



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



MÉMOIRE

Le sommeil de la femme enceinte

The sleep of the pregnant woman

J. Buron^{a,*}, V. Denais^b, B. Lucas^c

^a Polyclinique de Blois, 1, rue Robert-Debré, 41260 La Chaussée Saint-Victor, France

^b École de sages-femmes, hôpital Bretonneau, CHRU de Tours, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours cedex 9, France

^c Service de neurologie/neurophysiologie clinique, hôpital Bretonneau, CHRU de Tours, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours cedex 9, France

Disponible sur Internet le 8 novembre 2011

MOTS CLÉS

Femme enceinte ;
Grossesse ;
Petits maux de la
grossesse ;
Sommeil ;
Troubles du sommeil

Résumé

Objectif. — Notre étude a pour objectifs d'identifier les modifications du sommeil chez la femme enceinte ainsi que les facteurs entraînant ces modifications. Nous avons également évalué la satisfaction des femmes par rapport à leur prise en charge, les conseils et méthodes fournis ainsi que leurs résultats.

Moyens et méthodes. — Nous avons réalisé une étude rétrospective, déclarative à partir d'un questionnaire anonyme. L'étude s'est déroulée sur deux sites (service de consultations de la maternité du CHRU de Tours et un cabinet de sages-femmes libérales). Trois cents questionnaires ont été distribués ; l'échantillon final était de 165. Les variables quantitatives ont été rassemblées en classes et exprimées par des moyennes. Les variables qualitatives ont été rassemblées en pourcentages et comparées grâce au test du χ^2 (Chi²). Le seuil de significativité (*p*) étant fixé à 0,05.

Résultats. — De nombreux troubles du sommeil peuvent être retrouvés au cours de la grossesse, période particulière de la vie d'une femme, avec une fréquence augmentée par rapport à la population générale. Le premier trimestre est plutôt marqué par une augmentation du temps de sommeil. Le deuxième trimestre représente une période d'accoutumance avec, de façon générale, un sommeil de meilleure qualité. Le dernier trimestre de la grossesse voit une augmentation du nombre de femmes ayant une augmentation des troubles, avec un temps de sommeil diminué et une moins bonne qualité de sommeil. L'altération du sommeil, en fin de grossesse, s'explique le plus souvent par les désagréments engendrés par des petits maux dits « de la grossesse ». La plupart de ces difficultés peuvent être prévenues ou corrigées par des mesures simples d'hygiène du sommeil et une écoute rassurante.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : julie.buron@gmail.com (J. Buron).

KEYWORDS

Pregnant women;
Pregnancy;
Minor ailments of
pregnancy;
Sleep;
Sleep disorders

Summary

Objective. — Our study aims to identify changes in sleep during pregnancy and the factors causing these changes. We also assessed women's satisfaction from their support, advice and methods provided, and the results.

Means et methods. — We conducted a retrospective study, declarative from an anonymous questionnaire. The study was conducted on two sites (consultation service Maternity University Hospital of Tours and a cabinet of midwives). Three hundred questionnaires were distributed, the final sample was 165. Quantitative variables were grouped into classes and expressed by averages. Categorical variables were collected as percentages and compared using the χ^2 test (Chi²). The level of significance (*P*) set at 0.05.

Results. — Many sleep disorders can be found during pregnancy, particular period of life of a woman, with an increased frequency compared to the general population. The first quarter is rather marked by an increase in sleep time. The second quarter is a period with addiction in general, sleep better. The last trimester of pregnancy shows an increase in the number of women increased disorder, with decreased sleep time and poorer sleep quality. Impaired sleep in late pregnancy is explained mostly by the discomfort caused by so-called minor ailments "of pregnancy." Most of these difficulties can be prevented or corrected by simple measures of sleep hygiene and reassuring listening.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le sommeil de la femme enceinte est un sujet peu abordé lors des consultations de suivi de grossesse et des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, alors qu'il est souvent perturbé chez la femme enceinte.

Au cours de nos études, nous avons constaté que le sommeil de la femme enceinte est souvent perturbé. Les professionnels de santé confrontés à ces situations ont peu de réponses à apporter aux femmes demandeuses. L'objectif de ce travail est donc d'identifier les modifications du sommeil chez la femme enceinte ainsi que les facteurs de causalité. Nous avons également évalué la satisfaction des femmes par rapport à leur prise en charge, les conseils et méthodes fournis ainsi que leurs résultats.

Méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective, déclarative, à partir d'un questionnaire anonyme. L'étude s'est déroulée sur deux structures différentes : le questionnaire a été distribué du 3 juin 2009 au 28 août 2009 à la maternité du centre hospitalier régional et universitaire de Tours «Olympe de Gouges» (service des consultations) et dans un cabinet de sages-femmes libérales de l'agglomération tourangelle. Seules les femmes au troisième trimestre de leur grossesse ont été incluses dans l'étude.

Trois cents questionnaires ont été distribués, 166 ont été récupérés. Un questionnaire, rempli de façon très incomplète, a été écarté. Au final, notre échantillon comprenait 165 femmes.

Les données ont été analysées grâce au logiciel Excel ; les variables quantitatives ont été rassemblées en classes et exprimées par des moyennes. Les variables qualitatives ont été rassemblées en pourcentages et comparées grâce au

test du χ^2 (Chi²). Le seuil de significativité (*p*) étant fixé à 0,05.

