

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Pharmacie

ANNÉE 2017

THÈSE N°

**Troubles du sommeil et médicaments
hypnotiques :
Place et rôle du pharmacien**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement

le 26 juin 2017

par

Clémence HUCHET

née le 12 janvier 1993, à Décines-Charpieu (69)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Nicolas PICARDPrésident
Mme le Docteur Christelle POUGET Juge
Mme le Docteur Catherine CHEVALIER..... Directeur
M. le Docteur André NGUYEN Membre invité
M. le Docteur Pierre COGNARD..... Membre invité

Liste des enseignants

PROFESSEURS :

| | |
|---------------------------|-----------------------------------------------|
| BATTU Serge | CHIMIE ANALYTIQUE |
| CARDOT Philippe | CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE |
| DESMOULIERE Alexis | PHYSIOLOGIE |
| DUROUX Jean-Luc | BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE |
| FAGNERE Catherine | CHIMIE THERAPEUTIQUE – CHIMIE ORGANIQUE |
| LIAGRE Bertrand | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| MAMBU Lengo | PHARMACOGNOSIE |
| ROUSSEAU Annick | BIOSTATISTIQUE |
| TROUILLAS Patrick | CHIMIE PHYSIQUE – PHYSIQUE |
| VIANA Marylène | PHARMACOTECHNIE |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| MOESCH Christian | HYGIENE-HYDROLOGIE-ENVIRONNEMENT |
| PICARD Nicolas | PHARMACOLOGIE |
| ROGEZ Sylvie | BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE |
| SAINT-MARCOUX Franck | TOXICOLOGIE |

MAITRES DE CONFERENCES :

| | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| BASLY Jean-Philippe | CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE |
| BEAUBRUN-GIRY Karine | PHARMACOTECHNIE |
| BILLET Fabrice | PHYSIOLOGIE |
| CALLISTE Claude | BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE |
| CLEDAT Dominique | CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE |
| COMBY Francis | CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE |
| COURTIOUX Bertrand | PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE |
| DELEBASSEE Sylvie | MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE |
| DEMIOT Claire-Elise | PHARMACOLOGIE |
| FROISSARD Didier | BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE |
| GRIMAUD Gaëlle | CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTROLE DU MEDICAMENT |
| JAMBUT Anne-Catherine | CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE |
| LABROUSSE Pascal | BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE |
| LEGER David | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| MARION-THORE Sandrine | CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE |
| MARRE-FOURNIER Françoise | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| MERCIER Aurélien | PARASITOLOGIE |
| MILLOT Marion | PHARMACOGNOSIE |
| MOREAU Jeanne | MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE |

MUSUAMBA TSHINANU Flora PHARMACOLOGIE
PASCAUD Patricia PHARMACIE GALENIQUE – BIOMATERIAUX
CERAMIQUES
POUGET Christelle CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
VIGNOLES Philippe BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET
INFORMATIQUE

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :

FABRE Gabin (01.09.2016 au 31.08.2017) CHIMIE PHYSIQUE – PHYSIQUE
LAVERDET Betty (1.09.2016 au 31.08.2017) PHARMACIE GALENIQUE
PHAM Thanh Nhat (1.09.2016 au 31.08.2017) CHIMIE ORGANIQUE – BIOCHIMIE

PROFESSEURS EMERITES :

BUXERAUD Jacques
DREYFUSS Gilles
LOUDART Nicole

Remerciements

A mon Président de thèse Monsieur le Professeur Nicolas Picard,

Je voulais vous remercier d'avoir accepté de présider cette thèse et de juger mon travail. Merci pour les enseignements que vous m'avez apportés tout au long du cursus.

A Madame le Docteur Christelle Pouget,

Je souhaite vous remercier de participer à ce jury. Merci pour vos enseignements tout au long de mes études.

A ma Directrice de thèse, le Docteur Catherine Chevalier,

Je souhaite également vous remercier d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre disponibilité tout au long de ce travail et pour vos conseils ainsi que vos relectures.

A Monsieur le Docteur André Nguyen,

Merci pour votre aide et votre disponibilité tout au long de ce travail. Vos conseils et vos nombreuses relectures m'ont orientés tout au long de la rédaction.

A Monsieur le Docteur Pierre Cognard,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse et de m'avoir encouragé à l'écrire. Merci également pour toutes les choses que vous m'avez enseigné pendant mon stage de sixième année.

A mes Parents,

Merci de m'avoir toujours soutenue dans mes choix. Sans vous je n'aurai pas pu réaliser ce rêve que de devenir pharmacien.

A ma Sœur,

Tout simplement merci de me faire rire et d'être présente malgré les kilomètres qui nous séparent. En espérant être également présente lors de la soutenance de ta propre thèse !

A Thomas,

Merci d'être là tous les jours et simplement pour le bonheur que tu m'apportes.

A ma famille,

Merci d'avoir été présents pendant toutes ces années d'études et d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Et un grand merci à Mamie Michèle et mes parents pour la correction des fautes.

A mes amies pharmaciennes Aude, Aurore, Laure, Mathilde, Olivia, Sarah,

Merci pour ces six années exceptionnelles de souvenirs et de rires à la faculté. Malgré les chemins différents que nous prenons, soyez certaines que notre amitié durera.

A Rachelle,

Même si la distance nous sépare, je ne t'oublie pas.

A la Pharmacie de la Mairie de Condat sur Vienne,

Merci d'avoir fait de moi le pharmacien que je suis devenue aujourd'hui. Et un grand merci pour m'avoir permis de réaliser l'enquête indispensable à cette thèse.

A la Pharmacie de la Coquille,

Je voulais remercier toute l'équipe de m'avoir accueillie pendant mes différents stages et de m'avoir permis de travailler en officine pendant mes études.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Table des matières

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introduction | 11 |
| Partie 1 : Évaluation et prise en charge des troubles du sommeil | 12 |
| 1.1. Le cycle du sommeil | 12 |
| 1.1.1. Définition du sommeil..... | 12 |
| 1.1.2. Physiologie | 12 |
| 1.1.2.1. Architecture du sommeil..... | 12 |
| 1.1.2.2. Le cycle veille-sommeil | 15 |
| 1.1.2.3. Le mécanisme d'endormissement..... | 16 |
| 1.1.2.4. Modifications physiologiques..... | 17 |
| 1.2. Les différents types d'insomnies | 18 |
| 1.2.1. Définition..... | 18 |
| 1.2.1.1. Insomnie aiguë..... | 18 |
| 1.2.1.2. Insomnie chronique..... | 18 |
| 1.2.2. Classification selon le DSM-5 | 18 |
| 1.2.2.1. Les troubles de l'insomnie..... | 19 |
| 1.2.2.2. Les troubles du rythme circadien..... | 20 |
| 1.2.2.3. Les troubles du sommeil induits par une substance | 20 |
| 1.3. Les autres troubles du sommeil | 21 |
| 1.3.1. Le syndrome des jambes sans repos..... | 21 |
| 1.3.2. Le syndrome d'apnée du sommeil | 21 |
| 1.3.3. L'hypersomnie | 21 |
| 1.3.4. Les parasomnies | 22 |
| 1.4. Etat des lieux de la consommation d'hypnotiques..... | 22 |
| 1.4.1. Consommation Européenne | 22 |
| 1.4.2. Consommation Française | 23 |
| 1.4.2.1. Consommation des benzodiazépines et apparentés aux benzodiazépines en fonction du nombre de boites vendues | 23 |
| 1.4.2.2. Evolution de la consommation des benzodiazépines hypnotiques et des apparentés aux benzodiazépines..... | 24 |
| 1.4.2.3. Consommateurs de benzodiazépines hypnotiques | 25 |
| 1.4.3. Consommation en Limousin..... | 26 |
| 1.4.3.1. Evolution de la consommation d'hypnotiques présentés au remboursement en Limousin entre 2002 et 2011..... | 27 |
| 1.4.3.2. Consommation des benzodiazépines et apparentés aux benzodiazépines en fonction du nombre de boites vendues | 28 |
| 1.5. Les traitements de l'insomnie | 28 |
| 1.5.1. Traitements non pharmacologiques | 29 |
| 1.5.1.1. L'homéopathie | 29 |
| 1.5.1.2. La phytothérapie | 31 |
| 1.5.1.3. L'aromathérapie | 34 |
| 1.5.1.4. Traitements comportementaux et cognitivo-comportementaux..... | 35 |
| 1.5.2. Traitements pharmacologiques..... | 37 |
| 1.5.2.1. Les différentes classes thérapeutiques | 38 |
| 1.5.2.2. Problème du trouble de l'usage d'une substance | 45 |
| Partie 2 : Etude de terrain, expérience en officine | 48 |
| 2.1. Protocole de l'étude..... | 48 |
| 2.1.1. Mise en place de l'étude | 48 |
| 2.1.2. Critère d'inclusion et d'exclusion des patients..... | 48 |
| 2.1.3. Confidentialité des données..... | 49 |
| 2.1.4. Présentation de l'étude aux patients | 49 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1.5. Présentation de l'outil..... | 49 |
| 2.1.5.1. Informations générales concernant le traitement..... | 50 |
| 2.1.5.2. Connaissance du traitement par le patient | 50 |
| 2.1.5.3. Notion de dépendance au traitement..... | 50 |
| 2.1.5.4. Rôle des professionnels de santé dans la prise en charge de l'insomnie | 50 |
| 2.2. Résultats et analyse | 50 |
| 2.2.1. Données générales, sexe et âge..... | 51 |
| 2.2.1.1. Résultats..... | 51 |
| 2.2.1.2. Analyse | 52 |
| 2.2.2. Données générales, médicaments prescrits..... | 53 |
| 2.2.2.1. Résultats..... | 53 |
| 2.2.2.2. Analyse | 53 |
| 2.2.3. Question 1 : Depuis quand prenez-vous ce(s) traitement(s) ?..... | 54 |
| 2.2.3.1. Résultats..... | 54 |
| 2.2.3.2. Analyse | 54 |
| 2.2.4. Question 2 : Qui vous a initialement prescrit ce traitement ?..... | 55 |
| 2.2.4.1. Résultats..... | 55 |
| 2.2.4.2. Analyse | 56 |
| 2.2.5. Question 3 : Savez – vous pourquoi on vous a prescrit ce(s) traitement(s) ? | 56 |
| 2.2.5.1. Résultats..... | 56 |
| 2.2.5.2. Analyse | 56 |
| 2.2.6. Question 4 : Savez-vous à quoi vous sert ce traitement ?..... | 57 |
| 2.2.6.1. Résultats..... | 57 |
| 2.2.6.2. Analyse | 59 |
| 2.2.7. Question 5 et 6 : avez-vous déjà essayé d'arrêter ? Vous arrive-t-il de prendre plus de comprimés par prise que le nombre recommandé ?..... | 60 |
| 2.2.7.1. Résultats..... | 60 |
| 2.2.7.2. Analyse | 61 |
| 2.2.8. Question 7 : Concernant ce traitement connaissez-vous... ? Si oui, comment avez-vous acquis ces connaissances ? | 62 |
| 2.2.8.1. Résultats..... | 62 |
| 2.2.8.2. Analyse | 65 |
| 2.2.9. Question 8 : Avez-vous déjà essayé d'autres traitements ou techniques pour gérer votre trouble du sommeil ? Si oui précisez ?..... | 66 |
| 2.2.9.1. Résultats..... | 66 |
| 2.2.9.2. Analyse | 67 |
| 2.2.10. Question 9 : Souhaitez-vous avoir une information par votre pharmacien ? | 68 |
| 2.2.10.1. Résultats..... | 68 |
| 2.2.10.2 Analyse | 70 |
| 2.2. Discussion | 73 |

Partie 3 : Place du pharmacien dans la prise en charge du trouble du sommeil..... 75

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1. Les nouvelles missions du pharmacien d'officine..... | 75 |
| 3.1.1. La loi HPST de 2009..... | 75 |
| 3.1.1.2. Article 38 de la loi HPST | 75 |
| 3.1.1.2. Contribution aux soins de premiers recours | 76 |
| 3.1.1.2. Participation à la coopération entre les professionnels de santé | 77 |
| 3.1.1.3. Participation à la mission de service public de la permanence des soins | 78 |
| 3.1.1.4. Contributions aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé..... | 78 |
| 3.1.1.5. Participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients | 78 |
| 3.1.1.6. Assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement de santé qui ne dispose pas d'une Pharmacie à Usage Intérieur | 79 |
| 3.1.1.7. Correspondant au sein de l'équipe de soins désigné par le patient | 79 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1.1.8. Proposition de conseils et de prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes | 80 |
| 3.2. Le pharmacien d'officine et sa place dans la prévention de l'insomnie | 81 |
| 3.2.1. Les différents types de prévention | 81 |
| 3.2.2. Les outils disponibles | 81 |
| 3.2.2.1. Les règles d'hygiène du sommeil | 82 |
| 3.3.2.2. L'agenda du sommeil | 84 |
| 3.3. Le pharmacien d'officine et sa place dans la prise en charge d'un traitement contre l'insomnie | 85 |
| 3.1.1 Premier contact patient-pharmacien..... | 85 |
| 3.1.2 . Contact lors d'une première délivrance d'un hypnotique | 86 |
| 3.1.3 Contact lors d'une délivrance répétée d'un hypnotique | 86 |
| Conclusion | 88 |
| Références bibliographiques | 89 |
| Table des annexes | 94 |
| Table des figures..... | 107 |
| Table des tableaux | 109 |
| Serment de Galien | 110 |

Glossaire

| | |
|-----------------|----------------------------------------------------------------|
| AMM | Autorisation de mise sur le marché |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| ATC | Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique |
| CESPHARM | Comité d'Education à la Santé en Pharmacie |
| CEIP | Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance |
| CH | Centésimale Hahnemannienne |
| CI | Contre-Indication |
| CNAMTS | Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés |
| DP | Dossier Pharmaceutique |
| DDJ | Dose Définie Journalière |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder |
| EHPAD | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| ETP | Education Thérapeutique du Patient |
| GABA | Acide Gamma Amino Butyrique |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HPST | Hôpital, Patient, Santé et Territoire |
| ICD | International Classification of Diseases |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PE | Précaution d'Emploi |
| PUI | Pharmacie à Usage Intérieur |
| RCP | Résumé des Caractéristiques du Produit |
| REM | Rapid Eye Movement |
| RTU | Recommandation Temporaire d'Utilisation |
| SL | Sommeil Lent |
| SP | Sommeil Paradoxal |
| VLPO | Air Pré-Optique de l'hypothalamus Antérieur Ventrolatéral |

Introduction

L'homme passe un tiers de sa vie à dormir. Un bon sommeil est indispensable à une bonne qualité de vie. Si la nuit de sommeil ne se passe pas correctement avec des réveils fréquents dans la nuit ou une difficulté d'endormissement, des répercussions peuvent avoir lieu dans la journée : somnolence, irritabilité, voire à plus long terme aggravation des pathologies cardiovasculaires ou respiratoires. [1]

Le sommeil est composé d'une alternance de différents stades régulés par de nombreux mécanismes cérébraux. Néanmoins des troubles peuvent apparaître : une hypersomnie telle que la narcolepsie, des parasomnies avec le somnambulisme, le syndrome des jambes sans repos ou d'apnées du sommeil. Un des plus importants reste celui de l'insomnie.

Le pharmacien d'officine est confronté très régulièrement à des patients atteints de troubles du sommeil. C'est pourquoi il a paru intéressant d'approfondir ce sujet dans le cadre de cette thèse et en particulier l'insomnie et ses traitements.

L'insomnie est une pathologie traitée par l'utilisation de méthodes non pharmacologiques voire par molécules hypnotiques. Ces dernières normalement utilisées sur de courtes périodes sont pourtant souvent employées sur des longues durées, entraînant une dépendance au traitement, ce qui pose la question du rôle du pharmacien dans la prise en charge de cette pathologie.

Dans la première partie de ce mémoire, nous aborderons la physiologie du sommeil, l'insomnie, et les traitements de cette pathologie.

Dans un deuxième temps, nous présenterons un travail effectué à l'officine qui permet de mieux définir les consommateurs de médicaments hypnotiques et les habitudes concernant leur traitement.

Dans la troisième partie de ce travail nous traiterons de la place du pharmacien dans la prise en charge de l'insomnie.

Partie 1 : Évaluation et prise en charge des troubles du sommeil

Nous allons dans un premier temps décrire le cycle du sommeil et ses différents troubles. Notre travail se centrera par la suite sur l'insomnie et la consommation d'hypnotiques.

1.1. Le cycle du sommeil

1.1.1. Définition du sommeil

Le sommeil peut être défini comme étant : « un état physiologique périodique de l'organisme (notamment du système nerveux) pendant lequel la vigilance est suspendue et la réactivité aux stimulations amoindrie ». [2]

Il faut savoir que le sommeil n'est pas un état passif comme on l'a cru pendant des années, mais un état actif qui engendre de nombreux phénomènes : sécrétion d'hormones, économie d'énergie ou encore adaptation à l'environnement. [3]

Un manque de sommeil peut donc avoir différentes conséquences : une diminution de la performance physique et de la vigilance ou encore un changement d'humeur. Cela aura un impact néfaste sur la vie quotidienne et peut devenir handicapant à long terme. [4]

1.1.2. Physiologie

1.1.2.1. Architecture du sommeil [5] [6] [7]

Le sommeil de l'adulte est découpé en cinq phases qui constituent un cycle de quatre-vingt-dix minutes en moyenne. Chaque cycle se répète, plus ou moins à l'identique, quatre à six fois par nuit. Les quatre premiers stades de chaque cycle correspondent au sommeil lent (SL) et le dernier au sommeil paradoxal (SP).

Le tableau suivant décrit une nuit de sommeil de cinq cycles avec l'alternance des différents types de sommeils.

- Le stade 1 du SL } Sommeil lent léger
- Le stade 2 du SL }
- Le stade 3 du SL } Sommeil lent profond
- Le stade 4 du SL }
- Le SP

| 1 ^{er} cycle | | | | | 2 ^{ème} cycle | | | | | 3 ^{ème} cycle | | | | | 4 ^{ème} cycle | | | | | 5 ^{ème} cycle | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|------------------------|---|---|---|---|------------------------|---|---|---|---|------------------------|---|---|---|---|------------------------|---|---|---|---|
| L | L | L | L | P | L | L | L | L | P | L | L | L | L | P | L | L | L | L | P | L | L | L | L | P |

Tableau 1 : Représentation d'une nuit de sommeil

1.1.2.1.1. Sommeil lent (SL)

Le sommeil devient de plus en plus profond au cours des différents stades du sommeil lent avec une diminution de la fréquence des ondes cérébrales et une augmentation de leur amplitude.

- **Stade 1 (SL1)**

C'est le premier stade du cycle. Il représente 3% de la période totale du sommeil.

La personne commence à se détendre. La température du corps, la respiration, la pression artérielle et le pouls restent normaux. Si une stimulation apparaît, l'éveil se fait immédiatement.

C'est à ce stade que des hallucinations hypnagogiques peuvent survenir : ce sont des images sensorielles animées qui peuvent être accompagnées par un mouvement brusque et soudain. Un court temps d'éveil est observé avant que la personne ne se rendorme.

- **Stade 2 (SL2)**

A ce stade, si une stimulation a lieu, le réveil est plus difficile. Le tonus musculaire est bas mais toujours actif. Cette phase représente 47% du temps total d'une nuit de sommeil.

- **Stade 3 (SL3)**

Le sommeil est de plus en plus profond. Il couvre environ 7% de la période totale du sommeil. Les signes vitaux diminuent, les muscles squelettiques ne sont plus contractés. Des rêves peuvent avoir lieu.

- **Stade 4 (SL4)**

Ce stade occupe 18% du temps total d'une nuit de sommeil.

C'est le moment où le sommeil est le plus profond : les signes vitaux ont un niveau normal très bas, les muscles squelettiques sont totalement décontractés mais l'activité des muscles lisses digestifs augmente. En présence d'une stimulation le réveil est difficile. C'est dans ce stade que la récupération physique a principalement lieu.

1.1.2.1.2. Sommeil paradoxal (SP)

Le sommeil paradoxal ou le sommeil REM (Rapid Eye Movement) est caractérisé par la présence de rêves et de mouvements oculaires rapides. Les muscles squelettiques (sauf oculaires) sont inhibés. Ainsi les mouvements imaginés pendant les rêves ne peuvent être effectivement effectués pendant que nous dormons. Les signes vitaux sont augmentés et la motilité digestive diminue.

Ce stade représente 20 % de la durée normale d'une nuit complète.

Les 5% de la nuit de sommeil restant correspondent au stade de l'éveil de la période de sommeil, lorsque l'individu se met en condition de sommeil au tout début de la nuit.

Le tableau ci-dessous décrit l'évolution des différentes phases du sommeil pendant la nuit.

| Stades | Durée en début de nuit | Evolution de la durée au cours de la nuit |
|--------------|------------------------|-------------------------------------------|
| SL : Stade 1 | 70 à 100 minutes | Diminution |
| SL : Stade 2 | | |
| SL : Stade 3 | | |
| SL : Stade 4 | | |
| SP | 10 à 15 minutes | Augmentation |

Tableau 2 : Evolution des différents stades du sommeil au cours de la nuit

Le schéma suivant (figure 1) représente un hypnogramme. C'est un graphique permettant de visualiser l'alternance des différentes phases du sommeil. La disparition du sommeil lent profond au cours de la nuit est mise en évidence avec l'augmentation du sommeil paradoxal.

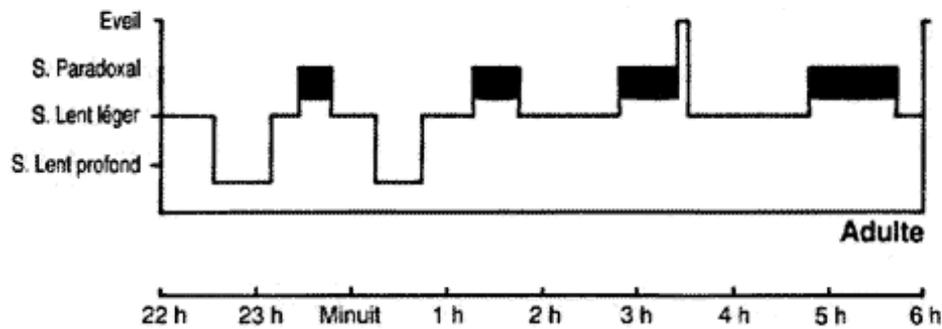


Figure 1 : Hypnogramme d'une nuit type de sommeil chez un adulte [8]

1.1.2.2. Le cycle veille-sommeil [9]

L'alternance de la veille et du sommeil est possible grâce à deux processus : le processus circadien et le processus homéostatique.

1.1.2.2.1. Le processus circadien

Il dépend de l'horloge biologique qui se base sur notre processus circadien (c'est-à-dire un rythme biologique de vingt-quatre heures). Cette horloge se situe dans le noyau suprachiasmatique de l'hypothalamus et est régulée par cette partie du cerveau. Elle possède deux propriétés fondamentales :

- son activité suit une rythmicité endogène proche de 24 heures,
- des synchronisateurs externes permettent de la remettre à l'heure. Le principal est la lumière.

Elle contrôle de nombreuses fonctions de l'organisme dont l'activation du sommeil et la sécrétion de mélatonine. Cette dernière est synthétisée par la glande pinéale et est appelée hormone du sommeil. Sa sécrétion commence une à deux heures avant le coucher et ses niveaux sont presque nuls une à deux heures après le réveil.

1.1.2.2.2. Le processus homéostatique

Le système homéostatique du sommeil correspond au besoin de sommeil (ou pression de sommeil). Ce dernier augmente au cours de la journée et disparaît après une nuit de sommeil. Il permet l'endormissement.

