

Insomnie

Conférences scientifiques

Offert par la Société canadienne du sommeil aux fins de la formation médicale continue des collègues médecins

Les femmes insomniaques : l'insomnie selon une perspective féminine

Par HELEN S. DRIVER, Ph.D.

À l'échelle mondiale, dans toutes les cultures et à tous les âges, un plus grand nombre de femmes que d'hommes a des difficultés à s'endormir et à rester endormi. Les femmes en bonne santé rapportent qu'elles dorment plus longtemps (de 15 à 20 minutes) que les hommes, ce qui suggère une différence entre les sexes quant au besoin de sommeil. Les femmes sont habituellement lève-tôt (aussi appelé type-matin dans le domaine) plutôt que des couche-tard. Elles peuvent se réveiller plus facilement que les hommes et peuvent également avoir plus de difficulté à se rendormir lorsqu'elles ont des troubles du sommeil. Bien que la modification du profil hormonal et les changements sociologiques et psychologiques survenant au cours de la vie adulte des femmes puissent présenter un avantage évolutif pendant les années où elles sont en âge de procréer, ces changements peuvent jouer un rôle dans la plus grande prédisposition des femmes à l'insomnie. Dans le présent numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*, nous examinons les causes potentielles de l'insomnie chez les femmes.

Des taux plus élevés d'insomnie chez les femmes comparativement aux hommes ont été rapportés de façon constante^{1,2}. Cette différence entre les sexes dans la prévalence de l'insomnie est évidente après la puberté^{3,4}, et devient encore plus marquée chez les femmes plus âgées (mi-cinquantaine à mi-septantaine)⁵. La différence apparaît clairement, même si diverses définitions de l'insomnie ont été utilisées dans les études. Selon la définition généralement acceptée, l'insomnie se caractérise par une difficulté à dormir présente au moins trois nuits par semaine durant au moins un mois et est associée à des difficultés au niveau du fonctionnement diurne ou à un sentiment de détresse.

Dans une enquête canadienne auprès de 2000 adultes, 15,6 % des femmes et 11,0 % des hommes répondaient aux critères de l'insomnie, ce qui indique que les femmes sont 1,5 fois plus susceptibles (intervalle de confiance [IC] à 95 % 1,15-1,95) de souffrir d'insomnie que les hommes⁶. De plus, des taux plus élevés d'insomnie sévère et chronique ont été rapportés chez les femmes (12 %) que chez les hommes (6 %) dans des enquêtes basées sur des questionnaires auprès de la population francophone (N = 12 778 personnes) et dans l'étude *USA Penn State Sleep Cohort*⁸, où 1246 adultes qui ne souffraient pas initialement d'insomnie chronique ont été suivis durant 7,5 ans. Une méta-analyse ayant examiné les différences entre les sexes au niveau de l'insomnie, qui incluait 29 études épidémiologiques publiées jusqu'en avril 2004 et qui comprenaient plus de 1,25 million de personnes, a confirmé que les femmes présentent une plus grande prédisposition à l'insomnie, avec un rapport de risque relatif (RRR) de 1,41 (IC à 95 % 1,28-1,55) chez les femmes comparativement aux hommes².

Prédisposition familiale avec une plus forte association maternelle

Le biais féminin associé à l'insomnie semble être plus élevé dans les familles, avec une occurrence plus élevée lorsque la mère souffre elle-même ou a souffert d'insomnie. Dans une étude ayant inclus 5695 enfants à Hong Kong (âge moyen de 9,2 ans), les rapports de cotes (RC) entre l'insomnie maternelle et l'insomnie chez leurs enfants sont plus élevés (RC 3,42 ; IC à 95 % 2,55-4,59) que ceux entre l'insomnie paternelle et l'insomnie chez leurs enfants (RC 2,48 ; IC à 95 % 1,82-4,37), et le taux était le plus élevé lorsque les deux parents souffraient d'insomnie (RC 4,42 ; IC à 95 % 2,42-8,10)⁴. Chez les adolescents, on a observé un risque élevé d'insomnie chez ceux dont les parents de premier degré souffraient d'insomnie, avec une association maternelle plus forte que l'association paternelle dans le développement de l'insomnie⁹. Une enquête auprès d'adultes québécois âgés de 18 à 83 ans a révélé que les femmes étaient 1,91 fois plus susceptibles que les hommes de rapporter une histoire familiale d'insomnie. La mère était le parent de premier degré souffrant le plus fréquemment d'insomnie suivie d'une sœur¹⁰.

Les différences entre les sexes sont interculturelles

La disparité entre les sexes quant à l'incidence de l'insomnie persiste à travers les cultures. Le RR plus élevé d'insomnie chez les femmes est constant (1,2-1,7) quel que soit le lieu où ces études ont été faites, notamment en Asie (1,29), en Australie (1,40), aux États-Unis et en Europe (1,45)^{2,11} et chez des femmes africaines âgées (1,7)¹².



