelle primaire ». Cet état se développe progressivement pendant la grossesse jusqu'à atteindre un maximum à la fin de celle-ci, et dans les suites de couches. Cependant il persiste quelques semaines après l'accouchement.

D'après D.W Winnicott La jeune mère va être dans un état de repli, de dissociation voire un état qu'on peut décrire comme schizoïde: une folie normale à cette période de la vie.

Cet état lui confère la capacité de d'adaptation de façon instinctive aux besoins de son bébé lors des premières interactions. C'est la capacité de dialoguer avec lui et de comprendre son langage même si la réponse apportée nécessite l'intervention d'une tierce personne si la maman en est incapable. Cet état constitue un cadre d'accueil de l'enfant qui commence à découvrir, et à vivre les premières expériences sensorielles de sa vie primitive ; en revanche leur absence peut occasionner une distorsion du développement du bébé les premiers temps.

Cette période est précieuse et utile tant pour la mère que pour le bébé, en effet Winnicott évoque les mères ayant «raté le coche au départ », et qui vont tenter de s'adapter aux besoins de leur bébé, sans la garantie de pallier au déficit. Ainsi la distorsion du développement à la découverte (après l'accouchement) ne sera jamais corrigée ou alors elle le sera au prix de grands efforts de la part de la mère, qui peuvent s'étendre sur une longue période.

B.2.5 L'objectalisation de l'enfant :

Il existe souvent une censure sur les sentiments habituellement inavouables pendant les consultations de périnatalité liée à la transparence psychique, cependant les préoccupations de la future mère restent essentiellement autocentrées. Parler de l'enfant qu'elle porte en elle reste un secret qu'elle refuse de partager. Ceci reflète d'une érotisation de cette présence à l'intérieur de soi. D'ailleurs il est connu que pendant la grossesse la libido et la sexualité sont mises à l'écart à partir du second trimestre et que la re-sexualisation ne réapparait qu'après l'accouchement.

Au fur et à mesure qu'on se rapproche du terme, notamment au cours du dernier mois de la grossesse et avec l'apparition de la préoccupation maternelle primaire prénatale, il s'opère un changement progressif dans l'orientation des représentations mentales de la future maman passant du contenant (elle-même) vers le contenu (le fœtus). Cette objectalisation psychique prépare la mère à la rencontre avec son futur bébé (55).

La préoccupation maternelle postnatale précoce permet une objectalisation définitive du bébé. Celle-ci étant un processus qui survient à cheval entre la période prénatale (fin de la grossesse) et postnatale (les premiers jours après l'accouchement), et qui traduit la continuité entre la transparence psychique et la préoccupation maternelle précoce. A la naissance l'attention de la mère s'oriente progressivement vers le bébé en délaissant l'objet interne (le fœtus qui était dans son ventre), et bascule vers le bébé qui est désormais présent « l'objet externe » (55).

Pour A. Bourguignon, il existe une réactivation des processus originaires de pensées pendant le sommeil chez la femme enceinte, il s'agit d'une organisation psychique archaïque semblable à celle du nouveau-né, cet état favoriserait l'intersubjectivité et la communication entre la mère et son bébé pendant la préoccupation maternelle primaire. L'état de rêve permet ainsi une élaboration et une construction plus complexe à partir de signifiants archaïques avec leurs intégration dans des scénarios fantasmatiques primaires. L'échec de cette fonction de liaison pourrait expliquer certains cauchemars par un refoulement insuffisant de signifiants archaïques laissant place à l'angoisse et l'effroi(56).

B.3 LES LIENS ENTRE LE SOMMEIL ET LES TROUBLES DEPRESSIFS :

On parle de «dépression périnatale » lorsque la dépression survient à tout moment de la grossesse jusqu'à un an après l'accouchement. Ce terme regroupe donc les dépressions prénatales et celles du post-partum. Nous allons traiter dans ce chapitre uniquement la dépression prénatale, en revanche celle du post-partum sera vue plus loin dans la 3ème partie de notre exposé.

B.3.1-La dépression prénatale (anténatale) :

La dépression prénatale est moins étudiée que la dépression du post-partum. La prévalence de celle-ci est estimée entre 10 et 25% (57). Elle varie en fonction du trimestre de la grossesse, elle est maximale au second trimestre 12.8 % par rapport au troisième trimestre 12 % et n'est que de 7.4% pendant le premier trimestre (58) où le diagnostic est plus difficile (59).

. *La sémiologie :*

Elle reste cependant sous diagnostiquée du fait de sa présentation atypique, car les critères diagnostiques habituels de l'état dépressif (comme ils sont décrits dans le DSM IV-R) ne sont pas constants. La tristesse de l'humeur peut être remplacée par une dysphorie, une irritabilité, une

labilité de l'humeur entrecoupée de décharges agressives mal vécues par la future mère et incomprises par l'entourage. On retrouve aussi un sentiment de honte et de culpabilité du fait de l'existence d'un décalage entre les sentiments ressentis et les représentations sociales idéalisées de la grossesse véhiculées par l'entourage (60). A cet état dysphorique s'ajoutent une asthénie et des plaintes somatiques diverses dont les troubles du sommeil.

- La symptomatologie anxieuse aggrave le tableau clinique, on note une agitation psychique avec des inquiétudes disproportionnées, parfois des scénarios morbides et pessimistes du déroulement de la grossesse ou de l'accouchement, des cauchemars, ou encore des bouffées d'angoisse à recrudescence vespérale. L'anxiété sera d'autant plus grande, lorsqu' un événement de vie négatif s'est produit lors d'une grossesse antérieure.

. *Le modèle psychodynamique :*

L'état de dépressivité pendant la grossesse peut être considéré comme un processus adaptatif, un réarrangement psychique autour du bébé. Ce dit processus joue un rôle au cours de toutes les étapes de son développement comme nous l'avons vu un peu plus haut. Il renvoie la femme vers son passé relationnel avec ses parents et plus particulièrement avec sa mère, tout en bousculant son narcissisme (61). Cette fonction adaptative que joue la dépression (59) est cependant pourvoyeuse d'évolution péjorative.

B.3.2 Les facteurs de risque :

La dépression prénatale peut être inaugurale sans aucun antécédent personnel ou familial (60). Les facteurs de risque sont les mêmes que ceux d'une dépression survenant dans la population générale, cependant il peut avoir certaines particularités.

En effet le risque de survenue d'une dépression est plus important en cas d'antécédents de dépression pendant une grossesse antérieure ou de deuil périnatal (suite à une interruption médicale de grossesse,

fausse couche tardive, voire culpabilité liée à l'interruption volontaire de grossesse), ou encore une grossesse anxieuse (ambivalence à poursuivre la grossesse, suspicion de malformations fœtales, menace d'accouchement prématuré, prématurité) (60,62,63).

Il ne faut pas minimiser les facteurs socioéconomiques (précarité sociale, stress professionnel) et les conflits relationnels (rupture, violences conjugales, isolement affectif) qui sont des facteurs de stress supplémentaires et source de nouvelles angoisses pouvant aggraver les manifestations anxio-dépressives préexistantes liées à la grossesse (62,63).

B.3.3 Les conséquences fœtales de la dépression prénatale :

La dépression prénatale n'affecte pas uniquement l'humeur de la femme enceinte, elle a aussi une incidence sur le développement fœtale par le niveau de stress quotidien qui est plus élevé en cas de dépression. Les dysrégulations physiologiques engendrées par le stress et la dépression seront responsables d'anomalies de croissance fœtale (hypotrophie) ou encore de complications obstétricales (avortement spontané ou accouchement prématuré), ainsi le nouveau-né, prématuré est plus fragile (hémorragies interventriculaires ou dysplasie pulmonaire) et nécessite une prise en charge médicale en néonatologie (64).

Plus tard pendant le post-partum immédiat les conséquences porteront sur la dyade mère enfant avec des altérations des premiers échanges entre la mère déprimée et son bébé. Du côté maternel il existe des difficultés à investir émotionnellement son bébé, à initier l'allaitement, ou encore des difficultés à évaluer (65) les besoins primaires de ce dernier parfois à cause de la prise d'antidépresseurs ou d'hypnotiques. Des réponses maladroites ou inadaptées majorent la détresse psychologique maternelle et le sentiment de culpabilité et ce indépendamment du risque de survenue d'une dépression post natale plus tard. Quant au bébé, il présente un état d'irritabilité avec des répercussions sur son comportement et ses performances motrices objectivées par l'échelle néonatale de comportement de Brazelton (43).

B.3.4 La dépression prénatale et les troubles du sommeil :

Chez la femme enceinte déprimée, l'insomnie et l'altération du sommeil sont plus marquées, dès le premier trimestre de la grossesse. Ces dernières constituent un facteur de risque de développement d'une symptomatologie dépressive plus intense.

La relation entre les troubles du sommeil et la dépression reste complexe car les troubles du sommeil sont à la fois un symptôme prodromique de la dépression, faisant partie de ses critères diagnostiques selon le DSM IV-R, et un symptôme annonciateur d'une rechute.

Cette ambiguïté est d'autant plus grande pendant la grossesse car elle demeure difficile à évaluer. Dans une étude australienne menée sur 189 femmes enceintes en 2011 dans laquelle les auteurs ont tenté d'évaluer la relation entre les troubles du sommeil mesurés par des auto-questionnaires (évaluation subjective du sommeil) et la dépression en utilisant l'échelle de dépression prénatale d'Edimbourg. On retrouve une forte association entre un sommeil pauvre et la survenue d'une dépression probable. Cependant il existe des facteurs communs qui influencent à la fois la survenue d'une dépression et des troubles du sommeil tels les antécédents de dépression ou encore l'excès de poids (BMI supérieur à 30) qui favorisent les troubles ventilatoires (les apnées) (43).

Le manque de sommeil pendant la deuxième partie de la nuit est un facteur dépressiogène (66). La mauvaise qualité du sommeil précède généralement l'apparition de la symptomatologie dépressive qui est favorisée par les modifications morphologiques et le stress prénatal. De plus une diminution précoce du sommeil paradoxal pourrait aussi favoriser une dépression (67).

Nous savons que dans la population générale un raccourcissement de la durée du sommeil et une respiration irrégulière pendant celui-ci sont associées non seulement à la dépression, mais aussi une à une pathologie médicale : l'hypertension artérielle ou encore le diabète (68). Il en est de même chez la femme enceinte (un diabète gestationnel, ou une HTA gravidique) (57). Ainsi en cas de dépression prénatale le risque de complications gravidiques associées est plus important.

B.4 L'INFLUENCE DU SOMMEIL SUR LE STRESS PRENATAL :

B.4.1 La définition du stress :

Le stress est une manifestation physiologique de l'organisme face à un danger. La réponse biologique de l'organisme est appelée «l'allostasie », elle permet le retour à l'état d'équilibre « l'homéostasie ».

L'allostasie est définie par Sterling et Eyer en 1988 « comme étant des processus d'adaptation engendrés par le stress psychologique et/ou physique ».

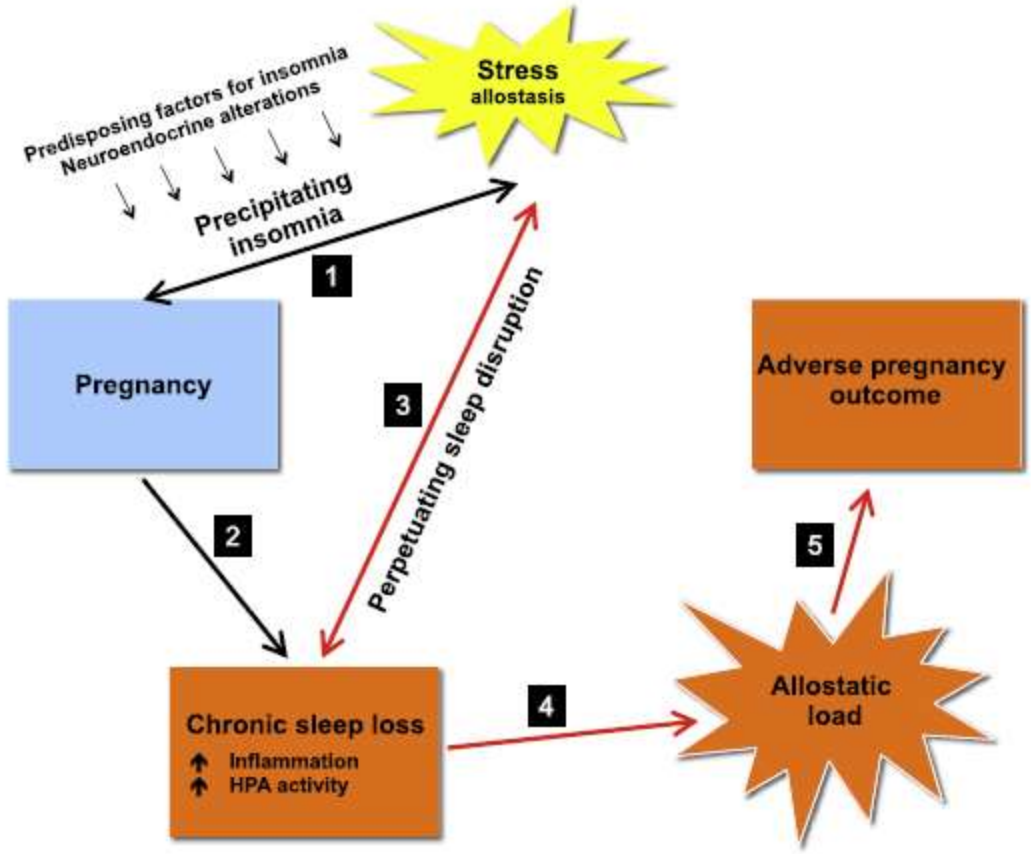
Cette réponse fait intervenir le système nerveux autonome (sympathique), l'axe hypothalamo-hypophyso-surrenalien (par la sécrétion de catécholamines et du cortisol) et le système immunitaire (par la production de cytokines inflammatoires). En cas de stress prolongé ou répété il y a l'installation d'un état dit « charge allostasique » marqué par une consommation énergétique importante pour maintenir l'état d'équilibre et une production excessive de médiateurs responsables d'une désensibilisation des récepteurs cibles. Cet état aura plusieurs conséquences telles l'insomnie, la dépression et les manifestations cardiovasculaires. L'insomnie est à la fois un facteur de risque et une conséquence du stress, d'ailleurs les niveaux de stress sont plus élevés en cas d'insomnie associée (57).

Le déficit chronique en sommeil entraine un épuisement des capacités de défense de l'organisme contre le stress, et peut engendrer aussi une atteinte du système limbique qui intervient dans l'allostasie (avec des lésions nerveuses amygdaliennes et hippocampiques), ceci peut être un modèle explicatif de la dépression.

B.4.2 L'hypothèse sur l'action du stress dans la survenue de la dépression (57):

Le stress prénatal et les manifestations anxieuses liés à la grossesse entrainent un niveau de stress constant. Ce dernier peut être majoré par des facteurs externes socio-culturels, économiques, voire des difficultés relationnelles avec le partenaire. La réponse allostasique entraine donc chez certaines

femmes prédisposées aux insomnies (par altération neuroendocrine) la pérennisation des troubles du sommeil avec une stimulation répétée de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. La répétition de cette stimulation engendre le stress par un phénomène d'auto amplification jusqu'à ce que les capacités d'adaptation soit dépassées et pourra avoir des conséquences sur l'évolution de la grossesse telles une pathologie cardiovasculaire, un trouble de l'humeur, un diabète gestationnel, une faible croissance avec un petit poids fœtal, une prématurité, enfin un accouchement dystocique avec ou sans recours à la césarienne.



Figure(7) : Modèle explicatif du lien entre le stress et les troubles du sommeil au cours de la grossesse (57)

L'hypothèse qui pourrait expliquer le lien entre les troubles du sommeil, le stress et la dépression serait le manque de sommeil de façon répétée (chronique), entrainant un état de stress biologique (réactions oxydatives), caractérisé par une augmentation de la sécrétion des cytokines inflammatoires

(C réactive protéine (CRP) ; interleukine 6), une dysrégulation par hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophysaire surrénalien et une hypercortisolémie secondaire (une avance de phase de sécrétion du rythme circadien avec une augmentation des pics de sécrétion du cortisol sur 24 heures)(43,68).

Il ne s'agit là que d'un modèle théorique explicatif, car il est difficile de placer le manque de sommeil comme le déclencheur du stress ou un symptôme secondaire. Dans les deux cas nous avons la même réponse biologique ainsi que les mêmes conséquences sur l'humeur. De plus il existe un phénomène d'entrainement à savoir que l'un est l'amplificateur de l'autre et vis-versa, leur dissociation est quasi-impossible (36).

B.4.3 Les liens entre les troubles du sommeil et l'anxiété (7):

On confond souvent le stress et l'anxiété, même si la frontière entre les deux est mince ils ne sont pas identiques. L'anxiété est une inquiétude anticipatoire qui se manifeste cliniquement par une tachycardie, de la sueur, une pâleur et des tremblements (activation du système nerveux sympathique), ceci dit la réponse biologique de l'organisme vis-à-vis de l'anxiété suit un axe qui rejoint celui du stress (64).