Le principal acteur responsable de ce phénomène est l'adénosine, molécule provenant du métabolisme cérébral. Elle s'accumule pendant la journée et inhibe alors les structures d'éveil au moment où son taux devient suffisant. Son taux diminue ensuite au cours du sommeil pour atteindre un seuil bas au moment du réveil.

1.1.2.3. Le mécanisme d'endormissement [9]

Le sommeil est régulé grâce à deux bascules principales : la bascule veille/sommeil qui contrôle l'endormissement et la bascule sommeil lent/sommeil paradoxal.

Avant d'expliquer ces deux processus, il faut comprendre le système de l'éveil. Ce dernier est possible grâce à deux voies cérébrales : la voie thalamique, qui par la sécrétion d'acétylcholine agit sur le thalamus, et la voie extra thalamique sécrétant de la noradrénaline, de la sérotonine et de l'histamine qui active le télencéphale basal. Ces deux processus induisent alors une activation du cortex cérébral et déclenchent l'éveil.

1.1.2.3.1. La bascule veille/sommeil

Elle favorise l'accès au sommeil après avoir senti les signes de la fatigue. Différents procédés se mettent alors en place :

- une déconnexion des systèmes d'éveils qui entraîne des modifications de la sécrétion d'acétylcholine, de glutamate, de noradrénaline, de dopamine, d'hypocrétine, et de sérotonine,
- une activation des systèmes de sommeil avec :
 - o la synthèse de GABA et de galanine par l'air pré-optique de l'hypothalamus antérieur ventrolatéral (VLPO),
 - o une action de l'adénosine accumulée pendant la journée qui active le VLPO et inhibe l'acétylcholine impliquée dans l'éveil.

L'équilibre de cette bascule entre éveil et sommeil est possible grâce à l'hypocrétine. Cette molécule coordonne la sécrétion des substances chimiques impliquées dans l'éveil. Elle diminue l'état de transition entre réveil et sommeil et elle maintient l'état de sommeil.

1.1.2.3.2. La bascule sommeil lent / sommeil paradoxal

Elle est la conséquence de différents systèmes.

Pour le sommeil lent, le noyau de la base synthétise du GABA qui inhibe la sécrétion de l'acétylcholine et l'histamine.

Le sommeil paradoxal est régulé via deux types de neurones :

- Les SP-off, synthétisant différents neurotransmetteurs tels que sérotonine, noradrénaline, histamine et hypocrétine, sont actifs pendant l'éveil. Ils s'arrêtent de fonctionner juste avant que le sommeil paradoxal débute via l'activation des neurones SP-on.
- Les SP-on (GABA, glutamate et acétylcholine) quant à eux, permettent l'arrêt des neurones SP-off et induisent l'entrée dans le sommeil paradoxal.

1.1.2.4. Modifications physiologiques [7]

L'architecture du sommeil évolue durant la vie d'une personne.

Chez le nourrisson, le cycle est constitué de deux phases qui se répètent : le sommeil calme et le sommeil agité. Le rythme circadien n'est pas mis en place et le rapprochement vers l'architecture d'un sommeil adulte se fait progressivement. Les besoins en sommeil évoluent aussi au fur et à mesure : 16 heures chez le nouveau-né, 15 heures chez le bébé de quatre mois et 14 heures à huit mois.

La progression vers le sommeil adulte a lieu jusqu'à l'âge de cinq ans. La diminution des siestes se met en place et le sommeil paradoxal est plus présent que chez l'adulte.

Vers dix ans, on note une diminution du besoin de sommeil et un abandon des siestes.

Chez l'adolescent, le besoin de sommeil est important, mais en période scolaire il ne dort pas assez. Cette perte de sommeil est alors récupérée pendant les périodes de vacances grâce au lever plus tardif.

Enfin chez la personne âgée, la qualité du sommeil diminue et la fragmentation du sommeil est plus importante avec des réveils fréquents et des changements rapides de stades.

1.2. Les différents types d'insomnies

1.2.1. Définition

L'insomnie se définit comme la diminution de la durée habituelle du sommeil et/ou l'atteinte de la qualité du sommeil avec un retentissement sur la qualité de la veille du lendemain. Elle se traduit soit par des difficultés à s'endormir ou encore des réveils qui sont soit nocturnes soit trop précoces le matin. [10]

On peut définir deux types d'insomnies : l'insomnie aiguë et l'insomnie chronique.

1.2.1.1. Insomnie aiguë [11]

On l'appelle aussi insomnie occasionnelle ou transitoire. Elle dure généralement moins de trois semaines. Elle est souvent due à un évènement ou une situation facile à identifier. C'est par exemple le cas dans une situation psychologique compliquée tel que le deuil ou le divorce, un stress d'anticipation ou une douleur physique.

1.2.1.2. Insomnie chronique [11]

L'insomnie chronique est mise en évidence quand les troubles sont présents au moins 3 nuits par semaine pendant plus de trois mois. Elle est la conséquence de l'anxiété ou de la dépression principalement, mais également du mode de vie des personnes. Elle a de grandes conséquences sur la vie de l'individu pendant la journée.

1.2.2. Classification selon le DSM-5

Le *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM)* est un ouvrage de référence dans le domaine de la psychiatrie. Il est publié par l'American Psychiatric Association. La pose d'un diagnostic par un professionnel de santé concernant une pathologie mentale est un de ses objectifs principaux. Mais il permet aussi une harmonisation entre les différents pays via l'utilisation d'un langage commun. On y retrouve par exemple les critères diagnostiques pour les troubles de l'anxiété, les troubles de la personnalité, mais dans le cadre de cette étude, les troubles du sommeil et de l'éveil.

Un autre manuel est utilisé dans la classification des troubles mentaux : *l'International Classification of Diseases (ICD)* [12]. Par la suite, on s'intéressera seulement à la classification énoncée dans le DSM-5. [13]

1.2.2.1. Les troubles de l'insomnie

Les critères diagnostiques de ce type de pathologie sont les suivants :

- A.** La personne se plaint d'une mauvaise quantité ou qualité du sommeil associée avec l'un des symptômes suivants :
 - 1. difficulté à l'endormissement,
 - 2. difficulté à maintenir le sommeil associée à des réveils fréquents ou une incapacité à se rendormir après un éveil,
 - 3. un réveil très matinal avec une difficulté à retrouver le sommeil.
- B.** Le trouble du sommeil induit des détériorations au niveau de la qualité de vie (problèmes au niveau social, comportemental).
- C.** Le problème apparaît au moins trois nuit par semaine.
- D.** Le trouble est présent pendant au moins trois mois.
- E.** Les difficultés de sommeil apparaissent malgré de bonnes conditions pour normalement bien dormir.
- F.** L'insomnie n'est pas expliquée par les autres troubles du sommeil et de l'éveil tels que la narcolepsie, l'apnée du sommeil, le trouble du rythme circadien et la parasomnie.
- G.** L'insomnie n'est pas expliquée par la prise d'une substance (drogue ou médicament).
- H.** La coexistence de trouble mentaux ou d'affection médicale n'explique pas l'insomnie.

De plus, l'insomnie peut se caractériser plus précisément en la définissant :

- d'épisodique : les symptômes sont présents au moins un mois mais moins de trois mois,
- de persistante : les symptômes sont présents trois mois ou plus,
- de récurrente : deux épisodes ou plus apparaissent pendant une année.

1.2.2.2. Les troubles du rythme circadien

Dans ce type de trouble, les critères diagnostiques sont les suivants :

- A.** Une forme persistante ou récurrente de la perturbation du sommeil principalement due à une altération du rythme circadien ou à un défaut d'alignement entre le rythme circadien endogène et le rythme veille-sommeil requis par l'environnement de l'individu.
- B.** La perturbation du sommeil entraîne une somnolence et/ou une insomnie excessive.
- C.** La perturbation conduit à une souffrance ou à une altération du fonctionnement social ou professionnel.

1.2.2.3. Les troubles du sommeil induits par une substance

Les critères diagnostiques de cette pathologie sont les suivants :

- A.** La perturbation du sommeil est importante et sévère.
- B.** Il y a des preuves dans l'histoire de la personne, son examen physique et ses données biologiques :
 - 1.** Les symptômes du critère A se développent pendant ou juste après une intoxication à une substance, à l'arrêt de celle-ci ou pendant l'exposition à un médicament.
 - 2.** L'implication de la substance ou du médicament est capable de produire les symptômes du critère A.
- C.** La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble du sommeil qui n'est pas induit par une substance ou un médicament. Le trouble est indépendant d'un produit si les symptômes précèdent le début de l'utilisation de la substance et s'ils peuvent durer sur une longue période de temps après la cessation de la prise de la substance.
- D.** La perturbation n'apparaît pas exclusivement pendant une période de délire.
- E.** La perturbation induit une souffrance cliniquement visible ou une altération sociale, professionnelle ou dans d'autres domaines.

Dans le cas de l'insomnie un critère supplémentaire est mis en avant : des difficultés d'endormissement ou du maintien du sommeil ainsi que de fréquents réveils nocturnes et un sommeil non réparateur.

Il faut également différencier l'insomnie qui a lieu pendant l'intoxication et l'insomnie qui a lieu pendant la période de sevrage à une substance.

Les principales substances responsables de l'insomnie sont les suivantes : l'alcool, les amphétamines et les stimulants apparentés (pendant l'intoxication), la caféine, la cocaïne (pendant l'intoxication), les opiacés (pendant l'intoxication), le tabac (pendant l'intoxication) et les sédatifs-hypnotiques-anxiolytiques (pendant le sevrage).

1.3. Les autres troubles du sommeil

En dehors de l'insomnie, il peut exister différents troubles qui perturbent le sommeil.
[14] [15]

1.3.1. Le syndrome des jambes sans repos

Il est caractérisé par une envie irrésistible de bouger les jambes, surtout le soir et la nuit. Cette impatience est aggravée au repos et partiellement améliorée par l'activité physique. Le sommeil est alors fragmenté et l'endormissement difficile.

1.3.2. Le syndrome d'apnée du sommeil

Il apparaît chez les personnes de 50 à 70 ans surtout en surpoids. Une obstruction de la gorge par la langue et par le relâchement des muscles du pharynx entraîne des pauses respiratoires fréquentes durant la nuit. Des micro-éveils ont alors pour conséquence un sommeil saccadé, de mauvaise qualité, avec des ronflements. [16]

1.3.3. L'hypersomnie

Il s'agit de la narcolepsie. Elle se caractérise par une somnolence diurne avec des accès de sommeil incontrôlables alors que la personne est en activité. On peut noter aussi dans cette pathologie une cataplexie se définissant comme une chute brutale du tonus musculaire pendant une activité. L'éveil ne peut être maintenu qu'une à deux heures de suite.

1.3.4. Les parasomnies

La plus importante est le somnambulisme. Il survient pendant le sommeil lent profond. Le cerveau associe alors la perception de l'environnement au contenu mental d'un rêve ce qui a pour conséquence des comportements anormaux pendant le sommeil. La personne n'a aucun souvenir de ses actes au réveil.

Il existe aussi les terreurs nocturnes (surtout chez le jeune enfant) ou encore la somniloquie (sons ou mots émis à l'endormissement).

1.4. Etat des lieux de la consommation d'hypnotiques

1.4.1. Consommation Européenne [17]

Peu de données sont accessibles concernant la consommation des hypnotiques en Europe. Elles proviennent soit de la vente, des statistiques des systèmes d'assurance maladie ou encore de la délivrance des pharmacies. Au vu des différentes sources de ces informations, les résultats sont à commenter avec précaution.

Les données de consommation sont déterminées par le nombre de doses définies journalières (DDJ). Elles représentent une posologie de référence pour un adulte de 70 kg dans l'indication principale de la molécule. Pour pouvoir être harmonisée entre les différents pays, on divise la DDJ par 1000 habitants et par jour.

Les hypnotiques étudiés sont les N05C de la classification ATC (Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique). La première lettre correspond au code du groupe anatomique (N pour le système nerveux). Le deuxième niveau indique le groupe thérapeutique principal (05 pour les psycholeptiques), et le troisième le sous-groupe thérapeutique et pharmacologique (C correspondant aux hypnotiques et sédatifs). Cf annexe 1.1 pour voir tous les médicaments contenus dans cette classe.

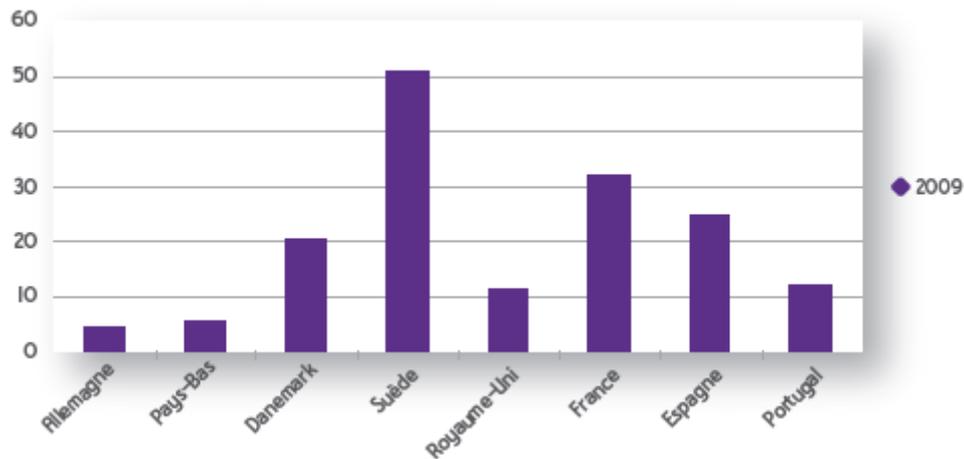


Figure 2 : Consommation d'hypnotiques (N05C) dans certains pays européens en DDJ/1000hab/j [17]

La France se place donc en deuxième position de la consommation d'hypnotiques en Europe juste derrière la Suède avec un peu plus de 30 DDJ/1000hab/j en 2009.

1.4.2. Consommation Française

1.4.2.1. Consommation des benzodiazépines et apparentés aux benzodiazépines en fonction du nombre de boîtes vendues

En France en 2012, 131 millions de boîtes soit 4% de la consommation totale de médicaments sont des benzodiazépines ou apparentés.

Le tableau suivant représente le nombre de boîtes et l'unité « standard » de benzodiazépines utilisées en France en 2012. L'unité « standard » permet de limiter les défauts de l'unité « nombre de boîtes » (différences du nombre de comprimés par boîte, dosages...). Elle est obtenue en multipliant le nombre de boîtes vendues par la taille de la boîte le tout divisé par le facteur d'unité standardisée correspondant à la plus petite dose commune d'un produit.

Les apparentés aux benzodiazépines sont donc de loin les plus vendus en France en 2012 parmi les différentes benzodiazépines utilisées dans cette indication (tableau 3). En effet ils représentent 82% des ventes d'hypnotiques.

| Substance active | Unités « standard » | Nombre de boîtes |
|------------------|---------------------|------------------|
| Zolpidem* | 365 millions | 25 millions |
| Zopiclone* | 267 millions | 18 millions |
| Lormétazéпам | 85 millions | 6 millions |
| Loprazolam | 38 millions | 2 millions |
| Estazolam | 7 millions | 0,4 millions |
| Nitrazéпам | 10 millions | 0,5 millions |

* : apparentés aux benzodiazépines

Tableau 3 : Ventes de benzodazépines et apparentés utilisés comme hypnotique en France en 2012 (voir annexe 1.2)

1.4.2.2. Evolution de la consommation des benzodiazépines hypnotiques et des apparentés aux benzodiazépines

Le graphique suivant permet de suivre l'évolution de la consommation des différents hypnotiques entre les années 2000 et 2012. La baisse légère des benzodiazépines hypnotiques (N05CD) est contrebalancée par l'augmentation du zolpidem et du zopiclone (N05CF). Mais une hausse totale de la consommation d'hypnotique est mise en évidence depuis les années 2000.

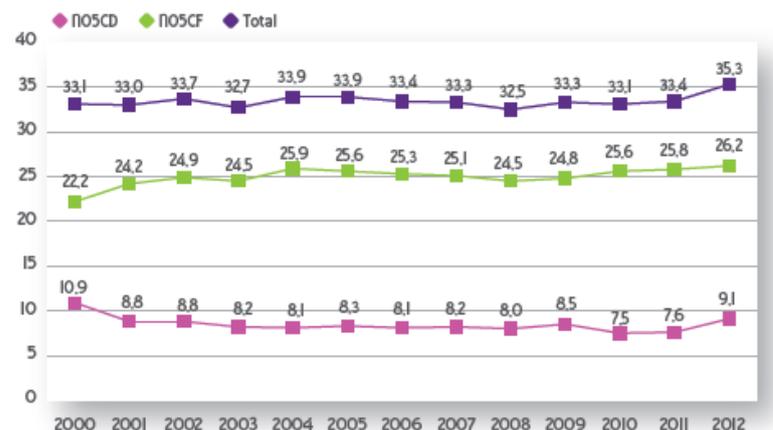


Figure 3 : Consommation de benzodiazépines hypnotiques et apparentées de 2000 à 2012 (DDJ/1000hab/j) [17]

1.4.2.3. Consommateurs de benzodiazépines hypnotiques

Les données utilisées dans cette sous-partie proviennent de l'assurance maladie et plus particulièrement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Elles indiquent le nombre de sujets bénéficiant d'au moins un remboursement des molécules étudiées en fonction de l'indication et de la prévalence d'exposition.

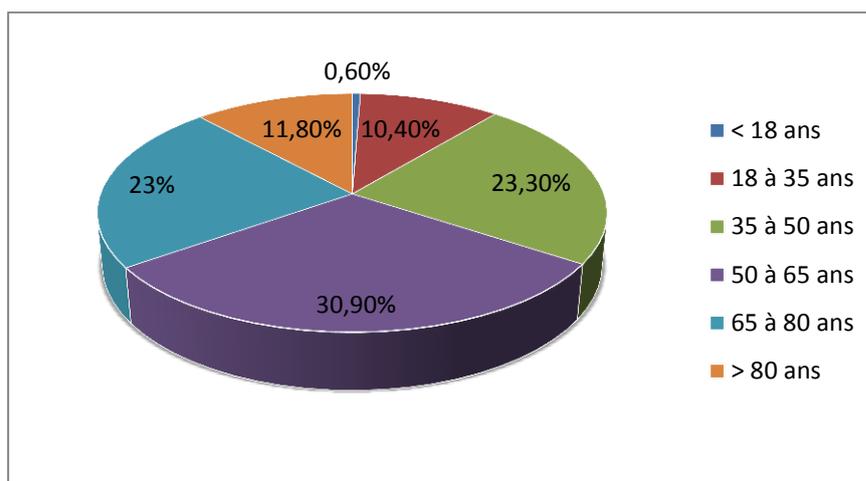


Figure 4 : Prévalence de consommation des benzodiazépines hypnotiques en fonction de l'âge (voir annexe 1.3)

Le graphique ci-dessus nous indique que la prévalence d'utilisateurs d'hypnotiques augmente avec l'âge.

Il faut également savoir que ce sont surtout les femmes qui sont les plus grandes consommatrices. A plus de 65 ans elles sont 18% à consommer une benzodiazépine hypnotique. Chez les hommes le pourcentage diminue à 11% (voir figure 5).

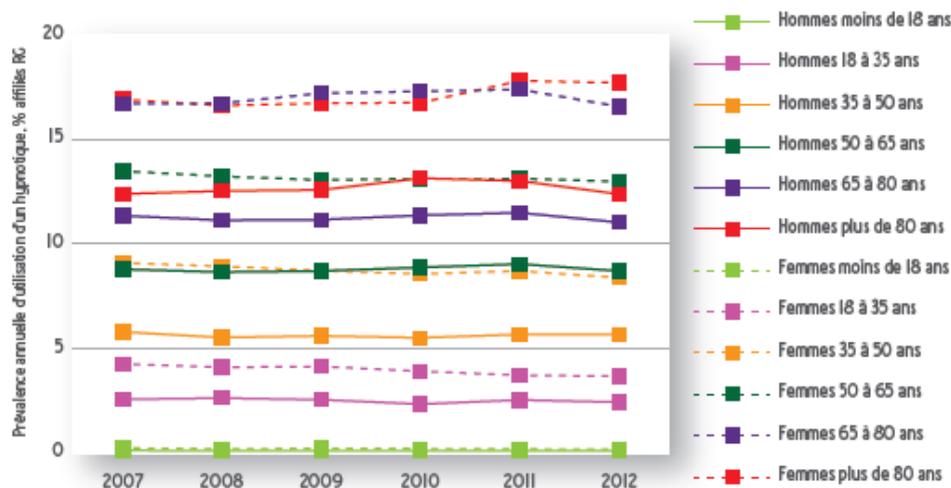


Figure 5 : Evolution de la prévalence d'utilisation d'une benzodiazépine hypnotique entre 2007 et 2012 en fonction du sexe et de l'âge [17]

1.4.3. Consommation en Limousin [18]

Dans cette partie, les données sont issues des bases de remboursement de pharmacie du régime de l'assurance maladie qui représente 76% de la sécurité sociale. Il exclut les caisses mutualistes telles que les mutuelles étudiantes, de la fonction publique et de l'éducation nationale. Seuls les remboursements des médicaments délivrés en officine de ville sont pris en compte. Les médicaments donnés pendant une hospitalisation ne sont pas répertoriés.

1.4.3.1. Evolution de la consommation d'hypnotiques présentés au remboursement en Limousin entre 2002 et 2011

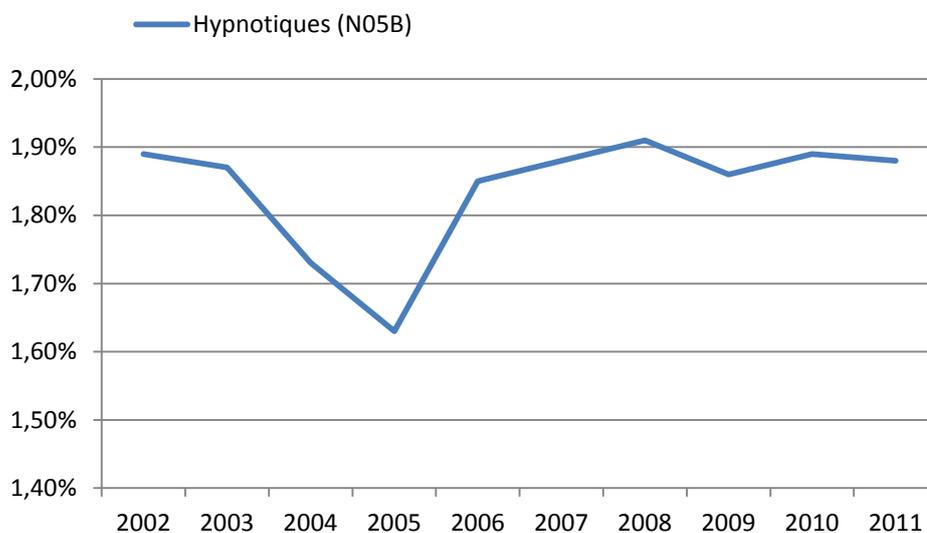


Figure 6 : Evolution des hypnotiques présentés au remboursement en Limousin entre 2002 et 2011 (voir annexe 1.4)

Les hypnotiques présentés au remboursement en Limousin exposent une consommation qui n'a pas trop évolué entre 2002 et 2011 malgré une baisse notable en 2005. Elle représente environ 1,90% des médicaments présentés au remboursement.