Résultats**Modifications du sommeil de la gestante**

Pour 45,1% des gestantes de l'étude (soit 74 femmes), le temps de sommeil était diminué par rapport au temps de sommeil qu'elles avaient avant d'être enceintes. Pour les autres femmes, 36,6% indiquaient dormir autant avant la grossesse que pendant et 18,3% disaient dormir plus que d'habitude.

En dehors de la grossesse, la plupart des femmes (75,6%) disaient dormir assez par rapport à leurs besoins. L'étude a montré une diminution significative ($p < 0,001$) du nombre de ces femmes : elles n'étaient plus que 37,2% à dire dormir autant qu'elles estimaient en avoir besoin. Le nombre de femmes avec un sommeil insuffisant s'est multiplié par 2,6 avec la grossesse. Celles qui dormaient plus que ce qu'elles pensaient avoir besoin étaient aussi significativement plus nombreuses : 14% contre 6,1% avant la grossesse ($p < 0,05$).

Dans l'échantillon, aucune femme n'avait l'habitude, avant la grossesse, de faire une sieste quotidienne alors que, pendant la grossesse, 27 (soit 16,4%) faisaient une sieste tous les jours. Soixante-dix-neuf femmes (47,9%) ne faisaient jamais de sieste avant ; parmi elles, seulement neuf (5,45%) ont dit ne pas avoir changé cette habitude. L'augmentation du nombre de femmes qui faisaient la sieste entre avant et pendant la grossesse était significative ($p < 0,05$).

Parmi les 156 femmes (96,4%) qui s'autorisaient ce moment de repos diurne lorsqu'elles étaient enceintes, 129 (78,2%) avaient augmenté la fréquence de leur sieste par rapport à avant la grossesse. Seulement quatre femmes (2,4%) faisaient moins de sieste.

Avant le début de la grossesse, les femmes qui se plaignaient de troubles du sommeil représentaient 46,7% de l'échantillon (77 femmes) alors que, au premier trimestre, elles représentaient 75,1% (124 femmes). L'augmentation du nombre de ces femmes était significative ($p < 0,0001$). Nous avons pu observer une augmentation progressive du nombre de femmes qui étaient dérangées pendant leur sommeil, à partir du début de la grossesse : elles sont passées de 75,1% au premier trimestre à 93,3% au troisième trimestre.

Avant le début de la grossesse, le sommeil était le plus souvent marqué par des difficultés à l'endormissement ou des difficultés à se rendormir après un réveil nocturne, des ronflements, des réveils nocturnes multiples, une impression de sommeil non récupérateur ou encore des cauchemars (Tableau 1). Nous avons pu remarquer que ces particularités du sommeil de la femme étaient associées à des situations de stress ou de fatigue pour 20,6% d'entre elles. Les troubles du sommeil les plus fréquents pendant la grossesse étaient les réveils nocturnes, les difficultés à se rendormir et la somnolence.

Selon les réponses obtenues, le premier trimestre était particulièrement marqué par des réveils nocturnes (plainte de 37% des femmes questionnées) et une somnolence augmentée (35,75% des femmes). Le sommeil des deuxième et troisième trimestres était également perturbé par des réveils nocturnes (pour 61,8% des femmes au deuxième trimestre et 81,8% au troisième). Les femmes ressentaient aussi, dans les six derniers mois de grossesse, des difficultés à se rendormir (pour 35% d'entre elles au deuxième trimestre et 61,8% au dernier trimestre).

Au début de la grossesse, nous avons observé une augmentation significative du nombre de femmes dérangées par

Tableau 1 Évolution du nombre de femmes ayant des troubles du sommeil entre la période préconceptionnelle et la grossesse.

	En période préconceptionnelle (%)	Au cours de la grossesse (%)
Somnolence	6,5	51,7
Sommeil non récupérateur	20,8	25,7
Sensations anormales dans les jambes	6,5	36,7
Ronflements	29,9	36,7
Réveils nocturnes	29,9	99,3
Pauses respiratoires	2,6	3
Malaises en position dorsale	6,5	34,3
Difficultés à s'endormir	36,4	44,3
Difficultés à se rendormir	35	63,7
Cauchemars	20,8	28,3

des réveils nocturnes et par une somnolence diurne augmentée ($p < 0,0001$). Les réveils nocturnes touchaient de plus en plus de femmes avec l'avancée de la grossesse (augmentation significative à chacun des trimestres, $p < 0,0001$).

En ce qui concerne la somnolence diurne, au deuxième trimestre, elle atteignait, de façon significative ($p < 0,01$), moins de femmes qu'au tout début de la grossesse. À l'inverse, le troisième trimestre était marqué par une augmentation significative ($p < 0,001$) du nombre de femmes qui se plaignaient de somnolence diurne.

À propos des difficultés à s'endormir, à se rendormir, des malaises en position dorsale et des sensations anormales dans les jambes, nous n'avons pas observé d'augmentation significative du nombre de femmes touchées entre la période préconceptionnelle et le début de la grossesse. En revanche, ces troubles augmentaient significativement aux deuxième et troisième trimestres ($p < 0,003$).

Le sommeil non récupérateur touchait significativement plus de femmes ($p < 0,0005$) à partir du troisième trimestre de la grossesse.

Enfin, nous n'avons constaté aucun changement entre la période préconceptionnelle, au début et pendant la grossesse, pour les troubles des voies respiratoires (ronflements et pauses respiratoires) et les cauchemars, dans la population de l'étude.