Il existe deux types d'anxiété pendant de la grossesse, tout d'abord l'anxiété dite « spécifique à la grossesse », il s'agit de préoccupations anxieuses centrées sur l'état du fœtus (le risque de mortalité et morbidité périnatale), puis sur la crainte de l'accouchement. Ses préoccupations sont liées aux remaniements psychologiques du processus d'adaptation de la femme dans l'accession à la maternité. Plus tard cette anxiété se portera sur l'allaitement et les capacités à pouvoir s'occuper de son bébé.

Les préoccupations anxieuses débutent généralement au cours du deuxième trimestre, lorsque les modifications physiques commencent à devenir visibles et que les premiers mouvements fœtaux sont ressentis. Elles sont passagères et fugaces sans retentissement majeur sur le sentiment de calme et de

plénitude que procure la grossesse, même si parfois à certains moments elles sont exacerbées (la veille d'examen morphologique, ou de bilan de dépistage de la trisomie 21….etc). Elles sont d'autant plus importantes en cas d'absence de soutien socio-familial, et deviennent plus fréquentes et plus intenses à l'approche du terme. (7).

L'expression de cette anxiété est liée à la personnalité sous-jacente de la future mère qu'elle soit pathologique ou non, ainsi que les évènements biographiques survenues pendant l'enfance notamment et plus particulièrement ceux ayant une valence traumatique. Sans objet défini cette anxiété est le témoin d'une réactivation de conflits internes refoulés pendant l'enfance, d'ailleurs une psychothérapie d'inspiration psychodynamique pourrait être proposée à la future mère pour contrôler et apaiser cette anxiété. Ainsi la patiente pourra aborder différemment ces conflits du fait de sa position d'adulte et donc de mieux comprendre et enfin tenter de les résoudre.

L'anxiété pendant la grossesse ne revête pas systématiquement un caractère pathologique, cependant dans les formes majeures elle peut se manifester soit par des insomnies, soit par une agitation psychique avec des idées bizarres et incontrôlées nécessitant la mise en place d'un traitement anxiolytique.

Pour ce qui est de «l'anxiété pathologique », elle regroupe les troubles anxieux (Trouble anxieux généralisé, trouble panique, trouble phobique, trouble obsessionnel compulsif). Ces troubles anxieux ont tendance à s'amender pendant la grossesse voire à passer inaperçus notamment une aggravation après l'accouchement.

Enfin l'anxiété est un déstabilisateur thymique qui peut entrainer une véritable dépression anténatale. Souvent la femme enceinte a tendance à cacher ses préoccupations et sa détresse par un sentiment de culpabilité et de honte, si bien que les ruminations anxieuses deviennent source d'insomnie et de stress. Notons une cascade des mécanismes de défense de l'organisme sont mis en place et leurs conséquences sur l'humeur comme nous l'avons déjà exposé dans le chapitre précédent.

B.5. L'INFLUENCE DU SOMMEIL SUR L'ACCOUCHEMENT :

Le déficit en sommeil pendant les derniers jours de la grossesse est associé à un travail plus long, un ressenti douloureux majoré, et à une délivrance difficile. Le déclenchement spontané du travail prématuré (avant le terme) est aussi constaté (8).

Dans une étude réalisée par Kathryn A. Lee et al en 2004, sur 131 femmes enceintes primipares pendant du 9ème mois de la grossesse, on retrouve une augmentation significative de la durée du travail, et un risque d'accouchement par césarienne plus important chez les femmes qui ont une qualité de sommeil dégradée et une durée totale de sommeil inférieure à 6 heures par nuit. La qualité du sommeil est définie, dans cette étude, à partir du temps d'éveil survenant après le début de sommeil « WASO =wake after sleep onset » (WASO est le rapport entre le pourcentage du temps passé éveillé dans le lit sur le pourcentage du temps de sommeil, il est considéré comme non pathologique lorsqu'il est égale à 5-10% sur une durée totale de sommeil de 7 à 8 heures). S'il est égal ou supérieur à 15% on considère que le sommeil est de mauvaise qualité (44).

Conclusion :

La grossesse affecte le sommeil de différentes manières à la fois sur le plan qualitatif et quantitatif. Les perturbations du sommeil sont évolutives et sujettes aux variations physiologiques propres à la grossesse, si bien qu'elles deviennent plus accentuées.

Leurs répercussions sur l'humeur de la femme enceinte peuvent aller de l'irritabilité à la dépression dans les formes sévères favorisées par un état émotionnel instable lié aux remaniements psychiques qui lui sont spécifiques.

C) TROISIEME PARTIE : LE SOMMEIL ET LE POST PARTUM

Le post-partum est la période qui suit immédiatement la délivrance et se poursuit jusqu'à la fin de la première année. Les jours suivant la naissance du bébé constituent une période de grands bouleversements autant chez la mère, que chez le père et le bébé lui-même. Ce dernier doit s'adapter à son nouvel environnement et à ses besoins instinctuels par la mise en place des processus de communication et d'attachement avec ses parents. Ses bouleversements feront naître de nouvelles interactions qui reconfigurent la dynamique familiale.

C.1 LES MODIFICATIONS DU SOMMEIL :

C.1.1 Les modifications hormonales :

. *La prolactine* :

Les modifications hormonales après l'accouchement sont marquées par la chute brutale des hormones stéroïdes notamment les œstrogènes, ce qui lève l'inhibition de la production de la prolactine et ainsi une augmentation de son taux plasmatique.

La libération de la prolactine par l'adénohypophyse entraine la synthèse du lait maternel au niveau des glandes mammaires. Cette production est entretenue par la poursuite de l'allaitement (grâce aux succions répétées).

La sécrétion de la prolactine atteint son pic après 20 minutes du début de stimulation du mamelon (succion) et dure pendant 2 heures, cette sécrétion répétée pendant l'allaitement facilite l'endormissement et favorise l'entrée dans le sommeil lent profond, qui est un sommeil réparateur, et facilite aussi les éveils et les rendormissents à plusieurs reprises pendant la nuit pour les tétés.

. *L'ocytocine :*

L'ocytocine est une hormone qui joue un rôle dans l'induction et le maintien du comportement maternel en favorisant le lien entre la mère et son bébé et en éliminant les comportements agressifs. Elle participe aussi à l'allaitement, sa sécrétion est concomitante à la succion, elle permet la contraction des cellules myoépithéliale et l'excrétion du lait. Elle possède une fonction antistress et relaxante expliquant les assoupissements après les tétés.

Son taux plasmatique qui est élevé pendant le post-partum entraine des éveils fréquents notamment nocturnes (alors qu'elle favorise le sommeil lorsque son taux de concentration plasmatique est bas).

C.1.2 L'architecture du sommeil :

Le sommeil pendant le post-partum immédiat (les premières 48 heures), est associé à un état d'hypervigilance et d'attention porté sur le bébé occasionnant des éveils multiples pouvant aller jusqu'à 15 éveils par nuit.

Les troubles du sommeil pendant post-partum sont caractérisés par des difficultés d'endormissement, de continuité et de durée insuffisante de sommeil, ils persistent bien au-delà de l'accouchement et de la délivrance (69). Ce déficit quantitatif de sommeil est accompagné de fatigue matinale, de somnolence diurne, et de difficultés attentionnelles et de concentration (23), ce qui majore le vécu pénible de ses perturbations.

Les difficultés d'explorer les troubles du sommeil pendant le post-partum sont nombreuses (26) et peu d'études donc réalisées dans ce domaine. On retrouve cependant que la durée du sommeil continue à diminuer dans les semaines qui suivent l'accouchement jusqu'à atteindre un minimum au 3ème mois du post-partum (12).

Les interruptions multiples du sommeil pendant la nuit sont rythmées en partie par celles du bébé (25). La durée du sommeil est nettement plus courte à cette période que pendant la grossesse, malgré

la normalisation du sommeil lent profond et du sommeil paradoxal qui retrouvent leurs valeurs d'avant la grossesse (24). La qualité du sommeil ressenti reste médiocre à cause des éveils nocturnes induits par ceux du bébé.

C.2 LA DYNAMIQUE PSYCHIQUE DU POST-PARTUM :

Le devenir mère ou le terme de maternalité comme l'a décrit Racamier est un processus d'adaptation complexe lié aux nombreux changements vécus par la femme pendant sa grossesse et après l'accouchement.

La dynamique psychique du post-partum est en continuité avec celle de la grossesse, mais désormais le bébé est devenu une réalité physique, cette rencontre est faite de découverte, d'angoisse et d'ambivalence.

C.2.1 Le processus de deuil :

L'idéalisation de la naissance et de la maternité par la future maman est habituelle dans ses projections et ses représentations inconscientes. Face à la réalité de la naissance cet évènement s'accompagne de deuil. Selon S.Lebovici, l'un des cofondateurs du groupe francophone de la WAIMH (World Association of Infant Mental Health), le deuil du post-partum est quasi-physiologique, c'est une période d'adaptation indispensable à la réorganisation psychique de la jeune maman (59). Il s'agit d'une transition entre la perte de l'objet interne matérialisé par la grossesse, et l'acceptation de ce bébé en tant qu'une personne extérieure de soi bien entendu avec l'investissement psychoaffectif qui l'accompagne. En fait c'est un deuil à dimension triple.

C.2.1(a) Le deuil de l'enfant imaginaire :

Le deuil de l'enfant imaginaire, c'est un enfant qu'elle a tant désiré, idéalisé, rêvé, nourri de fantasmes et de projections pendant sa grossesse. Ce bébé devient brutalement une réalité, cris, des pleurs, et une impatience face à ses besoins primaires et ses pulsions. Ses imperfections que la jeune mère découvre, vont susciter en elles des sentiments ambivalents.

C.2.1(b) Le deuil de la grossesse :

Le deuil de la grossesse elle-même, c'est de ne plus avoir de bébé en soi, le ventre redevient plat, vide, dépourvu de volume. L'accouchement est vécu comme une perte de l'objet avec le renoncement aux gratifications phalliques inconscientes qu'il comblait d'une part (70), et narcissiques d'autre part. Pendant la grossesse toutes les attentions sont portées vers la mère, mais dès que l'enfant naît, le centre d'intérêt change, la délaissant au profit de son bébé.

C.2.1(c) Le deuil de l'imago maternel :

En plus des difficultés à accepter de devenir mère d'une partie d'elle-même, la jeune maman est confrontée à un troisième deuil celui de sa propre image de « mère idéale ». Chaque femme possède des représentations inconscientes d'elle-même en tant que mère c'est ce qu'on appelle l'imago maternel (71). Ce deuil est concomitant au processus identificatoire de la jeune mère.

Passé l'élan de joie de la rencontre dans la salle de travail, la jeune mère va se voir confrontée à des ambivalences et à des inquiétudes notamment en ce qui concerne les soins à donner à son bébé. Au début les gestes sont maladroits et la confiance est fragile. Le recours à l'entourage familial ou les soignants de la maternité pour l'aider peut être mal vécu comme une forme d'échec ou une incompétence or il s'agit là juste d'un manque de pratique. Cette réalité ne correspondant pas à ce

qu'elle s'imagine d'elle-même. Elle devient source de déception et de désillusion avec un potentiel dépressiogène important (71).

Ces représentations sont intériorisées depuis l'enfance à partir de constructions venant de sa propre mère ou du substitut faisant fonction en cas d'absence de celle-ci (grand-mère, grande sœur…). Le processus d'identification en tant que mère fait ainsi réactiver des conflits infantiles et des sentiments ambivalents à la fois d'amour et de haine de la jeune maman vis- à vis de sa mère. Ce processus peut être compliqué et difficile à atteindre en cas d'assises narcissiques fragiles de la jeune maman. Il est accompagné d'une idéalisation exagérée de sa mère comme étant « la perfection maternelle » et ce renforce le doute et le sentiment de dévalorisation (71).

Le travail psychique d'identification est nécessaire, il permet à la jeune maman de se positionner en tant que femme dans sa nouvelle fonction de mère, tout en étant la fille de ses parents, et d'accéder ainsi à sa propre identité de mère.

L'ambivalence concerne aussi les sentiments de la mère envers son bébé ; ce dernier est à la fois aimé et détesté avec des projections agressives dirigées vers lui ; ces sentiments négatifs peuvent prendre le dessus lorsque la mère possède des assises narcissiques fragiles. Elle est face à un rival narcissique avec défaut d'investissement affectif de celui-ci, ne lui cédant pas la place et n'arrivant pas à l'érotiser (72). L'arrivée du bébé en plus de l'état de grossesse continue à réactiver des conflits internes chez la jeune mère, mais cette fois ci ils remontent bien avant l'acquisition du langage. Cela concerne la relation vécue par la jeune maman avec sa propre mère lorsqu'elle était encore bébé. Cette expérience est à l'origine de « l'objet maternel interne » qui se fait par l'intériorisation psychique et physique de cette période, et qui permet à la jeune mère de s'occuper de son bébé dès les premiers jours de vie. Ainsi les carences affectives et d'attachement propres à la mère font que le bébé devient un objet interne menaçant et donc persécuteur. Et lieu de venir réparer cette carence il suscite la jalousie et donc de l'hostilité ne laissant aucune place à l'ambivalence (52, 71, 72).

C.2.2 L'attachement maternel :

La théorie de John Bowlby en 1969 sur l'attachement de l'enfant a bouleversé les idées concernant les besoins affectifs précoces de l'enfant. Il s'agit là pour le bébé de la nécessité de créer un lien précoce avec sa mère pour survivre. C'est un besoin primaire et inné tels : la respiration, la température corporelle, le sommeil, ou la faim.

L'instauration de liens affectifs avec la mère se fait grâce aux capacités adaptatives précoces de l'enfant, mais cela n'est possible que s'il y une réciprocité maternelle. On parle de « caregiving » qui est traduit par «le prendre soin » toujours selon Bowlby. La sensibilité de la maman occupe une place importante dans ce processus d'attachement, car elle lui permet d'apporter des réponses adaptées aux besoins de son enfant.

L'attachement maternel est favorisé par l'état psychique de la mère (ce que Winnicott a décrit comme la préoccupation maternelle) et par sa disponibilité exclusive les premiers jours après la naissance. En revanche il est mis à mal en cas de troubles psychopathologiques pendant le post-partum.

C.3 LE POST-PARTUM BLUES « BABY BLUES »:

Le baby blues est connu depuis près de 140 ans, et a été décrit pour la première fois par Savage en 1875 sous le nom de « fièvre de lait », vu qu'il est concomitant à la montée laiteuse (70).

Le Baby blues est fréquent et touche jusqu'à 80% des accouchées. C'est un état psychique non pathologique (une variante de la normale), qui survient habituellement pendant les dix premiers jours qui suivent l'accouchement, avec un pic entre le 3ème et le 5ème jour (60). Il correspond à la perte brutale du poids, aux ralentissements végétatif et moteur et enfin le chaos endocrino-biologique (70).

Le baby blues associe des manifestations dysphoriques bénignes, brèves et transitoires. Elles sont spontanément résolutives en quelques heures à quelques jours. On retrouve : une hyperesthésie affective et une émotivité suivi d'une crise de larmes, une labilité de l'humeur, et des difficultés de

concentration, parfois une dépersonnalisation voire une déréalisation et enfin une fatigue et des troubles du sommeil.

. *Les troubles du sommeil pendant le baby blues (7):*

Les troubles du sommeil sont présents dans les suites de couches pendant lesquelles la durée totale de sommeil est diminuée (5 heures en moyenne). Vu l'état d'hypervigilance de la mère vis-à-vis de son bébé et les éveils multiples pendant la nuit soit pour l'allaitement ou soit en cas de pleurs. Les douleurs liées à l'épisiotomie, la péridurale ou encore à la cicatrisation de la césarienne constituent un désagrément certes et sont source d'inconfort pouvant occasionner des insomnies d'endormissement. Enfin l'effondrement des hormones stéroïdes et l'augmentation du taux de sécrétion de la prolactine jouent un rôle important dans la modification de l'architecture du sommeil.

Le sommeil est riche en rêves et en cauchemars avec une forte participation émotionnelle. Il n'est pas rare que la jeune mère présente des distorsions perceptives au réveil, voire un véritable état hallucinatoire.

Les troubles du sommeil pendant le baby blues aggravent la fatigue et la somnolence diurne, ainsi que l'irritabilité et l'agressivité.

. *L'influence du sommeil sur le Baby Blues (45)* :

Le baby blues peut être considéré comme pathologique lorsque la symptomatologie dysphorique est intense ou prolongée, Ceci constitue un facteur de risque d'évolution vers une dépression postnatale précoce (71), par contre il n'augmente que modérément le risque de survenue d'une dépression pendant le post-partum.

L'étude réalisée par Grant Wilkie et Colin M. Shapirot, montre que plus le manque de sommeil les jours qui précédent l'accouchement, et pendant le travail est important plus le risque de survenue de baby blues avec une symptomatologie intense est élevé (45). De plus l'aggravation des troubles du

sommeil pendant le baby blues constitue ainsi un facteur de risque d'évolution vers la dépression (70).