1.4.3.2. Consommation des benzodiazépines et apparentés aux benzodiazépines en fonction du nombre de boîtes vendues

| Substance active | Unités « standard » | Nombre de boîtes vendues |
|------------------|---------------------|--------------------------|
| Zolpidem* | 2 809 009 | 201 171 |
| Zopiclone* | 1 638 949 | 117 298 |
| Lormétazépam | 935 018 | 66 787 |
| Loprazolam | 394 460 | 19 723 |
| Estazolam | 103 320 | 5 166 |
| Nitrazépam | 74 500 | 3 725 |
| Témazépam | 21 224 | 1 516 |

* apparentés aux benzodiazépines

Tableau 4 : Ventes de benzodiazépines et apparentés utilisés comme hypnotique en Limousin en 2011 (voir annexe 1.5)

Comme au niveau de la consommation française, les deux hypnotiques les plus utilisés sont de loin les apparentés aux benzodiazépines avec près de 74% de la consommation totale.

1.5. Les traitements de l'insomnie

En cas d'insomnie, chronique ou aiguë, différents traitements peuvent être mis en place. Dans un premier temps un traitement non pharmacologique est proposé. Si aucune amélioration n'est obtenue, les patients peuvent avoir recours à des traitements pharmacologiques sur ordonnance ou en vente libre en officine mais qui sont vecteurs de nombreux effets indésirables. Nous allons donc détailler ces deux thérapeutiques : la première non pharmacologique puis la thérapeutique pharmacologique.

1.5.1. Traitements non pharmacologiques

1.5.1.1. L'homéopathie

L'homéopathie est présentée sous différentes formes. Dans le cadre de l'insomnie nous allons détailler quelques souches homéopathiques sous forme de granules ainsi que des souches incorporées dans des spécialités pharmaceutiques qui peuvent facilement être conseillées à l'officine.

1.5.1.1.1. Les différentes souches [19]

Il est conseillé de prendre 5 granules dans la soirée et de renouveler pendant la nuit si la difficulté à dormir est toujours présente (tableaux 5 et 6).

| Insomnie d'endormissement par excitation cérébrale | | |
|----------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Argentum nitricum | 15 CH | Pour l'insomnie de surmenage ou par anxiété d'anticipation (veille d'un examen) |
| Arsenicum album | 9 CH | Pour l'insomnie due à l'anxiété qui survient à l'endormissement ou au réveil en pleine nuit qui entraîne pensées anxiogènes |
| Coffea cruda | 9 CH | Pour l'insomnie de surexcitation (joie excessive, excès de café) |
| Ignatia amara | 15 CH | Pour l'insomnie qui fait suite à une contrariété, une vexation, un chagrin |
| Stramonium | 9 CH | Pour l'insomnie par peur du noir ou d'être seul |

Tableau 5 : Tableau non exhaustif des différentes souches homéopathiques sous forme de granules pouvant être utilisées dans le traitement de l'insomnie par excitation cérébrale

| Insomnie suite à un excès ou à un évènement particulier | | |
|---------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antimonium crudum | 15 CH | Pour l'insomnie due aux excès alimentaires |
| Arnica montana | 9 CH | Pour l'insomnie suite à des efforts sportifs ou des traumatismes |
| Nux vomica | 9 CH | Pour l'insomnie due à un excès de tabac, de café |
| Thuya | 9 CH | Pour l'insomnie suite à une vaccination avec des réveils accompagnés d'une idée qui revient sans cesse |
| Zincum metallicum | 9 CH | Pour l'insomnie par épuisement nerveux avec impatience des jambes |

Tableau 6 : Tableau non exhaustif des différentes souches homéopathiques sous forme de granules pouvant être utilisées dans le traitement de l'insomnie suite à un excès ou un évènement particulier

1.5.1.1.2. Les spécialités [20] [21]

En plus des souches homéopathiques, des spécialités médicamenteuses regroupent différents principes actifs et sont en vente libre à l'officine.

| Spécialité | Indication | Posologie |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Homéogène 46 [®] | Traditionnellement utilisé dans les troubles légers du sommeil | Adulte : 2 comprimés trois fois par jour par voie sublinguale Enfant : 1 comprimé trois fois par jour à dissoudre dans un peu d'eau |
| L72 [®] | Traditionnellement utilisé dans les troubles mineurs du sommeil et les troubles liés à l'anxiété et à l'hyperexcitabilité | Adulte : 30 gouttes avant le dîner et 60 gouttes au coucher Enfant à partir de 2 ans : 1/2 ou ¼ de la dose chez l'enfant |
| Sédatif PC [®] | Troubles légers du sommeil | 2 comprimés 3 fois par jour à sucer |
| Somnidoron [®] | Traditionnellement utilisé dans le traitement des troubles mineurs du sommeil, notamment en cas de difficultés d'endormissement | 30 gouttes avant le coucher à diluer dans un peu d'eau (pas avant 12 ans) |

Tableau 7 Tableau non exhaustif des différentes spécialités homéopathiques utilisées dans le traitement de l'insomnie

1.5.1.2. La phytothérapie [22] [23] [24] [25]

Même si l'effet des plantes sur le sommeil n'a jamais été démontré cliniquement (à part pour la valériane), il semblerait que la phytothérapie ait totalement sa place dans le traitement de l'insomnie.

En effet, associée à une démarche comportementale appropriée, elle est une bonne alternative aux nombreux effets indésirables des hypnotiques.

Il faut néanmoins faire attention avec l'utilisation de ces plantes car elles peuvent entraîner une diminution de la vigilance durant la journée mais aussi des interactions médicamenteuses.

La phytothérapie sera décrite dans deux tableaux distincts : le premier avec les plantes sous forme d'infusion ou de gélules et le deuxième avec des plantes incorporées dans des spécialités pharmaceutiques.

Tableau 8 Tableau non exhaustif des différentes plantes utilisées dans le traitement de l'insomnie

| Plante | Partie utilisée | Propriétés | Indications | Formes et posologies |
|---------------|--------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aubépine | Fleur | Anxiolytique et ralentisseur système cardiaque | Eréthisme cardiaque, angoisse avec tachycardie, sensation du cœur qui palpite, troubles du sommeil avec ces symptômes | <u>En infusion</u> : MEDIFLOR® laisser infuser 10 à 15 minutes dans de l'eau frémissante <u>En gélules</u> : ARKOGELULES® 1 gélule (350 mg de poudre) matin, midi et soir |
| Eschscholtzia | Plante entière | Hypnotique, spasmolytique, sédative | Insomnie d'endormissement quand liée à anxiété et difficulté à décrocher le soir | <u>En gélules</u> : ARKOGELULES® chez l'adulte 2 gélules (300 mg de poudre) au dîner puis 2 gélules au coucher et 1 gélule au dîner et au coucher pour l'enfant de plus de 12 ans |
| Houblon | Inflorescence | Sédative et anti-ostrogénique | Insomnie liée aux troubles ménopausiques ou aux insuffisances hormonales | <u>En infusion</u> : 10 cônes séchés dans 1L d'eau bouillante. Deux à trois tasses par jour <u>En gélules</u> : ARKOGELULES® chez l'adulte 2 gélules (195 mg de poudre) au dîner puis 2 gélules au coucher et 1 gélule au dîner et au coucher pour l'enfant de plus de 12 ans |
| Mélisse | Feuilles | Antispasmodique et sédative | Nervosité, troubles d'origine psycho-végétatifs et insomnie avec ces symptômes | <u>En infusion</u> : 1,5 à 4,5 g de feuilles une à trois fois par jour <u>En gélules</u> : ARKOGELULES® 1 gélule (275 mg de poudre) matin, midi et soir chez l'adulte et 1 gélule avant les deux principaux repas pour l'enfant de plus de 12 ans |
| Passiflore | Feuilles | Sédative, anxiolytique et antispasmodique | Etats d'anxiété avec nervosité et agitation, hyperactivité, troubles du sommeil par excitation vespérale | <u>En infusion</u> : 1 à 2 g de poudre dans 150 ml d'eau bouillante pendant 10 minutes une à quatre fois par jour entre les repas <u>En gélules</u> : ARKOGELULES® chez l'adulte 2 gélules (300 mg de poudre) au dîner puis 2 gélules au coucher et 1 gélule au dîner et 1 au coucher pour l'enfant de plus de 12 ans |
| Valériane | Rhizome et racines | Anxiolytique, antidépresseur et sédative | Insomnie d'endormissement dans les suites de stress prolongé | <u>En gélules</u> : ARKOGELULES® chez l'adulte 2 gélules (350 mg de poudre) au dîner puis 2 gélules au coucher et 1 gélule au dîner et une au coucher chez l'enfant de plus de 12 ans |

Tableau 9 Tableau non exhaustif des différentes formes pharmaceutiques à base de plante utilisées dans le traitement de l'insomnie

| Spécialité | Composition | Indications | Posologie | Précautions d'emploi |
|-------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ANXEMIL® | Passiflore | Médicament traditionnel à base de plante utilisé dans les troubles mineurs du sommeil | <u>Chez l'adulte de plus de 12 ans</u> : 1 à 2 comprimés le soir (8 comprimés maximum par jour) | Traitement de courte durée Déconseillé chez femme enceinte et allaitante |
| BIOCARDE® | Aubépine, passiflore, valériane, avoine, mélisse, agripaume | Traditionnellement utilisé dans le traitement symptomatique des états neurotoniques de l'adulte et de l'enfant notamment en cas de troubles mineurs du sommeil. | <u>Chez l'adulte</u> : 15 gouttes le soir au dîner et 15 gouttes au coucher <u>Chez l'enfant de plus de 6 ans</u> : 6 gouttes au dîner et 6 gouttes au coucher | Attention titre alcoolique de 63% (V/V) |
| CARDIOCALM® | Aubépine | Traditionnellement utilisé dans le traitement symptomatique des états neurotoniques de l'adulte, notamment en cas de troubles mineurs du sommeil | <u>Chez l'adulte</u> : 1 comprimé au repas du soir et 1 à 2 comprimés au coucher | Ne pas utiliser pendant la grossesse Réservé à l'adulte |
| EUPHYTOSE® | Valériane, passiflore, aubépine, ballote | Traditionnellement utilisé dans le traitement symptomatique des états anxieux mineurs et en cas de troubles mineurs du sommeil des adultes et des enfants. | <u>Chez l'adulte</u> : 1 comprimé au repas du soir et 1 au coucher <u>Chez l'enfant de plus de 6 ans</u> : 1 comprimé au repas du soir | Ne pas donner chez la femme enceinte et allaitante |
| OMEZELIS® | Aubépine, Mélisse | Traditionnellement utilisé dans le traitement symptomatique des états neurotoniques de l'adulte et de l'enfant, notamment en cas de troubles mineurs du sommeil | <u>Chez l'adulte</u> : 2 comprimés au dîner et 2 au coucher <u>Chez l'enfant</u> : 1 comprimé au dîner et un comprimé au coucher | Ne pas donner chez la femme enceinte et allaitante |

1.5.1.3. L'aromathérapie [26]

L'aromathérapie peut être également employée pour éviter l'insomnie. On utilise les huiles essentielles principalement par voie orale sur des comprimés neutres, ou bien par voie cutanée en les diluant dans de l'huile végétale (l'huile de pépin de raisin, d'amande douce ou encore de macadamia). Ces différents produits sont résumés dans le tableau 10.

| Plante | Propriétés | Indication | Utilisation | PE |
|------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Basilic | Antispasmodique, activité neurorégulatrice | Insomnie liée au stress et à l'anxiété | <u>Voie orale</u> : 2 gouttes d'HE sur un comprimé neutre le soir avant le repas et avant le coucher | CI chez la femme enceinte et pendant l'allaitement |
| Bigaradier | Antispasmodique | Insomnie suite à une fatigue nerveuse ou à la solitude | <u>Voie orale</u> : 1 goutte d'HE sur un support neutre le soir avant de se coucher <u>Voie cutanée</u> : en dilution à 5 à 30 % dans une huile végétale | - |
| Mélisse | Antispasmodique, sédative | Difficulté à trouver le sommeil | <u>Voie orale</u> : 1 à 2 gouttes d'HE sur un support neutre le soir avant de se coucher <u>Voie cutanée</u> : en dilution à 5 à 30 % dans une huile végétale | - |
| Lavande | Neurosédative, analgésique, anti-inflammatoire | Fatigue nerveuse à l'origine d'insomnie | <u>Voie orale</u> : 1 goutte d'HE sur un support neutre 3 fois par jour <u>Voie cutanée</u> : 1 à 2 gouttes dans 5 mL d'huile végétale à masser au niveau du plexus solaire et des poignets | CI chez la femme enceinte |
| Ravensare | Antibactérien, antiviral, immunostimulante | Insomnie liée au stress | <u>Voie orale</u> : 1 goutte d'HE sur un comprimé neutre <u>Voie cutanée</u> : 4 à 5 gouttes d'HE dans 10 à 15 mL d'huile végétale à frictionner sur le plexus solaire et la colonne vertébrale | CI chez la femme enceinte, les enfants de moins de 3 ans, les asthmatiques |

Tableau 10 : Tableau non exhaustif représentant les différentes huiles essentielles utilisées dans le traitement de l'insomnie

1.5.1.4. Traitements comportementaux et cognitivo-comportementaux

Les traitements présentés dans cette partie sont une bonne alternative aux traitements médicamenteux si le patient souffre d'insomnie. En effet, selon un essai randomisé réalisé au Canada qui compare un traitement cognitivo-comportemental (TCC) aux benzodiazépines, l'efficacité de ce type de traitement paraît proche de celle des molécules traditionnellement utilisées, et les patients semblent satisfaits. [27]

Ces traitements incluent :

- une composante comportementale avec le contrôle du stimulus et la restriction du temps passé au lit,
- une composante cognitive avec la thérapie cognitive,
- une composante éducative avec l'hygiène du sommeil. [9]

1.5.1.4.1. La restriction du temps passé au lit [28]

Cette méthode vise à encadrer le temps que passe la personne chaque nuit dans son lit, en le limitant seulement aux périodes où elle dort vraiment afin de le faire coïncider avec le temps de sommeil.

On conseille de garder le même horaire de lever mais de modifier l'heure du coucher. Le but à atteindre est d'augmenter la quantité de sommeil sans en réduire la qualité.

1.5.1.4.2. La thérapie par contrôle du stimulus [29]

Cette thérapie vise à recréer le lien entre différents stimuli (temporal et environnemental) et le sommeil. Elle a aussi pour but de régulariser le cycle veille-sommeil.

C'est ainsi que plusieurs consignes peuvent être apportées au patient :

- d'utiliser le lit seulement pour dormir et non pas pour regarder la télévision par exemple, dans le but de briser l'association entre l'éveil et les stimuli environnementaux,
- ne pas insister : si le patient ne s'est pas endormi au bout de 20 minutes il faut qu'il se relève et qu'il pratique une activité calme (lire, boire une tisane) avant de retourner se coucher au moment où la fatigue réapparaît. On cherche à diminuer le lien qui existe entre l'insomnie et les stimuli environnementaux,

- se mettre au lit seulement quand il a sommeil et qu'il ressent les signes de la fatigue (bâillements, paupières lourdes, etc) afin de favoriser un endormissement rapide,
- se lever tous les jours au même horaire même pendant le week-end ou les vacances afin de réguler le rythme veille-sommeil et d'augmenter le besoin de sommeil pour la nuit suivante,
- d'éviter de faire une sieste trop longue pour renforcer l'homéostasie du sommeil et diminuer les difficultés à s'endormir la nuit suivante.

1.5.1.4.3. Hygiène du sommeil [11] [30]

L'hygiène du sommeil est une des premières choses à vérifier lorsqu'une personne se plaint d'insomnie. Les conseils suffisent quelque fois à l'amélioration du problème de sommeil sans nécessiter de traitement médicamenteux.

Les premières informations à donner concernent la chambre où dort la personne ; il faut, en prenant en compte les conditions dans lesquelles le patient vit :

- éviter les températures extrêmes : la pièce doit se trouver entre 18 et 22°C maximum,
- avoir une bonne isolation phonique de telle manière à ne pas être réveillé par les voisins par exemple,
- ne pas avoir une source de lumière trop importante qui gêne l'endormissement et le maintien du sommeil,
- contrôler la literie pour éviter le mal de dos.

Ensuite les conseils à apporter concernent les heures qui précèdent le coucher :

- ne pas faire de sport (ou en faire avant 18h),
- ne pas consommer d'excitants tels que l'alcool, le café, le thé ou encore les boissons à base de coca,
- éviter les repas trop gras ou trop alcoolisés le soir,
- privilégier une activité calme telle que la lecture ou la couture par exemple.

Puis au moment du coucher il faut recommander à la personne :

- d'éviter d'utiliser le téléphone, l'ordinateur ou la tablette le soir dans le lit,
- d'éviter de fumer,
- de suivre les consignes énoncées dans le paragraphe précédent.

1.5.1.4.4. Thérapie cognitive

Cette thérapie vise à changer les croyances ou les attitudes qui sont néfastes au sommeil et qui constituent un facteur d'entretien de l'insomnie.

Le psychothérapeute cherche à remplacer ces convictions erronées concernant le sommeil par des croyances adaptées à leur pathologie.

Par exemple les patients pensent qu'ils doivent forcément dormir huit heures par nuit pour être en forme le lendemain. On leur explique alors que chaque personne est différente face au sommeil : le temps passé à dormir dépend des individus ou de l'âge par exemple.

1.5.1.4.5. Relaxation

La relaxation vise à diminuer les tensions musculaires et ainsi favoriser l'endormissement et la conservation du sommeil.

Différents types de relaxations sont proposés selon la personne et son insomnie :

- Pour diminuer la tension somatique on propose plutôt la relaxation musculaire ou encore le training autogène.
- Pour l'activation cognitive (pensées envahissantes, etc) on utilise l'imagerie mentale ou la méditation.

Dans tous les cas, il faut préalablement bien maîtriser la technique avant de l'utiliser au coucher pour éviter de stresser sur la réussite ou non de la technique. C'est pour cela qu'un entraînement et une pratique quotidienne sont nécessaires pendant au moins deux à quatre semaines. Ce n'est qu'ensuite que la personne peut utiliser la technique au moment de dormir.

1.5.2. Traitements pharmacologiques [31]

Il existe de nombreux traitements pharmacologiques administrés dans le cadre de l'insomnie si les traitements non pharmacologiques présentés ci-dessus se sont révélés inefficaces. Certains peuvent être en vente libre en officine. Alors qu'une prescription médicale est nécessaire pour d'autres. Le médecin doit alors respecter certaines règles telles que :

- identifier les indications ou les non indications (inefficacité prévisible du traitement),
- connaître le mode d'action du médicament,

- connaître le délai d'évaluation de l'évolution,
- estimer les réponses individuelles,
- établir la sévérité du trouble,
- prendre en compte les posologies à adapter, les interactions, les prescriptions multiples.

Ce sont des règles que le pharmacien d'officine est aussi amené à respecter lors de la dispensation des médicaments sur ordonnance et des médicaments en vente libre.

En effet, certaines molécules ont un fort pouvoir de dépendance. Ainsi les prescriptions ne doivent être envisagées que sur de courtes périodes. Ceci permet alors d'éviter l'apparition de la dépendance ainsi qu'un risque d'insomnie en cas d'arrêt brutal du traitement.

1.5.2.1. Les différentes classes thérapeutiques [9] [32] [33]

1.5.2.1.1. Benzodiazépines et apparentés

Les benzodiazépines

Mécanisme d'action

Les benzodiazépines sont des agonistes du GABA : acide gamma aminobutyrique (un neuromédiateur inhibiteur). Elles agissent principalement en se fixant au niveau du récepteur A du GABA. Elles augmentent la fréquence d'ouverture du canal chlore du récepteur et induisent alors une hyperpolarisation de la membrane.

Propriétés

Les benzodiazépines ont différentes propriétés :

- anxiolytique,
- sédatrice et hypnotique,
- anticonvulsivante,
- anesthésique,
- myorelaxante.

Ces différents modes d'actions proviennent des sous-unités des récepteurs GABA sur lesquelles se fixent les benzodiazépines. Par exemple, la fixation sur la sous-unité α_1 induirait la sédation, alors que sur la sous-unité α_2 une action anxiolytique serait observée.

C'est pourquoi, parmi l'ensemble des benzodiazépines mises sur le marché, seulement cinq sont utilisées dans le traitement de l'insomnie (tableau 11).

Ces molécules vont principalement agir en diminuant la latence d'endormissement et en augmentant la durée totale du sommeil. Il faut noter que seuls les stades 1 et 2 du SL rallongent, les stades 3 et 4 et le SP quant à eux diminuent : on considère que ce sont des produits anti-éveils.

Molécules

| DCI | Spécialité | Posologie usuelle | Demi-vie | Conditions prescription |
|--------------|------------------------|-----------------------|----------------|-------------------------------------------------------|
| Estazolam | NUCTALON [®] | 2 mg au coucher | 17 heures | Pas de prescription supérieure à 4 semaines (Liste I) |
| Loprazolam | HAVLANE [®] | 1 mg au coucher | 8 heures | Pas de prescription supérieure à 4 semaines (Liste I) |
| Lormétazépam | NOCTAMIDE [®] | 1 à 2 mg au coucher | 10 heures | Pas de prescription supérieure à 4 semaines (Liste I) |
| Nitrazépam | MOGADON [®] | 5 mg au coucher | 16 à 48 heures | Pas de prescription supérieure à 4 semaines (Liste I) |
| Témazépam | NORMISON [®] | 10 à 20 mg au coucher | 5 à 8 heures | Pas de prescription supérieure à 4 semaines (Liste I) |

Tableau 11 : Benzodiazépines utilisées dans le traitement de l'insomnie

Effets indésirables

Les benzodiazépines sont caractérisées par des effets indésirables tels que : la somnolence, la difficulté de concentration, l'amnésie antérograde ou encore l'hypotonie.

En cas d'utilisation prolongée, le développement d'une tolérance ou d'une dépendance est possible. C'est pour cette raison que la prescription est limitée à quatre semaines. En effet, le traitement doit être le plus bref possible en fonction du type d'insomnie rencontrée :

- 2 à 5 jours lorsque que le patient souffre d'insomnie occasionnelle (décalage horaire par exemple),
- 2 à 3 semaines lorsque le patient souffre d'insomnie transitoire (décès par exemple).

Le but est de diminuer le risque de tolérance ainsi que de dépendance physique et psychique. Il permet aussi d'éviter un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement.

Recommandations au patient

On conseillera au patient de ne pas arrêter brutalement le traitement par benzodiazépine. En effet l'arrêt doit être progressif de telle manière à éviter le risque de rebond d'insomnie ou encore les phénomènes de sevrage.

Le patient doit être sensibilisé au fait qu'il existe un risque de potentialisation des effets sédatifs avec les autres déprimeurs du système nerveux central tels que les morphiniques ou les antihistaminiques, ces derniers étant disponibles en vente libre en officine.

Les apparentés aux benzodiazépines

Mécanisme d'action

Les apparentés aux benzodiazépines sont aussi des agonistes GABAergiques. A la différence des benzodiazépines, ils n'agissent préférentiellement que sur une sous-unité : la α_1 pour le zolpidem par exemple. Ils sont seulement utilisés comme hypnotiques.

Ils ont pour conséquence de raccourcir la durée de l'endormissement et d'allonger la durée totale du sommeil.

Molécules

| DCI | Spécialité | Posologie usuelle | Demi-vie | Conditions prescription |
|-----------|----------------------|--------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zolpidem | STILNOX [®] | 10 mg au coucher | 2,4 heures | Pas de prescription supérieure à 4 semaines (Liste I) Assimilé aux stupéfiants à partir du 10 avril 2017 |
| Zopiclone | IMOVANE [®] | 3,75 à 7,5 mg au coucher | 5 heures | Pas de prescription supérieure à 4 semaines (Liste I) |

Tableau 12 : Apparentés aux benzodiazépines utilisés dans le traitement de l'insomnie

Effets indésirables

Au vu du mécanisme d'action, les effets amnésiants, myorelaxants et antiépileptiques seraient moindres qu'avec les benzodiazépines. Mais il faut noter que les effets indésirables restent les mêmes : baisse de la vigilance, somnolence, céphalées, amnésie antérograde etc.