Canadian Sleep Society (CSS)
Société Canadienne du Sommeil (SCS)

Présidente

Shelly K. Weiss, M.D.
Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Ancienne présidente et Rédactrice, Insomnie – Conférences scientifiques

Helen S. Driver, Ph.D., RPSGT, DABSM
Université Queens
Départements de médecine
Laboratoire des troubles du sommeil,
Hôpital général de Kingston
Kingston, ON

Vice-présidente, Recherche

Célyne H. Bastien, Ph.D.
École de psychologie
Université Laval
Québec, QC

Vice-président, Activités cliniques

Charles Samuels, M.D., CCFP, DABSM
Centre du sommeil et de la performance humaine
Calgary, AB

Secrétaire/Trésorier

Reut Gruber, Ph.D.
Université McGill, Institut Douglas
Montréal, QC

Représentant des membres (Technologue)

Jeremy Gibbons, B.Sc., RPSGT
Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Représentant des membres (Technologue)

Natalie Morin, RPSGT
Ottawa, ON

Représentant des membres (Étudiant)

Samuel Laventure
Centre de Recherche IUGM
Université de Montréal
Montréal, QC

Représentant des membres (Étudiant)

Samar Khoury, M.Sc.
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Centre d'études avancées en médecine du sommeil
Montréal, QC

Représentant des membres (Adhésions)

Glendon Sullivan, M.D., FRCPC, FCCP
Atlantic Health Sciences Centre
Saint John, NB

Représentant des membres (spécialité du médecin)

Judith A. Leech, M.D., FRCPC
The Ottawa Hospital Sleep Centre
Ottawa, ON

Représentant des membres (Dentaire)

Fernanda Almeida, DDS, M.Sc., Ph.D.
Université de Colombie-Britannique
Vancouver, C.-B.

Représentant des membres

(Bulletin d'information et site Web)
Stuart Fogel, Ph.D.
Centre de Recherche
Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal
(CRIUGM)
Montréal, QC

Disponible sur Internet www.insomnieconferences.ca

Le contenu rédactionnel d'*Insomnie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par la Société canadienne du sommeil.

Signification accrue chez les personnes âgées

Toutes les femmes présentent un RR de développer de l'insomnie plus élevé et ce dernier augmente considérablement avec l'âge : 1,28 chez les jeunes adultes (15 à 30 ans), 1,46 chez les femmes d'âge moyen (31 à 64 ans) et 1,73 chez les femmes âgées (≥ 65 ans)². Des changements similaires associés à l'âge ont été rapportés dans l'étude canadienne menée par Morin et ses collaborateurs⁶. L'expérience d'un sommeil entrecoupé lorsque l'on a un bébé à la maison peut être néfaste pour le sommeil et de nombreuses femmes rapportent que leurs difficultés de sommeil ont commencé avec l'arrivée de leur enfant¹³.

L'incidence accrue de l'insomnie chez les femmes d'âge moyen est souvent attribuée à la ménopause et à la transition ménopausique (examinée plus tard dans cet article). Cependant, cet effet du vieillissement débute bien avant la ménopause. La ménopause survient naturellement chez les femmes âgées de 42 ans à 55 ans (en moyenne à 51 ans). Des facteurs autres que les profils des hormones sexuelles contribuent probablement à cette augmentation de l'incidence de l'insomnie chez les femmes d'âge moyen, tels que les facteurs de stress de la vie courante et d'autres problèmes de santé.

Les femmes âgées qui se plaignent de difficultés de sommeil rapportent souvent des difficultés de maintien du sommeil, en particulier au cours de la deuxième moitié de la nuit, et se rendorment après une longue période d'éveil. Elles finissent donc souvent prématurément leur nuit de sommeil¹⁴. Ce type d'insomnie peut être attribué à l'avancement de phase du rythme circadien (horloge biologique endogène) typique chez les personnes plus âgées, c'est-à-dire une tendance à se coucher plus tôt et à se réveiller plus tôt le matin. Les changements dans les rythmes du sommeil avec l'avancement en âge sont décrits de façon plus détaillée dans le 4^e numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*. Cet avancement de phase est plus prononcé chez les femmes que chez les hommes et il représente probablement un facteur contributif dans les rapports subjectifs de la diminution de la qualité du sommeil, tel qu'indiqué ci-dessous.

Sous-types de sommeil

Sur la base des résultats d'une enquête sociale générale canadienne (*Canadian General Social Survey*) réalisée en 2005 auprès de 19 500 répondants âgés ≥ 15 ans, les femmes ont rapporté davantage de difficultés à s'endormir et à rester endormies que les hommes (35 % vs 25 %, respectivement)¹⁵. La prépondérance féminine était la plus élevée pour les difficultés de maintien du sommeil (RR 1,62), suivies des difficultés d'endormissement (RR 1,50) et du réveil matinal précoce (RR 1,19)². Il est intéressant de noter que les femmes et les hommes ont rapporté des taux similaires de sommeil non réparateur.

Utilisation d'hypnotiques

Les chercheurs ont constaté une fréquence plus élevée d'utilisation d'hypnotiques chez les femmes, en particulier chez les femmes âgées, même après l'ajustement en fonction de l'âge, du statut socio-économique et des comorbidités^{16,17}. Une enquête sur la santé dans les communautés canadiennes réalisée en 2002 auprès de 35 236 hommes et femmes adultes a révélé que l'utilisation de benzodiazépines et de sédatifs hypnotiques pendant les deux jours précédant l'enquête était plus fréquente chez les femmes (4,2 %; IC à 95 % 3,9–4,6) que chez les hommes (2,5 %; IC à 95 % 2,2–2,8)¹⁶. L'utilisation d'hypnotiques était également associée à la présence de troubles anxieux et de l'humeur. La fréquence d'utilisation augmentait avec l'âge à 8,5 % (IC à 95 % 7,7–9,4) chez les personnes âgées de plus de 65 ans comparativement à 2,4 % (IC à 95 % 2,2–2,7) chez celles âgées de 18 à 64 ans.