C.4 L'INFLUENCE DU SOMMEIL SUR LES DECOMPENSATIONS PSYCHIATRIQUES DU POST PARTUM :

C'est une période de grande fragilité psychique pour la mère, essentiellement vulnérable aux décompensations thymiques. Notons le risque des conséquences négatives sur sa relation avec son bébé à court terme et sur le développement psychomoteur du bébé à moyen puis à long terme.

Nous avons fait le choix de traiter dans cette partie uniquement les complications psychiatriques associées aux troubles du sommeil à savoir la dépression du post-partum et l'état de stress post traumatique. La psychose du post-partum ne sera pas traitée dans notre exposé, même si l'insomnie est le premier signe de cette décompensation psychotique (72).

C.4.1 La dépression du post-partum :

C.4.1(a) La description clinique (7,73) :

La dépression pendant le post-partum a une prévalence de 10 à 25% (71) et fait partie des dépressions postnatales. Il ne faut pas la confondre avec la dépression postnatale précoce qui survient pendant le post-partum immédiat, parfois elle suit sans discontinuité la dépression prénatale ou le post-partum blues.

Elle débute entre les 4ème et 6ème semaines du postpartum et est d'intensité modéré. Le tableau clinique est souvent atypique avec une symptomatologie en relation avec cette période, ce qui explique un sous diagnostic de ces dépressions ainsi que leur mauvaise prise en charge (72).

. *Sur le plan clinique :*

Il s'agit d'une humeur triste labile, et d'une irritabilité. Les pleurs sont fréquents mais souvent cachés. On note une anxiété ou des bouffées d'angoisse, des plaintes somatiques diverses (constipations, lombalgies, douleurs pelviennes), une asthénie profonde, et une baisse de la libido. Les troubles du sommeil de la maman persistent pendant le sommeil du bébé et les cauchemars sont fréquents.

Les idées noires sont rarement suicidaires, mais plutôt à type de préoccupations et d'inquiétudes centrées sur le bébé ou des auto-accusations de ne pas être à la hauteur pour s'en occuper, ce qui peut aggraver une mauvaise estime de soi déjà présente (8, 60).

Les pensées sont pessimistes avec un sentiment de culpabilité du fait de ne pas éprouver la joie d'être mère. Dans ce contexte les phobies d'impulsion envers le bébé ne sont pas rares sans l'intentionnalité de passage à l'acte agressif.

Parfois la symptomatologie dépressive passe inaperçue dans les formes mineures, et ne sera révélée que par le comportement du bébé. Notons alors des pleurs inexpliqués et/ou prolongés, des troubles du sommeil, des difficultés à s'alimenter avec ou sans anorexie, des régurgitations ou des vomissements, une prise de poids insuffisante, des réactions cutanées ou encore des consultations fréquentes chez le pédiatre ou aux urgences. Ces troubles sont le signe des difficultés qu'a la jeune mère dans sa relation avec son bébé et sont souvent associés à une dépression.

Notons que dans 70% des cas, il s'agit de dépressions mineures associant des manifestations dysphoriques au premier plan, mais la gamme des symptômes peut être extrêmement large avec un tableau de mélancolie dans les formes sévères (59).

. *Sur le plan neurobiologique :*

Il existe dès les premières semaines du post-partum une augmentation du taux d'interleukine 1 beta (cytokine inflammatoire), qui pourrait jouer un rôle indirect sur la dépression du post-partum

(l'inflammation va influencer la libération de la sérotonine et des catécholamines qui agiraient sur l'axe hypo-thalamo-hypophysaire surrénalien) (8).

. *Sur le plan psychodynamique :*

La dépression du post-partum serait secondaire à la défaillance du processus adaptatif que constitue le deuil de la grossesse (59).

C.4.1 (b) Les facteurs de risque :

La dépression du post-partum partage les mêmes facteurs de risque que la dépression prénatale suscitée, qui elle-même est un facteur de risque au développement d'une dépression du post-partum. Notons que 20 à 40% des dépressions du post-partum débutent pendant la grossesse (59).

Cependant certains facteurs plus spécifiques de cette période doivent être plus particulièrement surveillés notamment un baby blues avec une symptomatologie intense ou retardée (au-delà des 10 jours après l'accouchement) ou lorsque l'entourage proche est défaillant, qu'il soit absent ou de mauvaise qualité relationnelle. Soit qu'il s'agisse de partenaire peu investi dans la grossesse soit une couple dysfonctionnel (disputes, conflits ou violences verbales) ou encore la famille particulièrement une mauvaise relation mère-fille. Pour cette dernière notons un désintérêt total de la mère pour la grossesse de sa fille et même la naissance de son petit fils ou de sa petite fille. L'absence totale du contenant que constitue l'entourage (71) ou le caractère conflictuel voire toxique des relations interindividuelles fragilisent encore plus la jeune mère déjà vulnérable dans cette phase d'adaptation avec son bébé.

L'accouchement est une expérience traumatique qui constitue à lui seul un facteur de stress majeur. Dans un premier temps il se manifeste sous forme d'une anxiété anticipatoire qui débute bien avant le déclenchement du travail (les heures de travail étant source d'angoisse). La peur de ne pas avoir un bon déroulement de l'accouchement est encore un autre facteur de risque important.

Le retour à la maison peut être un facteur de décompensation thymique car il s'agit d'un moment d'angoisse et d'appréhension de la part des jeunes mamans plus particulièrement les primigestes. Pendant son hospitalisation, la jeune mère est entourée de professionnels de la santé et de la petite enfance (médecins, sages-femmes, infirmières, puéricultrices…etc), qui contribuent avec l'entourage familial à la fonction de contenant. Se retrouver seule peut favoriser le sentiment d'être incapable à s'occuper de son bébé.

Le sevrage de l'allaitement maternel ou encore la reprise de travail trop rapide sont à l'origine d'une séparation qui peut être mal vécue par la jeune mère avec un sentiment de culpabilité profond celui d'abandonner son enfant.

Toutes les complications périnatales au moment de l'accouchement qu'elles soient en rapport avec le fœtus (malformation, prématurité) ou avec la mère elle-même (un accouchement difficile, une césarienne en urgence…etc) sont des facteurs qui peuvent déclencher une symptomatologie dépressive.

Les difficultés d'endormissement, le sentiment d'avoir mal dormi et les éveils multiples pendant la nuit, favorisent une humeur triste ou un blues au cours des 4 premières semaines du post-partum (8).

C.4.1(c) <u>Les conséquences de la dépression sur le bébé:</u>

Il n'est pas rare que la dépression du post-partum passe inaperçue, noyée dans la fatigue, le sentiment d'être dépassé par les besoins du bébé et les difficultés de se remettre. Elle est souvent cachée par une mère qui intériorise sa détresse voire un sentiment de honte et de culpabilité ou tout simplement un déni de la dépression. En revanche les conséquences sur le comportement du bébé sont précoces, les mères dépressives présentent des difficultés relationnelles avec leur enfant avec des interactions primaires altérées. Le manque d'empathie secondaire à la dépression fait que la mère devient moins sensible aux besoins affectifs de son bébé.

Ce dernier est affecté par la pauvreté des échanges et le manque de stimulation ainsi dans les formes sévères la détresse du bébé peut se manifester par des réactions de retrait, hyperactivité ou un état passif avec une fuite dans le sommeil (53). Enfin le nouveau-né risque de développer un état dépressif à savoir une cassure de la courbe de croissance, des vomissements itératifs, des pleurs difficilement consolables ou encore des insomnies.

Selon D.W.Winnicott l'absence d'interactions primaires après la naissance crée une rupture dans la «continuité de l'être» chez le bébé, ainsi ce dernier est sujet aux réactions d'empiètement de l'environnement. Pendant cette période de grande dépendance du bébé la maman joue le rôle d'interface qui engendre une menace d'annihilation (du self) chez l'enfant. Cette menace d'annihilation chez le bébé est selon Winnicott une angoisse primitive bien antérieure à toutes les angoisses y compris celle de mort (54).

Non traitée la dépression du post-partum peut durer plusieurs mois voire des années avec des conséquences sur le développement du bébé au long terme (74) ou encore son comportement pendant l'enfance voir l'adolescence (62).

C.4.1(d) <u>La dépression du post-partum et les troubles du sommeil :</u>

Les perturbations du sommeil en fin de grossesse sont des facteurs qui favorisent la survenue d'une dépression du post-partum dans les 4 semaines qui succèdent à l'accouchement (25,69, 74).

Les troubles du sommeil sont également un facteur de risque de rechute dépressive pendant le post-partum chez les mères qui présentent des antécédents de dépression (74).

Un déficit en sommeil de 4h par nuit chez la jeune mère constitue un facteur de risque de dépression à 3mois (53). Alors plus les troubles du sommeil sont intenses et plus la symptomatologie dépressive est importante (69). Notons que la dépression induit des modifications de l'architecture du sommeil et plus spécifiquement le raccourcissement de la latence du sommeil paradoxal (67).

Cette latence est définie par la durée qui sépare le début du sommeil et la première période du sommeil paradoxal, elle devient inférieure à 50 minutes alors qu'habituellement elle est de 90. Les altérations qualitative et quantitative du sommeil propres au post-partum vont se surajouter et aggraver une architecture du sommeil déjà perturbée chez les patientes déprimées.

Une étude portugaise de Marquez et al publiée en 2010, est menée sur un échantillon de 382 femmes au troisième trimestre de grossesse son objectif est de prouver que les troubles du sommeil en fin de grossesse sont un facteur de risque de dépression du post-partum. Il apparait dans cette étude que l'insomnie ne constitue pas seulement un facteur de risque de survenue de la dépression pendant le post-partum, mais elle favoriserait une symptomatologie dépressive appelée ici « affects négatifs ». A leur tour ces affects correspondent à l'association de 2 facteurs : le premier étant une humeur dépressive et une agressivité et le second une anxiété et une irritabilité. Ces deux facteurs sont issus de l'échelle POMS « The Portuguese version of the Profile of Mood States » (Azevedo et al, 1991) qui évalue la détresse psychologique utilisée par les auteurs de l'étude. En revanche à la fin de la grossesse ces affects négatifs deviennent un facteur de risque d'installation de dépression pendant le post-partum.

C.4.2 L'état de stress post-traumatique :

L'état de stress post traumatique peut être inaugural ou secondaire à un état de stress aigu pendant la grossesse. Dans ce cas il est lié à des évènements traumatiques non obstétricaux réactivés du fait de la transparence psychique. Ces traumatismes anciens portent plus particulièrement sur des violences sexuelles survenues pendant l'enfance (actes incestueux, abus sexuels ou viols).

Pendant le post-partum l'incidence de l'état de stress post-traumatique secondaire à une cause obstétricale est généralement de l'ordre de 1 à 2% (59). Il est la complication la plus précoce pendant post-partum, car celle-ci apparait dans les premières 24 heures après l'accouchement.

. *Les facteurs de risque :*

L'accouchement est un facteur de stress majeur, Il représente un choc émotionnel porteur d'un potentiel destructeur qui menace la vie si bien que la confrontation avec la mort n'est jamais loin. Il est d'autant vécu comme une expérience traumatique en cas de complications obstétricales (douleurs pendant le travail, échec de l'anesthésie, utilisation de forceps, hémorragies de la délivrance, césarienne en urgence, réanimation néonatale…etc) et en cas d'évènements traumatiques antérieurs. En effet l'état de stress prénatal (biologique et psychologique) est à l'origine d'hypervigilance avec un sentiment de peur et d'inquiétude pour le fœtus. Cette anxiété est d'autant plus exacerbée en cas d'antécédents de grossesses compliquées avec ou sans issue fatale pour le bébé. Ceci rend l'investissement psychique et émotionnel de la grossesse actuelle plus difficile (75) et l'accouchement encore plus menaçant et dangereux. Les représentations anxieuses à l'approche du terme s'accentuent avec une symbolisation défaillante. La difficulté de symbolisation est plus fréquente dans certaines circonstances de vulnérabilité tels la primiparité ou les antécédents de grossesses pathologiques (deuil, fausse-couche spontanée, interruption médicale de grossesse, accouchement dystocique….), une grossesse avec un entourage familial et/ou un soutien social défaillant, et en cas d'accouchement compliqué évoque une menace de mort pour le bébé ou la mère elle-même.

Face à des capacités d'intégration psychique et de rationalisation dépassée, tout incident pendant l'accouchement sera vécu comme une situation traumatique avec la survenue d'un état de stress post traumatique après la naissance du bébé (59).

Les caractéristiques du vécu traumatique de la naissance sont multiples et variables (76). *Le Docteur Maron* de l'unité de psychiatrie périnatale de l'hôpital Michel Fontan de Lille a résumé ces caractéristiques dans le tableau suivant :

Événement vécu comme imprévisibles
Effet de surprise
Brutalité, menace de mort
Douleur psychique ou physique
Peur de mourir
Peur de perdre l'enfant
Culpabilité
Absence de maîtrise, perte de contrôle
Absence de représentation immédiate
Sentiment de peur, d'horreur et d'impulsivité

Tableau (1): *Caractéristiques du vécu de la naissance traumatique.*

. *Le tableau clinique :*

La description des cas de femmes enceintes ayant des antécédents d'accouchements traumatiques, a été réalisée en 1978 par Monique Bydlowski et Anne Raoul-Duval. Il s'agit de cas de femmes qui souffrent de « névrose traumatique » (c'est ce qu'on appelle maintenant l'état de stress post-traumatique) (76). Ainsi on retrouve des cauchemars répétitifs et terrifiants à la fin de la grossesse, une phobie d'endormissement et une anxiété nocturne, ceux sont là des symptômes qui font partie intégrante du tableau de l'état de stress post traumatique(75).

Les troubles du sommeil au cours de l'ESPT sont liés aux manifestations neurovégétatives du stress lui-même, auxquelles s'ajoutent les pensées intrusives, et les flash-backs avec le sentiment de revivre la même scène traumatique (75).

Enfin la symptomatologie anxieuse de l'ESPT peut s'installer de façon durable souvent lorsqu'elle est associée à des symptômes dépressifs (59). Ceci aggrave le tableau clinique et entrave les liens d'attachement entre la maman et son bébé.

C.5 LE SOMMEIL ET L'ALLAITEMENT :

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2002 la recommandation de l'allaitement maternel pendant les 6 premiers mois de vie du nourrisson (77,78). Les qualités nutritives du lait maternel sont suffisantes et adaptées en fonction de son âge et de ses besoins. Le bébé est protégé des infections et des allergies grâce aux anticorps maternelles que contient le lait.

L'allaitement au sein est aussi un moment privilégié de partage et de symbiose entre la mère et son enfant. Celui-ci a non seulement une fonction de nutrition, mais aussi participe dans la création du lien mère enfant. C'est une pratique qu'on retrouve dans toutes les cultures et dans toutes les sociétés.

En France le taux d'allaitement à la naissance augmente chaque année, cependant il demeure peu important par rapport aux autres pays européens. Le taux d'initiation à l'allaitement au sein est élevé dès les premiers jours de la naissance (58% en 2003) (79), en revanche il décroit rapidement au bout de quelques semaines (38% des femmes allaitent au-delà de 8 semaines) (79) L'allaitement au sein est rarement poursuivi jusqu'à l'âge de 6 mois. Ainsi seulement 9 % des bébés sont allaités jusqu'à l'âge de 6 mois (77). Cette décroissance rapide serait liée à l'association de plusieurs facteurs socio-psychologiques défavorables tels : l'âge de la mère, le statut marital, le niveau d'éducation, le statut professionnel, l'image corporelle, l'allaitement au sein en public, l'anxiété ou encore la dépression du post-partum.

Cependant la prolongation de la durée de l'allaitement maternel au sein exclusivement est fortement liée à l'intention d'allaiter de départ, la volonté de la mère jouant un rôle déterminant dans son maintien ainsi que le sentiment de satisfaction et de réussite à nourrir son enfant sans autres compléments (lait artificiel).

Pourtant il n'est pas rare que ce moment soit vécu comme une épreuve difficile qui peut entrainer le renoncement notamment lorsqu'il s'agit de la première fois même si pendant son séjour en maternité la maman a été encouragée. Toutes les explications du comment allaiter sont minimisées et souvent la jeune maman se retrouve vite dépassée notamment en cas de « manque de lait », avec un sentiment

de culpabilité, d'échec. Une souffrance et une détresse s'en suivent et la fragilise d'avantage. La dédramatisation et l'apprentissage de cette pratique sont primordiaux dans l'accompagnement des jeunes mamans en maternité et ce peut parfois manquer.

Pendant la période de l'allaitement au sein, le sommeil de la mère voire des deux parents est intimement lié à celui du bébé et ainsi perturbé. A savoir que pendant les deux premières semaines : la phase « des préoccupations maternelles primaires », et l'état d'hypervigilance de la mère, on note des tétées nocturnes plus fréquentes et des séances plus longues.

Le bébé continue à téter au moins une fois dans la nuit et ce jusqu'à 18 mois (77). Les tétées nocturnes sont d'autant plus rapprochées surtout lorsque le bébé partage la même pièce que ses parents voire le même lit. Au bout de quelques semaines en général aux alentours 3 mois (la période de tolérance habituelle), les parents ont tendance à limiter les tétés nocturnes (une par nuit) afin d'habituer le bébé à un nouveau rythme. Il s'agit d'un sevrage partiel de nuit qui peut être souvent conseillé par les pédiatres.