Facteurs de modification du sommeil pendant la grossesse

L'étude a permis de mettre en évidence l'influence d'une prise de poids excessive sur l'augmentation du nombre de femmes enceintes ayant un sommeil marqué par des troubles (une prise de poids excessive étant définie par une prise supérieure à 18 kg pour une femme avec un IMC inférieur à 18,5 avant la grossesse, supérieure à 16 kg si IMC entre 18,5 et 24,9, supérieure à 11,5 kg si IMC entre 25 et 29,9 et supérieure à 6 kg si IMC supérieur ou égal à 30 [2]) (Fig. 1). Celles qui avaient pris trop de poids se plaignaient significativement plus de sensations anormales dans les jambes ($p < 0,001$), de ronflements ($p < 0,01$), de réveils nocturnes ($p < 0,05$) et d'une somnolence excessive ($p < 0,05$).

De la même façon, les femmes qui présentaient un IMC supérieur à 25 avant la grossesse, avaient tendance à être plus atteintes de ronflements, au cours de la grossesse.

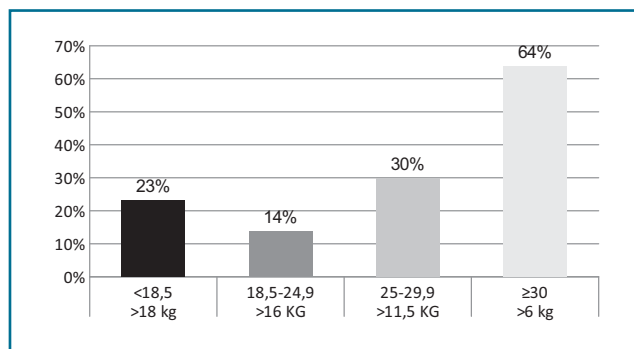


Figure 1. Pourcentage de femmes ayant une prise de poids excessive, par catégorie d'IMC.

Tableau 2 Répartition des «petits maux» de la grossesse, facteurs de troubles du sommeil au troisième trimestre de la grossesse.

Envies d'uriner	65%
Problèmes digestifs	30%
Crampes	27%
Douleurs dorsales	8%
Douleurs ligamentaires/contractions utérines	20%
Douleurs diverses	6%
Nausées	1%
Autre	13%

Les complications survenant au cours de la grossesse semblaient n'avoir aucune influence sur la modification du temps de sommeil. En effet, les femmes qui présentaient une grossesse pathologique n'étaient pas significativement plus nombreuses à dormir moins de temps, par rapport à leurs besoins, en comparaison aux femmes qui présentaient une grossesse de déroulement «normal».

En revanche, nous avons trouvé une différence significative ($p < 0,05$) du nombre de femmes qui avaient des sensations anormales dans les jambes quand la grossesse était pathologique par rapport à celles qui n'avaient aucune complication. Près de 49% des femmes ayant une grossesse pathologique présentaient ce type d'anomalie contre 32% chez les femmes n'ayant aucune complication.

Nous n'avons observé aucune modification du nombre de femmes touchées par des troubles du sommeil pendant leur grossesse selon qu'elles étaient primipares ou multipares ou selon les souvenirs qu'elles gardaient de leur dernière grossesse et de leur dernier accouchement si elles avaient déjà accouché.

Enfin, nous n'avons trouvé aucune différence, par rapport à un temps de sommeil diminué ou augmenté, entre les femmes qui ont pu vivre une situation stressante et celles qui n'ont pas rencontré de telles situations.

Au troisième trimestre de la grossesse, les femmes accordaient majoritairement leurs troubles à certains «petits maux» de la grossesse (88,8% des femmes interrogées) (Tableau 2). Les autres facteurs les plus cités comme étant les responsables, du moins en partie, des troubles au troisième trimestre étaient : une position de sommeil inconfortable pour 59,4% d'entre elles, les mouvements du fœtus pour 43,1%. Et 51,3% (82 femmes) disaient aussi avoir trop chaud.

Certaines autres causes étaient, au contraire, peu citées comme étant des sources d'un sommeil perturbé. Le manque d'activité dans la journée, ainsi que le bruit de l'environnement au cours de la nuit n'étaient mis en cause que par environ 8% des femmes. Les traitements dont pouvaient bénéficier les femmes ont été jugés responsables seulement par une femme sur les 165 de l'étude. Deux d'entre elles avaient exprimé d'autres causes : l'une accordait ses troubles à une sciatique et l'autre à son conjoint qui la réveillait en se couchant plus tard.

Prise en charge des problèmes de sommeil

Les avis des femmes étaient très partagés en ce qui concerne la satisfaction de la prise en charge de leur sommeil par

les professionnels de santé. Seulement 105 femmes ont répondu à la question abordant ce sujet. On comptait, parmi elles, 51,4% de femmes qui étaient satisfaites et 44,8% qui disaient ne pas être satisfaites de la prise en charge.

Cent cinquante-neuf femmes ont répondu à la question concernant l'entretien prénatal précoce. Seulement 38,6% (soit 61 femmes) avaient bénéficié de cet entretien individuel de début de grossesse. De ces 61 femmes, 55,7% n'ont pas eu l'occasion de parler de leur sommeil au cours de ce rendez-vous. Et seulement 13,1% ont exprimé un effet positif de l'entretien sur leur sommeil (soit uniquement huit femmes). Enfin, 34 femmes (55,7%) ont répondu que cela ne les avait pas aidées à avoir un meilleur sommeil.