Dans une étude suédoise de 645 429 personnes âgées (75 à 89 ans), 27,1 % des femmes et 18,1 % des hommes avaient reçu au moins un hypnotique ou un sédatif pendant la durée de l'étude de 4 mois en 2005.

Facteurs contribuant à la prédominance de l'insomnie chez les femmes

Comparativement aux hommes, il est possible que les femmes soient plus conscientes de leurs symptômes et soient plus socialisées, ce qui les encouragerait à reconnaître et à rapporter leur sentiment de détresse, notamment leurs problèmes de sommeil et leur humeur dépressive¹⁸. Une autre théorie propose que les personnes qui ruminent à propos de leurs difficultés de sommeil soient plus sujettes à développer des associations et des comportements nuisibles, tels que de rester au lit pendant une période prolongée et de faire la sieste pendant la journée, ce qui contribue à l'insomnie chronique¹⁹. Trois explications fréquemment avancées pour expliquer la différence entre les sexes dans la prévalence de l'insomnie incluent les troubles de l'humeur, les facteurs sociologiques et les influences physiologiques, qui incluent des facteurs tels l'hyperexcitation, des facteurs circadiens, la masse corporelle et des facteurs hormonaux.

Troubles de l'humeur

Il existe des données probantes indiquant que les taux plus élevés d'anxiété et de dépression chez les femmes contribuent probablement à la prévalence plus élevée de l'insomnie chez celles-ci. L'inverse est particulièrement vrai pour les femmes : l'insomnie prédit l'apparition de la dépression. Des données portant sur 148 938 femmes ménopausées admises dans l'étude *Women's Health Initiative* ont révélé que les facteurs de risque indépendants contribuant le plus aux troubles du sommeil étaient la dépression, les symptômes somatiques, un bien-être émotionnel moindre et l'agitation²⁰. Les problèmes de santé mentale, incluant la dépression et les troubles liés à la consommation d'alcool, étaient un prédicteur important (RC 2,59 ; IC à 95 % 1,68–4,00) de l'insomnie chronique dans l'étude *Penn State Sleep Cohort*⁸. Cependant, dans une étude de jeunes adultes (N = 5469 ; âgés de 20 à 39 ans), la différence dans le risque d'insomnie entre les femmes et les hommes n'était pas significative après ajustement en fonction des antécédents de troubles de santé mentale²¹.

Dans une étude de cohorte prospective de plus de 40 000 employés finlandais du secteur public ayant été suivis en moyenne durant 3,5 ans, et n'ayant pas d'antécédents de dépression lors de leur admission dans l'étude, les symptômes d'insomnie se sont avérés un prédicteur de la dépression selon un modèle dose-effet²². Les symptômes modérés et sévères d'insomnie étaient plus fréquents chez les femmes. Bien que les symptômes d'insomnie (difficultés de sommeil 5 à 7 nuits/semaine) aient été associés à un risque accru de dépression (RR 1,64 ; IC à 95 % 1,44–1,86), aucune interaction entre le sexe et les symptômes d'insomnie n'a été constatée. Inversement, la littérature montre que la prédiction de la survenue de la dépression conjointement à l'insomnie est particulièrement vraie pour les femmes²³. Cette association persiste même après avoir pris en compte la prévalence plus élevée de l'anxiété et de la dépression chez les femmes².

Contribution des rôles familiaux et sociaux

La recherche d'un juste équilibre entre les obligations professionnelles et familiales pourrait contribuer aux difficultés de sommeil. Les femmes pourraient être plus sujettes que les hommes à des pensées et à des préoccupations constantes qui entraînent un cycle d'activation cognitive et des difficultés de sommeil. En général, l'ajustement des données pour tenir compte des facteurs

socio-économiques peut atténuer mais il ne peut pas complètement expliquer les différences entre les sexes en ce qui concerne l'insomnie, puisque le statut socio-économique désavantagé est associé tant à un sommeil de mauvaise qualité qu'au sexe féminin⁵. Une étude récente qui incluait un indice du statut socio-économique des personnes vivant dans le voisinage a révélé que les facteurs sociodémographiques au niveau individuel, les comportements en matière de santé et l'état de santé n'expliquaient qu'en petite partie la disparité entre les sexes en ce qui concerne les symptômes d'insomnie²¹.

Hyperexcitation : trop éveillé pour dormir

L'endormissement requière le retrait des facteurs favorisant l'éveil en même temps que le sommeil est initié. Le concept d'hyperactivation associé à l'insomnie suggère que la désactivation du système de vigilance lorsque le processus du sommeil est initié n'a pas lieu, c'est-à-dire qu'une personne ne peut pas faire abstraction des événements de la journée et de ses pensées. L'hyperactivation dans l'insomnie a été associée à une activité accrue du système nerveux sympathique et/ou à une activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien²⁴. Dans une étude conçue pour simuler un état d'hyperactivation, soit par l'administration de caféine à une dose de 400 mg trois fois par jour durant une semaine à de jeunes adultes en bonne santé, les sujets ont présenté des caractéristiques similaires à celles vécues durant un épisode d'insomnie, à savoir un métabolisme plus élevé et une diminution de l'efficacité du sommeil. L'activation physiologique chronique a paradoxalement entraîné une fatigue accrue, même lorsque la somnolence objective était réduite. Il est intéressant de noter que l'on a rapporté qu'une consommation importante de caféine (≥ 3 tasses par jour) et des antécédents de qualité de sommeil subjectivement mauvaise prédisaient l'insomnie⁸.

