



PSYCAUSE
Revue scientifique étudiante de
l'École de psychologie de l'Université Laval



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté des sciences sociales
École de psychologie

revues.ulaval.ca/ojs/index.php/psycause

SEPTEMBRE 2018 – VOL. 8 N° 2

HYPERACTIVATION ET BOUFFÉES DE CHALEUR : SYMPTOMATOLOGIE ASSOCIÉE À L'INSOMNIE CHEZ LES FEMMES EN TRANSITION MÉNOPAUSIQUE

Johnathan CRÉPEAU^{1,*}, Sarah DUSSAULT¹, Mireille LAMPRON¹ & Charles MORIN¹

¹ École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

* johnathan.crepeau.1@ulaval.ca

Pour citer l'article

Crépeau, J., Dussault, S., Lampron, M., & Morin, C. (2018). Hyperactivation et bouffées de chaleur : symptomatologie associée à l'insomnie chez les femmes en transition ménopausique. *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 8(2), 10-12.

ISSN: 2562-4385

Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review, 31*, 1126–1132. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.003

Weibel, D. T., McClintock, A. S., & Anderson, T. (2017). Does loving-kindness meditation reduce anxiety? Results from a randomized controlled trial. *Mindfulness, 8*, 565–571. doi:10.1007/s12671-016-0630-9

Karremans, J. C., & Papies, E. K. (2017). Why social psychologists should care about mindfulness. Dans J. C. Karremans, & E. K. Papies (Eds.), *Mindfulness in social psychology* (pp. 1–14). Abingdon, Royaume-Uni: Routledge. Récupéré sur http://healthycognitionlab.org/wp-content/uploads/2016/10/CH01_MF_INTRO_KARREMANSPAPIES.pdf

HYPERACTIVATION ET BOUFFÉES DE CHALEUR : SYMPTOMATOLOGIE ASSOCIÉE À L'INSOMNIE CHEZ LES FEMMES EN TRANSITION MÉNOPAUSIQUE

Johnathan CRÉPEAU, Sarah DUSSAULT, Mireille LAMPRON & Charles MORIN
École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

Introduction

L'insomnie est définie par une insatisfaction de la qualité et/ou de la quantité de sommeil, malgré des opportunités de sommeil adéquates de dormir (American Psychiatric Association, 2013). Environ 10% de la population souffrirait d'insomnie chronique. Or, ce pourcentage varie de 28% à 63% lors du passage à la ménopause chez les femmes (Vigeta, Hachul, Tufik & de Oliveira,

2012). Les femmes en ménopause constituent donc une population particulière en ce qui concerne les troubles du sommeil.

La ménopause est définie par une absence de menstruation en réponse à une diminution de la sécrétion d'oestrogène et de progestérone (Nelson, 2008). Comme le montre la Figure 1, la ménopause se divise en plusieurs stades. L'insomnie qui se développe lors de la transition

Stages	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2
Terminology	Reproductive			Menopausal transition		Postmenopause	
	Early	Peak	Late	Early	Late	Early	Late
Duration of stage	Variable			Variable		1 yr	4 years
Menstrual cycle	Variable to regular	Regular		Variable cycle length (>7 days different from normal)	≥2 skipped cycles and an interval of amenorrhoea (≥60 days)	Amenorrhoea for 12 months	None
Endocrine	Normal FSH		Increasing FSH	Increasing FSH		Increasing FSH	

Figure 1. Les stades de la ménopause, tels que définis par le Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW; Nelson, 2008).

ménopausique est particulière puisqu'elle est associée aux changements hormonaux et aux symptômes caractéristiques de cette période, tels que les symptômes vasomoteurs, comme les bouffées de chaleur (de Zambotti, Trinder, Colrain & Baker, 2017). En plus de ces manifestations, on compte les difficultés de sommeil, qui sont l'un des principaux symptômes de la ménopause (Jehan et coll., 2015).

Un des facteurs liés à l'insomnie est l'hyperactivation, qui consiste en une augmentation de l'activité physiologique ou cognitive qui interfère avec la capacité de l'individu à se désengager de son environnement (Levenson, Kay & Buysse, 2015). En raison des symptômes physiologiques associés à la ménopause, la littérature porte presque exclusivement sur cette composante de l'hyperactivation. Par contre, il est connu que l'hyperactivation cognitive est liée à l'insomnie. Selon le modèle de Spielman (1987), les processus cognitifs peuvent être des facteurs prédisposants ou de maintien de l'insomnie. D'une part, une hyperactivation cognitive, telle que des inquiétudes, des ruminations, une tendance à planifier et une difficulté à contrôler ses pensées au moment d'aller au lit, prédispose les individus à l'insomnie en interférant avec le sommeil. D'autre part, l'hyperactivation cognitive contribue au maintien de l'insomnie en créant un conditionnement négatif autour de l'environnement de sommeil.