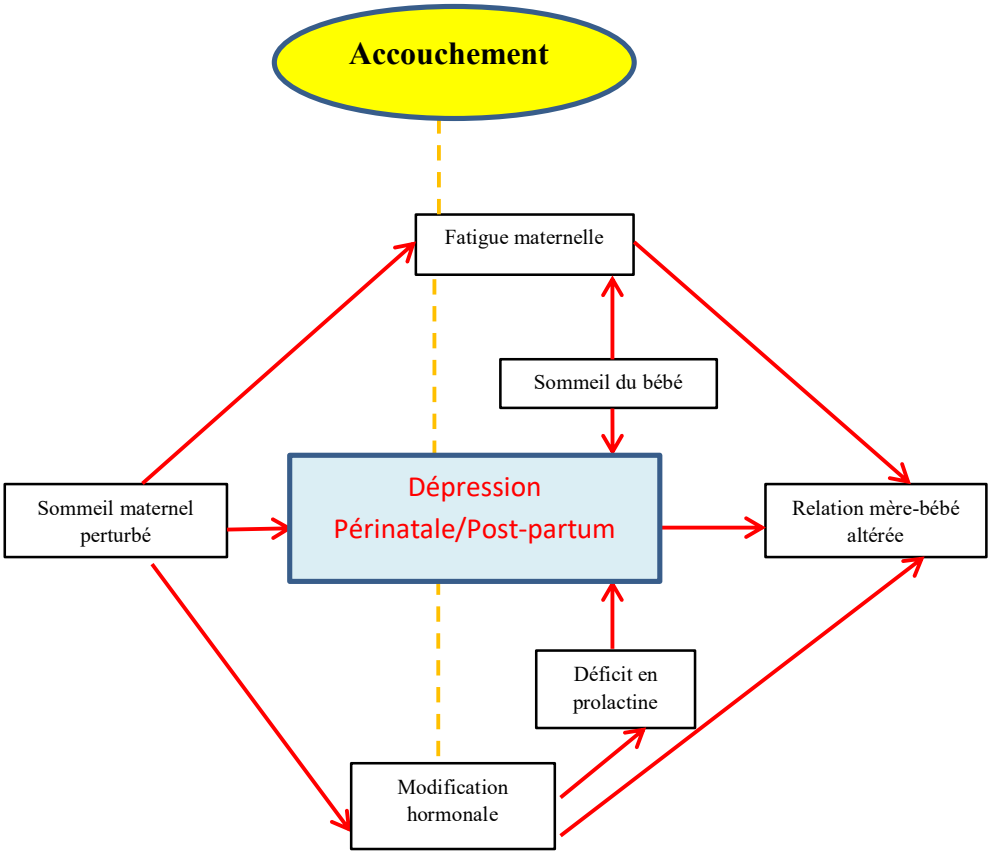
L'insomnie chez la mère peut rendre l'allaitement au sein encore plus contraignant cependant il n'existe pas d'études objectives dans la littérature scientifique. En revanche on note en pratique courante que l'allaitement provoque une fatigue de la maman et entretient le manque du sommeil, ces deux facteurs sont favorables à la dépression postnatale.

C.6 LE LIEN ENTRE LE SOMMEIL, L'ALLAITEMENT ET LA FATIGUE MATERNELLE :

L'allaitement au sein modifie l'état de sommeil/veille chez la mère et ceci est lié à la production d'hormones de la lactation (ocytocine et prolactine), et la chute brutale des hormones stéroïdes ovariennes. L'endormissement devient plus facile et plus fréquent rythmé par les tétés(21).

Les endormissements inopinés peuvent être confondus à tort avec une somnolence diurne voire une fatigue or il s'agit d'un état de bien être et de détente et surtout un moment de récupération pour la mère allaitante.

La sensation de fatigue les jours qui suivent l'accouchement est habituelle, on retrouve des capacités cognitives et motrices détériorées, une motivation réduite avec une envie continue de se reposer. Cependant elle est majorée par le stress et les insomnies (qu'il y ait allaitement au sein ou non) (53). Cela influence l'humeur et le comportement maternel et peut occasionner de ce fait des troubles dans l'interaction avec le nouveau-né.



Figure(8) : Organigramme décrivant le lien entre troubles du sommeil et relation mère-enfant (53).

C.7 LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL :

Les troubles du sommeil pendant la période périnatale ont une origine multifactorielle et nécessitent une prise en charge thérapeutique multidirectionnelle ce qui l'a rend complexe et difficile. Pour que le traitement de l'insomnie soit efficace, il est important de traiter toutes les autres causes associées qui peuvent occasionner une interruption du sommeil, un éveil nocturne ou des difficultés d'endormissement. On peut citer comme exemple : le traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien et des brulures gastriques, le traitement des douleurs lombaires et de la tension pelvienne, ou encore un traitement du syndrome de jambes sans repos, voire la mise en place d'appareillage (masque de ventilation) en cas d'apnées du sommeil avérées.

C.7.1 les moyens thérapeutiques :

C.7.1 (a)Non médicamenteux :

. ***Règles hygiéno-diététiques du sommeil :***

Les consignes d'hygiène veille /sommeil sont des mesures d'accompagnement éducatives utiles quel que soit l'étiologie de l'insomnie (80). Elles permettent d'intervenir à la fois sur le comportement qui peut conditionner le trouble (insomnie par exemple) et sur les facteurs environnementaux qui l'entretiennent. L'état de grossesse et ses nombreuses modifications comme nous l'avons déjà évoqué déjà au début de la deuxième partie rendent leur mise en place difficile.

Donner des conseils simples à la future mère permet de lui montrer qu'on s'intéresse à ses difficultés liées au sommeil, et qu'il existe des mesures simples et accessibles qui corrigent en partie ses pensées dysfonctionnelles. Ceci va donc dédramatiser les préoccupations. De plus dans la pratique courante les futures mamans expriment des réticences à prendre des psychotropes d'emblée.

Pendant les deux premiers trimestres de la grossesse les règles hygiéno-diététiques aident la femme enceinte à gérer son sommeil au moment de l'endormissement en agissant essentiellement sur les facteurs environnementaux :

- Eviter les excitants en fin de journée (à partir de 16heures dans l'idéal) tels le café, le thé, les boissons sucrées type soda, le chocolat, l'alcool et le tabac. Ces des deux derniers sont proscrits pendant le déroulement de toute la grossesse.

- Manger léger le soir, le repas doit être léger équilibré et complet, évitant les plats trop copieux et les aliments gras qui prolongent la digestion pendant la nuit, les sucres rapides sont aussi à éviter car ils provoquent des hypoglycémies. Il faut privilégier le poisson, les viandes blanches, les œufs, les céréales complètes, les lentilles, les légumes secs, le riz complet, la pomme de terre et les légumes verts, en revanche La viande rouge est à éviter.

-Se coucher deux heures après le diner.

- Dormir dans une pièce sombre, aérée, calme et peu chauffée (18°C).

-Pratiquer une activité physique (adaptée à l'âge de la grossesse).

-S'occuper la journée, sans s'épuiser (la fatigue empêche de dormir).

-Apprendre à se détendre avant de se coucher (lecture, yoga, relaxation, bain, massage…).

-Se coucher dès les premiers signes de fatigue (bâillement, picotement des yeux), et essayer de dormir et de se réveiller à des heures fixes y compris le week-end.

-Ne pas négliger le petit déjeuner.

-Privilégier des courtes siestes de 20 à 30 minutes pendant la journée pour lutter contre la somnolence diurne et la fatigue. La sieste ne doit pas être faite dans le lit et dans une obscurité totale et ce pour ne pas atteindre le sommeil profond avec « une avance de nuit » et un décalage du moment de l'endormissement la nuit.

Pendant le troisième trimestre ces mesures deviennent inefficaces pour la plupart, du fait de l'augmentation de la taille du ventre et de ses conséquences mécaniques. Ainsi l'utilisation d'un coussin d'allaitement long (de 1 m70), peut aider à trouver une position confortable pour dormir (81).

.L'aromathérapie :

L'aromathérapie est l'utilisation d'huiles essentielles pour faciliter l'endormissement, soit en appliquant quelques gouttes sur la peau (la face interne des poignets et le plexus solaire) une demi-heure avant le coucher, soit la prise d'un bain avec une cuillère à soupe d'essence de ses huiles, pendant 20 minutes sans rinçage avant de se mettre au lit.

Souvent on utilise un mélange de 2 voire de 3 huiles essentielles différentes à savoir de la mandarine, de la lavande, du lédon de Groenland, de la bergamote, du basilic ou de la ravinstara).

Enfin elles peuvent être utilisées en association avec des techniques de relaxation, ou encore par prise orale, ceci est valabe pour l'huile essentielle de lavande officinale. Cependant elle est contre indiquée chez la femme enceinte par précaution (82).

. Phytothérapie (82):

Elle consiste en l'utilisation de drogues végétales sous forme de médicament ou d'infusion. Les phyto-médicaments peuvent être des molécules sédatives (la Valériane) ou des anti-stress (l'aubépine, passiflore).Pour les troubles du sommeil seul l'usage de la racine de valériane est bien établi selon le « Committee on Herbal Medicinal Products » (HMPC) de l'Agence européenne du médicament (EMA), cependant les phyto-médicaments ne sont pas conseillés pendant la grossesse.

Les infusions sont composées d'un mélange de plusieurs molécules sédatives : la lavande, la verveine odorante, le coquelicot, le tilleul, l'aubépine, la ballote noire, la passiflore, la mélisse, la valériane, ou encore le houblon. Il s'agit là de préparations pharmaceutiques selon des critères bien définis de la pharmacopée française XIe édition (le nombres de molécules est de 10 maximum et leur dosage

adéquat). Certaines tisanes sont déconseillées chez la femme enceinte et allaitante et ce en fonction des substances utilisées.

. ***La nutrithérapie (82):***

C'est l'utilisation de compléments alimentaires à base de plantes médicinales. Elles sont utilisées pour leurs propriétés nutritionnelles et physiologiques. Mais il ne faut pas les confondre avec les phyto-médicaments qui eux sont à visée thérapeutique.

.***L'acupuncture :***

L'acupuncture peut être une alternative thérapeutique pour traiter les insomnies chez la femme enceinte ou pendant l'allaitement. En effet son utilisation tend à se développer dans la prise en charge (d'accompagnement) des pathologies anxiodepressives et a une action positive sur les troubles du sommeil (83). Son mécanisme d'action repose sur les effets relaxants qu'elle apporte et ainsi sa lutte contre l'anxiété qui entretient les troubles du sommeil plus particulièrement à la fin de la grossesse.

C.7.1 (b) Médicamenteux :

Pendant la grossesse et pendant la période de l'allaitement la prescription médicamenteuse est limitée compte-tenu des effets secondaires tératogènes notamment sur le fœtus et les complications néonatales (84).

En pratique courante, nous sommes amenés à prescrire des médicaments à visée hypnotique pendant la grossesse, mais il faut rester prudent à cause des effets secondaires potentiellement nuisibles pour le fœtus. Les réticences des futures mères à prendre un traitement hypnotique pendant leur grossesse de peur de nuire sont souvent retrouvées à ce dernier.

. <u>Les médicaments homéopathiques :</u>

Ils font partie des propositions thérapeutiques de l'insomnie. L'utilisation de molécules homéopathiques est souvent pratiquée, et leur prescription peut se faire uniquement par une sage-femme. L'intervention du psychiatre ou pédopsychiatre n'étant pas indispensable pour ce faire.

Il existe plusieurs médicaments sur le marché COFFEA, GELSEMIUM, PULSATILLA…etc qui sont indiqués en cas d'insomnie, cependant leur efficacité reste difficilement chiffrable du fait de l'absence d'études scientifiques. Notons juste qu'une étude prospective multicentrique a été réalisée sur cinquante femmes enceintes sous un médicament à base de Bryophyllum pinnatum et a été publiée en suisse en 2013. Il s'agit d'extraits d'une plante succulente, capable de stocker l'eau et de vivre dans des zones arides, de la famille Crassulaceae originaire de Madagascar. Cette plante a été introduite dans de nombreuses régions tropicales à travers le monde et a été utilisée en premier lieu dans la médecine traditionnelle dans les régions où elle est cultivée. Elle possède des vertus sédatives, antiseptiques, analgésiques, anti-inflammatoires, antiallergiques, une protection gastrique. Elle est de plus myorelaxante, et a une action anti-cancer. Dans cette étude l'auteur a constaté qu'il existe une amélioration du nombre des éveils nocturnes, de la somnolence dans la journée, sans modification de la latence de sommeil ou l'augmentation de sa durée. L'effet tocolytique du Bryophyllum pinnatum, diminue les contractions utérines ce qui pourrait avoir un rôle indirect dans l'amélioration de la qualité de sommeil (85).

<u>Les hypno-sédatifs</u> :

1) *<u>Les benzodiazépines :</u>*

Ils améliorent la continuité du sommeil par la diminution de la latence d'endormissement, ils diminuent le nombre et la durée des éveils, enfin ils allongent la durée totale du sommeil et le rendent plus efficace. Ils entrainent aussi des modifications quant à son architecture telles l'augmentation du stade 2 du sommeil lent, la diminution des stades 3 et 4, et la réduction modérée et transitoire du sommeil paradoxal (29).

Le recours à une benzodiazépine à visée hypnotique n'est pas contre indiquée pendant la grossesse, il est recommandé d'éviter de les prescrire au premier et troisième trimestre. Cependant s'il existe une indication à leur prescription dans ce cas il faut privilégier l'oxazepam (seresta®) dont la demi-vie (T/2) est intermédiaire entre 5 et 15 heures et ne contient pas des métabolites actifs. Il faut rechercher la posologie efficace la plus faible afin d'éviter la détresse respiratoire chez le nouveau-né à la naissance qui peut apparaître en cas de fortes doses. Le bébé peut présenter des signes d'imprégnation pendant quelques semaines, dans les formes sévères on parle de « floppy infant syndrome » (60) (surdosage avec hypotonie axiale, hypothermie, détresse respiratoire et troubles de la succion). Des manifestations de sevrage (hyperexcitabilité et trémulations néonatales, ou encore des crises convulsives) peuvent se rencontrer bien après la naissance même à faibles doses.

Le traitement peut être poursuivi pendant le post-partum et si la maman allaite, c'est la molécule de choix à utiliser, vu qu'il n'en passe qu'une très faible quantité dans le lait maternel (de l'ordre de 1% environ) et on estime que la quantité reçue par l'enfant est inférieure à 0,015 mg dans 500 ml de lait (86). Pour ce faire il est recommandé de prendre le comprimé juste après l'allaitement ou après l'utilisation d'un tire-lait (87).

La prescription de benzodiazépines doit être ponctuelle et de courte durée. Leur utilisation à long terme (sur une durée supérieure ou égale à 6 semaines) favorise les troubles mnésiques et la dépendance avec risque de sevrage ou de rebond de l'insomnie si l'arrêt du traitement est brutal (83).

2) *Les apparentés benzodiazépines (hypnotiques) :*

Ce sont des inducteurs du sommeil, dont le mécanisme d'action est proche de celui des benzodiazépines. Ils ont un effet anticonvulsivant, myorelaxant et sédatif. Ils provoquent des effets secondaires comme benzodiazépines, notamment en ce qui concerne la tolérance, la dépendance et les phénomènes de rebond dus à l'arrêt du traitement (88). En pratique courante leur prescription est facile et habituelle y compris chez la femme enceinte. Ils peuvent être utilisés sans aucun risque pour le bébé à tout moment de la grossesse, y compris pendant le post-partum. Leur passage dans le lait

maternel est faible à peine de l'ordre de 1% à 1.2% environ(87). En ce qui concerne Le zolpidem (Stilnox®), il n'a pas de concentration détectable dans le lait maternel 10 heures après son administration, alors que la zopiclone (imovane®) a une concentration supérieures à 2 µg/l 22 heures après la prise d'une dose unique (86).

3) *L'Hydroxyzine (Atarax®) :*

Il s'agit d'un antihistaminique H1 qui à la fois des effets anxiolytiques et sédatifs. Il peut être utilisé pendant la grossesse en raison d'une dose minimale efficace. En revanche sa prescription à forte dose et de manière prolongée (supérieure à 100 mg/jours) à la fin de la grossesse pourrait entrainer des effets atropiniques et sédatifs chez le nouveau-né. L'Atarax est déconseillé pendant l'allaitement vu sa longue demi-vie (supérieure à 20 heures chez l'adulte) et le risque de réactions paradoxales chez le bébé.

4) La mélatonine :

L'intérêt de sa prescription est de pallier au déficit de la mélatonine pendant la nuit, il n'existe pas d'études chez la femme enceinte.