Influences circadiennes

Deux aspects du rythme circadien (veille-sommeil) contribuent aux horaires et à la durée du sommeil : la phase (horaire) et la période (durée). Les études sur les facteurs circadiens indiquent deux marqueurs des rythmes circadiens, à savoir la température interne du corps qui montre une baisse nocturne (tôt le matin) et le taux de mélatonine (hormone sécrétée dans la nuit) qui atteint un pic la nuit. Les différences entre les sexes durant la phase et la période circadiennes pourraient avoir des implications sur les horaires et la durée du sommeil ainsi que sur la prévalence de l'insomnie, en particulier l'insomnie de maintien et les réveils prématurés.

Phase. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être du lève-tôt (type du matin) et choisissent généralement de se coucher et de se lever plus tôt, étant donné leur prédisposition à un avancement de phase circadienne^{25,26}. Pour étudier les rythmes circadiens, les conditions environnementales et comportementales sont contrôlées afin de minimiser les facteurs confondants^{26,27}. Les différences entre les sexes en ce qui a trait au moment d'occurrence de la phase circadienne ont été examinées, dans des conditions environnementales contrôlées, chez de jeunes femmes et hommes adultes ($n = 28$ respectivement, âgés de 18 à 30 ans) appariés en fonction de leurs horaires de coucher habituels²⁶. Cain et ses collaborateurs²⁶ ont constaté que le moment d'occurrence de la phase circadienne de la mélatonine et les rythmes de la température corporelle étaient plus précoces d'environ 36 minutes chez les femmes comparativement aux hommes, en fonction de l'horaire habituel de veille-sommeil.

Période. Dans un groupe plus important de 157 personnes (52 femmes, 105 hommes) âgées de 18 à 74 ans, la période circadienne intrinsèque était significativement plus courte chez les femmes

(24 heures 5 minutes $\pm$ 12 minutes) que chez les hommes (24 heures 11 minutes $\pm$ 12 minutes) et chez une proportion significativement plus importante de femmes, les périodes circadiennes étaient inférieures à 24,0 heures (35 % vs 14 % ; $P < 0,01$)²⁷. Cette différence moyenne de 6 minutes dans la période circadienne intrinsèque entre les femmes et les hommes peut ne pas sembler importante mais elle pourrait contribuer à l'alignement de près d'une demi-heure du rythme entraîné de sécrétion de la mélatonine en ce qui concerne le sommeil chez les femmes.

Masse corporelle, insomnie et durée du sommeil

Plusieurs groupes ont examiné les liens existant entre l'obésité et le sommeil. Les données canadiennes indiquaient que bien que les femmes soient légèrement moins susceptibles que les hommes d'être obèses (indice de masse corporelle [IMC] ≥ 30 mg/m² ; 23,6 % vs 24,3 %, respectivement), leur obésité est habituellement plus sévère (10,9 % des femmes vs 6,8 % des hommes ont un IMC ≥ 35 kg/m²)²⁸. Il existe probablement une association bidirectionnelle de manière à ce que l'obésité pourrait engendrer un sommeil de mauvaise qualité et un sommeil de courte durée pourrait entraîner un gain pondéral et une obésité subséquente :

- On a constaté que l'obésité est un facteur de risque indépendant de l'incidence des symptômes d'insomnie^{8,29}
- L'obésité est associée à un sommeil de courte durée³⁰, ce qui représente un facteur de risque d'insomnie chronique chez les mauvais dormeurs³¹

Dans cette population, on devrait également fortement soupçonner une apnée obstructive du sommeil (AOS) et un syndrome obésité-hypoventilation comme facteur pouvant contribuer à une insomnie de maintien du sommeil.

Un IMC élevé a été associé à des symptômes d'insomnie persistants et croissants^{12,29}. Dans une étude de 1307 personnes âgées résidant dans la communauté, les personnes obèses présentaient un risque élevé d'insomnie (RC 2,2 ; IC à 95 % 0,7-6,6) comparativement à celles dont l'IMC était le plus bas ($< 18,5$ kg/m²)¹². Parmi les femmes d'âge moyen ($n = 5273$) initialement (2000-2002) et lors du suivi (en 2007), l'insuffisance pondérale (IMC < 20 kg/m²) et l'obésité sévère (IMC ≥ 35 kg/m²) étaient associées à une incidence de symptômes d'insomnie après ajustement en fonction de l'âge²⁹.

Les femmes ont-elles besoin de plus de sommeil que les hommes ?

Des études à l'échelle mondiale suggèrent que les différences entre les sexes quant à la durée du sommeil pourraient être liées au besoin de sommeil subjectif plus important chez les femmes, en particulier chez les femmes d'âge moyen³². Le sondage par téléphone « *Sleep in America* » réalisé en 2002, qui incluait 1010 personnes (511 femmes) âgées de plus de 18 ans a révélé que la durée moyenne de sommeil était de 7 heures chez les femmes et de 6 heures 42 minutes chez les hommes. Les femmes étaient également plus susceptibles d'avoir présenté des symptômes d'insomnie au moins plusieurs fois par semaine¹³. Dans une étude par questionnaire incluant 8860 Norvégiens (5329 femmes) âgés de 40 à 45 ans, la durée moyenne du sommeil pendant la semaine chez les femmes était de 7 heures 11 minutes et de 6 heures 52 minutes chez les hommes. Le besoin subjectif moyen de sommeil était également plus élevé chez les femmes, soit de 7 heures 45 minutes comparativement à 7 heures 16 minutes chez les hommes³³.

Le tableau 1 résume les différences quant au besoin de sommeil et les patrons de sommeil entre les femmes et les hommes.