Le taux de réponse à la question qui concernait le suivi ou non d'une préparation à la naissance et à la parentalité était de 96,4%. Les réponses ont montré que 60,4% des femmes ayant répondu à la question (soit 96 femmes) ont suivi, ou suivaient, à l'époque où elles ont rempli le questionnaire, une préparation (quel qu'en soit le type). Pour 34,4% d'entre elles, la préparation à la naissance et à la parentalité les avait aidées à obtenir un meilleur sommeil, contre 59,4% qui n'avaient trouvé aucun effet bénéfique. Les attentes étaient très différentes, certaines femmes n'attendaient rien des professionnels de santé car elles n'avaient pas de problème, ou pas de demande particulière, ou parce qu'elles considéraient les soucis de sommeil comme une «fatalité» (si ce n'était pas les professionnels de santé qui confirmaient ces dires!). D'autres femmes désiraient accéder à plus d'informations, elles attendaient que le problème soit abordé lors des consultations afin de recevoir des conseils adaptés à leur situation.

77,6% de notre population a regretté ne pas avoir reçu de conseils qui auraient pu les aider à mieux dormir. 22,4% des femmes de l'étude ont reçu des conseils variés (Tableau 3).

11,5% de la population de l'enquête a déclaré avoir reçu une prescription médicamenteuse. Les médicaments qu'elles ont pu recevoir étaient très variés

Tableau 3 Conseils reçus par les femmes.

Conseils sur la position	Dormir sur le côté avec un coussin de maternité ou d'autres coussins ou oreillers Dormir plutôt du côté gauche Dormir du côté du dos du bébé Décamber le dos en basculant le bassin Position de relaxation
Hygiène alimentaire	Boire des tisanes Éviter les excitants
Relaxation	Sophrologie ou yoga Technique de respiration Prendre un bain S'étirer
Autres (petits maux de la grossesse)	Faire des siestes Boire un verre de lait chaud Surélever les jambes Limiter les boissons avant de se coucher Uriner avant de se coucher

Tableau 4 Méthodes pour un meilleur sommeil citées par au moins une femme de l'étude.

Les petits maux de la grossesse	Surélever les jambes Passer les jambes sous l'eau froide Porter des bas de contention Surélever la tête de lit Conseils alimentaires contre le pyrosis
Hygiène de vie	Faire une sieste Dormir tard Se coucher à heure régulière Se coucher dès les premiers signes de fatigue Se coucher plus tôt Se lever quand le sommeil ne vient pas Regarder la télévision La patience Avoir des rapports sexuels Lire Se dépenser plus dans la journée
Environnement	Rafraîchir la pièce Déménager
Aspect médical	Pratiquer l'haptonomie Arrêt de travail Traitements médicamenteux (phloroglucinol, paracétamol, antiacides, hypnotiques)
Autre	En parler avec des amies qui ont déjà vécu une grossesse
Les méthodes citées ci-dessus ne sont pas à considérer comme des méthodes à conseiller à une femme ayant des problèmes de sommeil.	

(antiacides, homéopathie, phytothérapie, anxiolytiques et hypnotiques).

Les méthodes estimées les plus efficaces étaient les conseils concernant les positions à adopter pour dormir (pour éviter des douleurs ou lorsque la prise de poids ou le volume du ventre deviennent gênants) et les méthodes de relaxation. D'autres moyens ont été cités comme étant « méthode efficace » pour au moins une femme ; elles sont résumées dans le **Tableau 4**.

Discussion

Notre questionnaire comportait des questions demandant aux femmes ayant débuté leur troisième trimestre de se souvenir de leur sommeil depuis le début de la grossesse. Or il peut être difficile de se souvenir de ce qui s'est passé six mois auparavant. Certaines réponses sont donc incomplètes ou erronées par ce biais de mémorisation.

Par ailleurs, recueillir des informations auprès des femmes via un questionnaire écrit constituait aussi un biais de sélection de la population. Les femmes ne sachant pas

lire et/ou écrire le français étaient, par le fait, exclues de l'étude.

Enfin, nous avons choisi d'avoir un seul critère d'inclusion : retenir seulement les femmes étant au début du troisième trimestre de leur grossesse. Peut-être aurait-il fallu n'inclure que les femmes dans leur neuvième mois car au septième mois, il est un peu tôt pour avoir une vue d'ensemble sur le sommeil du troisième trimestre. Dans notre échantillon, nous retrouvions une majorité de femmes dans leur huitième mois, un tiers dans leur septième mois, et enfin, un quart dans leur neuvième mois.

Principales modifications du sommeil apparaissant avec la grossesse

Le sommeil de la femme se modifie dans son organisation et par l'apparition de troubles du sommeil dès le début de la grossesse, s'aggravant au fil des mois.

Les femmes modifient leurs habitudes de sommeil, elles sont majoritairement plus nombreuses à pratiquer une sieste durant cette période. De plus, la plupart augmente la fréquence des siestes.

Le sommeil des futures mères est aussi modifié dans la durée. On observe, de façon globale, une augmentation du nombre de femmes qui ne dorment pas assez par rapport aux besoins estimés. La durée des nuits de sommeil devient aussi plus courte.

Avant le début de la grossesse, certaines femmes se plaignaient déjà de troubles. Mais l'augmentation du nombre de ces femmes dès le premier trimestre montre qu'être enceinte a une influence sur le sommeil. Le nombre de femmes dormant mal continue d'augmenter régulièrement pour atteindre la quasi-totalité des femmes au troisième trimestre.

Les réveils nocturnes vont toucher de plus en plus de femmes avec l'avancée de la grossesse. La somnolence atteint plus de femmes au premier trimestre, certainement du fait des changements hormonaux, et au troisième trimestre, du fait de l'augmentation des troubles nocturnes.