Les antidépresseurs :

Les tricycliques (antidépresseurs impraminiques), tels la clomipramine (Anafranil®) ou l'amitryptiline (Laroxyl®) améliorent et corrigent l'insomnie dans un contexte de dépression grâce à leurs propriétés sédatives (29). Leur prescription pendant la grossesse, si indication thérapeutique il y a, n'est pas contre indiquée, ils peuvent être pris pendant la durée de l'allaitement à dose efficace du fait de leur faible passage dans le lait maternel. Néanmoins il est difficile de prescrire des antidépresseurs pendant la grossesse à visée hypnotique en dehors de leur indication initiale.

Les Neuroleptiques sédatifs :

Ils sont généralement prescrits dans les formes sévères d'insomnie, leur utilisation ne doit pas être en première intention chez la femme enceinte, du fait de leurs effets secondaires même s'il existe un

recul suffisant pour certaines molécules telles l'Halopéridol et la Chlorpromazine sur le risque tératogène, et le risque néonatal. La prescription de neuroleptiques chez les patientes psychotiques pendant la grossesse n'est pas contre indiquée, cependant celle à visée hypnotique pendant n'est pas documentée (60).

C.7.1(c) La psychothérapie :

Un traitement médicamenteux bien conduit reste insuffisant pour traiter les insomnies, et du fait de la physiopathologie complexe de celles-ci pendant la grossesse, le recours à une psychothérapie peut constituer un support thérapeutique complémentaire.

1) Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)(29,80):

Elles sont indiquées dans la prise en charge des insomnies chroniques, telles les insomnies psychophysiologiques caractérisées par des pensées et attitudes dysfonctionnelles par rapport au sommeil, des efforts excessifs pour dormir avec tension et ruminations. Elles sont axées sur les facteurs de vulnérabilité et d'entretien de l'insomnie ciblant ainsi l'hyperéveil physiologique émotionnel ou cognitif, les mauvaises habitudes de sommeil, et enfin le conditionnement négatif avant l'endormissement.

Contrairement aux hypnotiques qui améliorent rapidement l'insomnie, les TCC vont avoir une efficacité plus prolongée et à long terme. Les TCC se déroulent sous forme de plusieurs séances (6 séances en moyenne) étalées sur plusieurs semaines (89).

Les TCC peuvent avoir leur place pendant la grossesse sur des troubles chroniques antérieurs à la grossesse. La composante mixte des troubles du sommeil, ainsi le modèle psychobiologique de l'insomnie ne peut pas être exclu chez la femme enceinte. Elles vont cibler les deux aspects : le premier est de corriger les attitudes constituées face au symptôme (technique comportementale), et le

second consiste en un travail cognitif de critique des croyances dysfonctionnelles (thérapie cognitive).

Une approche combinée faisant appel à plusieurs techniques semble améliorer leur efficacité.

-Les techniques comportementales :

a) Les techniques de relaxation :

Sur des troubles chroniques antérieurs à la grossesse les méthodes de relaxation ont pour but de contrôler l'hyperéveil physiologique et cognitif qui peut accompagner l'insomnie (80). Elles sont utiles pendant la grossesse pour lutter contre le stress prénatal, de plus elles favorisent les rêves agréables(17). Notons qu'il existe plusieurs méthodes à savoir :

- *Le biofeed back :*

C'est une technique qui fait appel à un enregistrement en continu de paramètres physiologiques prédéfinis. Le patient a un accès direct aux résultats (sous forme de graphes via un écran). Le but est d'avoir un retour « feedback » en observant cet état (90). Il va donc essayer d'abaisser les valeurs du seuil de ces paramètres biologiques en apportant une réponse consciente à des phénomènes inconscients.

Pour ce faire on utilise un matériel électronique à base de capteurs qui permet de mesurer les paramètres biologiques du stress tels le monitoring cardiaque (la fréquence cardiaque), la mesure de la fréquence respiratoire, la tension musculaire, la température cutanée ou encore la sudation des extrémités.

La séance doit se faire dans une pièce calme, avec un éclairage adapté (non agressif) et une température optimale. Le patient doit être installé dans une position confortable (couchée ou demi-assise) et va s'entrainer à contrôler de façon volontaire ses paramètres respiratoires et cardiaques pendant une durée de 15 à 40 minutes. Le nombre total des séances varie entre 4 à 20 et s'étale sur

plusieurs semaines voire plusieurs mois. Au fur et à mesure le patient va acquérir ainsi des compétences de gestion du stress (physiologique), va augmenter son seuil anxiogène et abaisser son anxiété de base.

❖ *Le yoga, le Tai chi et la sophrologie :*

Le Yoga et la sophrologie peuvent être utilisés pendant la grossesse comme des techniques alternatives de relaxation. Il s'agit du yoga nidra ou yoga du sommeil, développé par Swami STAYANANDA dans les années 50. Il s'inspire du tantrisme et permet d'atteindre une relaxation en profondeur physique, psychique et émotionnelle ce qui apaise les tensions internes, diminue l'hyperéveil et favorise l'endormissement (81).

Le yoga améliore le sommeil mais aussi soulage les douleurs, diminue l'anxiété, le stress et l'inconfort général occasionné par la grossesse, il faciliterait le travail au moment de l'accouchement (62).

Le mécanisme d'action du yoga sur les troubles du sommeil reste obscur du fait de ses différentes composantes telles : la méditation, la relaxation, la respiration ou les mouvements combinés. Il est facile à pratiquer au 1er et au 2èmetrimestre, il devient plus difficile au 3ème trimestre et à l'approche du terme vu la taille du ventre de la femme enceinte à ce moment-là. Dans ce cas on peut proposer une combinaison avec le Tai chi (art martial chinois) qui associe des mouvements lents ronds et souples. Cette dernière potentialise l'effet du yoga et pouvant se poursuivre jusqu'au terme de la grossesse.

❖ *Le Mindfulness ou la méditation en pleine conscience (91):*

C'est une technique de relaxation et de lutte contre le stress que Kabat Zinn à développer en s'inspirant de la méditation bouddhiste, ce sont des petits exercices dont le but est de porter l'attention de son esprit sur le moment présent et de vivre l'instant présent sans jugement ni

interprétation. Pour ce faire il faut être mais être seulement en phase avec ses propres sensations corporelles. La conscience qui en résulte apporte sérénité et calme.

- *La relaxation musculaire progressive de Jacobson.*
- *Le training autogene de Scultz.*

b) La restriction du temps passé au lit et le contrôle des stimuli :

Ceci fait partie des techniques comportementales et de conditionnement qui permettent aux patients de rompre avec leurs habitudes qui entretiennent leurs insomnies.

c) L'intention paradoxale :

Elle consiste à faire des efforts pour ne pas dormir au moment du coucher ce qui est le contraire de ce que fait l'insomniaque. Ces tentatives à rester éveiller détournent l'attention portée sur l'insomnie (29).

-L'approche cognitive des TCC (ou thérapie cognitive) :

L'approche cognitive a pour point de départ l'insomnie, pour se défaire des pensées dysfonctionnelles qui lui sont rattachées, en ce qui concerne le travail psychothérapeutique, on s'intéresse aux croyances erronées et aux attitudes mises en place tout en proposant des solutions alternatives. Cela va permettre de lutter contre les rituels et le mauvais conditionnement qui entretiennent les troubles du sommeil. L'origine multifactorielle des troubles du sommeil et leur évolution chronologique pendant la grossesse font que peu de femmes sont orientées vers cette thérapie. Cependant aucune étude mentionnant ce mode de prise en charge n'est retrouvée.

2) Les thérapies brèves d'inspiration analytique :

Comme nous l'avons vu déjà au cours dans notre exposé, l'état psychique observé pendant la grossesse, rend la femme sensible à l'introspection et aux questionnements. Souvent la réactivation des conflits infantiles majore la détresse morale et la souffrance psychique compliquant ainsi

l'investissement psycho-affectif et entrave le processus de construction de « maternalité » qui est l'aboutissement de la crise maturative due à la grossesse.

Les thérapies brèves d'inspiration analytique sont utilisées en France et en Amérique du nord dans la prise en charge des dépressions périnatales, elles sont bien structurées et se déroulent sur une durée limitée par les thérapeutes de formation analytique.

Elles n'ont pas pour objet unique la disparition du symptôme(59), elles utilisent de plus le temps de la grossesse pour entreprendre un travail analytique dont le but est d'apaiser les tensions internes et ainsi l'anxiété et le stress qui en résultent.

Le réaménagement psychique des conflits refoulés amenés à la conscience par le travail psychothérapeutique permet de les associer et de les rattacher aux productions névrotiques(92). Ce type de thérapie pourrait ainsi favoriser le sommeil et l'améliorer de façon indirecte. Malheureusement il n'existe pas d'études qui objectivent leur efficacité sur les troubles du sommeil en période périnatale.

C.7.2 Les indications thérapeutiques :

Il n'existe pas de recommandations spécifiques dans la prise en charge de l'insomnie pendant la grossesse. Cependant la Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle dans son rapport de 2005, qu'il faut de la prudence à utiliser les traitements médicamenteux compte tenu de leur risque fœto-toxique et les complications néonatales. De plus il est recommandé de consulter le Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) ou les centres régionaux de Pharmacovigilance (CRPV).

La prise en charge des insomnies pendant le 3ème trimestre permet de diminuer les symptômes dépressifs après l'accouchement et de prévenir la survenue d'une dépression du post-partum. Ceci a été démontré dans une étude comparative prospective iranienne, réalisée sur un échantillon de 67 femmes enceintes (entre la 26ème et la 30ème semaine de grossesse), divisées en 3 groupes. On a

administré un antidépresseur aux propriétés sédatives soit la Trazadone qui n'est pas commercialisée en France et il qui est un inhibiteur de recapture de la sérotonine et un antagoniste du récepteur 5-HT2A.) au premier groupe, puis un antihistaminique de première génération (Dyphenylhydramine) au second et enfin un placebo pour le dernier. Une évaluation de l'état thymique (par un entretien psychiatrique et la passation de l'échelle de dépression du post-partum d'Edimbourg) puis la mesure du sommeil par actimétrie à la 2ème et la 6ème semaine pendant le post-partum ont ensuite été réalisées.

Les résultats ont montré que : l'amélioration du sommeil n'était pas immédiate, mais elle devient franche chez le groupe traité par rapport au groupe sous placebo vers la 6ème semaine. De plus les symptômes dépressifs sont réduits entre la 2ème et la 6ème semaine dans le groupe des femmes traitées (93).

C.7.3 L'allaitement maternel et la prise médicamenteuse :

De peur de nuire à son enfant, la mère qui décide d'allaiter s'abstient souvent de toute prise médicamenteuse même si son état de santé le justifie. Cela est d'autant plus marqué lorsqu'il s'agit d'un traitement psychotrope. Ainsi 50 % des femmes sous traitement antidépresseur avant la grossesse, choisissent de l'arrêter pendant. (91).

L'idée d'introduire un traitement pendant le post-partum est généralement accueillie avec réticence puisque seulement à 1 à 5 % des femmes ayant une dépression prénatale prennent le traitement antidépresseur (62).

Parfois cette réticence émane du prescripteur lui-même, il va interrompre ce traitement ou refuse de le prescrire vu les effets secondaires potentiels sur le bébé. Tout ceci est dû au manque d'informations et de données cliniques sur le passage du médicament dans le lait maternel et ses conséquences sur la santé du nouveau-né.

En réalité il existe 3 facteurs à prendre en considération lors de l'allaitement (86):

- D'une part les propriétés pharmacocinétiques qui conditionnent le passage du médicament dans le lait maternel à savoir que les molécules liposolubles et les faiblement liées aux protéines plasmatiques vont traverser plus facilement les membranes cellulaires, ainsi que celles dont la demi-vie est longue, et contenant des métabolites actifs.
- D'autre part la concentration plasmatique du médicament chez la mère est variable compte tenu de sa voie d'administration et de son élimination. Ainsi lorsque le rapport de la concentration L/P du médicament dans le lait et dans le sérum maternel est supérieure à 1 cela veut dire que le passage du médicament dans le lait est important. En revanche l'inverse (un rapport L/P inférieur à 1) correspond à un faible passage et donc une faible concentration de la molécule dans le lait. Ce rapport est précieux mais souvent non précisé, il est très informatif sur la quantité réelle du médicament dans le lait. Le rapport L/P n'exprime pas le danger du médicament lui-même, car sa concentration peut être certes importante dans le lait mais sans ou avec peu de conséquences sur le bébé.
- Enfin l'absorption digestive chez le nourrisson peut ne pas avoir lieux ou à des degrés moindres du fait de l'action des enzymes digestives ou encore du nombre des tétés.

Finalement la concentration d'un médicament dans le lait est faible et la quantité réelle ingérée par le bébé est insignifiante, de l'ordre de $1/10^{ème}$ à $1/20^{ème}$ de la dose de base. Cependant il faut rester prudent dans certaines situations telles la prématurité (le risque d'immaturité enzymatique) ou le faible poids du nouveau-né.

Ainsi on peut intervenir sur les modalités de la prise du médicament (prise unique journalière après la tété du soir par exemple) ou sur le mode de l'allaitement lui-même (tirer le lait lorsque la concentration du médicament est maximale et ne pas le donner au bébé, ou alors espacer les tétés).

Pour éviter l'arrêt ou l'abstention de prescription en majorant le risque pour le bébé, Les psychiatres peuvent consulter des centres de références spécialisés tels le CRAT ou le CRPV, via leurs sites internet ou en appelant un numéro téléphonique de permanence.

C.7.4 Le soutien psycho-social :

L'arrivée du bébé est un moment régi par des codes, des règles voire des lois. Le cadre institutionnel permet aux professionnels de la santé et de la petite enfance de bien accueillir l'enfant et

d'accompagner ses parents les premiers jours dans un cadre soutenant et rassurant.

L'accompagnement de la jeune maman pendant le post-partum est indispensable pour prévenir les complications dont les troubles du sommeil. L'entourage familial lorsqu'il est présent joue le rôle de contenant important dans le soutien et l'étayage de la jeune mère voire des deux parents. Parfois le père peut lui aussi éprouver des difficultés dans sa paternité et peut être concerné par le manque de sommeil (24) ou même un syndrome dépressif. Par ailleurs on commence de plus en plus à étudier la dépression (du post-partum) chez les pères dont la prévalence est entre 3 à 10 % (94). Ces complications surviennent généralement après le retour à la maison. Si bien que ce soutien est aussi destiné au père et/ ou à l'entourage pour qu'il reste aidant et efficace.

Le soutien psychosocial regroupe des mesures non spécifiques, il fait intervenir les différents acteurs de la périnatalité, de la salle de travail à la période d'hospitalisation jusqu'à la sortie : infirmières, sages-femmes, médecins, puéricultrices, pédopsychiatres et assistantes sociales. Il peut s'effectuer de différentes manières sous forme de visite à domicile, ou groupes de paroles. C'est une présence rassurante pour la jeune mère et pour les professionnels de la petite enfance de par leur rôle de prévention.

De plus l'association des conditions socio-économiques et de la dépression prénatale est connue (63). Il doit être un associé dans la prise en charge globale des mères à risque (de dépression) après le retour au domicile.

Conclusion :

Le retour à un sommeil réparateur pendant le post-partum est difficile, le sommeil étant influencé par l'arrêt brutal des sécrétions placentaires, le baby blues, l'allaitement et le rythme du bébé. Il s'agit aussi d'une période d'instabilité psycho-affective avec un risque de décompensation psychiatrique (anxieuse, dépressive, ou psycho-traumatique). Les facteurs étiologiques de ces troubles sont multiples, ce qui limite l'efficacité et la réponse thérapeutique en plus des difficultés à la prescription médicamenteuse.

D) QUATRIEME PARTIE : LA DESCRIPTION DES CAS CLINIQUES

(SUPPRIMES)

IV. DISCUSSION:

On constate que les modifications de l'architecture du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum sont de plus en plus reconnues et étudiées. Elles commencent dès les premières semaines pour se poursuivre plusieurs semaines voire des mois après la naissance du bébé. La description de nos quatre cas cliniques montre bien que les troubles du sommeil sont présents à tout moment d'un suivi périnatal, que ce soit en consultation du pré-partum, dans le cadre de la pédopsychiatrie de liaison aux urgences ou pendant le post-partum immédiat. Ceci correspond bien aux données de la revue de la littérature (24).

La grossesse est un événement important dans la vie d'une femme. Elle est caractérisée par la transparence psychique, mais aussi par le stress périnatal. Cet état de stress habituel est à l'origine de modifications biologiques et de préoccupations anxieuses qui entrainent des insomnies d'endormissement et un sommeil agité.