Influences hormonales

Les variations du taux d'hormones sexuelles stéroïdiennes pendant tout le cycle reproductif de la vie peuvent contribuer dans

Tableau 1. Comparaison générale du sommeil entre les femmes et les hommes

Femmes :

- Dorment généralement pendant de plus longues périodes
 - Le temps de sommeil par nuit pendant la semaine est de 7 heures chez les femmes et de 6 heures 42 minutes chez les hommes¹³
- Peuvent avoir besoin de davantage de sommeil pour se sentir reposées au réveil; i.e., plus grand besoin subjectif de sommeil
- Ce sont des lève-tôt (type du matin), elles choisissent généralement de se coucher plus tôt^{25,26}
- Il est plus probable que leur période circadienne intrinsèque soit plus courte²⁷

une grande mesure aux différences entre les sexes en ce qui concerne l'insomnie. Les femmes rapportent des difficultés de sommeil accrues durant certaines phases particulières du cycle menstruel^{34,35}, pendant la grossesse et la période post-partum^{35,36} et la ménopause³⁷⁻⁴⁰. Par leurs actions sur des régions cérébrales spécifiques et du fait des différences structurelles, fonctionnelles et neurochimiques de certaines régions cérébrales, les hormones sexuelles stéroïdiennes influent sur les différences entre les sexes, les processus circadiens et la prédisposition des femmes à l'insomnie.

Cycle menstruel

Les variations hormonales cycliques durant le cycle menstruel entraînent une détérioration prévisible du sommeil chez de nombreuses jeunes femmes, en particulier celles présentant des symptômes du syndrome prémenstruel (SPM) et souffrant de dysménorrhée. Dans une étude où les cycles d'ovulation ont été confirmés chez 26 jeunes femmes ne présentant pas de symptômes menstruels significatifs, la qualité du sommeil auto-rapportée était moindre durant les 3 à 6 jours précédant les menstruations et durant les 4 premiers jours des menstruations comparativement aux phases mid-folliculaire et mid-lutéale³⁴. De même, les agendas du sommeil tenus pendant 2 cycles menstruels ont révélé une détérioration de la qualité du sommeil avant les menstruations (vers la fin de la phase lutéale) chez les femmes souffrant du SPM. On a constaté une détérioration de la qualité du sommeil à la fin de la phase lutéale, comparativement au milieu de la phase folliculaire, au cours d'une nuit passée en laboratoire du sommeil chez les femmes présentant des symptômes légers ou ne présentant aucun symptôme du SPM ainsi que chez les femmes souffrant du SPM durant les cycles d'ovulation confirmés⁴¹. Les femmes souffrant d'affections engendrant des douleurs menstruelles (dysménorrhée ou endométriose) rapportent une qualité de sommeil détériorée et un degré d'anxiété plus élevé durant les menstruations comparativement aux femmes ne présentant pas de symptômes. Chez les femmes atteintes de dysménorrhée, l'efficacité du sommeil était réduite lorsqu'elles souffraient de douleurs menstruelles et elles présentaient une vigilance et des mouvements accrus, un sommeil plus léger et une température corporelle plus élevée comparativement aux phases sans douleur de leur cycle⁴².

Grossesse

Les modifications du sommeil durant la grossesse sont bien documentées^{35,36}. Les facteurs contribuant à la détérioration du sommeil durant cette période à facettes multiples

incluent les variations hormonales, les mouvements du fœtus, les troubles digestifs, les vomissements, une distension vésicale, des fluctuations de la température, le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et les ronflements.

Une somnolence accrue durant le premier trimestre est probablement due à l'augmentation du taux de progestérone et à son action au niveau des récepteurs membranaires de l'acide gamma-aminobutyrique. Cependant, ce phénomène entraîne également des difficultés de sommeil dues aux nausées matinales : nausées au réveil, fréquence urinaire accrue et sensation douloureuse au niveau des seins. Le sommeil peut s'améliorer pendant le deuxième trimestre. Cependant, pendant cette période, les femmes enceintes peuvent expérimenter des ronflements causés par un taux d'œstrogènes plus élevé, certaines femmes présentent des brûlures d'estomac et des crampes dans les jambes ou le SJSR peuvent débuter à ce moment. C'est durant le troisième trimestre que le sommeil est le plus perturbé, et des troubles primaires du sommeil, tels que le SJSR et l'AOS, peuvent être plus fréquents. Les problèmes de sommeil sont dus à la difficulté à adopter une position confortable, aux brûlures d'estomac, aux crampes dans les jambes, aux ronflements, à la fréquence accrue des mictions, aux éveils plus nombreux et à la fatigue matinale.

Une grossesse antérieure et le rôle de parent peuvent avoir un impact perturbateur durable sur le sommeil, avec un plateau durant la première semaine du postpartum. Avec la maturation du rythme circadien du nourrisson, il se produit une augmentation graduelle de la durée du sommeil maternel, mais des études indiquent que le sommeil continue à être moins efficace qu'avant la grossesse.