Le deuxième trimestre marque un tournant dans l'évolution du sommeil : à partir de ce moment, les femmes commencent à ressentir plus de troubles. Elles sont aussi plus nombreuses à avoir un sommeil perturbé.

Au troisième trimestre, les femmes sont de plus en plus gênées par les troubles du sommeil, et elles sont plus nombreuses à se plaindre d'un sommeil non récupérateur.

Facteurs influençant les modifications du sommeil et étiologies des troubles du sommeil

Le poids est le facteur principal qui influence les modifications du sommeil, il faut savoir le prendre en compte. Une femme avec une prise de poids excessive au cours de la grossesse peut, plus que chez une autre, être touchée par des sensations anormales dans les jambes, des réveils nocturnes fréquents et une somnolence diurne excessive. De la même façon, une femme présentant un IMC supérieur à 25 avant la grossesse a tendance à être plus sujette aux ronflements.

Les principales étiologies des troubles du sommeil qui ressortent, chez la femme au troisième trimestre, sont certains « petits maux » de la grossesse. Les fréquentes envies

d'uriner, les problèmes digestifs et les crampes sont plus particulièrement cités parmi les différents « petits maux ».

Les autres étiologies retrouvées pour expliquer le mauvais sommeil en fin de grossesse sont, entre autres, des difficultés à trouver une position de sommeil confortable : avec le ventre qui prend de plus en plus de place, il devient presque impossible de se mettre dans certaines positions ou, du moins, d'y rester. Les mouvements du fœtus font aussi souvent partie des étiologies retrouvées. Le fœtus, à partir de 36 SA, possède son propre rythme, totalement indépendant de celui de sa mère [3].

L'inquiétude pour le bébé est plus souvent citée comme facteur étiologique dans le contexte particulier des femmes qui vivent une grossesse pathologique.

Comment améliorer la qualité du sommeil ?

Les médicaments utilisés sont principalement ceux qui luttent contre le pyrosis. En deuxième position, nous retrouvons des médicaments qui « aident à dormir ». Parmi eux, les femmes ont cité la phytothérapie, l'homéopathie et les anxiolytiques et hypnotiques.

Les traitements par phytothérapie ont tous la même indication (d'après le Vidal®) : composés d'extraits de plantes à visée sédatrice, avec différents dosages, et utilisés dans le traitement symptomatique des états anxieux, de la nervosité et des troubles mineurs du sommeil. Ils ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse et l'allaitement.

Les traitements par anxiolytiques et hypnotiques cités dans l'étude étaient : Alprazolam, Hydroxyzine et Zolpidem.

Les alternatives non médicamenteuses apparaissent comme les méthodes les plus utilisées par les femmes pour améliorer leur sommeil. Les méthodes les plus appréciées semblent être les conseils pour trouver une position de sommeil confortable, et les méthodes de relaxation.

Parmi les conseils sur la position, on retrouve : « s'installer sur le côté, avec un coussin de maternité », « se mettre en position de relaxation », « décambler le dos ». Quant aux méthodes de relaxation, elles sont diverses, par exemple, faire du yoga, de la sophrologie, pratiquer une respiration profonde, prendre un bain ou faire des étirements.

La méthode la plus efficace va être différente pour chaque femme. Ce qui conviendra le mieux va dépendre principalement de ce qui est estimé comme facteur de mauvais sommeil.

Avis des femmes quant à la prise en charge

La répartition de femmes satisfaites et insatisfaites vis-à-vis de la prise en charge est assez homogène. Certaines n'ont pas cherché, au cours de leur grossesse, à obtenir de l'aide car elles n'en ressentaient pas le besoin. Parmi les femmes insatisfaites, soit elles ont eu des réponses inadaptées à leurs demandes, soit les problèmes de sommeil étaient considérés comme inhérents à la grossesse. D'autres ont aussi exprimé le fait qu'elles n'avaient bénéficié d'aucune prise en charge spécifique.

Dans la pratique, les femmes recherchent un professionnel qui évoque le problème, qui sait écouter afin de rassurer et donner des conseils adaptés. Elles cherchent également à avoir des informations sur le sommeil et les modifications qui peuvent apparaître.

Peu de femmes ont bénéficié de conseils ou de traitements dans le but de les aider à avoir un meilleur sommeil. Nous avons aussi observé que celles qui ont reçu des conseils ne les ont pas toujours trouvés efficaces, elles ont dû trouver d'autres méthodes.

Au cours de la grossesse, la femme peut bénéficier d'un entretien prénatal précoce et de cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Ces moments sont l'occasion pour la femme de recueillir des informations sur son sommeil et d'avoir des réponses aux questions qu'elle peut se poser. Mais, dans notre étude, peu de femmes ont bénéficié de l'entretien prénatal précoce, donc peu ont pu avoir accès à ces informations. De plus, le problème du sommeil est peu ou pas évoqué au cours de cette rencontre, selon les femmes interrogées, peut-être parce que les problèmes de sommeil ne sont pas très présents à ce moment de la grossesse, et aussi parce qu'il y a déjà beaucoup de sujets à aborder avec la sage-femme. On peut alors se poser la question de l'intérêt de parler du sommeil lors de cette entrevue ; elle paraît pourtant adaptée pour évoquer les problèmes de sommeil qui peuvent survenir ensuite car c'est le moment pour donner quelques conseils sur l'hygiène du sommeil. Il peut même être possible de fournir un dépliant informatif que la femme pourra relire lorsqu'elle en aura besoin.