Recommandations

Elles sont similaires à celles de benzodiazépines : ne pas arrêter brutalement le traitement ni l'associer avec des dépresseurs du système nerveux central.

1.5.2.1.2. Les antihistaminiques [34]

Mode d'action

Les antihistaminiques H₁ sont des antagonistes compétitifs et très sélectifs des récepteurs H₁ à l'histamine. Ils contrecarrent alors l'effet biologique de la stimulation de ces récepteurs comme par exemple une vasodilatation des artères, de la muqueuse nasale et de la peau ainsi qu'une stimulation de l'éveil. Mais certains composés sont aussi des antagonistes des récepteurs muscariniques à l'acétylcholine. On distingue alors deux types d'antihistaminiques H₁ :

- les antihistaminiques de première génération avec des effets sédatifs et anticholinergiques,
- les antihistaminiques de deuxième génération dépourvus d'effets sédatifs et anticholinergiques.

Les antihistaminiques utilisés dans l'insomnie font donc partie du groupe de la première génération. Ils permettraient le raccourcissement du temps d'endormissement sans modifier l'architecture du sommeil.

Molécules

Il existe l'alimémazine uniquement disponible sur prescription. Mais on rencontre aussi la doxylamine commercialisée sous le nom de DONORMYL® ou LIDENE® qui est retrouvé en vente libre à l'officine (tableau 13).

| DCI | Spécialité | Posologie habituelle | Demi-vie | Conditions prescriptions |
|-------------|-----------------------|----------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Alimémazine | THERALENE® | 5 à 20 mg au coucher | Variable | Liste II |
| Doxylamine | DONORMYL®, LIDENE® | 7,5 à 30 mg 15 à 30 minutes avant le coucher | 10 heures | Hors liste |

Tableau 13 : Anti-histaminiques utilisés dans le traitement de l'insomnie

Effets indésirables

Ils sont le plus souvent dus aux effets anticholinergiques de la molécule : sécheresse oropharyngée, constipation, rétention urinaire, tachycardie. Ces principes actifs sont donc contre-indiqués chez la personne souffrant de rétention urinaire ainsi que de glaucome par fermeture de l'angle. Le risque de sédation étant très important, les conducteurs d'engins ou de voitures doivent être informés de ce risque en particulier.

Le pharmacien d'officine se doit d'être très vigilant concernant la dispensation de ces produits. Il faut impérativement connaître le traitement du patient en le lui demandant ou en consultant le dossier pharmaceutique surtout dans le cas de la doxylamine en vente libre à l'officine.

1.5.2.1.3. Mélatonine [35]

Mécanisme d'action

La mélatonine est appelée l'hormone du sommeil. Elle agit sur les récepteurs MT1 et MT2 connus pour participer à la mise en place du sommeil. En effet la mélatonine en se fixant sur ces récepteurs exerce différentes actions :

- MT1 : la mélatonine inhibe l'effet alerte de l'horloge circadienne et affaiblit l'éveil.
- MT2 : la mélatonine est impliquée dans le rythme circadien et modifie les phases du sommeil.

C'est pour cela que la mélatonine peut être administrée en cas de trouble du sommeil tel que l'insomnie. Elle raccourcirait le temps de latence d'endormissement et améliorerait la qualité du sommeil.

Il existe différents types de spécialités à base de mélatonine. Tout d'abord le CIRCADIN® obligatoirement délivré sur prescription médicale mais non remboursé. L'indication reste toutefois très limitée car il peut seulement être administré en monothérapie à court terme de l'insomnie primaire caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité chez les patients de plus de 55 ans.

Cependant, la mélatonine a obtenu depuis le 13 novembre 2014 une recommandation temporaire d'utilisation (RTU). Elle est donnée dans le traitement du trouble du rythme veille-sommeil chez l'enfant, associé à un syndrome de Rett ou à une maladie dégénérative ou un trouble envahissant après échec des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques disponibles. Un protocole de suivi est mis en place et la posologie est de 4 à 6 mg par jour. [36]

On trouve également la mélatonine en vente libre dans les officines la dose d'exonération étant de 1mg par prise. Elle est alors utilisée seule ou en association avec des plantes par exemple. [37] [38]

Molécule

| DCI | Spécialité | Posologie habituelle | Demi-vie | Conditions prescriptions |
|------------|------------|---------------------------------------------|----------------|--------------------------|
| Mélatonine | CIRCADIN® | 2 mg au repas 1 à 2 heures avant le coucher | 3,5 à 4 heures | Liste II |

Tableau 14 : Mélatonine utilisée dans le traitement de l'insomnie

Effets indésirables

Ils restent rares avec ce médicaments (<1%). On trouve des troubles digestifs, des vertiges, de la somnolence, une prise de poids, ou une hyperhidrose et des crises convulsives.

1.5.2.2. Problème du trouble de l'usage d'une substance

Un des problèmes majeurs de ces produits reste la dépendance. En effet, même si ces traitements doivent normalement être utilisés sur de courtes périodes des personnes les prennent au long cours et ne peuvent plus stopper la prise. [39]

1.5.2.2.1. Définition du trouble de l'usage d'une substance

Ces produits, s'ils sont utilisés sur une durée trop importante par exemple, sont vecteurs de troubles de la consommation. Le DSM-5 décrit ces troubles dans le paragraphe concernant les « troubles de l'addiction et les troubles liés à une substance » [13]. Les produits qui sont décrits ici et qui nous intéressent sont les benzodiazépines et les apparentés aux benzodiazépines.

Le diagnostic de ce trouble est posé lorsque la prise de ces substances mène au moins à deux conséquences cliniques dans un délai de 12 mois :

- A.** La prise des hypnotiques ou de sédatifs est souvent en plus grande quantité ou sur une plus longue durée que celle instaurée initialement.
- B.** La diminution de la prise ou son contrôle a pour conséquence un désir persistant ou un effort infructueux.
- C.** Le temps passé à obtenir ou utiliser ou se remettre des effets de la substance occupe une grande place chez la personne.
- D.** Le craving est présent c'est-à-dire le désir irrésistible d'utiliser le sédatif ou l'hypnotique.
- E.** L'utilisation de ces produits a pour conséquence un manquement aux obligations du travail ou de la maison.
- F.** L'utilisation est persistante malgré les problèmes sociaux ou professionnels.
- G.** Les activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont peu à peu réduites voire abandonnées.
- H.** L'utilisation a lieu même quand cela peut être dangereux (conduite de voiture ou d'engins).
- I.** Même si la personne reconnaît avoir un problème, l'utilisation de l'hypnotique ou du sédatif est continuée.

J. Une tolérance apparaît (critère non rempli pour les personnes sous surveillance médicale) :

- a.** un besoin d'augmenter les doses pour obtenir le même effet,
- b.** un effet diminué si la dose reste la même.

K. L'arrêt de consommation de la substance entraîne :

- c.** soit un syndrome de manque caractéristique,
- d.** soit une reprise de l'hypnotique pour éviter ou soulager les symptômes du syndrome de manque.

Une fois que le diagnostic de ce trouble est établi, on peut classer le trouble selon sa sévérité :

- légère : présence de 2 ou 3 symptômes,
- modérée : présence de 4 ou 5 symptômes,
- sévère : présence de plus de 6 symptômes.

1.5.2.2.2. Le syndrome de manque

Le DSM-5 décrit les critères diagnostiques du syndrome de manque des sédatifs et des hypnotiques :

- A.** La cessation du produit débute alors que l'utilisation a été prolongée.
- B.** Dans les heures ou les jours qui suivent l'arrêt, au moins deux des symptômes suivant se développent : hyperactivité automatique, tremblement des mains, insomnie, nausée ou vomissement, hallucinations (visuelles, tactiles ou sonores), agitation psychomotrice, anxiété ou encore épilepsie tonico-clonique.
- C.** Les signes décrits dans le critère B entraînent une détresse et des problèmes dans les domaines sociaux et professionnels.
- D.** Les signes ne sont pas attribuables à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental incluant l'intoxication et l'arrêt d'une autre substance.

Cette notion de dépendance est à l'origine de la publication au Journal Officiel d'une nouvelle réglementation concernant les médicaments à base de Zolpidem le 10 janvier 2017. [40]

Ce changement de prescription fait suite à une enquête réalisée de 1993 à 2003 par le CEIP (Comité technique des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) de Nantes et publiée dans le compte-rendu de la cinquième séance de la commission des stupéfiants et des psychotropes datant du 21 novembre 2013 [42]. Il a été démontré que le Zolpidem entraîne une pharmacodépendance qui se manifeste sous deux formes :

- Une utilisation thérapeutique chez des utilisateurs chroniques à une dose trop élevée,
- Une utilisation dans le cadre d'un abus ou d'un mésusage à la recherche d'un effet autre que l'effet hypnotique initial par des voies d'administrations intraveineuses ou intra-nasales. [43]

En conséquence, à partir du 10 avril 2017, les médicaments à base de Zolpidem sont obligatoirement prescrits pour une durée maximale de 28 jours sur une ordonnance sécurisée rédigée en toutes lettres précisant le nombre de comprimés par prise, le nombre de prises et le dosage du médicament. Sauf mention expresse du prescripteur, tout chevauchement de prescription ou de délivrance est interdit. [29]

Partie 2 : Etude de terrain, expérience en officine

En choisissant le thème des troubles du sommeil et des médicaments hypnotiques dans le cadre de cette thèse, j'ai souhaité mieux connaître et mettre en avant les habitudes des patients vis-à-vis de leurs problèmes de sommeil ainsi que l'utilisation de leur traitement.

La mise en place d'une enquête de terrain permettant de connaître ces pratiques a été inscrite dans le cadre de mon stage officinal de six mois de sixième année de pharmacie.

2.1. Protocole de l'étude

2.1.1. Mise en place de l'étude

Afin de pouvoir réaliser cette étude, un support a été créé sous la forme d'un questionnaire comportant neuf questions.

Les objectifs proposés par celle-ci sont :

- Un objectif principal : évaluer la connaissance du patient sur la prise en charge de son insomnie.
- Des objectifs secondaires :
 - a. évaluer le mésusage et/ou la dépendance au traitement,
 - b. connaître la place du pharmacien dans la prise en charge de l'insomnie.

Une première version du questionnaire réalisée avec mon directeur de thèse a été créée. Une deuxième version a été adaptée en collaboration avec mon maître de stage de sixième année. C'est cette dernière qui a été proposée à la patientèle.

2.1.2. Critère d'inclusion et d'exclusion des patients

Le questionnaire a été réalisé de février 2016 à juin 2016. Une majorité des questionnaires (une trentaine) ont été réalisés dans la Pharmacie de la Mairie à Condat sur Vienne (87) où s'est déroulé mon stage officinal. Mais les résultats étant trop peu nombreux, le questionnaire a été proposé dans deux autres pharmacies : La Pharmacie de La Coquille (24) et la Pharmacie de l'Union à Saint-Sulpice-Laurière (87).

Le questionnaire a été proposé à toutes les personnes venant chercher leur traitement hypnotique à l'officine.

A la Pharmacie de la Mairie, le questionnaire avait été au préalable présenté individuellement à toutes les personnes de l'équipe avant la mise en place de l'étude afin que tout le monde puisse le proposer aux patients en connaissance de cause.

A la Pharmacie de la Coquille, le questionnaire a été présenté à un pharmacien et à l'étudiant de sixième année de pharmacie y réalisant son stage. Il a ensuite été exposé à toute l'équipe.

A la Pharmacie de l'Union, le questionnaire a été expliqué à l'étudiant de sixième année de pharmacie également en stage qui a été chargé de le faire remplir.

2.1.3. Confidentialité des données

Les seules données communiquées dans l'étude concernent l'âge et le sexe du patient, la qualité du prescripteur et le médicament prescrit. Toutes les autres informations relatives au patient restent confidentielles et sécurisées.

2.1.4. Présentation de l'étude aux patients

La proposition de contribuer à l'enquête a été faite à chaque délivrance d'un hypnotique. Les personnes étaient invitées à participer à l'étude dans le cadre d'une thèse d'exercice en pharmacie et remplissaient le questionnaire au comptoir pendant la préparation de leur ordonnance.

2.1.5. Présentation de l'outil

Le questionnaire est composé d'une partie concernant les données générales et de 9 questions (cf annexe 2.1).

| Numéros des questions | Thèmes abordés |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Données générales | Sexe, âge et traitement utilisé |
| Questions 1 à 2 | Informations générales concernant le traitement |
| Questions 3 à 4 | Connaissance du traitement par le patient |
| Questions 5 à 6 | Notion de dépendance au traitement |
| Questions 7 à 9 | Rôle des professionnels dans la prise en charge de l'insomnie |

Tableau 15 : Numérotation des questions et thèmes correspondants

2.1.5.1. Informations générales concernant le traitement

La première question permet de savoir quel est le prescripteur initial du traitement.

La deuxième permet de contrôler la durée d'utilisation du traitement correspondant aux recommandations.

2.1.5.2. Connaissance du traitement par le patient

Les questions trois et quatre permettent d'évaluer si la personne connaît la finalité de son traitement et pour quelles raisons il lui a été prescrit.

2.1.5.3. Notion de dépendance au traitement

C'est par les questions cinq et six que la notion de la dépendance au traitement cherche à être abordée : la personne a-t-elle essayé d'arrêter le traitement et est-elle obligée de prendre plus de comprimés que recommandé pour que l'effet de l'hypnotique soit efficace.

2.1.5.4. Rôle des professionnels de santé dans la prise en charge de l'insomnie

Ces trois dernières questions abordent la place des professionnels de santé dans l'acquisition des connaissances liées au traitement mais aussi aux attentes du patient en matière d'informations ou de conseils par le pharmacien d'officine.

2.2. Résultats et analyse

Au total, 45 réponses au questionnaire ont été obtenues.

Ces dernières ont été réunies grâce à l'outil Google Docs. Le questionnaire a été retranscrit sur le site et les données de chaque enquête ont été saisies. Une fois les éléments inscrits, toutes les réponses ont été extraites par un fichier Excel. C'est grâce à cet outil que les tableaux qui suivent ont pu être créés.

2.2.1. Données générales, sexe et âge

2.2.1.1. Résultats

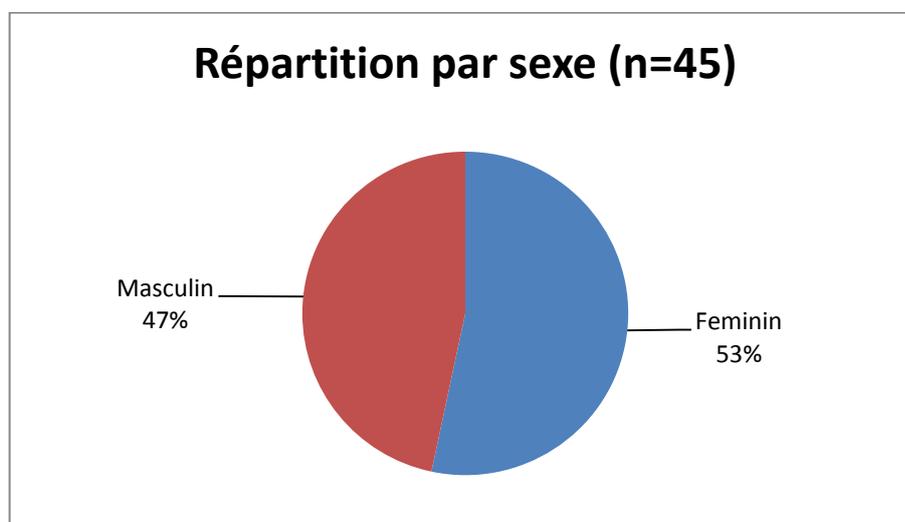


Figure 7 : Données générales - Répartition par sexe

Dans cette étude comprenant 45 personnes, 53% de femmes utilisent des hypnotiques contre seulement 47% d'hommes.

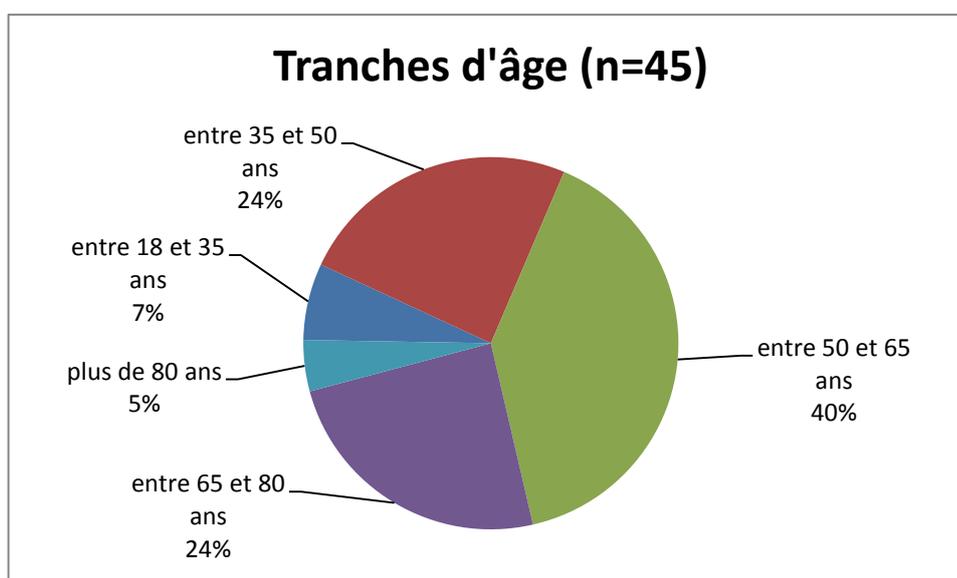


Figure 8 : Données générales - Tranches d'âge

2.2.1.2. Analyse

La grande majorité des personnes prenant un hypnotique a entre 50 et 65 ans (40%). 24% a entre 35 et 50 ans mais également entre 65 et 80 ans. Les 18-35 ans représentent seulement 7% des patients et les plus de 80 ans 5%. La moyenne de tous les âges recueillis est de 57 ans et l'écart type est de 12,48 ans.

Si l'on compare ces résultats avec ceux obtenus et publiés dans l'état des lieux de la consommation de benzodiazépines en France de décembre 2013 [17], ils sont relativement proches :

- 10,04 % de la population interrogée a entre 18 et 35 ans,
- 23,3% a entre 35 et 50 ans,
- 30,9% a entre 50 et 65 ans,
- 23% a entre 65 et 80 ans,
- 11,8 % a plus de 80 ans.

La différence réside aux niveaux des âges extrêmes. En effet, l'enquête se déroulant au comptoir de l'officine, les personnes de plus de 80 ans ne venant pas forcément chercher leur traitement à la pharmacie et envoyant quelqu'un a leur place, les réponses concernant cette population de patients ont été moins nombreuses.

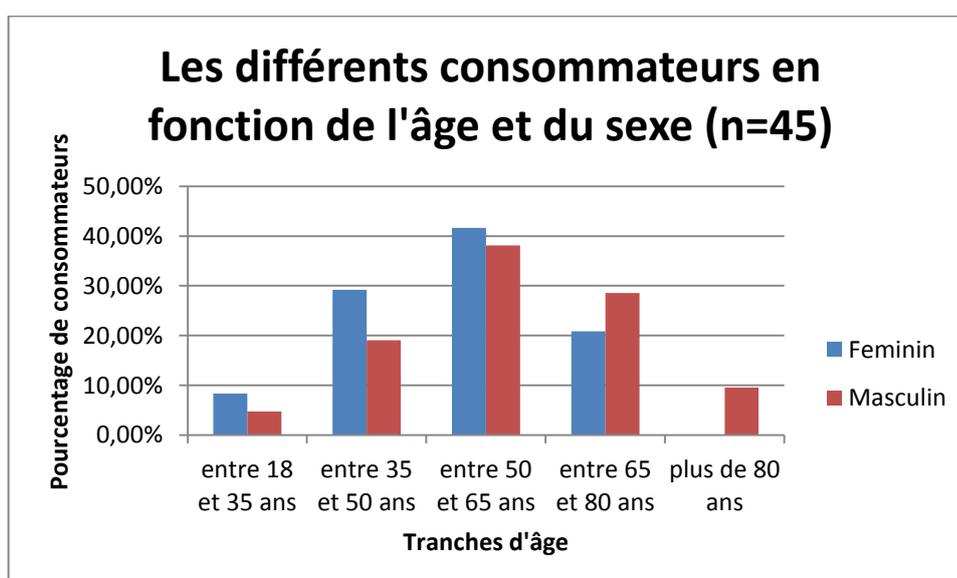


Figure 9 : Données générales - Les différents consommateurs en fonction de l'âge et du sexe

Les plus grands consommateurs d'hypnotiques sont surtout les femmes entre 50 et 65 ans. En dessous de ces âges on retrouve des femmes en majorité, et au-delà de 65 ans, ce sont les hommes les plus grands consommateurs d'hypnotiques.

2.2.2. Données générales, médicaments prescrits

2.2.2.1. Résultats

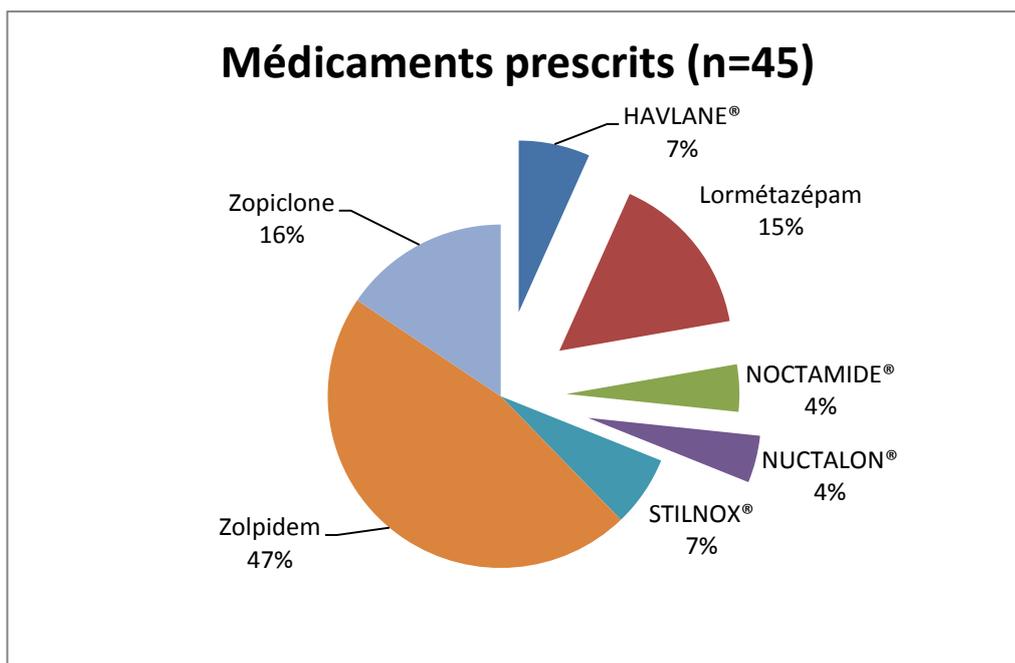


Figure 10 : Données générales – Médicaments prescrits

2.2.2.2. Analyse

Les apparentés aux benzodiazépines sont largement utilisés avec 70% de la consommation : 47% pour le zolpidem (54% si on prend en compte les consommateurs du STILNOX®, le princeps) et 16% pour le zopiclone. On peut rapprocher ce résultat avec celui retrouvé dans la première partie de cet exposé où 82% des ventes d'hypnotiques sont représentées par les apparentés aux benzodiazépines.