Ménopause

Le terme « climactérique » fait référence à la transition, habituellement d'une durée de 7 à 10 ans, qui précède et suit les dernières menstruations lorsque la fonction ovarienne baisse, lorsque les femmes subissent des changements physiques et/ou des changements psychologiques d'origine hormonale. Les difficultés du sommeil pendant la période climactérique incluent des difficultés d'endormissement, des éveils nocturnes et un réveil matinal précoce³⁷. Les symptômes de la ménopause qui peuvent perturber le sommeil incluent des symptômes vasomoteurs, des problèmes urinaires, une sécheresse et une irritation vaginale ainsi qu'un gain pondéral. Les plaintes de difficultés de sommeil sont plus nombreuses chez les femmes en périménopause que chez celles en préménopause³⁷. Les risques de développer des problèmes de sommeil durant la périménopause et la période postménopausale comparativement à la préménopause, exprimés en RC, sont d'environ 1,3 et 1,2, respectivement³⁸. Les difficultés de sommeil ont été associées à une augmentation des symptômes dépressifs, des sautes d'humeur, du niveau de stress, de la tension et de l'anxiété, des bouffées de chaleur et des palpitations, et ce, en particulier durant la périménopause^{37,38}.

Durant la périménopause, de nombreux changements physiologiques se manifestent ; les symptômes associés les plus fréquents étant les bouffées de chaleur et des difficultés de sommeil accrues³⁹. Un déficit ou le sevrage en œstrogènes contribuent à ces symptômes, étant donné que les femmes qui souffrent de bouffées de chaleur (symptômes vasomoteurs) ont un plus faible taux d'œstrogènes que celles qui n'en souffrent pas, et ces symptômes peuvent être améliorés par un traitement œstrogénique substitutif. La *Penn Ovarian*

*Aging Study*⁴⁰, une étude populationnelle longitudinale ayant suivi pendant 8 ans 292 femmes âgées de 35 à 47 ans lors de leur admission, a révélé que le stade de la ménopause n'était pas significativement associé à la qualité du sommeil, mais que la qualité subjective du sommeil était significativement associée à des bouffées de chaleur, des symptômes de dépression et un plus faible taux d'inhibine B, un marqueur hormonal d'une transition ménopausique précoce.

Un certain nombre d'autres facteurs pourrait contribuer aux problèmes de sommeil pendant la ménopause. Ceux-ci incluent les maladies systémiques, les médicaments, une humeur dépressive, le stress, des facteurs comportementaux ou cognitifs, les douleurs, la nycturie, les troubles respiratoires du sommeil et l'augmentation de la prévalence du SJSR et des mouvements périodiques des jambes liée à l'âge. La ménopause augmente le risque de ronflements et d'AOS d'un facteur de 3 à 4, même après ajustement en fonction des facteurs de risque connus tels que l'âge et l'IMC comparativement aux femmes préménopausées⁴³. L'avancement en âge, des changements d'origine hormonale et un gain pondéral (y compris une modification de la répartition du tissu adipeux en faveur d'une adiposité plus viscérale) sont

autant de facteurs qui contribuent à une incidence accrue d'AOS. Il est intéressant de noter que les femmes qui souffrent d'AOS sont plus susceptibles que les hommes de rapporter de l'insomnie, de la fatigue et des symptômes non spécifiques, de souffrir d'hypothyroïdie, d'être traitées pour la dépression et de présenter une surcharge pondérale lors du diagnostic⁴⁵.

Hormonothérapie substitutive et thérapie alternative

L'hormonothérapie est un traitement efficace pour maîtriser les symptômes vasomoteurs et les problèmes de sommeil chez certaines femmes³⁹. Cependant, les risques associés à ce traitement doivent être examinés attentivement. Étant donné les risques importants associés à l'hormonothérapie, on utilise davantage les plantes, en particulier l'actée à grappes noires, les compléments multibotaniques et le soja alimentaire pour traiter les symptômes ménopausiques. Cependant, il n'existe que peu de données probantes à l'appui de l'efficacité des produits à base de plantes ; les symptômes vasomoteurs étaient les mêmes que sous placebo, mais ils étaient considérablement atténués par les œstrogènes⁴⁴. Étant donné que les bouffées de chaleur surviennent plus fréquemment dans des environnements plus chauds que plus frais, la diminution de la température ambiante (à 16-19°) peut atténuer, dans une certaine mesure, les bouffées de chaleur et les difficultés de sommeil pendant la périménopause.

Le tableau 2 énumère les stratégies pratiques pouvant améliorer le sommeil.

Conclusion

Les femmes ont plus de difficulté à initier et à maintenir le sommeil que les hommes, et souffrent davantage des conséquences de l'insomnie, dont la dépression. Elles rapportent un plus grand besoin de sommeil, sont habituellement des lève-tôt (type du matin) plutôt que des lève-tard, et peuvent se réveiller plus facilement que les hommes. Les causes de ce dimorphisme sexuel demeurent extrêmement vagues. Bien que de nombreux facteurs contribuent probablement à cette plus grande propension à l'insomnie et à l'augmentation de son incidence avec l'âge, de nombreux facteurs peuvent masquer les mécanismes sous-jacents et compliquent en fait l'identification des facteurs physiologiques, psychologiques et environnementaux qui influent sur les différences entre les sexes en ce qui concerne la qualité et la quantité de sommeil. L'optimisation du sommeil améliorerait la qualité de vie et aurait de nombreux effets bénéfiques sur la santé des femmes de tous âges, de toutes origines ethniques et de tous les groupes socio-économiques.

Références

- Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004;27(7):1255-1273.
- Zhang B, Wing Y-K. Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep*. 2006;29(1):85-93.
- Johnson EO, Roth T, Schultz L, Breslau N. Epidemiology of DSM-IV insomnia in adolescence, lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics*. 2006;117(2):e247-256.
- Zhang J, Li AM, Kong AP, Lai KY, Tang NL, Wing YK. A community-based study of insomnia in Hong Kong Chinese children: prevalence, risk factors and familial aggregation. *Sleep Med*. 2009;10(9):1040-1046.
- Green MJ, Espie CA, Hunt K, Benzeval M. The longitudinal course of insomnia symptoms: inequalities by sex and occupational class among two different age cohorts followed for 20 years in the west of Scotland. *Sleep*. 2012;35(6):815-823.