	GROSSESSE	*POST-PARTUM*
Signes Fonctionnels	*-au début : insomnie d'endormissement, éveils multiples et somnolence diurne+++.* *- aux 2ème et 3ème trimestres : diminution de la durée totale du sommeil, majoration des éveils nocturnes, cauchemars et/ou rêves désagréables.*	*-Insomnie* *-hypervigilance.* *-éveils multiples* *-somnolence après l'allaitement (au sein).*
Architecture du sommeil	*-Diminution de la proportion du sommeil paradoxal de façon progressive jusqu'à sa disparition à la fin de grossesse.*	*Le sommeil lent profond et le sommeil paradoxal se normalisent*
Facteurs étiologiques	*-Les modifications hormonales.* *- Le stress périnatal.* *-la prise du poids (fréquence des mictions, gêne respiratoire, syndrome de jambes sans repos)*	*-Les modifications hormonales.* *-La préoccupation maternelle primaire.* *-l'allaitement au sein et/ou les soins au bébé.*

	-La dynamique psychique.	
Facteurs Aggravants	*-ATCDS de troubles du sommeil.* *-ATCDS de grossesse compliquée (deuil fœtal, grossesse pathologique, interruption médicale de grossesse)* *-ATCDS psychiatriques.* *-Grossesse actuelle pathologique.* *-soutien psychosocial défaillant.*	*-Facteurs aggravant le sommeil pendant la grossesse.* *-Accouchement traumatique (travail long, césarienne)* *-Dépression anténatale.* *-Baby blues.* *- Séparation mère-bébé (réanimation néonatale).*
Conséquences	*-Irritabilité.* *-Anxiété.* *-Troubles de l'humeur (dysphorie, dépression).* *-Travail long +/- prématurité +/- Accouchement dystocique.*	*-Irritabilité.* *-Fatigue.* *-Baby blues intense.* *-dépression du post-partum* *-Trouble du lien et de l'attachement.*
Prise en charge	*-Règles hygiéno-diététiques.* *-Surveillance.* *-mise en place d'un traitement si inconfort majeur et/ou symptômes anxio-dépressifs.* *-psychothérapie.de soutien +/- thérapie d'inspiration analytique.*	*-mise en place d'un traitement si inconfort majeur (baby blues intense) et/ou symptômes anxio-dépressifs.* *-Suivi psychologique (périnatale) si trouble du lien et/ou dépression du post-partum.*

Tableau (2) : Synthèse des troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum.

S'inscrivant dans un état psychique particulier, non pathologique, ces troubles du sommeil sont en partie témoin d'un processus de maturation psychique, cela est d'autant plus marqué à l'approche de l'accouchement ou encore lors de la préoccupation maternelle primaire.

Cependant ces troubles sont souvent bien tolérés et considérés par les soignants et les patientes elles-mêmes comme faisant partie des maux bénins de la grossesse ou du post-partum. C'est en fonction du vécu subjectif que la patiente est amenée à en parler à son médecin. Ainsi l'intensité des troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum constitue un facteur pronostic essentiel.

Cette intensité est d'autant plus marquée lorsqu'une comorbidité psychiatrique lui est associée. Enfin la privation de sommeil majore la symptomatologie dysphorique, la fatigue et l'irritabilité.

Dans le 3ème cas clinique notons un tableau dépressif de la patiente où les troubles du sommeil occupent une place importante pendant la grossesse ce qui confirme le lien qui existe entre les insomnies, l'état de stress (anxiété), et l'humeur dépressive. De plus en dehors de toute grossesse une insomnie chronique augmente le risque de développer un trouble anxieux ou dépressif (22). La question qu'on peut se poser est de savoir s'il avait été possible d'éviter le développement d'une symptomatologie anxio-dépressive par la prescription d'un traitement précoce pendant la grossesse ?

Dans les cas cliniques avec une pathologie psychiatrique associée, les troubles du sommeil sont plus importants, avec une hantise des équipes que cela n'entraine une décompensation aigue. Dans ces cas là les troubles du sommeil sont à la fois symptôme de la pathologie psychiatrique et conséquence de la grossesse. Cependant la frontière reste indissociable dans notre analyse et plus particulièrement dans notre premier cas clinique où les insomnies constituent un espace supplémentaire de ruminations anxieuses qui aggravent le stress périnatal et fragilisent un peu plus l'estime de soi de la patiente et sa crainte d'être une mauvaise mère.

Les insomnies sont d'autant plus graves lorsque le stress périnatal est intense. En effet les situations anxiogènes au cours de la grossesse sont multiples qu'elles soient relatives à la grossesse elle-même ou non, elles peuvent être vécues tels de véritables évènements traumatiques, plus particulièrement chez les femmes qui ont eu des antécédents obstétricaux ou un soutien psychosociale défaillant (57).

Notre 3ème cas clinique illustre bien l'installation progressive d'un état anxieux pendant la grossesse, d'un repli sur soi et d'une symptomatologie dépressive. De plus la prématurité et les complications néonatales ont rendu le vécu du baby blues très difficile avec une hypersensibilité émotionnelle qui complique encore plus le deuil de cette grossesse : « le cauchemar n'est pas fini ! » disait la patiente au cours d'une consultation. La persistance de l'insomnie pendant le post-partum présente un potentiel dépressiogène supplémentaire (36), ce qui affecte les premières interactions maternelles de façon significative. Nos entretiens ont permis à la jeune maman de verbaliser toute son ambivalence, ses angoisses, et sa déception de la grossesse.

Comme nous l'avons déjà évoqué le post-partum est une période d'adaptation qui n'est pas de tout repos pour la jeune maman (60,71). Les troubles du sommeil ne sont pas nécessairement pathologiques, en effet pendant cette période il existe un état d'hypervigilance lié à la préoccupation maternelle précoce. Dans le second cas clinique, la patiente évoque des éveils multiples dans la nuit pour vérifier l'état de son bébé, ceci ne peut être considéré comme pathologique. Cependant le vécu subjectif du sommeil peut être pénible et donne ainsi un caractère pathologique à ces troubles plus particulièrement lorsque l'humeur est dépressive et /ou en l'absence de l'élan de joie. En effet dans le premier cas clinique l'enregistrement actimétrique indique une durée de sommeil correcte les jours qui suivent l'accouchement alors que la patiente la sous-estime. Il s'agit alors d'une question de perception du sommeil et il en est de même dans le 3ème cas clinique où les insomnies constituent un symptôme bruyant dans un baby blues particulièrement intense.

La prise en charge des insomnies à la fin de la grossesse et pendant le post-partum reste compliquée. On voit bien que le volet strictement médicamenteux se résume à la prescription d'une seule molécule le Seresta ® et dans un seul cas le Tercian®. De plus ces médications n'ont d'intérêt que pour leurs propriétés anxiolytiques. Le stilnox® ou l'imovane® nous semblaient peu efficaces en dehors de leur effet inducteur de sommeil car ils ne modifient pas son architecture et ne suppriment pas les éveils nocturnes. La tolérance d'une efficacité partielle du traitement n'est pas rare ce qui est d'ailleurs mal vécu par les patientes. On constate aussi que la prescription de tout médicament reste difficile chez la jeune mère qui souhaite allaiter.

Le travail essentiel de nos interventions a été d'écouter la jeune mère, faisant fonction de « réceptacle », un recueil de ses angoisses, son ambivalence, sa frustration, son désir ou encore sa déception. C'est une véritable consultation thérapeutique de la grossesse et du post-partum immédiat. Nous avons constaté dans les consultations suivantes que cela apaise la jeune mère et que les troubles du sommeil sont mieux compris, plus acceptés et passent donc au second plan de ses préoccupations malgré leur persistance.

Notre intervention s'inscrit également dans une prise en charge collective qui est mise en évidence dans les 1er et 4ème cas cliniques. Notons que le travail en équipe de façon interdisciplinaire est essentiel. Chez Mme C la demande émane en premier lieu de la sage-femme qui a su reconnaitre le caractère pathologique du baby blues. Le suivi psychologique proposé pendant le post-partum constitue juste un élément dans la prise en charge globale de la jeune maman. Ceci fait partie du soutien psychosocial indispensable pour prévenir les complications du post-partum et les troubles du lien mère enfant. Chez Mme A l'intervention a été plus précoce à savoir plusieurs semaines avant l'accouchement.

Enfin notre vigilance doit être plus grande chez les femmes qui présentent une pathologie psychiatrique associée et des troubles du sommeil plus marqués et plus graves. Dans notre premier cas la patiente a débuté le suivi dans un état de dépressivité déjà présent. Le travail psychodynamique ainsi réalisé a montré que son parcours d'investissement de la grossesse a été compliqué. Les insomnies ont exacerbé l'ambivalence, la culpabilité et surtout la sensation de fatigue avec une incapacité de devenir mère.

La patiente s'est sentie soutenue et écoutée par rapport à ses troubles du sommeil, ce qui a renforcé notre alliance thérapeutique. La tenue de l'agenda de sommeil et sa participation aux questionnaires le prouvent. Cela a été bénéfique pour elle et nous a permis d'explorer d'autres thématiques durant les entretiens, plus tôt que de rester focaliser sur un symptôme. Enfin Le recueil actimètrique chez Mme A notamment au moment de l'accouchement nous a permis d'obtenir une mesure objective de ses insomnies. La patiente qualifie son sommeil de médiocre alors que les données de l'actimétrie ont montré le contraire. Cependant la durée du sommeil n'est pas le seul facteur prédictif dans la survenue d'une dépression du post-partum, soulignons que le vécu subjectif du sommeil joue un rôle aussi important (69).

Traiter les troubles du sommeil avant qu'ils ne deviennent invalidants reste discutable, il faudrait réaliser des études comparatives sur deux groupes de femmes enceintes ou pendant le post-partum, pour évaluer l'intérêt.

On voit bien que les dysrégulations physiologiques pendant la grossesse et pendant le post-partum ont une grande influence sur le sommeil. Cependant nous ne pouvons ignorer la composante psychique de ces derniers. En effet, le parcours psychique de la femme pendant sa grossesse, lorsque cela se passe sans complications (somatiques ou un vécu de grossesse antérieure pathologique) demeure mouvementé.

L'existence des troubles du sommeil pendant la grossesse et leur évolution jusqu'à l'accouchement nous interpelle et si les troubles du sommeil sont un processus adaptatif ? Les perturbations du sommeil sont constantes et n'épargnent aucune femme, alors qu'est ce qui fait que ces perturbations deviennent pathologiques ? Seraient-elles liées à des capacités d'adaptation dépassées ?

Le processus de maternité est fait de rêves, de fantasmes et de production de pensées qu'elles soient conscientes ou non, qu'elles soient egocentriques ou dirigées vers le bébé. Les limites d'une psyché comme contenant sont dépassées et le sommeil devient alors un espace supplémentaire dédié à cette activité psychique nouvelle, débordante et envahissante.

Les cauchemars et les représentations traumatiques à l'approche du terme sont constants, habituels et aggravent un peu plus un sommeil déjà peu réparateur. Faut-il pour autant les supprimer par un traitement hypnotique ? À notre sens non car ils sont les prémices de l'objectalisation psychique de l'enfant et préparent la maman à la séparation physique avec le bébé encore fœtus ainsi qu'à sa rencontre. Cependant le stress prénatal faisant, ils peuvent devenir invalidants avec ou sans dégradation thymique et dans ce cas un traitement médical s'impose.

Il existe pendant le post-partum une rupture physique brutale de l'état de grossesse après la délivrance. Cette rupture se manifeste aussi dans la dynamique psychique et est caractérisée par la mise en place de processus d'adaptation qui sont la préoccupation maternelle primaire et le baby

blues. Ces deux mouvements psychiques indissociables constituent une intégration des mouvements ambivalents vis-à-vis du bébé et aboutissent à un nouvel état narcissique celui « d'être mère ». Dans ce contexte de « dénudation psychique » on peut rattacher aux troubles du sommeil une fonction dans l'attachement maternel et le lien avec le bébé. Ainsi l'hypervigilance, le sommeil peu profond ou encore les éveils multiples favorisent la disponibilité de la mère à tout moment pour son bébé y compris pendant la nuit. De plus la fatigue et la somnolence diurne induites par le manque de sommeil en partie et par l'allaitement participent à cette fonction, la femme devient incapable de retrouver son fonctionnement antérieur immédiatement après l'accouchement. Elle se retrouve alors contrainte à être près de son bébé. Par ailleurs le sommeil de la mère restera sous l'influence du rythme du bébé pendant les mois à venir.

V. CONCLUSION :

Les troubles du sommeil occupent une place centrale dans le quotidien de la femme enceinte, ils ont des origines multiples et sont conséquents aux bouleversements physiques, biologiques, hormonaux et psychiques qu'engendre la grossesse. Cette problématique du sommeil reste peu explorée, bien qu'elle soit fréquente. La frontière entre les processus physiologiques adaptatifs (de la grossesse et du post-partum) et les troubles pathologiques demeure floue.

Les troubles du sommeil sont sous-estimés dans le suivi des femmes enceintes, on oublie de questionner la femme sur la qualité de son sommeil, et souvent ils ne seront considérés comme pathologiques que lorsqu'ils sont associés à un état dépressif. C'est à ce moment-là que l'inquiétude des soignants se manifeste. En dehors de ce cas, on a tendance à les minimiser voire à les ignorer et les considérer comme faisant partie des maux habituels de la grossesse.

Pendant cette période de grands remaniements psychiques se font chez la femme enceinte, il est donc important de s'y intéresser davantage pendant le suivi périnatal. Les troubles du sommeil peuvent masquer un état d'anxiété voire de dépression. Ils doivent être systématiquement recherchés avec un

questionnement régulier à chaque consultation en tenant compte de leurs caractéristiques pendant chaque étape de la grossesse. L'objectif est de repérer les troubles du sommeil invalidants et/ou les futures mamans à risque de dépression périnatale.

Il est vrai qu'en pratique courante il est difficile de réaliser une polysomnographie pour objectiver et évaluer la sévérité des insomnies. Cependant malgré l'absence d'outil de mesure fiable l'utilisation de l'agenda du sommeil reste le gold standard pour évaluer les troubles du sommeil chez la femme enceinte.

Enfin il n'existe pas de recommandations spécifiques pour la prise en charge de ces troubles pendant la grossesse et le post-partum, en revanche il est important de traiter les troubles invalidants. Pour cela il existe de nombreuses alternatives thérapeutiques allant des conseils d'hygiène du sommeil, des techniques de relaxation ou des médecines douces, à l'administration d'un traitement pharmacologique. Enfin on propose un suivi psychologique centré sur la périnatalité précoce qui doit se prolonger bien après l'accouchement afin de prévenir la survenue des troubles de l'humeur du post-partum ou encore ceux du lien mère enfant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES

(1) Carrier J, Carrier J. Sommeil et hormones sexuelles. Doul et Analg 2003;16(2):99-104.

(2) Billiard M, Passouant P. Hormones sexuelles et sommeil chez la femme. Revue d'Electroencéphalographie et de Neurophysiologie Clinique 1974 0;4(1):89-106.

(3) Billiard M, Dauvilliers Y. Insomnie. EMC - Neurologie 2004 7;1(3):209-222.

(4) Neau J-, Paquereau J, Meurice J-. Sommeil et grossesse. Médecine du Sommeil 2009 0;6(4):119-125.

(5) Marques M, Bos S, Soares MJ, Maia B, Pereira AT, Valente J, et al. Is insomnia in late pregnancy a risk factor for postpartum depression/depressive symptomatology? Psychiatry Res 2011 4/30;186(2–3):272-280.

(6) Manconi M, Ferini-Strambi L, Hening WA. Response to Clinical Corners case (Sleep Medicine 6/2: 83–4): Pregnancy associated with daytime sleepiness and nighttime restlessness. Sleep Med 2005 9;6(5):477-478.

(7) Dayan J. Le baby blues. In:"Maman, pourquoi tu pleures ?" Les désordres émotionnels de la grossesse et de la maternité. France ed. Paris: Odile Jacob; 2002 p107-108,.

(8) Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: Is there a relationship? Sleep Medicine Reviews 2010 4;14(2):107-114.

(9) Caughey AB. Poor sleep in pregnancy and mode of delivery. Obstet Gynecol 2005 9;193(3, Supplement):1286.

(10) Driver HS. Sleep in women. J Psychosom Res 1996 3;40(3):227-230.

(11) Dubosc M, Guyard-Boileau B, Emmery B. Le sommeil dans le dernier trimestre de la grossesse. La Revue Sage-Femme 2007 6;6(2):62-69.

(12) Dzaja A, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmächer T, et al. Women's sleep in health and disease. J Psychiatr Res 2005 1;39(1):55-76.

(13) Facco FL. Sleep-Disordered Breathing and Pregnancy. Semin Perinatol 2011 12;35(6):335-339.

(14) Guilleminault C, Querra-Salva M, Chowdhuri S, Poyares D. Normal pregnancy, daytime sleeping, snoring and blood pressure. Sleep Med 2000 10/1;1(4):289-297.

(15) Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, Suhonen-Malm AS, Myllylä VV. Effects of pregnancy on mothers' sleep. Sleep Med 2002 1;3(1):37-42.

(16) Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. Le Carnet PSY 2001;63(3):30-33.

(17) Dauvilliers Y, Billiard M. Aspects du sommeil normal. EMC - Neurologie 2004 10;1(4):458-480.

(18) De Saint-Hilaire Z. Le sommeil. In: L'insomnie. Que sais-je? ed. France: Presses Universitaires de France; 2006, p3-37.

(19) Arnulf I. une fenetre sur les rêves. Paris, Odile Jacob; 2014 :p10-23.

(20) Arnulf I. Comment rêvons-nous. Les petits pommiers du savoir ed. France: Le pommier; 2004, p35-61.

(21) http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-62-Le-point-sur-la-prolactine.html.

(22) Doucet J, Kerkhofs M. Exploration du sommeil chez l'adulte et l'adolescent. EMC - Psychiatrie 2004 7;1(3):176-187.