Peu d'études s'intéressent à la composante cognitive de l'hyperactivation chez les femmes en ménopause. De plus, la majorité des études ne s'intéressent pas au décours temporel de l'apparition de l'insomnie chez cette population. Cela suggère qu'il pourrait exister des différences au niveau des processus cognitifs liés au sommeil chez les femmes qui présentaient de l'insomnie avant la ménopause en comparaison à celles qui la développent durant la ménopause. Le type d'hyperactivation prépondérant (cognitif ou somatique) pourrait également différer selon le moment d'apparition de l'insomnie.

En effet, une insomnie qui se développe en concomitance avec la ménopause pourrait être liée davantage aux symptômes somatiques (p. ex., bouffées de chaleur) de celle-ci plutôt qu'à des processus cognitifs, plus associés à une insomnie chronique. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre la contribution de l'hyperactivation, de la sévérité de l'insomnie et des bouffées de chaleur dans l'insomnie chez les femmes en transition ménopausique dans une étude transversale de type cas-contrôle.

Méthode

L'échantillon de la présente étude est composé de 12 femmes de 45 à 55 ans ($M = 50,3$ ans; $\acute{E}-T = 3,2$) en périménopause et en début de postménopause tel que défini par le STRAW et souffrant d'insomnie. Deux groupes de six femmes péri/postménopausées souffrant d'insomnie sont formés, soit un groupe avec insomnie prémorbide (au moins trois ans avant la transition ménopausique) et un groupe avec insomnie récente (depuis la transition). Les femmes remplissent différents questionnaires d'éligibilité à l'étude, dont l'Index de sévérité de l'insomnie. Comme le montre la Figure 2, les femmes remplissent l'Agenda du sommeil et l'Échelle d'état d'activation chaque matin pour un total de huit jours. L'Agenda du sommeil permet de quantifier le nombre et l'intensité des bouffées de chaleur que les femmes ont ressenties la nuit et le jour précédent la complétion du questionnaire. Pour sa part, l'Échelle d'état d'activation vise à évaluer le niveau d'activation somatique et cognitive au moment du coucher.

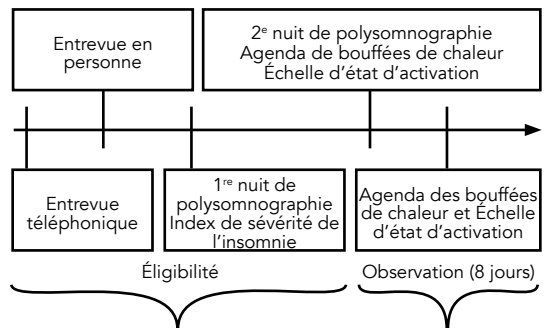


Figure 2. Processus de participation à l'étude.

Résultats et discussion

Dans un premier temps, il était attendu que le niveau d'hyperactivation ainsi que la fréquence subjective des bouffées de chaleur soient chacun liés à la sévérité de l'insomnie, mais seules l'hyperactivation et la sévérité de l'insomnie se sont avérées significativement liées. Dans un deuxième temps, il était attendu que le niveau d'hyperactivation soit associé à la fréquence subjective des bouffées de chaleur, mais les résultats n'ont permis d'observer aucune association. Dans un troisième temps, il était attendu que les femmes du groupe insomnie récente aient une hyperactivation somatique plus élevée, mais une hyperactivation cognitive moins élevée que les femmes du groupe insomnie prémorbide. Dans chacun des cas, des corrélations de Spearman n'ont permis de révéler aucun lien significatif entre les variables.

La présente étude est l'une des premières à s'intéresser au moment d'apparition de l'insomnie en contexte de transition ménopausique et au lien entre l'hyperactivation et les bouffées de chaleur. Il demeure donc pertinent de tenter de mieux comprendre l'interaction entre ces variables. Une meilleure compréhension du rôle des bouffées de chaleur dans l'insomnie pourrait permettre d'améliorer les traitements cognitivo-comportementaux offerts aux femmes ménopausées en y incluant, par exemple, une composante ciblant les difficultés associées aux symptômes vasomoteurs.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- de Zambotti, M., Trinder, J., Colrain, I. M., & Baker, F. C. (2017). Menstrual cycle-related variation in autonomic nervous system functioning in women in the early menopausal transition with and without insomnia disorder. *Psychoneuroendocrinology*, *75*, 44–51. doi:10.1016/j.psyneuen.2016.10.009.
- Jehan, S., Masters-Isarilov, A., Salifu, I., Zizi, F., Jean-Louis, G., Pandi-Perumal, S., ... McFarlane, S. (2015). Sleep disorders in postmenopausal women. *Journal of Sleep Disorders & Therapy*, *4*, 1000212. doi:10.4172/2167-0277.1000212.
- Levenson, J. C., Kay, D. B., & Buysse, D. J. (2015). The pathophysiology of insomnia. *CHEST*, *147*, 1179–1192. doi:10.1378/chest.14-1617.
- Nelson, H. D. (2008). Menopause. *The Lancet*, *371*, 360–371. doi:10.1016/S0140-6736(08)60346-3.
- Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, *10*(4), 541–553.
- Vigeta, S. M. G., Hachul, H., Tufik, S., & de Oliveira, E. M. (2012). Sleep in postmenopausal women. *Qualitative Health Research*, *22*, 466–475. doi:10.1177/1049732311422050.