Quant aux cours de préparation, il apparaît dans l'étude que beaucoup de femmes y assistent mais que peu ont trouvé une aide pour leur sommeil. Or ces séances sont des instants qui permettent aux femmes d'échanger entre elles et avec la sage-femme, sur leur grossesse et leur sommeil, afin d'obtenir les informations nécessaires pour les aider, notamment, à mieux vivre leurs nuits.

Réflexion pour une adaptation des pratiques

La sage-femme accompagne la femme et son enfant depuis le début de la grossesse jusque dans le post-partum. Elle a un rôle médical dans le suivi de la grossesse, mais aussi un rôle d'accompagnement et de prévention. Intégrer le sommeil dans le suivi classique de toute femme enceinte peut présenter des avantages médicaux. Car des troubles respiratoires, par exemple, peuvent engendrer des complications cardiovasculaires graves. Chez la femme enceinte, plusieurs études ont montré que les problèmes de ronflements et d'apnées du sommeil provoquent parfois l'apparition d'un retard de croissance intra-utérin, d'anomalies transitoires du rythme cardiaque fœtal, d'une hypertension artérielle ou encore d'une prééclampsie [4–6]. Par ailleurs, certains troubles aident à dépister des anomalies. Par exemple, le syndrome des jambes sans repos va être quelques fois associé à une diminution du fer sérique, mais aussi à un trouble thyroïdien ou à un diabète [7,8]. Enfin, un mauvais sommeil, en fin de grossesse, peut avoir des conséquences au moment de l'accouchement (durée de travail allongée ou risque plus élevé de césarienne) [9].

Par ailleurs, prendre en compte les problèmes de sommeil peut permettre de dépister ou de prévenir des troubles d'ordre psychologique pouvant survenir au cours de la grossesse, mais aussi dans le post-partum. Les modifications du sommeil, en période de grossesse, peuvent révéler des pathologies psychiatriques. Un trouble du sommeil peut aussi être le précurseur d'une pathologie d'ordre

Un bon sommeil nécessite en priorité une bonne hygiène de vie. Voici quelques conseils pour apprendre à mieux dormir :

- Avoir des **horaires** de coucher et de lever **réguliers**
- Se coucher **dès que la fatigue se fait sentir**
- Avoir des **rituels de coucher**, avec des activités calmes
- Si le sommeil ne vient pas, **ne pas rester au lit** mais se lever et trouver une activité calme, favorisant le retour du sommeil
- Ne pas allumer la lumière mais plutôt une **veilleuse** lors des levures nocturnes
- **Ne pas chercher à prolonger le sommeil** le matin, si vous êtes éveillée
- **Le lit ne doit pas être utilisé pour une activité autre que le sommeil** (en dehors des moments d'intimité)
- Être dans un **environnement favorisant le sommeil** : une chambre aérée, avec une température entre 18 et 19°C, une bonne literie, une faible luminosité...
- **Faire de l'exercice physique modéré**, de préférence avant 18h
- **Éviter** de prendre un **repas trop copieux** le soir, et pas **trop proche de l'heure du coucher**
- **Éviter** de prendre du café ou tout autre **stimulant** dès la fin d'après-midi
- **Ne pas consommer d'alcool**

Si vous avez des **questions**, n'hésitez pas à contacter :

La **sage-femme** ou le **gynécologue** qui suit votre grossesse. Il ou elle vous connaît bien et saura vous écouter afin de vous donner les conseils les plus adaptés.

Votre médecin traitant : vous pouvez lui parler de vos problèmes de sommeil, il vous proposera une prise en charge adaptée et pourra vous orienter vers un spécialiste si besoin.

Des associations

Association sommeil et santé : www.sommeilsante.asso.fr

Institut du sommeil et de la vigilance : www.institut-sommeil-vigilance.com

Le réseau Morphée : www.reseau-morphee.fr

Un centre du sommeil
 CHRU de Tours - hôpital Bretonneau
 Centre de Sommeil
 Service de Neurologie et de Neurophysiologie
 Clinique
 2bis boulevard Tonnelé
 37044 TOURS Cedex 9
 Tél. : 02 18 37 05 12



Le Sommeil pendant la grossesse

Conseils pour **bien dormir** pendant la grossesse



A quoi sert le **sommeil** ?



Le sommeil correspond à une **activité physiologique vitale**, il ne s'agit pas d'un simple temps de repos.

Il intervient dans la reconstitution des réserves énergétiques, pour la réparation des processus biochimiques et physiologiques dégradés tout au long de l'éveil. C'est un temps de production d'hormones (insuline, prolactine ou hormone de croissance par exemple), de production de lymphocytes sanguins qui permettent aux défenses immunitaires de se façonner. Le sommeil possède aussi un rôle important dans la restauration et le développement du système nerveux (rôle dans la programmation génétique). Tout au long de la vie, il permet de favoriser la mémorisation, de stabiliser les comportements nouvellement appris et participe à la résolution des tensions accumulées le jour.

Il est facile de déduire qu'un mauvais sommeil peut occasionner des retentissements négatifs sur la qualité de vie ou sur les performances physiques et intellectuelles. Un manque de sommeil d'une nuit à des répercussions immédiates et une insomnie chronique aura des conséquences plus graves.

Quelques troubles **associés**

Le syndrome des jambes sans repos
 Il est composé de deux types de manifestations, souvent associés : le syndrome des mouvements périodiques (brèves secousses, le plus souvent des membres inférieurs, survenant pendant le sommeil, de façon involontaire) et le syndrome d'impatiences des membres inférieurs (sensation très désagréable dans les jambes lors de la veille, plutôt le soir).