Les benzodiazépines ne représentent que 30% de la consommation des hypnotiques : 15% pour le lormétazépan (22% en prenant en compte le princeps NOCTAMIDE®), 7% pour l'HAVLANE®, 4% pour le NUCTALON®.

2.2.3. Question 1 : Depuis quand prenez-vous ce(s) traitement(s) ?

2.2.3.1. Résultats

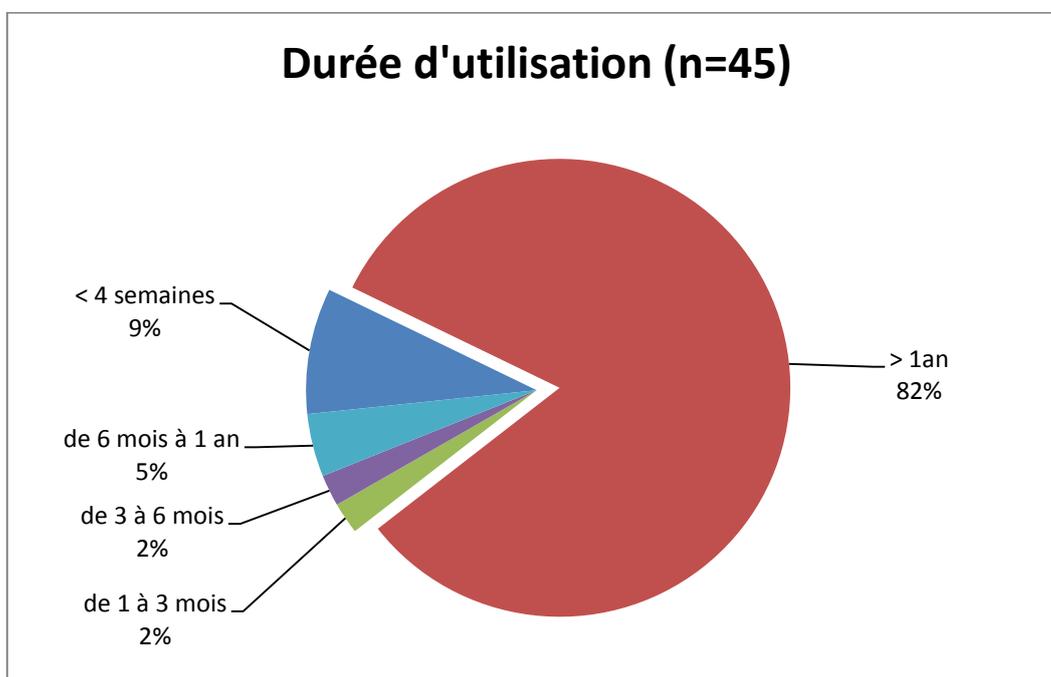


Figure 11 : Question 1 - Durée d'utilisation du traitement

La durée d'utilisation est supérieure à 1 an dans 82% des cas chez les 45 personnes interrogées et 9% ont commencé le traitement récemment.

2.2.3.2. Analyse

L'utilisation des hypnotiques a lieu sur une durée de plus de 1 an dans la majorité des cas. Il est inscrit dans le RCP que l'administration de ce type de molécules doit être aussi brève que possible (de quelques jours à 4 semaines) pour des insomnies occasionnelles ou transitoires. Ce médicament est donc souvent prescrit hors AMM.

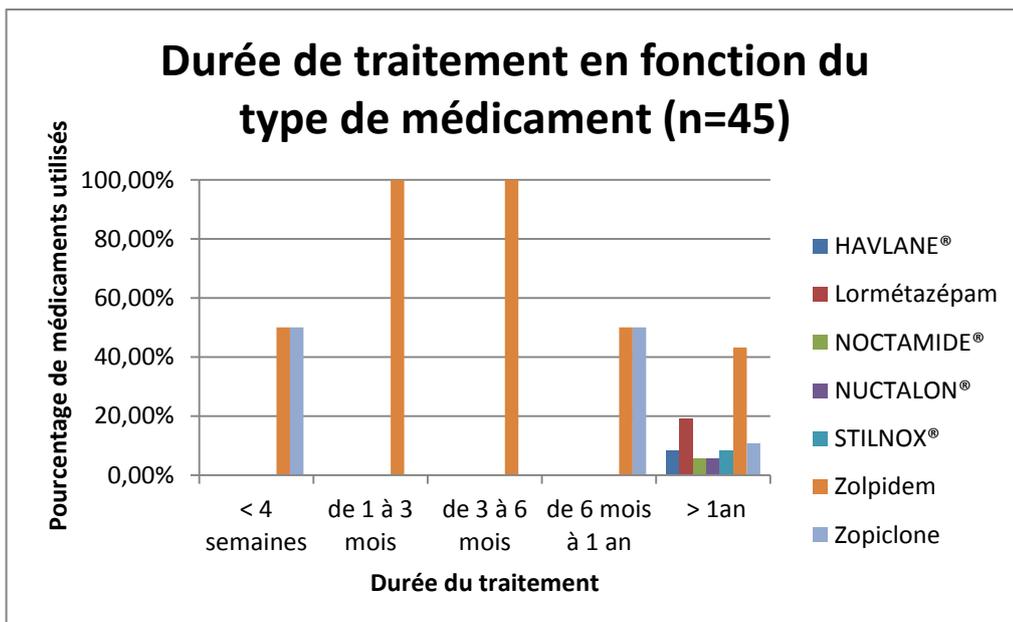


Figure 12 : Durée du traitement en fonction du type de médicament

Ce graphique met en évidence la prescription de zolpidem et du zopiclone pour les nouveaux utilisateurs d'un traitement hypnotique. Les benzodiazépines sont plutôt retrouvées chez les utilisateurs les plus anciens.

2.2.4. Question 2 : Qui vous a initialement prescrit ce traitement ?

2.2.4.1. Résultats

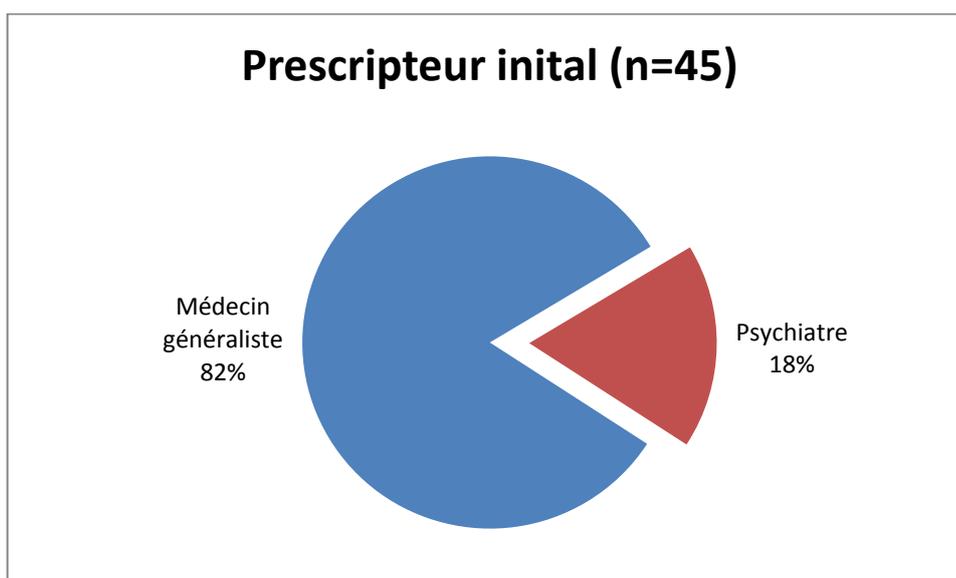


Figure 12 : Question 2 - Prescripteur initial

Le médecin généraliste prescrit l'hypnotique dans 82% des cas. Le psychiatre quant à lui n'est l'initiateur de la prescription que dans 18% des cas.

2.2.4.2. Analyse

En premier lieu, on retrouve plutôt une prescription réalisée par un généraliste. Lorsque le patient ressent un trouble du sommeil, il a alors tendance à consulter son généraliste en premier.

2.2.5. Question 3 : Savez – vous pourquoi on vous a prescrit ce(s) traitement(s) ?

2.2.5.1. Résultats

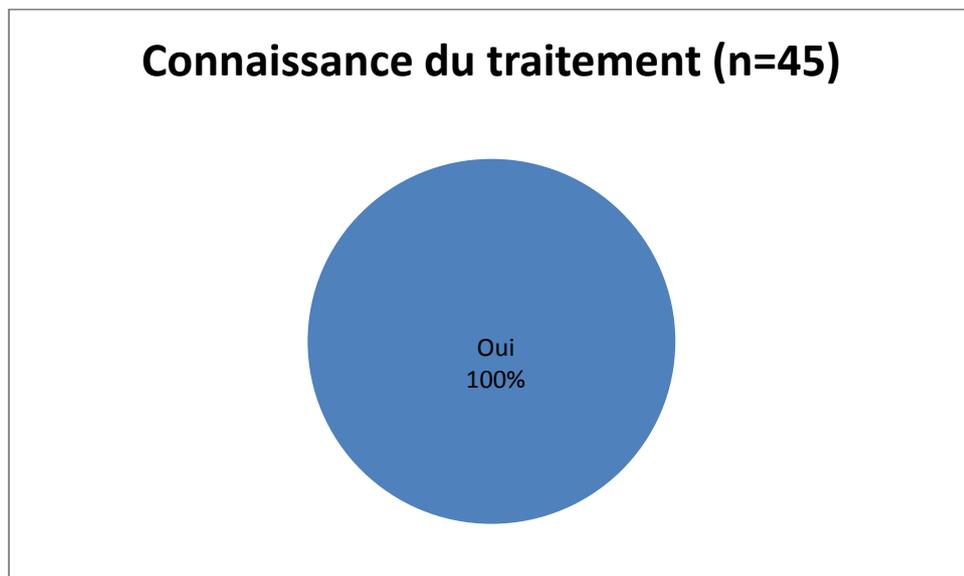


Figure 13 : Question 3 - Connaissance du traitement

La totalité des personnes interrogées affirme savoir pourquoi le traitement a été prescrit.

2.2.5.2. Analyse

Bien que 100% des patients affirment savoir pourquoi le traitement leur a été prescrit, on peut se demander s'ils savent pour autant précisément à quoi leur sert ce traitement.

2.2.6. Question 4 : Savez-vous à quoi vous sert ce traitement ?

2.2.6.1. Résultats

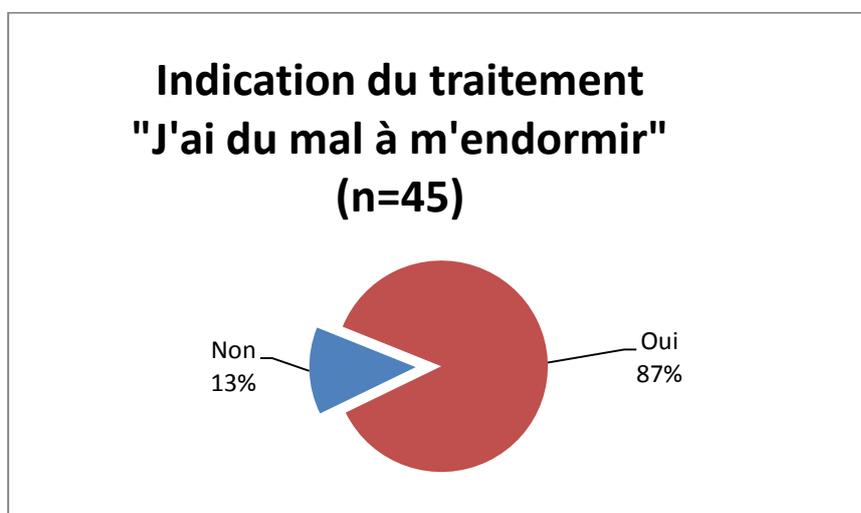


Figure 14 : Question 4 - Indication « J'ai du mal à m'endormir »

87% des patients considèrent que leur traitement est prescrit car ils n'arrivent pas à s'endormir. Mais ils sont 49% à penser que c'est la seule indication.

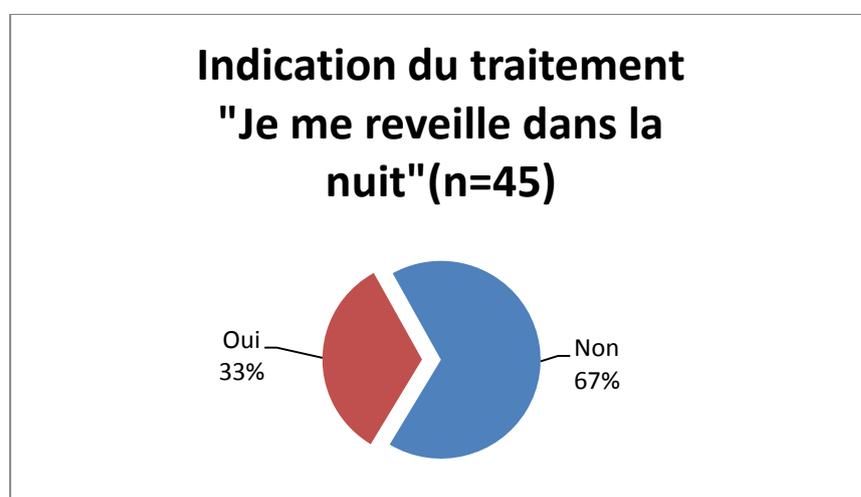


Figure 15 : Question 4 - Indication « Je me réveille dans la nuit et je n'arrive pas à me rendormir »

La majorité des patients (67%) affirme que ce traitement n'a pas été prescrit pour des réveils dans la nuit suivi d'une incapacité à se rendormir. Ils sont seulement 33% à attester cela.

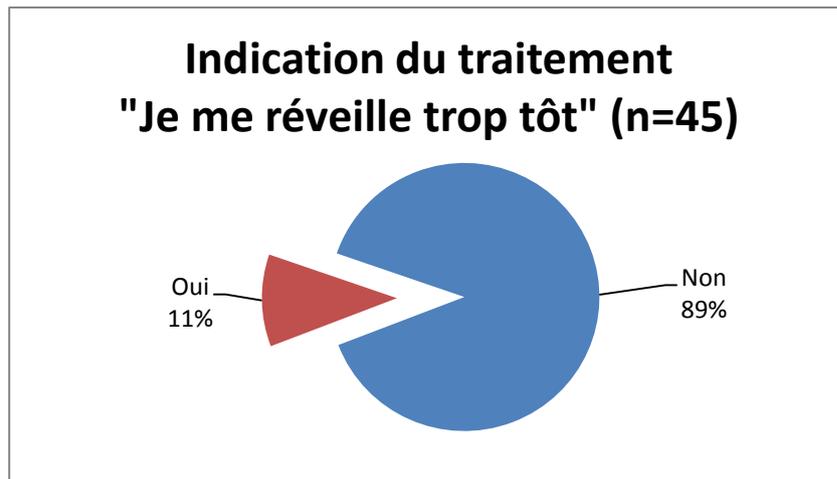


Figure 16 : Question 4 - Indication « Je me réveille trop tôt »

Comme pour l'indication précédente, seules 11% des personnes certifient que c'est pour cette raison que leur médecin a prescrit le traitement.

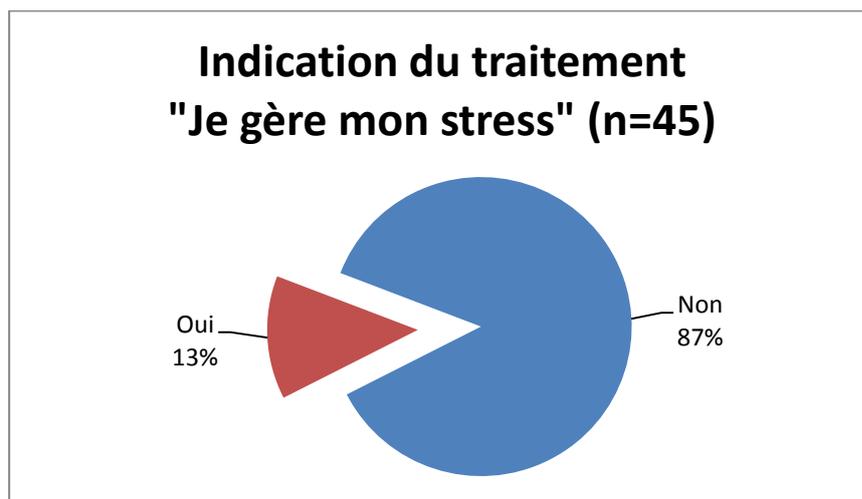


Figure 17 : Question 4 - Indication « Je gère mon stress »

13% des patients indiquent que le traitement est utilisé pour calmer leur stress. Mais cette raison n'est jamais exprimée seule. Elle est systématiquement associée au problème de sommeil.

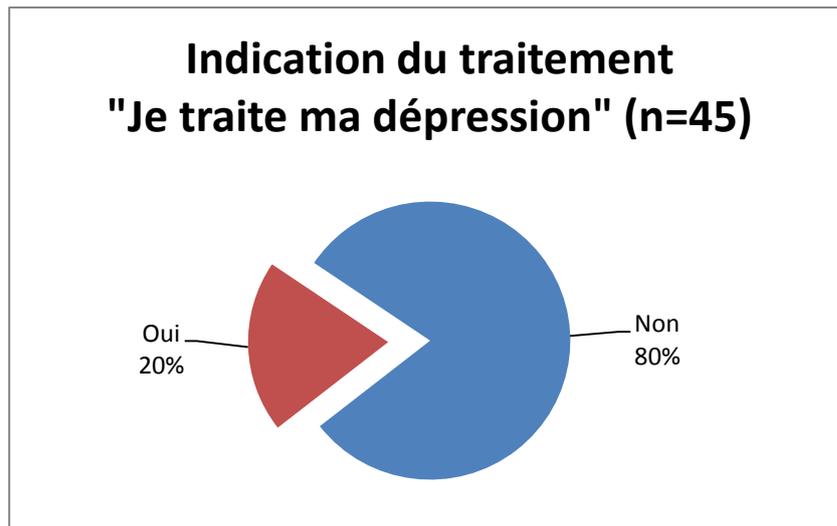


Figure 18 : Question 4 - Indication « Je traite ma dépression »

Pour 20% des personnes, la molécule est utilisée pour traiter leur dépression. Comme pour l'indication du stress, la réponse n'a jamais été donnée seule. La notion de trouble du sommeil est toujours associée.

2.2.6.2. Analyse

Les personnes ont généralement compris que le traitement agissait sur leur sommeil.

Malgré tout, des indications diverses sont également rajoutées :

- Le stress, inducteur de troubles du sommeil, empêche un endormissement rapide. Cette notion de problème d'endormissement est retrouvée chez 83% des personnes ayant coché le stress comme indication de leur traitement.
- La dépression pourvoyeuse de réveils matinaux précoces (vers 3-4 heures du matin). L'étude montre que 33% des personnes ayant coché l'indication dépression ont également indiqué un réveil trop matinal.

On se rend bien compte à travers ces notions que suivant la pathologie, le patient ne sait pas forcément à quoi sert tel ou tel médicament, alors qu'il affirme dans 100% des cas qu'il connaît son traitement.

Mais les hypnotiques ne sont pas souvent prescrits seuls. Des médicaments pour traiter la dépression et le stress sont parfois associés. C'est pourquoi il faut bien expliquer au patient la correspondance pathologie-médicaments.

2.2.7. Question 5 et 6 : avez-vous déjà essayé d'arrêter ? Vous arrive-t-il de prendre plus de comprimés par prise que le nombre recommandé ?

Pour les questions 5 et 6 du questionnaire, seules 41 réponses ont été enregistrées. En effet sur les 45 personnes interrogées, 4 l'ont été lors de l'initiation du traitement. Elles ne pouvaient donc pas répondre à l'intitulé sur la dépendance et le mésusage du traitement.

2.2.7.1. Résultats

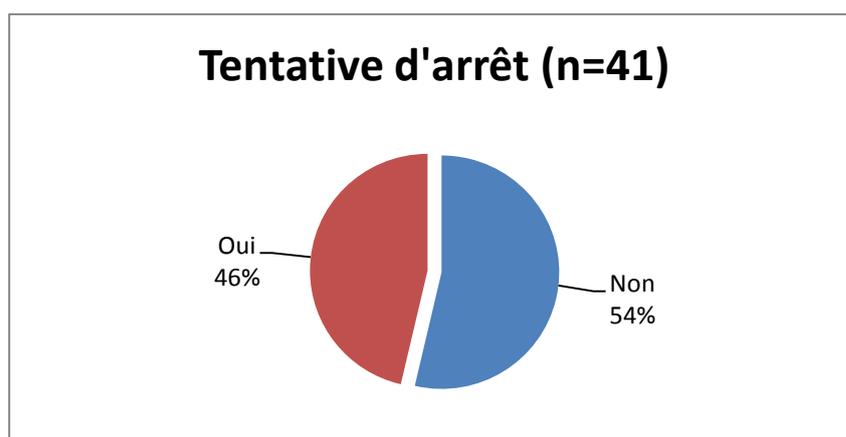


Figure 19 : Question 5 - Tentative d'arrêt du traitement

46% des personnes ont essayé d'arrêter leur traitement sans succès.

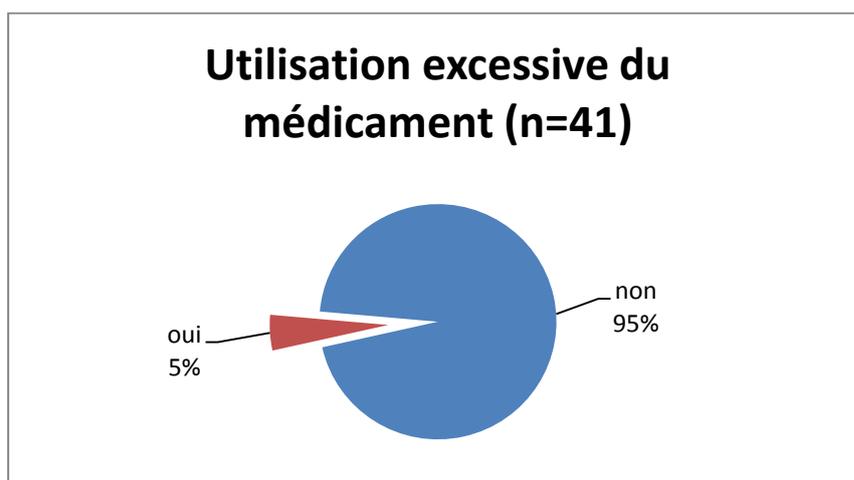


Figure 20 : Question 6 - Utilisation excessive du médicament

Seulement 5% des patients concèdent avoir une utilisation excessive du produit en prenant plus de comprimés que le nombre recommandé et ce, quotidiennement.