Tableau 2. Stratégies pratiques pour améliorer le sommeil

- Maintenir une routine régulière, en particulier fixer une heure de lever régulière le matin.
- Dormir dans une chambre sombre et réduire l'exposition à la lumière tard le soir. Cela contribue au déclenchement naturel de la libération de la mélatonine coïncidant avec une lumière tamisée.
- Éviter de dormir sur le dos pendant la grossesse et en cas de surpoids ou d'obésité, pour des raisons de confort et pour atténuer les ronflements et l'apnée obstructive du sommeil (AOS).
- Les ronflements et l'AOS sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Un partenaire qui ronfle peut certainement contribuer à l'insomnie. Quel que soit le sexe, l'évaluation et le traitement des ronflements et de l'AOS est nécessaire.
- Éviter la caféine, en particulier après midi.
- Chez les femmes, l'incidence du syndrome des jambes sans repos (SJSR) est plus élevée que chez les hommes. Le SJSR peut contribuer à l'insomnie, habituellement à des difficultés d'endormissement. Le SJSR peut être exacerbé par la caféine et a été associé à un faible taux de fer.
- Abandon du tabagisme : Comparativement aux non-fumeuses, les femmes d'âge moyen qui étaient de grosses fumeuses chroniques étaient significativement plus susceptibles de rapporter une insomnie à l'âge moyen de 65 ans⁴⁵. Il est important de noter que les femmes qui ont cessé de fumer vers la quarantaine (43 à 48 ans) n'ont pas éprouvé davantage de symptômes d'insomnie à l'âge de 65 ans qu'un groupe de femmes non-fumeuses.
- Le yoga s'est révélé améliorer les scores de sévérité de l'insomnie après 4 mois de pratique chez 15 femmes ménopausées ne recevant pas d'hormonothérapie comparativement au groupe effectuant des étirements passifs et un contrôle du poids⁴⁶.
- Les interventions basées sur des données probantes pour l'insomnie chez les adultes incluent la thérapie cognitive et comportementale et l'utilisation à court terme ou intermittente des agonistes des récepteurs des benzodiazépines.