Comment avoir un **meilleur** sommeil ?

Le sommeil va évoluer avec tous les bouleversements que vit votre corps tout au long de ces neuf mois.

Le premier trimestre : le sommeil est de moins bonne qualité (sommolence diurne et sensation de fatigue) malgré l'augmentation générale du temps de sommeil. La progestérone (hormone relaxante et sédatrice) est un des principaux facteurs qui influencent le sommeil à ce terme.

Le deuxième trimestre : il est souvent perçu comme une période d'accoutumance où le sommeil redevient meilleur. Mais cela ne dure qu'un temps... Il faut profiter du début du deuxième trimestre pour obtenir le plus de sommeil possible et s'habituer à dormir sur le côté avant de voir apparaître d'autres troubles avec l'avancée de la grossesse.

Le troisième trimestre : le temps de sommeil va encore diminuer et les réveils nocturnes vont devenir très fréquents, associés à un nombre de mictions (action d'uriner) augmenté au cours de la nuit, des crampes, des contractions utérines, des douleurs ligamentaires, les mouvements du bébé... Aussi, il est difficile de trouver une position confortable...

Conseils hygiéno-diététiques

Des solutions simples sont parfois suffisantes pour améliorer le sommeil. Voici des conseils spécifiques contre certains troubles :

- **Envies fréquentes d'uriner** : diminuez les apports hydriques dans la soirée.
- **Position de sommeil inconfortable** : calez-vous avec des oreillers (ou coussin de maternité) placés entre les jambes, derrière le dos et sous le ventre.
- **Reflux gastro-œsophagien** : limitez les aliments frits, trop acides ou trop épicés, mangez en plusieurs fois dans la journée, plutôt de petites quantités et dormez la tête légèrement surélevée.
- **Crampes** : faites des étirements, des massages et/ou réchauffez la zone douloureuse pour les soulager. Elles sont améliorées par la consommation d'aliments ou d'eau de boisson enrichies en magnésium.
- **Douleurs dans les membres inférieurs** : en cas d'insuffisance veineuse, portez des bas de contention, surélevez les jambes et évitez de les exposer à une source de chaleur. S'il s'agit d'un syndrome des jambes sans repos, évitez de consommer de la caféine, de l'alcool et, lors des crises, marchez, passez les jambes sous l'eau froide, faites des étirements ou des massages.
- **Douleurs ligamentaires** : des compléments en magnésium ou un traitement antalgique simple (demandez conseil à un professionnel de santé) peuvent les soulager.

La **relaxation** a aussi des effets bénéfiques. Beaucoup de techniques différentes existent, parmi elles, la respiration profonde (ou abdominale), la sophrologie, l'haptonomie, le yoga... à vous de trouver celle qui vous convient.

Si vous ressentez la nécessité de faire **une sieste**, n'hésitez pas. De préférence dans la semi-obscurité, au calme, et plutôt entre 13h et 15h. Elle ne doit pas dépasser 15 à 20 minutes. L'important est de savoir se détendre, sans nécessairement chercher à s'endormir.



Figure 2. Le sommeil pendant la grossesse, conseils pour bien dormir pendant la grossesse.

psychiatrique qui apparaîtra plus tard (dans le post-partum par exemple) [10].

La sage-femme doit savoir écouter la femme et lui donner informations et conseils nécessaires au bon déroulement de sa grossesse et de ses nuits, si elles sont perturbées. Cela passe en premier lieu par des conseils sur une bonne hygiène de vie et de sommeil et par des conseils spécifiques, en fonction de l'étiologie. La sage-femme a également la possibilité de recourir à la prescription de certains médicaments. Et selon les cas, elle peut demander un avis spécialisé et orienter la femme vers un autre professionnel de santé si elle pense que la pathologie dépasse le cadre de ses compétences.

Quelques conseils et traitements

Les conseils hygiénodététiques sont applicables à toutes les femmes, quels que soient les troubles qui les dérangent dans leur sommeil, et même lorsqu'elles n'ont pas de difficultés de sommeil (Fig. 2).

Les difficultés à s'endormir ou à se rendormir peuvent être traitées en allopathie par des hypnotiques utilisables pendant la grossesse (qui ont une courte durée d'action) [11].

En cas de douleurs des membres inférieurs provoquées par une insuffisance veineuse, il faut conseiller à la femme de porter des bas de contention, de surélever les jambes et d'éviter de les exposer à une source de chaleur [12]. Dans les cas où il s'agit d'un syndrome des jambes sans repos, une supplémentation en fer peut être recommandée [13]. Des mesures simples peuvent être adoptées avant tout traitement ou en complément : éviter de consommer de la caféine, de l'alcool, de la théine ou, lors des crises, marcher, se passer les jambes sous l'eau froide, faire des étirements ou des massages [8].

La prévention de l'apparition des troubles respiratoires passe en premier lieu par la prévention d'une prise de poids excessive et par la suppression de certains médicaments comme les tranquillisants ou les somnifères.

Les reflux gastro-œsophagiens ont parfois besoin d'être traités malgré l'application de conseils sur l'hygiène de vie (éviter de manger des aliments frits, trop acides ou trop épicés ; manger plutôt de petites quantités plusieurs fois dans la journée ; dormir avec la tête légèrement surélevée). Il faut alors proposer un traitement par antiacide [12] en évitant les spécialités à base de carbonate de calcium (ils comportent un risque au niveau de l'ossification lors d'un traitement prolongé ou à forte dose) et les silicones [14].