2.2.7.2. Analyse

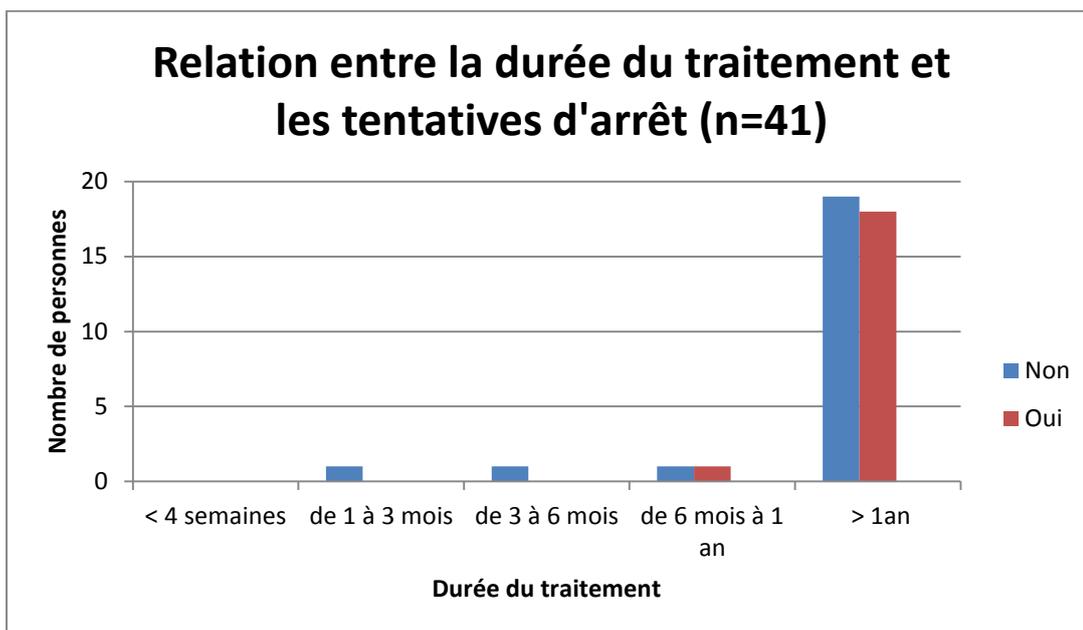


Figure 21 : Relation entre la durée du traitement et les tentatives d'arrêt

La moitié des personnes prenant un hypnotique depuis plus d'un an ont tenté de l'arrêter. Pour des débuts de prises plus récents de ce type de traitement, l'arrêt n'a été que rarement envisagé alors que ces médicaments sont normalement prescrits dans le cadre d'une insomnie transitoire ou occasionnelle pour une durée ne devant pas excéder un mois.

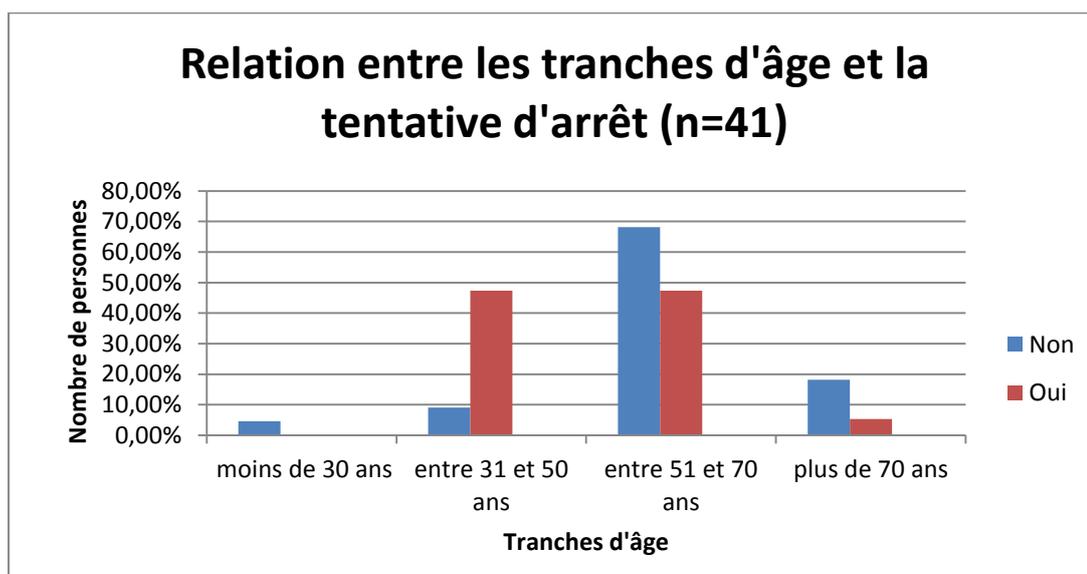


Figure 22 : Relation entre les tranches d'âge et la tentative d'arrêt

Plus les gens sont âgés, moins les tentatives d'arrêt sont fréquentes. Ils considèrent l'utilisation d'un hypnotique comme une méthode simple et efficace de dormir. Ils ne voient pas pourquoi ils devraient arrêter.

Ceci peut mettre en évidence :

- Une notion de dépendance au traitement : la personne craint de ne pas dormir et le fait de ne pas prendre son comprimé au moment d'aller au lit empêche un endormissement plus ou moins rapide,
- Une habitude : la prise systématique d'un comprimé pour dormir,
- Une solution de facilité.

2.2.8. Question 7 : Concernant ce traitement connaissez-vous... ? Si oui, comment avez-vous acquis ces connaissances ?

2.2.8.1. Résultats

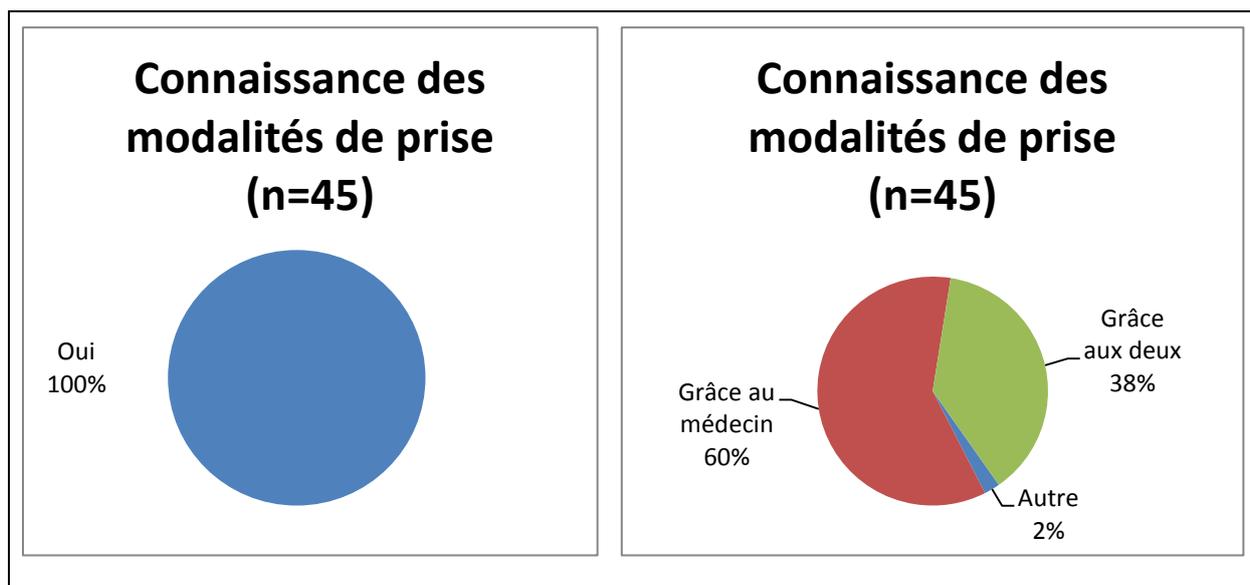


Figure 23 : Question 7 - Connaissance des modalités de prise

La totalité des patients indique connaître les modalités de prise. Pour 98% d'entre eux c'est le médecin qui a apporté cette information, le pharmacien ne l'aurait donnée que dans 38% des cas. On peut aussi remarquer qu'il n'est jamais le seul à donner le renseignement.

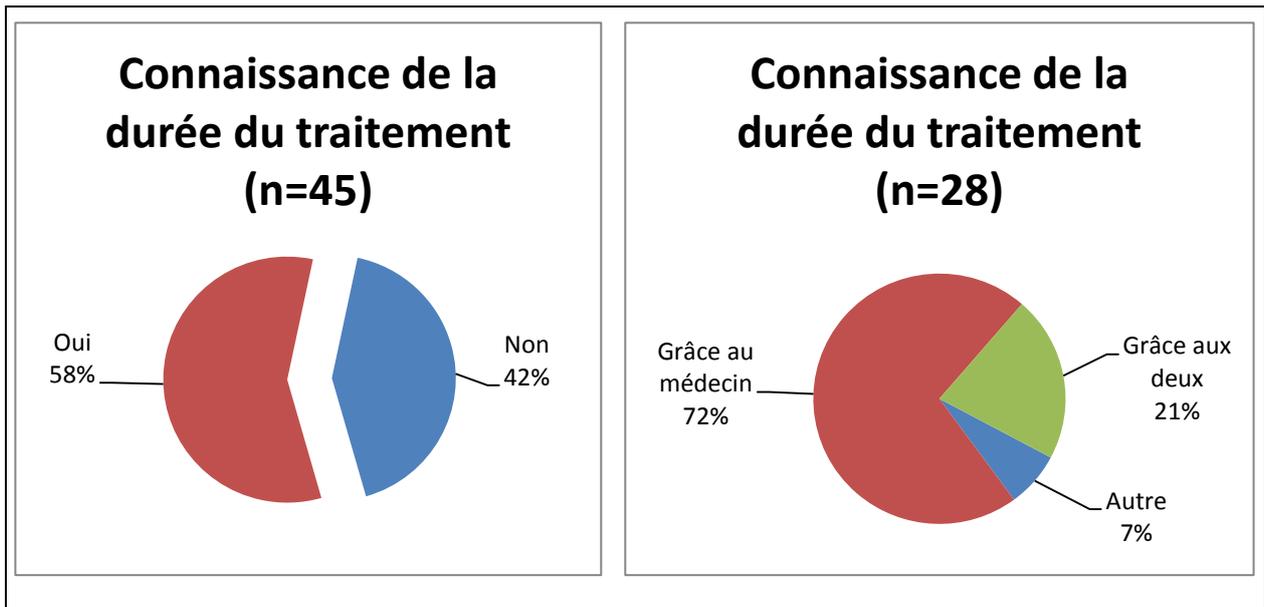


Figure 24 : Question 7 - Connaissance de la durée du traitement

La plupart des patients (58%) connaissent la durée de traitement par un hypnotique. Parmi ceux ayant répondu positivement, le médecin a été le porteur de l'information dans 93% des cas alors que le pharmacien ne l'a été que 21% des cas.

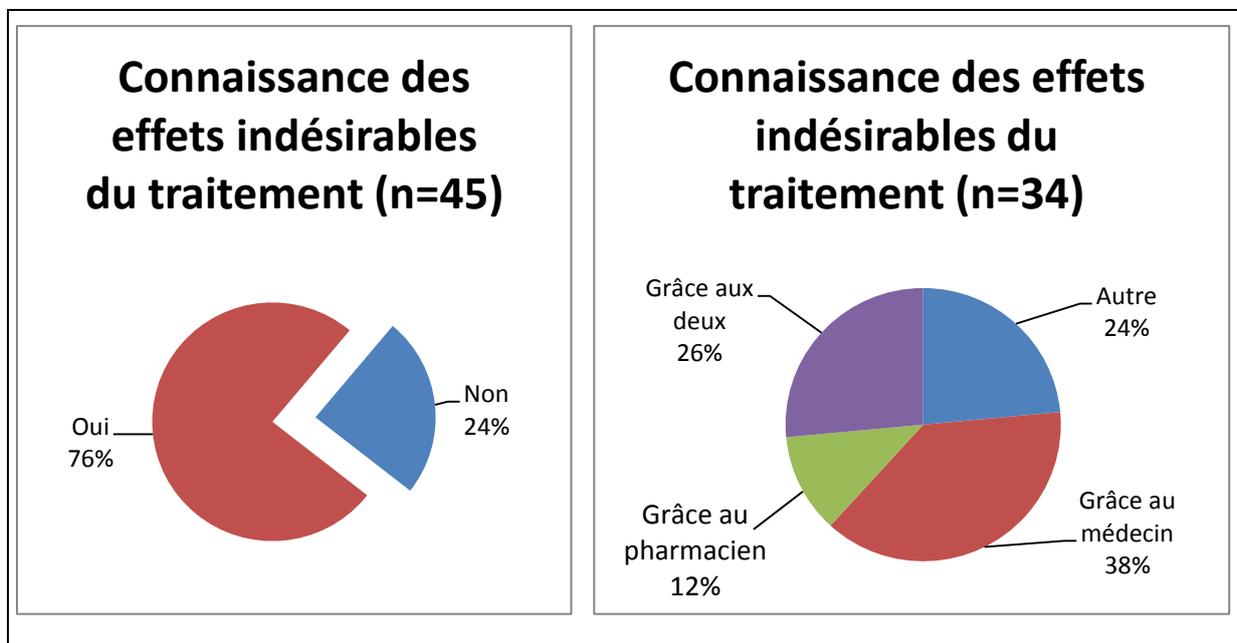


Figure 25 : Question 7 - Connaissance des effets indésirables

Les effets indésirables sont connus pour 76% des patients. Pour ces 34 personnes ceci est souvent le cas grâce au médecin et/ou au pharmacien (76%) mais à 34% l'information vient par un autre biais (notice du médicament, magazine de santé).

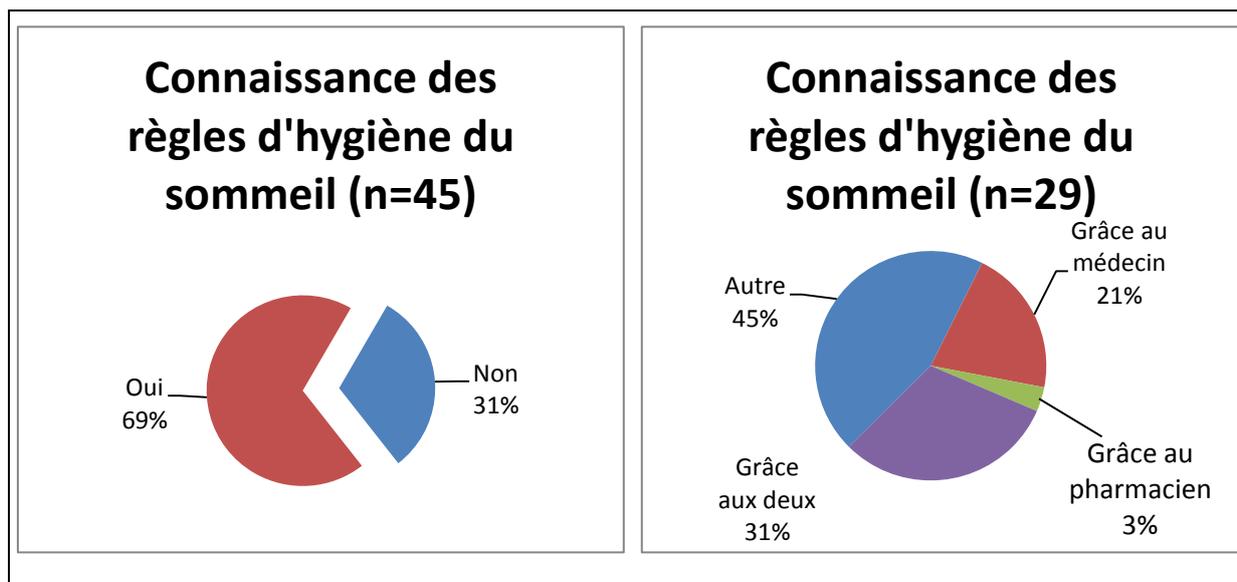


Figure 26 : Question 7 - Connaissance des règles d'hygiène du sommeil

31% des personnes affirment ne pas connaître les règles d'hygiène du sommeil. Mais pour ceux qui les connaissent, le pharmacien a apporté l'information dans 34% des cas, le médecin dans 52% des cas et dans 45% des cas, l'information a été apportée via d'autres moyens (magazine par exemple).

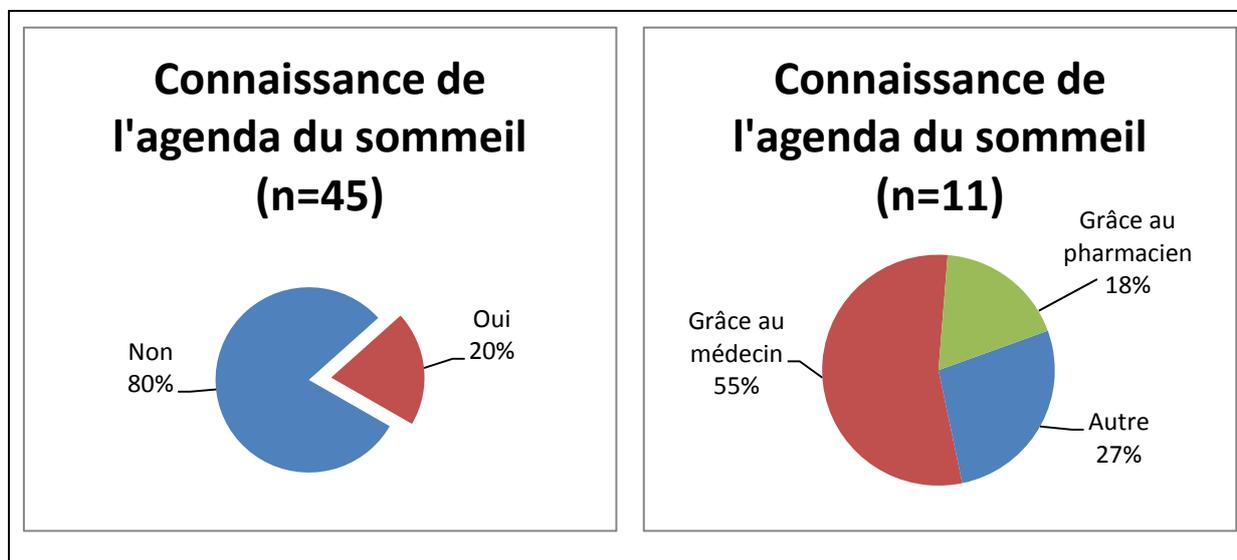


Figure 27 : Question 7 - Connaissance de l'agenda du sommeil

Pour 80% des personnes la notion d'agenda du sommeil n'est pas connue. L'utilisation de cet outil est proposée plus souvent par le médecin (55%) puis par le pharmacien (18%). 27% des patients auraient appris à l'utiliser par un autre biais.

2.2.8.2. Analyse

Les notions importantes concernant le traitement semblent pour la plupart comprises : les modalités de prise, les effets indésirables.

Malheureusement la durée recommandée par le RCP qui est de un mois maximum ne semble pas acquise. Un traitement hypnotique ne doit pas être un traitement sur la durée. C'est pourquoi une nouvelle ordonnance est nécessaire tous les mois pour la délivrance de ce type de molécules. Cette notion devrait être rappelée à chaque renouvellement de traitement que ce soit par le pharmacien ou le médecin.

Les règles d'hygiène du sommeil sont aussi une notion essentielle lors d'un traitement pour un trouble du sommeil. Or 31% des personnes ne les connaissent pas. C'est pourtant la première évaluation et information qui devrait être donnée à un patient lorsqu'il vient consulter pour un trouble du sommeil avant même de commencer une thérapeutique.

L'agenda du sommeil est quant à lui peu connu par les patients (20%). Or cet outil simple d'utilisation peut permettre :

- de comprendre le sommeil de la personne concerné par le recueil d'informations,
- d'identifier les(s) problème(s),
- d'éviter le recours aux hypnotiques.

En règle générale tous ces éléments devraient être rappelés au patient à chaque consultation chez le médecin ou à chaque fois qu'il vient chercher son traitement à la pharmacie.

D'après ces résultats, le patient attend les informations plus de la part de son médecin que de son pharmacien. Cependant, le pharmacien a totalement sa place en tant que professionnel de santé pour donner ces conseils que ce soit lors de chaque première prescription d'hypnotique ou pour un rappel régulier lors des délivrances futures.

2.2.9. Question 8 : Avez-vous déjà essayé d'autres traitements ou techniques pour gérer votre trouble du sommeil ? Si oui précisez ?

2.2.9.1. Résultats

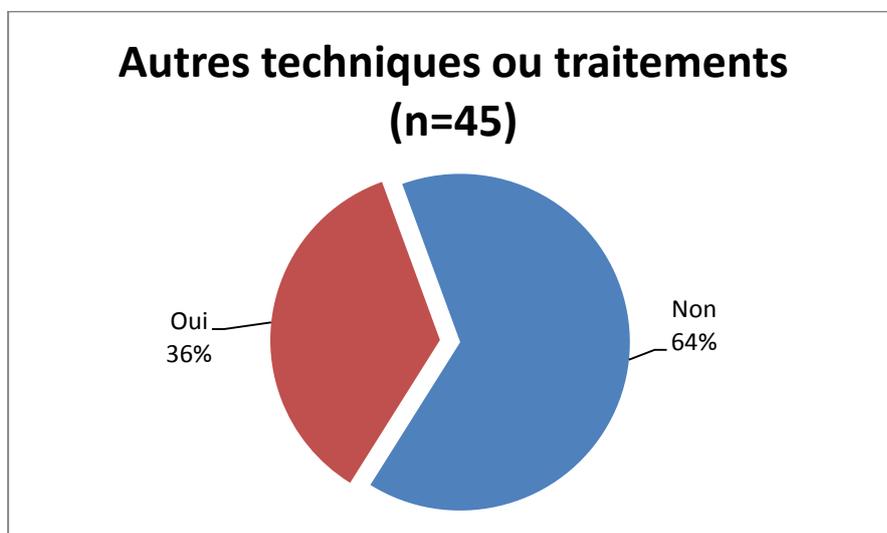


Figure 28 : Question 8 - Utilisation d'autres traitements ou techniques utilisés pour traiter le trouble du sommeil

Seulement 36% des patients ont eu recours à d'autres solutions que leur hypnotique pour essayer de traiter leur trouble du sommeil.

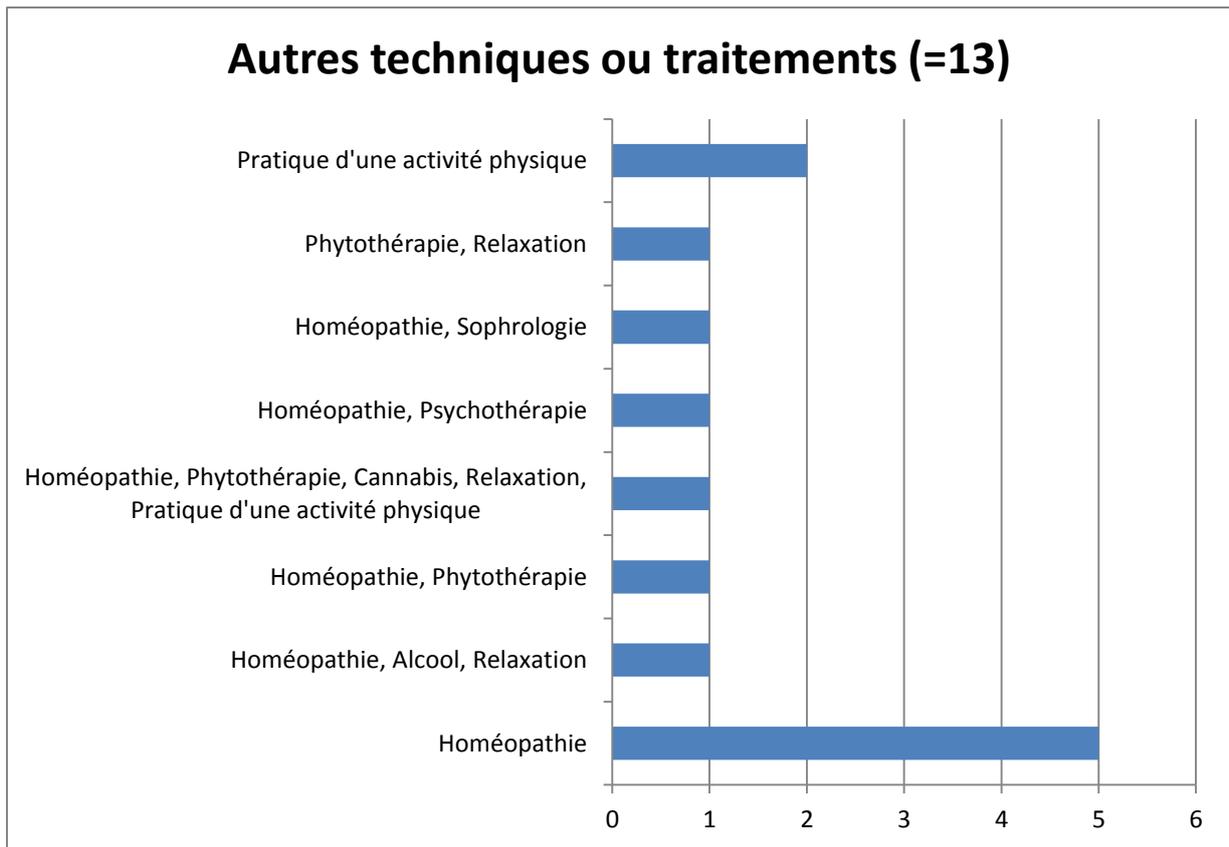


Figure 29 : Question 8 - Type de technique ou de traitements utilisés pour traiter le trouble du sommeil

Le recours à plusieurs techniques est fréquent. Mais la plus utilisée est l'homéopathie (sur les 13 personnes, 10 l'ont testée). On trouve ensuite la phytothérapie (3), la relaxation (3), la pratique d'une activité physique (3), la sophrologie (1), le cannabis (1) et l'alcool (1).