(23) Sharkey KM, Pearlstein TB, Carskadon MA. Circadian phase shifts and mood across the perinatal period in women with a history of major depressive disorder: A preliminary communication. J Affect Disord 2013 9/25;150(3):1103-1108.

(24) Lee KA. Alterations in sleep during pregnancy and postpartum: a review of 30 years of research. Sleep Medicine Reviews 1998 11;2(4):231-242.

(25) Lord, C. Sekerovic, Z. Carrier,J. Régulation du sommeil et hormones sexuelles chez les hommes et les femmes au cours de la vie adulte. pathologie biologie 2014 2014;62:302-310.

(26) Moline ML, Broch L, Zak R, Gross V. Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause. Sleep Medicine Reviews 2003 4;7(2):155-177.

(27) Baker FC, Driver HS. Circadian rhythms, sleep, and the menstrual cycle. Sleep Med 2007 9;8(6):613-622.

(28) Benjelloun G, Pelissolo A. Troubles dysphoriques prémenstruels : diagnostic et traitements médicamenteux. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2003 7/1;161(5):351-358.

(29) Billiard M, Dauvilliers Y. Troubles du rythme circadien veille/sommeil. EMC - Neurologie 2004 7;1(3):246-253.

(30) Olié J, Duaux E, Gallarda T. Le livre de l'interne. Médecine sciences publications/ Lavoisier ed. France; 2012.

(31) Calaora-Tournadre D, Ragot S, Meurice JC, Pourrat O, D'Halluin G, Magnin G, et al. Le syndrome d'apnées du sommeil pendant la grossesse : prévalence des symptômes cliniques et corrélation avec la pathologie vasculaire gravidique. La Revue de Médecine Interne 2006 4;27(4):291-295.

(32) Bastuji H. Les comportements moteurs complexes au cours du sommeil. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2005 3;163(2):196-201.

(33) Vecchierini M, Léger D. Syndrome des jambes sans repos et ses formes cliniques : bilan diagnostique. La Presse Médicale 2010 5;39(5):556-563.

(34) Léger D, Ogrizek P. Troubles du sommeil et de l'éveil : mise au point. La Revue de Médecine Interne 2012 9;33(9):525-531.

(35) Haba-Rubio J, Krieger J. Syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil et mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil. EMC - Neurologie 2005 2;2(1):93-103.

(36) Royant-Parola S. Insomnie et dépression. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2012 4;170(3):198-201.

(37) Billières A, Hausser-Hauw C. Evaluation des troubles du sommeil chez la femme enceinte par un questionnaire. Médecine du Sommeil 2007 6;4(12):21-29.

(38) www.reseau-morphee.fr.

(39) Jouvet M, Jouvet M. Le sommeil, l'autre versant de l'esprit. Revue de Métaphysique et de Morale 1992;97(2):185-202.

(40) D, Bourguignon A, La fonction du rêve. In: L'espace du rêve. folio essais ed. France: Gallimard; 1972, 295-318.

(41) Tassin J. Le sommeil, la memoire et le rêve Spirale. Spirale 2005;34:31-39.

(42) Hutchison BL, Hutchison BL, Stone PR, McCowan LME, Stewart AW, Thompson JMD, et al. A postal survey of maternal sleep in late pregnancy.(Research article)(Medical condition overview). BMC Pregnancy and Childbirth 2012;12:144.

(43) Mellor R, C., Mellor R, Chua S, Boyce P. Antenatal depression: an artefact of sleep disturbance? Arch Womens Ment Health 2014;17(4):291-302.

(44) Lee KA, Gay CL. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. Obstet Gynecol 2004 12;191(6):2041-2046.

(45) Wilkie G, Shapiro CM. Sleep deprivation and the postnatal blues. J Psychosom Res 1992 5;36(4):309-316.

(46) Kamysheva E, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. A prospective investigation of the relationships among sleep quality, physical symptoms, and depressive symptoms during pregnancy. J Affect Disord 2010 6;123(1–3):317-320.

(47) Higgins N, Leong E, Park CS, Facco FL, McCarthy RJ, Wong CA. The Berlin Questionnaire for assessment of sleep disordered breathing risk in parturients and non-pregnant women. International Journal of Obstetric Anesthesia 2011 1;20(1):22-25.

(48) Bourjeily G, Raker C, Chalhoub M, Miller M, Bourjeily G, Raker C, et al. Excessive daytime sleepiness in late pregnancy may not always be normal: results from a cross-sectional study. Sleep & breathing = Schlaf & Atmung 2013;17(2):735.

(49) Fernández-Alonso A, Trabalón-Pastor M, Chedraui P, Pérez-López F, Fernández-Alonso A, Trabalón-Pastor M, et al. Factors related to insomnia and sleepiness in the late third trimester of pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2012;286(1):55-61.

(50) Kamysheva E, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationships among physical

symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. Body Image 2008 6;5(2):152-163.

(51) Lara-Carrasco J, Simard V, Saint-Onge K, Lamoureux-Tremblay V, Nielsen T. Disturbed dreaming during the third trimester of pregnancy. Sleep Med 2014 6;15(6):694-700.

(52) Bydlowski M. La dette de vie itinéraire psychanalytique de la maternité. le fil rouge ed. France: presse universitaire de france; 1997, p11-61.

(53) Pires GN, Andersen ML, Giovenardi M, Tufik S. Sleep impairment during pregnancy: Possible implications on mother–infant relationship. Med Hypotheses 2010 12;75(6):578-582.

(54) Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse, traduction de Jeannine Kalmanovitch. Science de l'homme Pyot ed. France: Editions Payot et Rivages; 1958, p287-291.

(55) Golse B. Y a t-il une approche psychanalytique possible de la périnatalité? confrontation psychiatrique 2014;50(SANOFI):p15-36.

(56) Golse B. Rêves, cauchemars et processus de pensée. Journal de Pédiatrie et de Puériculture 1992 7;5(5):283-287.

(57) 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 8;15(8):853-859.

(58) Gaugue-Finot J, Gaugue-Finot J, Devouche E, Wendland J, Varescon I. Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2010;58(8):441-447.

(59) Dayan J. Les dépressions périnatales. In: Les dépressions périnatales évaluer et traiter. MASSON ed. France: ELSEVIER MASSON; 2008, p21-43.

(60) Sutter A-, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2005 0;163(6):524-528.

(61) Agbokou C. Dépression maternelles pré et post-natales. confrontations psychiatriques 2011;N°50:86-101.

(62) Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C. Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. Infant Behavior and Development 2007 2;30(1):127-133.

(63) Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, Herlicoviez M, Baleyte J, O'Keane V, et al. Developmental Model of Depression Applied to Prenatal Depression: Role of Present and Past Life Events, Past Emotional Disorders and Pregnancy Stress (Prenatal Depression). PLoS ONE 2010;5(9):e12942.

(64) Graignic-Philippe R, Tordjman S, Granier-Deferre C, Ribeiro A, Jacquet AY, Cohen-Salmon C, et al. Le stress prénatal : état de la question et perspectives. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2005 0;53(1–2):54-61.

(65) Maasilta P, Bachour A, Teramo K, Polo O, Laitinen LA, Maasilta P, et al. Sleep-related disordered breathing during pregnancy in obese women *. (clinical investigations). Chest 2001;120(5):1448.

(66) Parry BL, Fernando Martínez L, Maurer EL, López AM, Sorenson D, Meliska CJ. Sleep, rhythms and women's mood. Part I. Menstrual cycle, pregnancy and postpartum. Sleep Medicine Reviews 2006 4;10(2):129-144.

(67) Ansseau M, von Frenckell R, Franck G, Reynolds III CF, Kupfer DJ. Sommeil et depression: vers une standardisation de l'utilisation de la latence du sommeil paradoxal en tant que marqueur biologique de depression majeure. Revue d'Electroencéphalographie et de Neurophysiologie Clinique 1987 12;17(4):411-424.

(68) Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA, Facco FL, et al. Sleep disturbances in pregnancy. Obstet Gynecol 2010;115(1):77.

(69) Park E, Meltzer-Brody S, Stickgold R, Park E, Meltzer-Brody S, Stickgold R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. Arch Womens Ment Health 2013;16(6):539-547.

(70) Jouppe J. À propos du post-partum blues. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2007 12;165(10):749-767.

(71) Bastien V, B., Bastien V, Braconnier M, de Tychey C. Dépression postnatale Facteurs de risque et modalités de prévention. L'Evolution psychiatrique 1999;64(2):289-307.

(72) Bydlowski M. Les dépressions maternelles en question. Le Carnet PSY 2008;129(7):38-44.

(73) Lemaitre V. Dépressions maternelles pré et post-natales. confrontations psychiatriques 2011;50:84-101.

(74) Okun ML, Luther J, Prather AA, Perel JM, Wisniewski S, Wisner KL. Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression recurrence. J Affect Disord 2011 5;130(3):378-384.

(75) Meriot M, S., Meriot M, Shulz J, Soubieux M, Missonnier S, et al. Pregnancy following a prenatal death. Rev med perinat 2014;6(2):81-89.

(76) Maron M. Troubles anxieux et état de strress post-traumatique en periode périnatale. Confrontations psychiatriques 2011;N°50:68-83.

(77) de Jager E, Skouteris H, Broadbent J, Amir L, Mellor K. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review. Midwifery 2013 5;29(5):506-518.

(78) Thome M, Alder EM, Ramel A. A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? Int J Nurs Stud 2006 1;43(1):11-20.

(79) Nathalie R, Nathalie R. Allaitement maternel et sommeil partagé. Spirale 2005(2):131.

(80) Poirot I. Place des thérapies comportementales dans la prise en charge des insomnies. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2012 4;170(3):202-207.

(81) http://www.cnsf.asso.fr/.

(82) Rouger C, Derbré S. Proposer les solutions de phytothérapie adaptées pour combattre les troubles du sommeil. Actualités Pharmaceutiques 2014 12;53(541):47-52.

(83) Kalavapalli R, Singareddy R. Role of acupuncture in the treatment of insomnia: A comprehensive review. Complementary Therapies in Clinical Practice 2007 8;13(3):184-193.

(84) Parry BL, Curran ML, Stuenkel CA, Yokimozo M, Tam L, Powell KA, et al. Can critically timed sleep deprivation be useful in pregnancy and postpartum depressions? J Affect Disord 2000 11;60(3):201-212.

(85) Lambrigger-Steiner C, Simões-Wüst AP, Kuck A, Fürer K, Hamburger M, von Mandach U. Sleep quality in pregnancy during treatment with Bryophyllum pinnatum: An observational study. Phytomedicine 2014 4/15;21(5):753-757.

(86) Damase-Michel C, Rolland M, Assouline C, Tricoire J, Lacroix I. Médicaments et allaitement maternel. EMC - Médecine 2004 10;1(5):417-432.

(87) www.lecrat.org.

(88) Diav-citrin O, Diav-Citrin O, Okotore B, Lucarelli K, Koren G. Zopiclone use during pregnancy. Canadian family physician Médecin de famille canadien 2000;46:63.

(89) Morin CM, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Vallières A, Guay B, Savard J, et al. Speed and trajectory of changes of insomnia symptoms during acute treatment with cognitive–behavioral therapy, singly and combined with medication. Sleep Med 2014 6;15(6):701-707.

(90) Bray D. Biofeedback. Complementary Therapies in Nursing and Midwifery 1998 2;4(1):22-24.

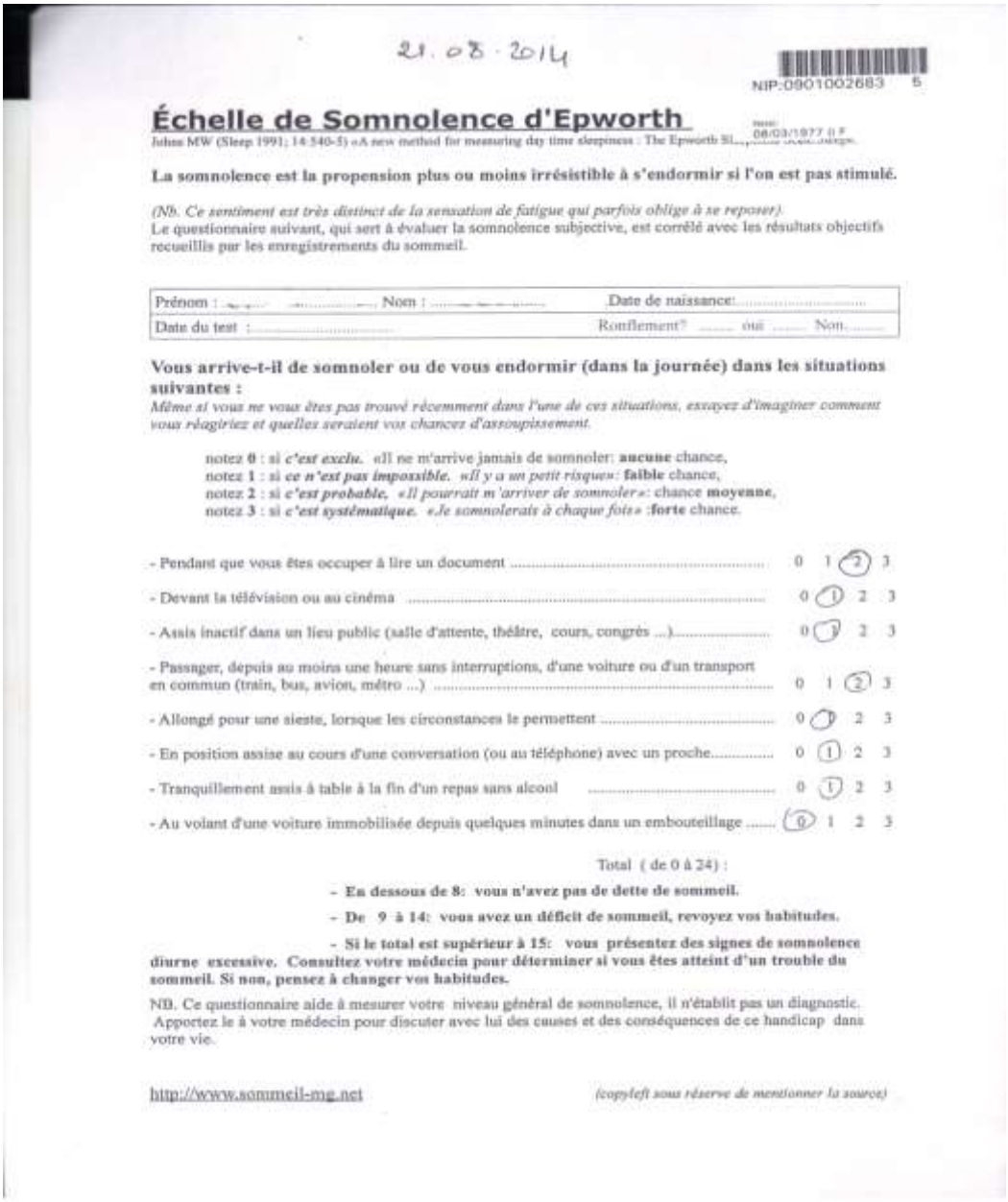
(91) Muzik M, Hamilton SE, Lisa Rosenblum K, Waxler E, Hadi Z. Mindfulness yoga during pregnancy for psychiatrically at-risk women: Preliminary results from a pilot feasibility study. Complementary Therapies in Clinical Practice 2012 11;18(4):235-240.

(92) Dayan J. Psychothérapie brèves en période périnatale des troubles anxieux et dépressifs. confrontations psychiatriques 2011 2014;50:289-312.

(93) Khazaie H, Ghadami MR, Knight DC, Emamian F, Tahmasian M. Insomnia treatment in the third trimester of pregnancy reduces postpartum depression symptoms: A randomized clinical trial. Psychiatry Res 2013 12/30;210(3):901-905.

(94) Edmondson OJH, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani PG. Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. J Affect Disord 2010;125(1-3):365-368.

Annexe (1) (supprimé)



21.08.2014

NIP:0901002683 5

Échelle de Somnolence d'Epworth

Johns MW (Sleep 1991; 14:540-5) «A new method for measuring day time sleepiness : The Epworth Sl...

La somnolence est la propension plus ou moins irrésistible à s'endormir si l'on est pas stimulé.

(Nb. Ce sentiment est très distinct de la sensation de fatigue qui parfois oblige à se reposer).
Le questionnaire suivant, qui sert à évaluer la somnolence subjective, est corrélé avec les résultats objectifs recueillis par les enregistrements du sommeil.

Prénom : ..... Nom :	Date de naissance:.....
Date du test :	Ronflement? ..... oui ..... Non.....

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :
Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

notez **0** : si ***c'est exclu.*** «Il ne m'arrive jamais de somnoler: **aucune** chance,
notez **1** : si ***ce n'est pas impossible.*** *«Il y a un petit risque»:* **faible** chance,
notez **2** : si ***c'est probable,*** *«Il pourrait m'arriver de somnoler»:* chance **moyenne**,
notez **3** : si ***c'est systématique.*** *«Je somnolerais à chaque fois»* :**forte** chance.