6. Morin CM, LeBlanc M, Bélanger L, Ivers H, Mérette C, Savard J. Prevalence of Insomnia and its treatment in Canada. *Can J Psychiatry*. 2011;56(9):540-548.
7. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res*. 2000;9(1):35-42.
8. Singareddy R, Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, et coll. Risk factors for incident chronic insomnia: A general population prospective study. *Sleep Med*. 2012;13(4):346-353.
9. Wing YK, Zhang J, Lam SP, et coll. Familial aggregation and heritability of insomnia in a community-based study. *Sleep Med*. 2012;13(8):985-990.
10. Beaulieu-Bonneau S, LeBlanc M, Mérette C, Dauvilliers Y, Morin CM. Family history of insomnia in a population-based sample. *Sleep*. 2007;30(12):1739-1745.
11. Leger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin*. 2008;24(1):307-317.
12. Gureje O, Oladeji BD, Abiona T, Makanjuola V, Esan O. The natural history of insomnia in the Ibadan Study of Ageing. *Sleep*. 2011;34(7):965-973.
13. National Sleep Foundation. 2002 « Sleep in America » Poll. Washington (D.-C.) : National Sleep Foundation ; 2002. Disponible à : <http://www.sleep-foundation.org/sites/default/files/2002SleepInAmericaPoll.pdf>. Date de consultation : 13 novembre 2012.
14. Campbell SS, Gillin JC, Kripke DE, Erikson P, CLOPTON P. Gender differences in the circadian temperature rhythms of healthy elderly subjects: Relationships to sleep quality. *Sleep*. 1989;12(6):529-536.
15. Hurst M. *Qui dort la nuit de nos jours? Les habitudes de sommeil des Canadiens*. Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, 2008. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2008001/article/10553-fra.htm>. Date de consultation : 13 novembre 2012.
16. Kassam A, Patten SB. Hypnotic use in a population-based sample of over thirty-five thousand interviewed Canadians. *Popul Health Metr*. 2006;4:15.
17. Johnell K, Fastbom J. Gender and use of hypnotics or sedatives in old age: a nationwide register-based study. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(5):788-793.
18. Davidson JR. *Sink into Sleep: A Step-by-Step Workbook for Reversing Insomnia*. New York (NY): Demos Health; en presse.
19. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, et coll. The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev*. 2010;14(1):19-31.
20. Hartz A, Ross JJ, Noyes R, Williams P. Somatic symptoms and psychological characteristics associated with insomnia in postmenopausal women. *Sleep Med*. 2012 4 octobre. [publication électronique avant l'impression]
21. Hale L, Phuong Do D, Basurto-Davila RN, et coll. Does mental health history explain gender disparities in insomnia symptoms among young adults? *Sleep Med*. 2009;10(10):1118-1123.
22. Salo P, Sivertsen B, Oksanen T, et coll. Insomnia symptoms as a predictor of incident treatment for depression: Prospective cohort study of 40,791 men and women *Sleep Med*. 2012;13(3):278-284.
23. Baglioni C, Spiegelhalder K, Lombardo C, Riemann D. Sleep and emotions: A focus on insomnia *Sleep Med Rev*. 2010;14(4):227-238.
24. Bonnet MH, Arand DL. Hyperarousal and insomnia: State of the science. *Sleep Med Rev*. 2010;14(1):9-15.
25. Mongrain V, Lavoie S, Selmaoui B, Paquet J, Dumont M. Phase relationships between sleep-wake cycle and underlying circadian rhythms in morningness-eveningness. *J Biol Rhythms*. 2004;19(3):248-257.
26. Cain SW, Dennison CF, Zeitzer JM, et coll. Sex Differences in Phase Angle of Entrainment and Melatonin Amplitude in Humans. *J Biol Rhythms*. 2010;25(4):288-296.
27. Duffy JF, Cain SW, Chang A, et coll. Sex difference in the near-24-hour intrinsic period of the human circadian timing system. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011;108(suppl.3):15602-15608.
28. Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé. *L'obésité au Canada*. Publié en 2011. Disponible à : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1636>. Date de consultation : 13 novembre 2012.
29. Lallukka T, Haario P, Lahelma E, Rahkonen O. Associations of relative weight with subsequent changes over time in insomnia symptoms: A follow-up study among middle-aged women and men. *Sleep Med*. 2012 24 juillet. [publication électronique avant l'impression]
30. Vgontzas AN, Pejovic S, Calhoun S, Bixler EO. Obesity and self-reported short sleep duration: a marker of sleep complaints and chronic psychosocial stress. *Sleep Med Clin*. 2009;4(1):65-75.
31. Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN, Bixler EO, et coll. Clinical and polysomnographic predictors of the natural history of poor sleep in the general population. *Sleep*. 2012;35(5):689-697.
32. Driver HS. Sleep and gender: The paradox of sex and sleep. Dans: Morin CM, Espie CA, eds. *The Oxford Handbook of Sleep and Sleep Disorders*. New York (NY): Oxford University Press; 2012.
33. Ursin R, Bjorvatn B, Holsten F. Sleep duration, subjective sleep need, and sleep habits of 40- to 45-year-olds in the Hordaland health study. *Sleep*. 2005;28(10):1260-1269.
34. Baker F C, Driver HS. Self-reported sleep across the menstrual cycle in young, healthy women. *J Psychosom Res*. 2004;56(2):239-243.
35. Parry BL, Martinez LF, Maurer EL, Lopez AM, Sorenson D, Meliska CJ. Sleep, rhythms and women's mood. Part I. Menstrual cycle, pregnancy and postpartum. *Sleep Med Rev*. 2006;10(2):129-144.
36. Sloan EP. Sleep disruption during pregnancy. *Sleep Med Clin*. 2008;3(1):73-80.
37. Kravitz HM, Janssen I, Santoro N, et coll. Relationship of day-to-day reproductive hormone levels to sleep in midlife women. *Arch Intern Med*. 2005;165(20):2370-2376.
38. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger et coll. Sleep difficulty in women at midlife. *Menopause*. 2003;10(1):19-28.
39. Polo-Kantola P. Dealing with menopausal sleep disturbances. *Sleep Med Clin*. 2008;3(1):121-131.
40. Pien GW, Sammel MD, Freeman EW, Lin H, DeBlasis TL. Predictors of sleep quality in women in the menopausal transition. *Sleep*. 2008;31(7):991-999.
41. Baker FC, Kahan TL, Trinder J, Colrain IM. Sleep quality and the sleep electroencephalogram in women with severe premenstrual syndrome. *Sleep*. 2007;30(10):1283-1294.
42. Baker FC, Driver HS, Rogers GG, Paiker J, Mitchell D. High nocturnal body temperatures and disturbed sleep in women with primary dysmenorrhea. *Am J Physiol*. 1999;277(6 Pt 1):E1013-E1021.
43. Banno K, Kryger MH. The circuitous route to diagnosing sleep disorders in women: healthcare utilization and benefits of improved awareness for sleep disorders. *Sleep Med Clin*. 2008;3(1):133-140.
44. Newton KM, Reed SD, LaCroix A Z, Grothaus LC, Ehrlich K, Guiltinan J. Treatment of vasomotor symptoms of menopause with black cohosh, multi-botanicals, soy, hormone therapy, or placebo. A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006;145(12):869-879.
45. Brook DW, Rubenstein E, Zhang C, Brook JS. Trajectories of cigarette smoking in adulthood predict insomnia among women in late mid-life. *Sleep Med*. 2012; 13(9):1130-1137.
46. Afono RF, Hachul H, Kozasa EH, et coll. Yoga decreases insomnia in postmenopausal women: a randomized clinical trial. *Menopause*. 2012;19(2):186-193.

Le D^r Driver déclare qu'elle n'a aucune divulgation à faire en association avec le contenu de cette publication.

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement *Insomnie – Conférences scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse info@snellmedical.com. Veuillez vous référer au bulletin *Insomnie – Conférences scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus.

La version française a été révisée par la D^{re} Lynda Bélanger.

Cette activité est appuyée par un don à but éducatif offert par

Meda Valeant Pharma Canada Inc.

©2012 La Société canadienne du sommeil, qui est exclusivement responsable du contenu de cette publication. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire, mais sont celles de l'établissement qui en est l'auteur et qui se fonde sur la documentation scientifique existante. Édition : **SNELL Communication Médicale Inc.**, avec la collaboration de la Société canadienne du sommeil. Tout recours à un traitement thérapeutique décrit ou mentionné dans *Insomnie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques reconnus au Canada. **SNELL Communication Médicale Inc.** se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.