2.2.9.2. Analyse

Peu de personnes ont eu recours à une autre méthode que l'utilisation d'un hypnotique pour traiter leur trouble du sommeil (36%).

Les personnes interrogées (n=13) ont avoué que ces méthodes n'étaient pas suffisantes et surtout pas aussi efficaces que l'utilisation de leur hypnotique pour faciliter le sommeil.

2.2.10. Question 9 : Souhaitez-vous avoir une information par votre pharmacien ?

2.2.10.1. Résultats

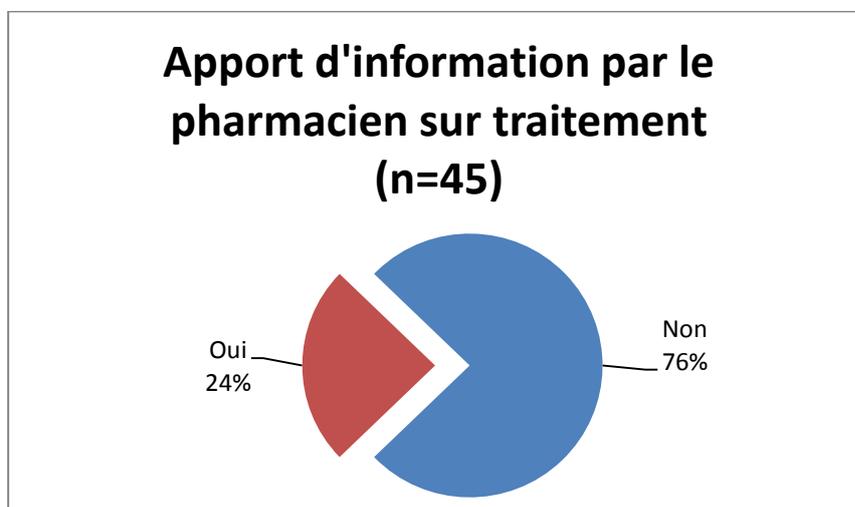


Figure 30 : Question 9 - Apport d'informations par le pharmacien sur le traitement

Les patients ne semblent pas être intéressés par un apport supplémentaire d'information sur leur traitement par le pharmacien. Seulement 24% le souhaite.

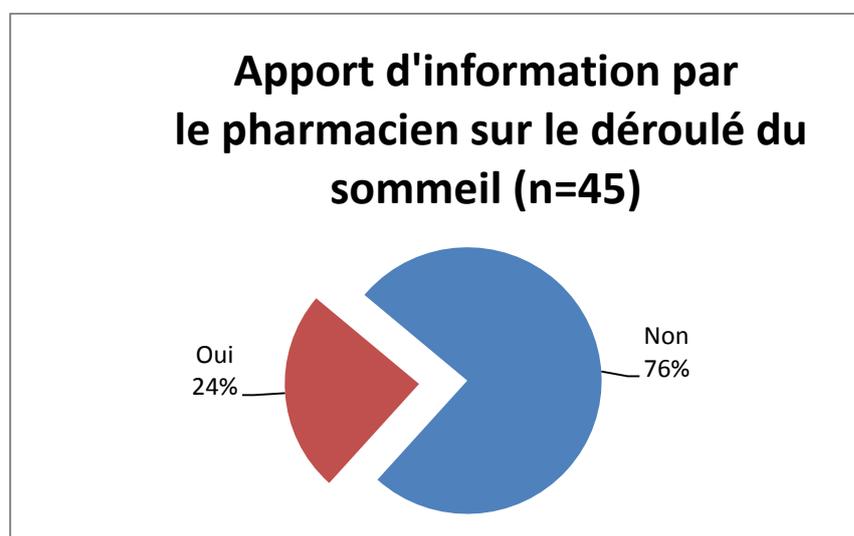


Figure 31 : Question 9 - Apport d'information par le pharmacien sur le déroulé du sommeil

76% des patients ne souhaitent pas être plus informés sur le déroulé de leur sommeil par le pharmacien.

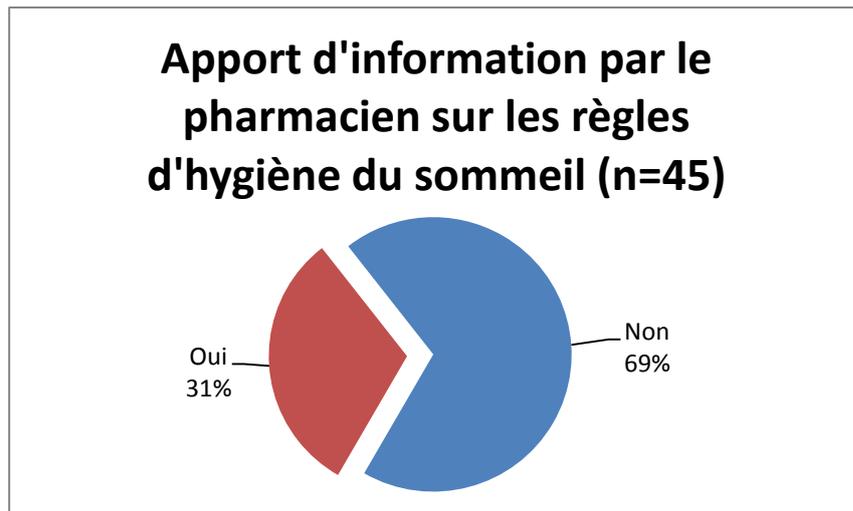


Figure 32 : Question 9 - Apport d'information par le pharmacien sur les règles d'hygiène du sommeil

Même si les personnes concèdent ne pas connaître les règles d'hygiène du sommeil, elles ne sont que 31% à vouloir une explication sur ces règles.

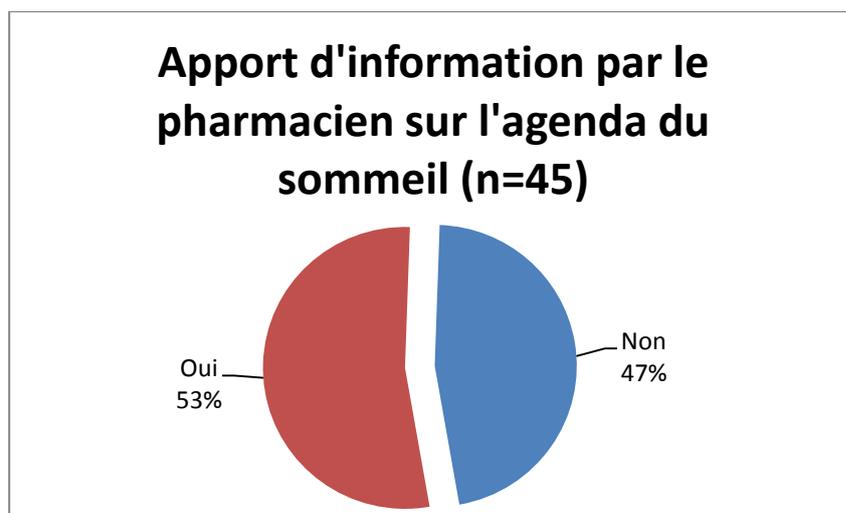


Figure 33 : Question 9 - Apport d'information par le pharmacien sur l'agenda du sommeil

La méconnaissance de l'agenda du sommeil pour plus de 80% des personnes interrogées fait qu'ils sont à 53% intéressés par un apport d'information concernant cet outil.

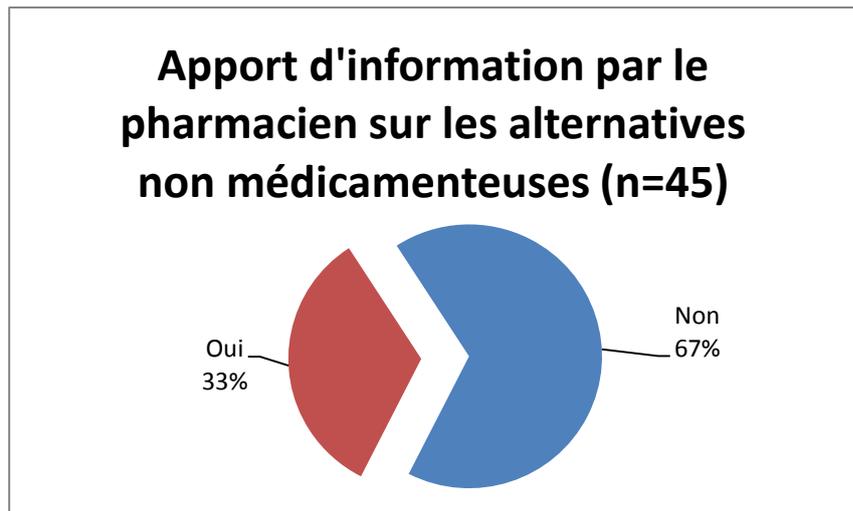


Figure 34 : Question 9 - Apport d'information par le pharmacien sur les alternatives non médicamenteuses

Les alternatives non médicamenteuses à un traitement de l'insomnie suscitent un intérêt uniquement pour 33% des patients. Ils ne souhaitent pas à 67% d'apport d'informations complémentaires à ce sujet.

2.2.10.2 Analyse

Seulement un quart à un tiers des patients selon le thème sont intéressés par un apport de connaissances supplémentaires concernant la pathologie et les traitements.

Mais la plupart des personnes ne possède pas ces notions. En effet lors de la réalisation du questionnaire, même s'ils reconnaissent ne pas connaître par exemple les règles d'hygiène du sommeil, ils considéraient ne pas avoir besoin de renseignements plus importants à ce sujet.

L'utilisation de leur hypnotique leur était suffisante pour arriver à dormir. Ils ne voyaient pas l'intérêt d'utiliser d'autres méthodes et d'arrêter leur traitement actuel alors que celui-ci permet un endormissement rapide et sans réveils dans la nuit.

Si on s'intéresse à l'apport d'informations selon l'ancienneté de l'utilisation du traitement, on retrouve une différence. Cette notion est mise en avant grâce aux graphiques suivants.

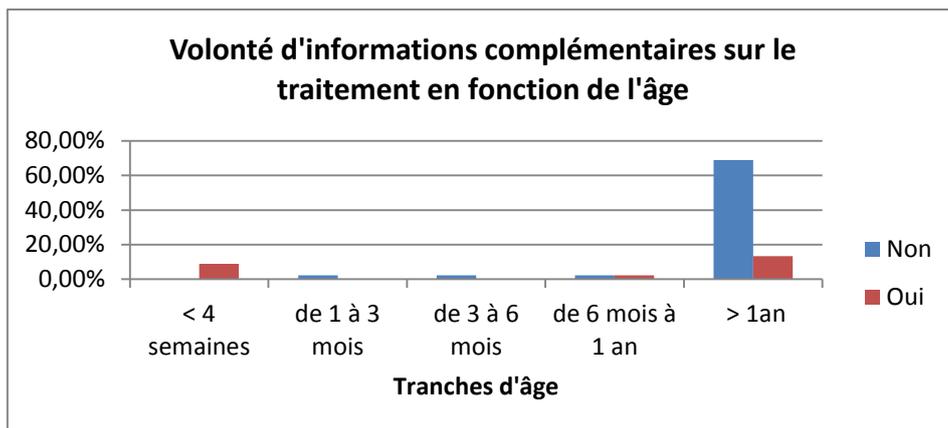


Figure 35 : Volonté d'informations complémentaires sur le traitement en fonction de l'âge

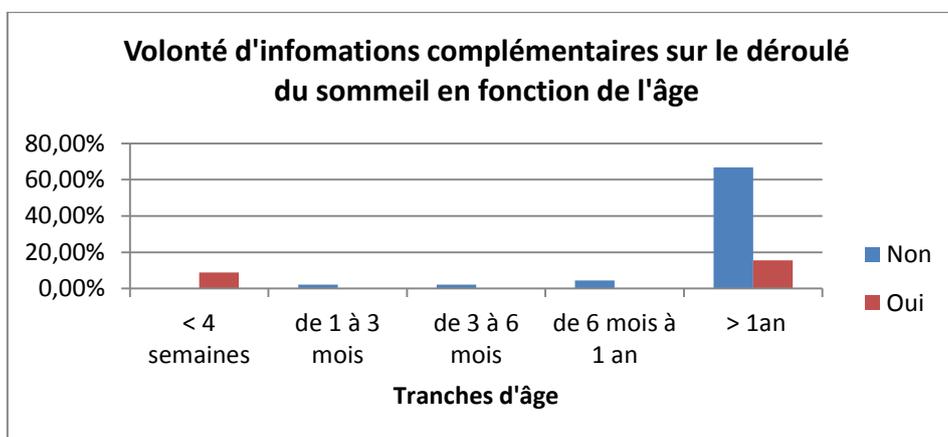


Figure 36 : Volonté d'informations complémentaires sur le traitement en fonction de l'âge

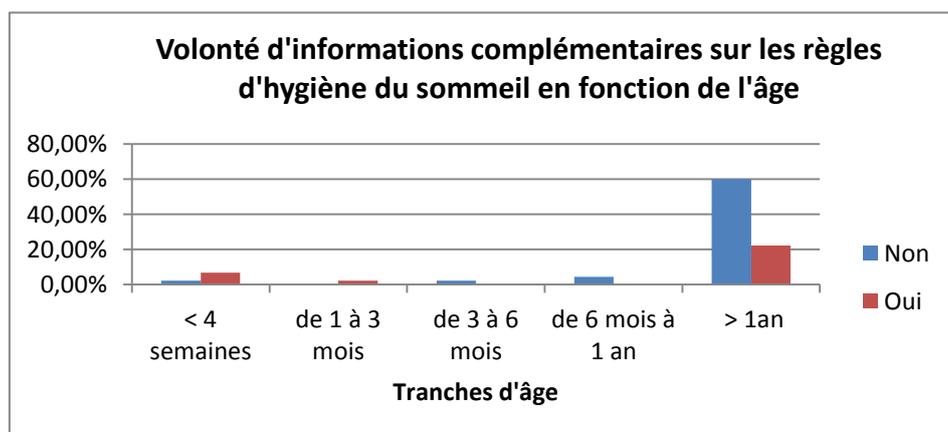


Figure 37 : Volonté d'informations complémentaires sur les règles d'hygiène du sommeil en fonction de l'âge

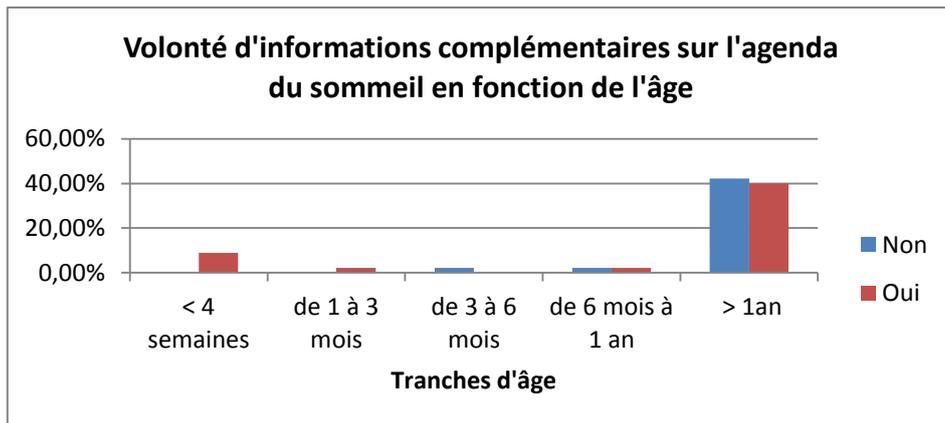


Figure 38 : Volonté d'informations complémentaires sur l'agenda du sommeil en fonction de l'âge

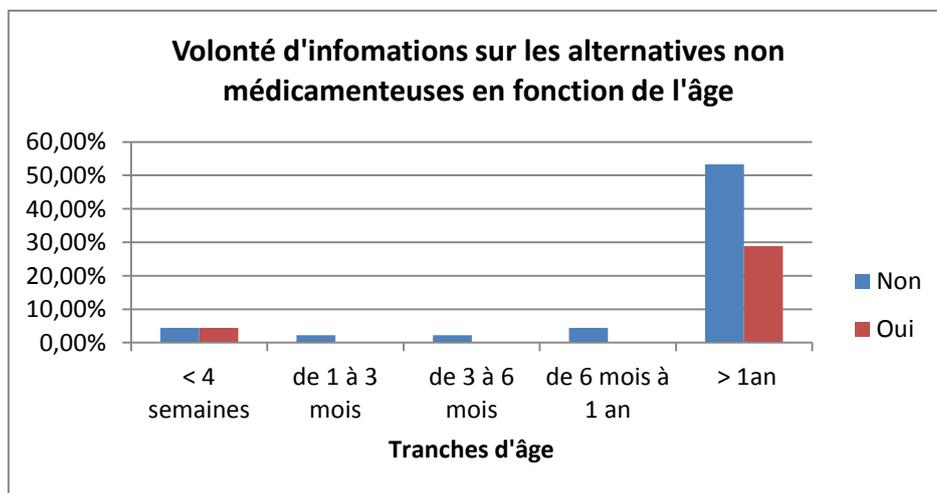


Figure 39 : Volonté d'informations sur les alternatives non médicamenteuses en fonction de l'âge

Les utilisateurs récents désirent une information sur leur traitement, les règles d'hygiène ou encore l'agenda du sommeil. Les usagers ayant une consommation datant de plus d'un an, préféreraient une information sur l'agenda du sommeil ou les alternatives non médicamenteuses.

Il existe bien une volonté du patient d'obtenir des informations diverses sur son traitement. Nous allons donc aborder dans la discussion le rôle qu'a le pharmacien à ce sujet.

2.2. Discussion

Lors de la demande pour participer à ce questionnaire, les patients ont largement répondu positivement, seules 2 personnes ont refusé d'y contribuer. Les patients étaient ravis de participer à cette étude qui s'inscrivait dans le cadre d'une thèse d'exercice de pharmacie.

Le remplissage du questionnaire se faisait au comptoir, pendant la préparation de leur ordonnance qui contenait un hypnotique. En cas de questionnement de la personne, l'équipe officinale était à leur disposition pour les aider. Mais le questionnaire a été compris sans difficultés par tous les participants, ces derniers y répondant en grande majorité sans l'aide d'une personne de l'officine.

Deux groupes de patients ont été identifiés :

- Ceux qui répondaient mais ne demandaient pas d'informations supplémentaires (surtout les patients consommant un hypnotique depuis longtemps).
- Ceux qui prenaient un hypnotique et qui souhaitaient l'arrêter. Ils étaient ravis que leur problème soit abordé et étaient en demande d'un complément d'information sur les alternatives à l'utilisation de leur traitement.

Nous avons constaté que les hypnotiques sont employés par toutes les classes d'âges. Les apparentés aux benzodiazépines sont les plus consommés et les plus prescrits aux nouveaux patients ce qui est conforme aux recommandations de l'AMM.

Les personnes interrogées ont une durée d'utilisation du médicament très variable (primo-utilisation à utilisation sur plusieurs années). Il est à rappeler que les habitudes des patients ne correspondent pas aux recommandations d'utilisation des hypnotiques.

Leurs attentes vis-à-vis du rôle du pharmacien dans la prise en charge de leur pathologie seront alors différentes.

Lors d'une primo-prescription, le patient est en demande d'informations concernant l'utilisation du traitement, les effets indésirables ou encore sur les règles d'hygiène du sommeil. Ceci nous encourage en tant que pharmacien à rappeler les règles de bonnes prescriptions ou encore de bonnes pratiques à chaque délivrance. Il est aussi important de ne pas se limiter aux conseils concernant le médicament.

Chez un utilisateur plus ancien, l'agenda du sommeil ou les alternatives non médicamenteuses sont des points où le patient cherche à obtenir des renseignements complémentaires. La connaissance par le pharmacien de ces informations est nécessaire pour accompagner au mieux le patient consommateur d'un traitement hypnotique.

La moitié des personnes ayant essayé d'arrêter leur hypnotique n'y est pas arrivée et ils sont seulement un tiers à avoir expérimenté une autre méthode pour traiter leur insomnie. Ceci fait penser qu'un certain nombre d'utilisateurs de ces molécules y sont dépendants.

Seulement un tiers des patients est dans une demande d'informations concernant leur pathologie par le pharmacien. Le médecin ayant souvent apporté ces données, deux tiers des personnes ne considèrent pas comme une nécessité d'obtenir à nouveau ces informations de la part du pharmacien. Mais peut-être n'ont-ils pas conscience de la nécessité de connaître leur sommeil pour permettre une meilleure prise en charge de leur pathologie.

Il apparaît néanmoins important que le pharmacien vérifie les connaissances car la totalité des patients dit connaître son traitement mais les résultats montrent des lacunes sur les indications, les durées, les règles d'hygiène et les traitements alternatifs. Pour la plupart ils ne connaissent également pas l'agenda du sommeil.

Nous pouvons donc conclure que le questionnaire nous a permis de répondre à nos objectifs :

- Evaluer la connaissance du patient sur la prise en charge de son insomnie,
- Evaluer le mésusage et/ou la dépendance au traitement,
- Connaître la place du pharmacien dans la prise en charge de l'insomnie

Les résultats de notre étude de terrain vont nous permettre dans la troisième partie d'aborder la place du pharmacien dans la prise en charge d'un trouble du sommeil.

Partie 3 : Place du pharmacien dans la prise en charge du trouble du sommeil

Avant de détailler et de proposer des outils permettant une meilleure prise en charge par le pharmacien d'officine du patient présentant un trouble du sommeil et en particulier dans l'insomnie, nous allons exposer les nouvelles missions du pharmacien dans laquelle s'inscrit l'accompagnement de cette pathologie.

3.1. Les nouvelles missions du pharmacien d'officine

Depuis le 21 juillet 2009, les pharmaciens d'officine ont vu leur rôle renforcé. Jusqu'alors, leurs missions telles que décrites dans les textes officiels concernaient la dispensation des médicaments et la préparation de ceux-ci. Mais la loi concernant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a redéfini la place du pharmacien dans le système de santé via de nouvelles missions. Nous allons par la suite détailler ces nouvelles missions qui peuvent être appliquées dans la prise en charge d'un trouble du sommeil tel que l'insomnie.