- Pendant que vous êtes occuper à lire un document	0 1 (2) 3
- Devant la télévision ou au cinéma	0 (1) 2 3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...).....	0 (3) 2 3
- Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...)	0 1 (2) 3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent	0 (3) 2 3
- En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche.....	0 (1) 2 3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool	0 (1) 2 3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage	(0) 1 2 3

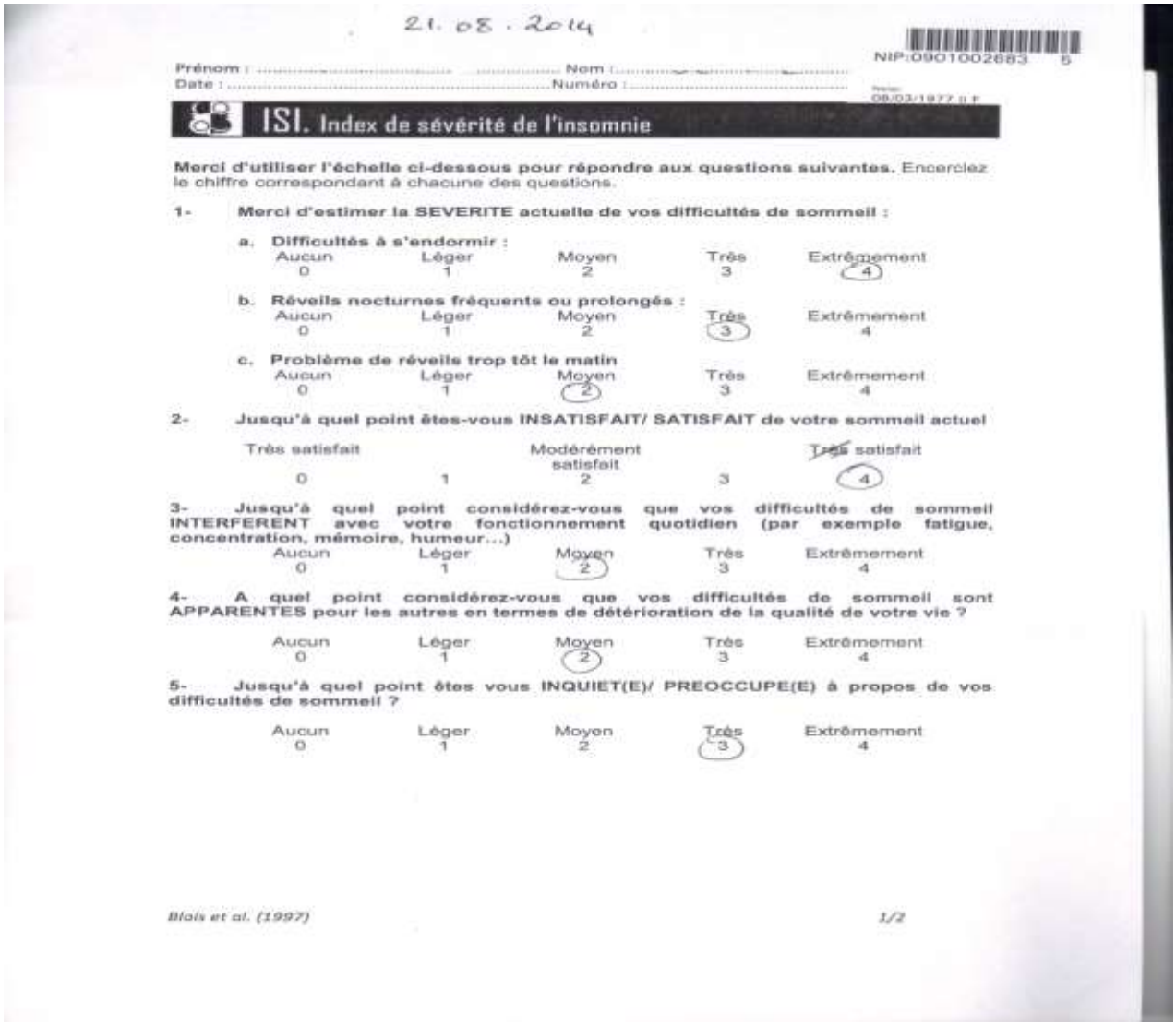
Total (de 0 à 24) :

- **En dessous de 8: vous n'avez pas de dette de sommeil.**
- **De 9 à 14: vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.**
- **Si le total est supérieur à 15: vous présentez des signes de somnolence diurne excessive. Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes.**

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de somnolence, il n'établit pas un diagnostic. Apportez le à votre médecin pour discuter avec lui des causes et des conséquences de ce handicap dans votre vie.

http://www.sommeil-mg.net *(copyleft sous réserve de mentionner la source)*

Annexe(2)



21. 08. 2014

NIP:0901002883 5

Prénom : ..... Nom : .....

Date : ..... Numéro : .....

Né(e) le : 08/03/1977 à F

ISI. Index de sévérité de l'insomnie

Merci d'utiliser l'échelle ci-dessous pour répondre aux questions suivantes. Encerclez le chiffre correspondant à chacune des questions.

1- Merci d'estimer la SEVERITE actuelle de vos difficultés de sommeil :

a. **Difficultés à s'endormir :**

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	(4)

b. **Réveils nocturnes fréquents ou prolongés :**

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	(3)	4

c. **Problème de réveils trop tôt le matin**

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	(2)	3	4

2- Jusqu'à quel point êtes-vous INSATISFAIT/ SATISFAIT de votre sommeil actuel

Très satisfait		Modérément satisfait		Très satisfait
0	1	2	3	(4)

3- Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil INTERFERENT avec votre fonctionnement quotidien (par exemple fatigue, concentration, mémoire, humeur...)

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	(2)	3	4

4- A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont APPARENTES pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	(2)	3	4

5- Jusqu'à quel point êtes vous INQUIET(E)/ PREOCCUPE(E) à propos de vos difficultés de sommeil ?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	(3)	4

Blois et al. (1997) 1/2

Annexe(3)

Prénom : ..... Nom : .....
Date : ..... Numéro : .....

6- Jusqu'à quel point croyez –vous que les facteurs suivants contribuent à vos difficultés de sommeil ?

	Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
Perturbations cognitives (Pensées qui tournent dans la tête pendant la nuit)	0	1	2	3	4
Perturbations somatiques (tension musculaire, douleur)	0	1	2	3	4
Mauvaises habitudes de sommeil	0	1	2	3	4
Processus naturel de vieillissement	0	1	2	3	4
Stress	0	1	2	3	4

7- Après une MAUVAISE NUIT DE SOMMEIL, quelles difficultés suivantes éprouvez-vous le lendemain ? Veuillez indiquer à quelle intensité vous éprouvez ces difficultés

	Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
Fatigue pendant le jour (fatigué(e), épuisé(e), exténué(e), endormi(e), etc...)	0	1	2	3	4
Difficultés à fonctionner (diminution de la performance au travail/ routine quotidienne, difficultés à se concentrer, problèmes de mémoire, etc..)	0	1	2	3	4
Problème d'humeur (irritable tendu (e), nerveux, déprimé(e), anxieux(se), maussade, hostile, en colère, confus(e), etc...	0	1	2	3	4
Autres (spécifiez, svp)	0	1	2	3	4

Note : assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions

Partie réservé à l'administration :

TOTAL : .....

Score total de 0 à 28
Pour chaque question de 1 à 5, un score est retenu. Les question 6 et 7 ne sont pas côtés.
Ce test mesure la perception par la personne de ses difficultés de sommeil.
Un score élevé indique une perception élevée de la sévérité de l'insomnie.

Blais et al. (1997) 2/2

Annexe(3)-suite

21/08

NIP:0901002683 5

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION

STAI FORME Y-A

C. D.. SPIELBERGER, 1983
Traduction française : M. B. SCHWEITZER et I. PAULHAN, 1990

NOM [ ] PRÉNOM [ ]
SEXE [F] AGE [37] DATE [ ]

CONSIGNES

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens calme.			X	
2	Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.		X		
3	Je suis tendu(e),crispé(e).		X		
4	Je me sens surmené(e).		X		
5	Je me sens tranquille, bien dans ma peau.		X		
6	Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).				X
7	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.			X	
8	Je me sens content(e).			X	
9	Je me sens effrayé(e).				X
10	Je me sens à mon aise.			X	
11	Je sens que j'ai confiance en moi.		X		
12	Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.			X	
13	J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).			X	
14	Je me sens indécis(e).			X	
15	Je suis décontracté(e), détendu(e).	X			
16	Je suis satisfait(e).			X	
17	Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).			X	
18	Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).			X	
19	Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).	X			
20	Je me sens de bonne humeur, aimable.		X		

»

Annexe(4)

21/08/2014

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION

STAI FORME Y-B

C. D. SPIELBERGER, 1983
Traduction française : M. B. SCHWEITZER et I. PAULHAN, 1990

NOM ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ PRÉNOM ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

SEXE ☐ AGE ☐☐ DATE ☐☐/☐☐/☐☐

CONSIGNES

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **généralement**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

		Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21	Je me sens de bonne humeur, aimable.	☐	☐	☒	☐
22	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	☐	☒	☐	☐
23	Je me sens content(e) de moi.	☒	☐	☐	☐
24	Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être.	☐	☒	☐	☐
25	J'ai un sentiment d'échec.	☐	☐	☐	☒
26	Je me sens reposé(e).	☒	☐	☐	☐
27	J'ai tout mon sang-froid.	☐	☒	☐	☐
28	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.	☐	☒	☐	☐
29	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	☐	☒	☐	☐
30	Je suis heureux(se).	☐	☒	☐	☐
31	J'ai des pensées qui me perturbent.	☐	☐	☐	☒
32	Je manque de confiance en moi.	☐	☐	☐	☒
33	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	☒	☐	☐	☐
34	Je prends facilement des décisions.	☐	☐	☒	☐
35	Je me sens incompétent(e), pas à la hauteur.	☐	☐	☐	☒
36	Je suis satisfait(e).	☐	☒	☐	☐
37	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	☐	☐	☐	☒
38	Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	☐	☐	☐	☒
39	Je suis une personne posée, solide, stable.	☐	☒	☐	☐
40	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	☐	☒	☐	☐

Annexe (4)- suite

21/08/2014

NIP:0901002683 5

Avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

Naiss: 06/03/1977 () F

Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

1. **J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.**
   - Aussi souvent que d'habitude
   - Pas tout à fait autant
   - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
   - Absolument pas

2. **Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.**
   - Autant que d'habitude
   - Plutôt moins que d'habitude
   - Vraiment moins que d'habitude
   - Pratiquement pas

3. **Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, parfois
   - Pas très souvent
   - Non, jamais

4. **Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.**
   - Non, pas du tout
   - Presque jamais
   - Oui, parfois
   - Oui, très souvent

5. **Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.**
   - Oui, vraiment souvent
   - Oui, parfois
   - Non, pas très souvent
   - Non, pas du tout

6. **J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements*.**
   - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
   - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
   - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
   - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. **Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, parfois
   - Pas très souvent
   - Non, pas du tout

8. **Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, très souvent
   - Pas très souvent
   - Non, pas du tout

9. **Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, très souvent
   - Seulement de temps en temps
   - Non, jamais

10. **Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.**
    - Oui, très souvent
    - Parfois
    - Presque jamais
    - Jamais

2000

Annexe(5)

Inventaire de Beck (BDI)

Ce questionnaire comporte des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entourez la lettre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux **la façon dont vous vous êtes senti au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris.**

Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encerclez chacun d'eux. Veuillez-vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

a. Je ne me sens pas triste
b. Je me sens triste
c. Je suis tout le temps triste, je ne peux m'en sortir
d. Je suis si triste que je ne peux le supporter

a. Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir
b. Je me sens découragé par l'avenir
c. J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie
d. J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer

a. Je ne me considère pas comme un raté
b. J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels
c. Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs
d. J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie

a. Je retire autant de satisfactions de la vie qu'auparavant
b. Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
c. Je ne retire plus la satisfaction de quoique ce soit
d. Tout me rend insatisfait et m'ennuie

a. Je ne me sens pas particulièrement coupable
b. Je me sens coupable une bonne partie du temps
c. Je me sens coupable la plupart du temps
d. Je me sens continuellement coupable

a. Je n'ai pas l'impression d'être puni
b. J'ai l'impression que je pourrais être puni
c. Je m'attends à être puni
d. J'ai l'impression d'être puni

a. Je n'ai pas l'impression d'être déçu par moi-même
b. Je suis déçu par moi-même
c. Je suis dégouté de moi
d. Je me hais

a. Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
b. Je suis critique vis-à-vis de mes faiblesses ou des erreurs
c. Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
d. Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent

Annexe (6)

a. Je ne pense aucunement à me suicider
b. J'ai parfois l'idée de me suicider mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes
c. J'aimerais me suicider
d. J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion

a. Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
b. Je pleure plus qu'avant
c. Je pleure continuellement maintenant
d. Avant je pouvais pleurer, maintenant j'en suis incapable

a. Je ne suis pas plus irrité maintenant qu'auparavant
b. Je suis agacé ou irrité plus facilement maintenant qu'auparavant
c. Je suis continuellement irrité
d. Je ne suis plus du tout irrité par les choses qui m'irritaient auparavant

a. Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres
b. Je suis moins intéressé par les gens qu'autrefois
c. J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens
d. J'ai perdu tout mon intérêt pour les gens

a. Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
b. Je remets les décisions beaucoup plus qu'avant
c. J'ai beaucoup plus de difficultés à prendre des décisions qu'auparavant
d. Je ne peux plus prendre de décisions

a. Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant
b. J'ai peur de paraître vieux ou peu attrayant
c. J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents de mon apparence qui me rendent peu attrayant
d. J'ai l'impression d'être laid

a. Je travaille aussi bien qu'avant
b. Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
c. Je dois faire un très grand effort pour faire quoique ce soit
d. Je ne peux faire aucun travail

a. Je dors aussi bien que d'habitude
b. Je ne dors pas aussi bien qu'avant
c. Je me réveille une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
d. Je me réveille plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir

a. Je ne suis pas plus fatigué qu'à l'accoutumé
b. Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
c. Je me fatigue pour un rien
d. Je suis trop fatigué pour faire quoi que ce soit

Annexe(6)-suite

a. Mon appétit est aussi bon que d'habitude
b. Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était
c. Mon appétit a beaucoup diminué
d. Je n'ai plus d'appétit du tout

a. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement
b. J'ai perdu plus de deux kilos
c. J'ai perdu plus de quatre kilos
d. J'ai perdu plus de sept kilos (Je suis présentement un régime Oui/Non)

a. Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
b. Je suis préoccupé par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation
c. Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose
d. Je suis tellement préoccupé par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose

a. Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe
b. J'ai moins de désir sexuel qu'auparavant
c. J'ai maintenant beaucoup moins de désir sexuel
d. J'ai perdu tout désir sexuel

Annexe(6)-suite

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SERIDI Houari Boumediene

Sujet de la thèse : LES TROUBLES DU SOMMEIL PENDANT LA GROSSESSE ET PENDANT LE POST-PARTUM

Thèse : Médecine - Université des Antilles et de la Guyane

Année 2015

Numéro d'identification : 2015AGUY0883

MOTS-CLES : Les troubles du sommeil, la grossesse, le post-partum, l'insomnie, les dépressions périnatales.

INTRODUCTION : Les troubles du sommeil sont présents pendant la grossesse et pendant le post-partum. L'objectif de notre travail est de comprendre la physiopathologie de ces troubles et leurs rôles dans la psychopathologie de la femme enceinte et du post-partum.

METHODE : Nous avons réalisé une revue de la littérature systématique sur les troubles du sommeil chez la femme enceinte. Nous avons retenu 94 articles qui font le lien entre le sommeil et la psychopathologie pendant la grossesse et pendant le post-partum. Nous avons complété ces articles par des ouvrages qui traitent de la dynamique psychique de la grossesse. Aucune limitation de date de publication n'a été fixée.

RESULTATS : La grossesse affecte le sommeil sur le plan qualitatif et quantitatif. Les perturbations du sommeil sont évolutives et sujettes aux variations physiologiques propres à la grossesse, si bien qu'elles deviennent plus accentuées. Leurs répercussions sur l'humeur de la femme enceinte peuvent aller de l'irritabilité à la dépression. Le retour à un sommeil réparateur pendant le post-partum est difficile à cause de l'arrêt brutal des sécrétions placentaires, le baby blues, l'allaitement et le rythme du bébé. Les facteurs étiologiques de ces perturbations sont multiples ce qui limite l'efficacité de la réponse thérapeutique en plus des difficultés à la prescription médicamenteuse.

CONCLUSION : Les troubles du sommeil sont sous-estimés dans le suivi des femmes enceintes, ils doivent être recherchés et pris en charge lorsqu'ils sont invalidants afin de prévenir la survenue des troubles de l'humeur et leurs conséquences sur le lien mère enfant.

JURY :

Président : Professeur Louis JEHEL.
Juges : Professeur Georges JEAN-BAPTISTE
Professeur Philippe CABRE
Professeur Bernard GOLSE
Directeur de Thèse: Dr Bérengère BEAUQUIER-MACCOTTA.