Les crampes peuvent être prévenues et traitées par des étirements dans la journée ou avant de se coucher. Elles peuvent céder par des massages et l'application de chaleur. Elles sont aussi améliorées par la consommation d'aliments, d'eau de boisson riche en magnésium ou par une supplémentation en lactate ou citrate de magnésium [12].

Pour éviter ou minorer les lombalgies, il faut éviter les gestes brusques ou les positions statiques prolongées par exemple. Il est possible de proposer à la femme enceinte un maintien lombaire adapté (ceinture de grossesse). La gymnastique aquatique peut également être bénéfique. Les douleurs peuvent, par ailleurs, être traitées par des antalgiques. Le paracétamol est l'antalgique à prescrire en première intention [14].

S'accorder des moments de détente est important lorsqu'on est enceinte. L'état de bien-être engendré par la relaxation, ou toute autre méthode permettant la détente, peut favoriser un sommeil d'une meilleure qualité. Apprendre à se relaxer est, de plus, l'occasion de prendre conscience de son corps, de l'accepter et de détendre ses tensions. C'est aussi l'occasion de savoir gérer son stress et ses pensées afin d'être moins angoissée. On peut associer à cela des séances avec un ostéopathe, qui aborde la femme enceinte dans sa globalité corporelle et psychique.

Ce travail a permis l'élaboration d'une plaquette informative destinée aux femmes enceintes qui peut leur être remise lors des consultations (Fig. 2). Ce dépliant contient des informations sur les modifications de sommeil qui peuvent apparaître au cours de la grossesse, quelques conseils élémentaires pour une bonne hygiène de sommeil et des informations sur les différentes méthodes auxquelles elles peuvent avoir recours pour mieux dormir.

Conclusion

Le sommeil se trouve effectivement modifié et/ou altéré pendant la grossesse. De nombreux troubles peuvent être retrouvés, au cours de cette période particulière de la vie d'une femme, avec une fréquence augmentée par rapport à la population générale. Le sommeil évolue ; le premier trimestre est marqué plutôt par une augmentation du temps de sommeil, principalement due aux modifications hormonales, le deuxième trimestre représente une période d'accoutumance avec, de façon générale, un sommeil de meilleure qualité. Enfin, le troisième trimestre de la grossesse est marqué par une augmentation du nombre de femmes à connaître des difficultés dans leur sommeil et une augmentation des troubles, avec un temps de sommeil diminué et une moins bonne qualité de sommeil.

L'altération du sommeil, en fin de grossesse, s'explique le plus souvent par les désagréments engendrés par des petits maux dits « de la grossesse », par des difficultés positionnelles ou par les mouvements du fœtus.

Un mauvais sommeil peut avoir des conséquences néfastes pour la mère et l'enfant à venir. Des études ont prouvé que peuvent apparaître certaines pathologies. Il faut donc savoir faire du sommeil une priorité, surtout en fin de grossesse, afin de permettre un accouchement dans les meilleures conditions possibles et de prévenir la survenue éventuelle de troubles psychiatriques.

La plupart des difficultés de sommeil peuvent être prévenues, ou corrigées, par des mesures simples d'hygiène du sommeil et une écoute rassurante de la future maman.

Il faut aller au devant des questions des femmes, les informer pour prévenir l'apparition des troubles, dès le début de la grossesse au cours de l'entretien prénatal précoce, ou lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, même si elles n'expriment pas de plainte vis-à-vis de leur sommeil.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [2] Mother care. Anthropométrie maternelle et prévision de l'issue de grossesse : mémorandum d'une réunion. Bull OMS 1991;69(6):677–87.
- [3] Challamel MJ, Thirion M. Le sommeil, le rêve et l'enfant [en ligne], 23 mai 2009, adresse URL : <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/sommenf/print.html>.
- [4] Sahin FK, Koken G, Cosar E, Saylan F, Fidan F, Yilmazer M, et al. Obstructive sleep apnea in pregnancy and fetal outcome. Int J Gynecol Obstet 2008;100:141–6.
- [5] Lee KA, Gay CL. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. Am J Obstet Gynecol 2004;191(6):2041–6.
- [6] Roush SF, Bell L. Obstructive sleep apnea in pregnancy. JABFP 2004;17(14):292–4.
- [7] Lee Elliott K. Syndrome des jambes sans repos (SJSR) et syndrome des mouvements périodiques nocturnes. La Société canadienne du sommeil; 2008.
- [8] Réseau Morphée. Réseau Morphée [en ligne], novembre 2008, adresse URL : <http://www.reseau-morphee.com/page7322.asp>.
- [9] Ross LE, Murray BJ, Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. J Psychiatry Neurosci 2005;30(4):247–56.
- [10] Bayle B. Les troubles du sommeil en périnatalité : un symptôme? Collège National des Sages-femmes (CNSF); 2009 février 2 et 3.
- [11] Domingo C, Latorre E, Mirapeix RM, Abad J. Snoring, obstructive sleep apnea syndrome, and pregnancy. Int J Gynecol Obstet 2006;93:57–9.
- [12] Neau JP, Paquereau J, Meurice JC. Sommeil et grossesse. Med Sommeil 2009;6:110–25.
- [13] Institut national du sommeil et de la vigilance. Phytothérapie et insomnie.
- [14] CHU de Toulouse. Le conseil à la femme enceinte [en ligne], 28 décembre 2008, adresse URL : <http://www.chu-toulouse.fr/-le-conseil-a-la-femme-enceinte-#art1009>.