3.1.1. La loi HPST de 2009

3.1.1.2. Article 38 de la loi HPST

« Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

- 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;*
- 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;*
- 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;*
- 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;*
- 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;*
- 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;*

7° *Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;*

8° *Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.» [44]*

3.1.1.2. Contribution aux soins de premiers recours

La contribution du pharmacien d'officine aux soins de premiers recours est mise en place suivant certains axes. [45]

3.1.1.2.1. La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique

Le pharmacien ne doit plus seulement délivrer les médicaments prescrits sur une ordonnance mais il doit dispenser les produits c'est-à-dire : analyser l'ordonnance, préparer les doses à administrer si ceci est nécessaire, mettre à disposition les informations et conseils nécessaires à la bonne utilisation du médicament. Lorsque le médicament est en vente libre, le pharmacien doit apporter des conseils appropriés. [46]

3.1.1.2.2. L'éducation pour la santé

Le pharmacien a une grande place dans cet objectif. En effet, comme il est un professionnel de santé de proximité, accessible et formé, qui a un contact régulier avec les patients, il doit :

- Informer et sensibiliser le public ainsi que promouvoir la prévention et le dépistage (par le biais de campagnes de dépistage ou la remise de brochures d'informations),
- Permettre au patient de mieux comprendre sa maladie et ses traitements,
- Mettre en avant le bon usage du médicament (modalités de prise, administration, gestion des effets indésirables, etc),
- Aider à apprendre et renforcer les techniques de prise de certains médicaments (dispositifs d'inhalations ou stylo à insuline par exemple),

- Jouer un rôle dans l'apprentissage et l'auto surveillance de la maladie et des traitements du patient (délivrance d'un lecteur de glycémie ou d'un autotensiomètre),
- Accompagner et soutenir les patients. [47]

3.1.1.2.3. La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients

Le rôle du pharmacien est très important concernant les points suivants :

- La prévention : par la dispensation des vaccins, des moyens contraceptifs, des tests de grossesse, des alcootests, des produits de protection solaire, ou encore des dispositifs médicaux pour le suivi de certains traitements (bandelettes de glycémie).
- Le suivi des patients par la mise à jour de leur dossier pharmaceutique.

3.1.1.2.4. L'orientation dans le système de soin et le secteur médico-social

Le pharmacien d'officine doit pouvoir renseigner ses patients concernant l'environnement social. Le patient doit avoir des réponses concernant les professionnels de santé exerçant à proximité (médecins, dentistes, infirmiers, etc), les différentes caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les organismes de maintien à domicile, les EHPAD, les établissements de santé, etc.

3.1.1.2. Participation à la coopération entre les professionnels de santé

Les différents professionnels de santé ont la possibilité de s'engager dans une démarche de coopération qui permet de placer le patient au centre du système de soin, chacun intervenant dans le cadre de ses connaissances propres.

Cette coopération est définie dans un protocole qui est soumis dans un premier temps à l'Agence Régionale de Santé (ARS) puis à la Haute Autorité de Santé (HAS). Il définit la nature de la coopération, les disciplines engagées, les pathologies traitées, et le lieu et le champ d'intervention. [48]

3.1.1.3. Participation à la mission de service public de la permanence des soins

La permanence des soins permet un accès aux soins en dehors des heures ou des jours habituels de travail des professionnels de santé.

Le pharmacien participe à cette mission sous deux aspects :

- Le service de garde qui est mis en place en dehors des jours d'ouvertures pour répondre aux besoins du public.
- Le service d'urgence qui a pour but de répondre aux demandes urgentes en dehors des heures d'ouvertures des officines.

3.1.1.4. Contributions aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé

C'est par la pharmacovigilance (déclaration obligatoire des effets indésirables des médicaments) et la matériovigilance (déclaration des incidents ou risques d'incidents graves concernant un dispositif médical) que le pharmacien d'officine renforce son rôle dans les actions de veille et de protection sanitaire. Le pharmacien peut également participer à des enquêtes de pharmaco-épidémiologie ou de santé publique. [49]

3.1.1.5. Participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) a toute sa place dans le parcours de soins du patient. Elle a pour but de développer une autonomie plus grande du patient en permettant une meilleure adhésion aux traitements prescrits ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie. Elle est mise en place par des programmes validés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Le pharmacien d'officine peut exercer l'ETP à condition d'avoir suivi une formation de 40 heures. Par son rôle de professionnel du médicament, il peut :

- Aider à la compréhension du traitement et de la maladie,
- Informer et sensibiliser concernant le bon usage du médicament,
- Apprendre à utiliser des médicaments dont le dispositif d'administration est un peu particulier,
- Aider à l'apprentissage et l'auto surveillance de la pathologie et des traitements,
- Soutenir et accompagner le patient. [50]

3.1.1.6. Assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement de santé qui ne dispose pas d'une Pharmacie à Usage Intérieur

Le pharmacien d'officine peut devenir pharmacien référent d'un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes) ne disposant pas d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Il a pour mission de permettre une meilleure qualité de prise en charge de la personne âgée en collaborant avec l'équipe soignante et le médecin coordinateur. Différentes tâches lui sont confiées :

- Participer au bon usage du médicament et à l'amélioration de la sécurité et de la qualité du traitement,
- Gérer le dossier pharmaceutique (DP),
- Valider les ordonnances des différents résidents,
- S'assurer du bon approvisionnement des produits afin d'éviter les ruptures, ainsi que du retour des médicaments non utilisés,
- Faire parvenir les médicaments de manière identifiable, utilisables facilement et en conformité avec la législation. [51]

3.1.1.7. Correspondant au sein de l'équipe de soins désigné par le patient

Le pharmacien d'officine peut être désigné par le patient en accord avec le médecin comme pharmacien correspondant, c'est-à-dire pouvoir gérer un traitement chronique dans le cadre d'un protocole.

Le protocole définit un certain nombre de paramètres : le nombre de renouvellements autorisés et la durée (qui ne peut dépasser douze mois), les posologies minimales et maximales, le rythme des bilans de médications (évaluation de l'observance, tolérance du traitement, effets indésirables).

Si le traitement n'est pas modifié, le pharmacien mentionne que l'ordonnance a été renouvelée sur la prescription. Si un ajustement du traitement est nécessaire, le pharmacien annexe une feuille à l'ordonnance en indiquant le timbre de la pharmacie, le nom du médicament avec sa nouvelle posologie et en informe le médecin. [52]

3.1.1.8. Proposition de conseils et de prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

Le pharmacien d'officine est souvent le professionnel de santé vers qui le patient se tourne lorsqu'une consultation médicale ne semble pas avoir d'intérêt. Il peut alors, par les médicaments de médications officinales, après un interrogatoire du patient, délivrer un traitement en rapport avec l'état physiologique et pathologique de la personne. En plus du traitement il apporte des conseils en rapport avec la pathologie.

Ces nouvelles missions ont fait du pharmacien d'officine un acteur privilégié dans l'accompagnement du patient pendant son parcours de soin. Son rôle de professionnel du médicament est complémentaire à tous les autres professionnels de santé que le patient peut rencontrer.

Nous allons maintenant essayer de proposer dans le reste de ce mémoire tous les outils indispensables au pharmacien d'officine pour permettre une prise en charge optimale de l'insomnie à l'officine que ce soit dans son rôle de prévention ainsi que pour le patient déjà traité pour cette pathologie.

3.2. Le pharmacien d'officine et sa place dans la prévention de l'insomnie

Comme nous l'avons étudié dans la troisième partie de ce mémoire, le pharmacien d'officine a toute sa place dans la prise en charge d'une pathologie. Nous allons détailler les outils facilement utilisables pour prévenir ou encore éduquer le patient à l'officine concernant l'insomnie et donc éviter les problèmes de dépendance des traitements allopathiques.

3.2.1. Les différents types de prévention

Selon l'OMS, la prévention est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, accidents ou handicaps ». On peut la catégoriser de trois façons différentes :

- la prévention primaire qui vise à réduire l'incidence d'une maladie c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas.
- la prévention secondaire pour diminuer la prévalence d'une maladie (en s'opposant à son évolution ou en faisant disparaître les facteurs de risques).
- la prévention tertiaire afin de diminuer les complications consécutives à la maladie ou réduire la prévalence des incapacités chroniques. [53]

3.2.2. Les outils disponibles

Différents outils d'information sont disponibles à l'officine pour la prévention ou l'éducation pour la santé. Les deux plus aisés à mettre en place sont :

- Les affiches, positionnées dans la vitrine ou dans l'espace de vente,
- Les brochures, distribuables au patient au vu de sa situation ou à laisser en évidence à libre disposition.

A l'image du CESPARM [54] qui propose de nombreuses brochures sur toutes les pathologies abordées en pharmacie, nous allons proposer plusieurs documents pouvant aider le pharmacien confronté à un patient avec un problème de sommeil.

3.2.2.1. Les règles d'hygiène du sommeil [55]

Comme cela a été développé dans la première partie, savoir si la personne a une bonne l'hygiène du sommeil est une des premières choses à évaluer lorsque celle-ci se plaint d'insomnie. Le fait d'aborder et de conseiller la personne sur son sommeil peut suffire à améliorer le trouble du sommeil.

Il m'a paru intéressant de proposer une fiche conseil à destination des patients souffrant d'insomnie. Ces règles d'hygiène du sommeil sont remises après évaluation aux personnes qui viennent demander conseil pour la première fois à leur pharmacien ainsi qu'aux personnes qui sont déjà traitées pour leur insomnie.

Fiche conseil : règles d'hygiène du sommeil

Dans la chambre :

- **éviter les températures extrêmes** : la pièce doit se trouver entre 18 et 22°C maximum,
- avoir une **bonne isolation phonique** de telle manière à ne pas être réveillé par les voisins par exemple,
- **ne pas avoir une source de lumière trop importante** qui gêne l'endormissement et le maintien du sommeil,
- **contrôler la literie** pour éviter le mal de dos.

Les heures qui précèdent le coucher :

- **ne pas pratiquer une activité physique trop intense** (ou en faire avant 18h),
- **ne pas consommer d'excitants** tels que l'alcool, le café, le thé ou encore les boissons à base de coca,
- éviter les **repas trop gras ou trop alcoolisés** le soir,
- privilégier une **activité calme** telle que la lecture par exemple.

Au moment du coucher :

- **éviter** d'utiliser le téléphone, l'ordinateur ou la tablette le soir dans **le lit**,
- **éviter de fumer**,
- se **mettre au lit** seulement quand on a sommeil et que l'on ressent **les signes de la fatigue** (bâillements, paupières lourdes...),
- utiliser le **lit seulement pour dormir** et non pas pour regarder la télévision par exemple,
- **ne pas insister** : si vous ne vous êtes pas endormi au bout de 20 minutes il faut se relever et pratiquer une activité calme (lire, boire une tisane) avant de retourner se coucher au moment où la fatigue réapparaît.

Au moment du lever :

- se **lever tous les jours au même horaire** même pendant le weekend ou les vacances.

Pendant la journée :

- pratiquer une **activité physique** (pour que le corps distingue la période d'activité de la journée et la période d'inactivité de la nuit),
- **éviter** de faire une **sieste trop longue** (plus de 30 minutes).

Ces règles sont à adapter selon votre ressenti et selon vos conditions de vie.

3.3.2.2. L'agenda du sommeil

L'agenda du sommeil est un outil simple à proposer à l'officine (cf annexe 3.1.).

Il permet de visualiser le sommeil d'un point de vue qualitatif et quantitatif. En effet il permet via un relevé quotidien des horaires de sommeil d'analyser les habitudes de coucher et de lever ainsi que les évènements diurnes et nocturnes. [56] [57]

Cet agenda se remplit généralement pendant 3 semaines tous les matins et tous les soirs.

Au lever la personne rapportera comment s'est déroulée sa nuit :

- l'heure de mise au lit,
- l'heure d'endormissement,
- les réveils pendant la nuit,
- l'heure de réveil et la qualité de la nuit,
- des commentaires tels que la prise de somnifères, la consommation d'alcool, un repas trop lourd, de la fièvre, etc.

Au coucher la personne notifiera comment s'est passée sa journée :

- la présence d'une somnolence,
- la réalisation d'une sieste,
- la qualité de la journée.

Une fois que l'agenda est rempli, il faut essayer de l'interpréter :

- regarder si les horaires de lever et de coucher sont les mêmes tous les jours,
- estimer le délai d'endormissement,
- évaluer le temps passé au lit en fonction du temps de sommeil réel,
- trouver des corrélations entre les activités réalisées pendant la journée et la nuit qui s'est ensuite déroulée.

Tous les outils énumérés précédemment permettent une meilleure prise en charge de la pathologie pour les personnes qui n'ont jamais consulté leur médecin pour leur trouble du sommeil mais également pour ceux qui sont traité par un hypnotique.

Dans la dernière partie de ce travail nous proposerons les bases d'une conduite à tenir lorsque la personne se présente pour la première fois à l'officine pour une insomnie mais aussi pour les personnes possédant une ordonnance avec un hypnotique.

3.3. Le pharmacien d'officine et sa place dans la prise en charge d'un traitement contre l'insomnie

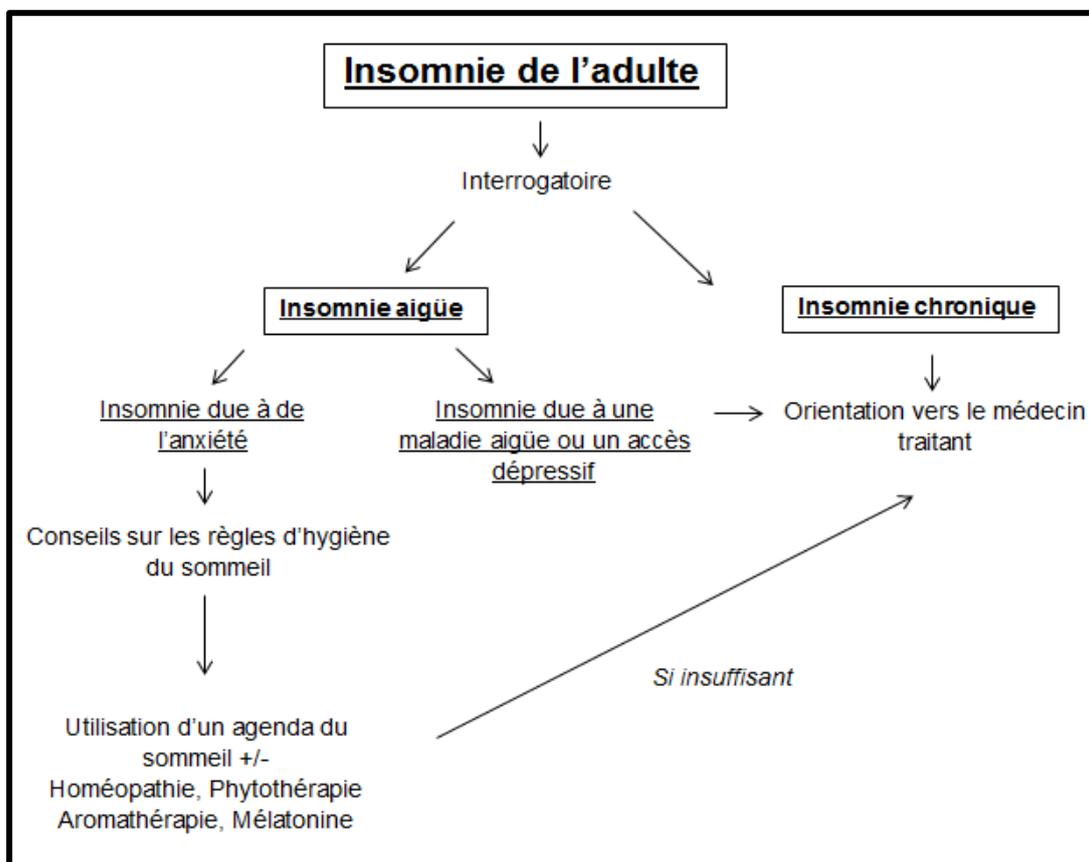
3.1.1 Premier contact patient-pharmacien

Lors du premier contact sans prescription d'hypnotique mais sur simple demande du patient, le pharmacien peut être amené à évaluer le trouble du sommeil.

En effet s'il s'agit d'une insomnie aiguë, le pharmacien peut proposer des méthodes non pharmacologiques dans un premier temps : règles d'hygiène du sommeil, phytothérapie, homéopathie, utilisation de la mélatonine, etc. Il peut si nécessaire orienter vers un médecin.

Si l'insomnie est la conséquence d'une maladie aiguë ou d'un accès dépressif, le pharmacien doit orienter le patient vers le médecin. C'est aussi le cas lorsque la plainte concerne une insomnie chronique. [58]

Le pharmacien doit de toute manière rappeler les règles hygiéno-diététiques nécessaires pour bien dormir, ainsi que proposer le traitement le plus adapté à la personne.



3.1.2. Contact lors d'une première délivrance d'un hypnotique

Comme lors de la dispensation de tout médicament, le pharmacien doit respecter certaines règles de bon usage : vérifier la posologie, la durée du traitement, les effets secondaires et les interactions possibles avec un autre médicament.

Mais lors de la dispensation d'une benzodiazépine par exemple, plusieurs autres informations importantes sont à donner :

- le caractère temporaire de ce traitement (pas de prise au long cours, seulement pour une durée normalement limitée à quatre semaines) afin d'éviter le risque de tolérance et de dépendance,
- la prise doit se faire juste avant de se coucher,
- il y a certains effets indésirables tels que la somnolence (attention en cas de conduite de véhicule ou d'engins) ou encore l'amnésie antérograde,
- la consommation d'alcool majore l'effet sédatif pendant la journée.

Le pharmacien doit également insister sur les mesures hygiéno-diététiques à suivre pour éviter ces phénomènes d'insomnie.

3.1.3 Contact lors d'une délivrance répétée d'un hypnotique

Un patient peut se présenter plusieurs mois de suite à l'officine pour qu'un médicament hypnotique lui soit délivré.

Le pharmacien doit alors vérifier certains points :

- Sur le médicament :

Par exemple : De quand date la dernière délivrance ? Le patient respecte-t-il la posologie prescrite en ne revenant pas trop vite à la pharmacie ? Est-ce que l'hypnotique est le même que la dernière fois ? Est-ce que le patient est satisfait du traitement ? Est-ce que certains effets indésirables sont présents ?

- Sur l'hygiène du sommeil :

Est - ce que les mesures non médicamenteuses sont respectées ?

- Proposer un agenda du sommeil.
- Sur les thérapies et orientations possibles vers des professionnels spécialisés.

Le pharmacien doit également encore insister sur le risque de tolérance et dépendance de la prise à long terme de ces substances. Il doit aussi aborder l'arrêt de ces molécules qui doit se faire progressivement après en avoir parlé avec le médecin et non brutalement à cause du risque de syndrome de sevrage. [59]

Conclusion

Le sommeil est indispensable au bon développement cérébral ou encore pour assurer certaines fonctions métaboliques. Avoir un sommeil limité expose alors à de nombreux risques. C'est pourquoi les troubles du sommeil sont à l'origine de pathologies diverses.

L'insomnie est un trouble du sommeil fréquent : 18,6 % de la population adulte française a déclaré au moins un symptôme de l'insomnie durant depuis plus d'un mois. [60]

Le traitement proposé pour l'insomnie est en général un médicament hypnotique qui satisfait à la fois le prescripteur et le patient du fait de son efficacité immédiate. Or l'utilisation de ce médicament est recommandée sur une courte durée, le risque de dépendance étant majeur.

Afin d'éviter ces problèmes de dépendance le pharmacien a un rôle important à jouer aussi bien lors d'une primo-prescription que lors d'un renouvellement ou d'une demande spontanée.

Une bonne information, les rappels des règles d'hygiène, l'utilisation d'un agenda du sommeil sont des éléments de base dans l'accompagnement d'un patient souffrant d'une insomnie. La prise en charge ne se résume pas à l'unique prise d'un médicament. Une bonne connaissance du dispositif de prise en charge des troubles du sommeil et des thérapies non médicamenteuses sont nécessaires aux pharmaciens pour apporter des conseils et orienter le patient.

L'accompagnement du pharmacien au sein de cette pathologie a pour but une meilleure prise en charge du patient souffrant d'insomnie et une utilisation plus adaptée des traitements hypnotiques.

Références bibliographiques

- [1] HÔPITAL ANTOINE BÉCLÈRE. « Les troubles du sommeil - Centre de médecine du sommeil ». Disponible sur : < http://www.centre-sommeil.fr/tb_sommeil.html#.WKA1JG_hC00 > (consulté le 12 février 2017)
- [2] « Définition du sommeil ». In : *Dict. Fr. Larousse* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sommeil/73405> > (consulté le 3 juin 2015)
- [3] « La Santé de l'homme n° 388 - Éduquer au sommeil - A quoi sert le sommeil ? ». Disponible sur : < <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/388/02.htm> > (consulté le 8 mars 2017)
- [4] « Éduquer au sommeil - A quoi sert le sommeil ? ». In : *Santé Homme* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/388/02.htm> > (consulté le 3 juin 2015)
- [5] MARIEB E. N. « Biologie humaine, principe d'anatomie et de physiologie ». Paris : Pearson Education France, 2008. p. 259-261.
- [6] GUÉNARD H. *Physiologie humaine*. 3ème. Paris : Éditions Pradel, 2001.
- [7] HOFFMANN G., WUILMART B. *Docteur, dites-moi ... le sommeil*. Bruxelles : Daniel Castelain, 1996.
- [8] « Déroulement temporel d'une nuit de sommeil (hypnogramme) ». Disponible sur : < <https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/sommenf/fig3.php> > (consulté le 3 août 2015)
- [9] BILLIARD M., DAUVILLIERS Y. *Les troubles du sommeil*. Issy-les-Moulineaux [France] : Elsevier Masson, 2012.
- [10] ROYANT-PAROLA S. « Que faire devant une insomnie ». Disponible sur : < <https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/royant-parola/insomnie/sommaire.php> > (consulté le 10 juin 2015)
- [11] ROYANT-PAROLA S. *Comment retrouver le sommeil par soi-même*. Paris : Odile Jacob, 2008.
- [12] OMS. *ICD Version 10 2016* [En ligne]. Disponible sur : < <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/G47.0> >
- [13] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM V* [En ligne]. 2013. Disponible sur : < <http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-5.pdf> > (consulté le 31 août 2015)
- [14] KRACK PAUL. « Les troubles du sommeil - Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble ». 2004. Disponible sur : < <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/neuro/troublespe/43a/lecon43a.html#ST2.1> > (consulté le 21 mars 2017)

- [15] INSERM. « Sommeil et ses troubles ». Disponible sur : < <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/sommeil> > (consulté le 21 mars 2017)
- [16] AMELI. « L'apnée du sommeil ». Disponible sur : < <http://www.ameli-sante.fr/apnee-du-sommeil/definition-apnee-du-sommeil.html> > (consulté le 21 mars 2017)
- [17] ANSM. *Etat des lieux de la consommation de benzodiazépines en France* [En ligne]. Décembre 2013. Disponible sur : < http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3e06749ae5a50cb7ae80fb655dee103a.pdf >
- [18] LEILA KROUIT ATIA. *Les benzodiazépines: du bon usage à l'abus - Rôle du pharmacien dans le suivi et l'accompagnement*. Limoges, 2014.
- [19] SAYOUS D.-J. *Le grand livre de l'homéopathie*. 2ème. Paris : Eyrolles, 2012. 413 p.
- [20] PINTO R. *Conseil en homéopathie*. 2ème. Courbevoie : les Éd. "le Moniteur des pharmacies, 2014.
- [21] « eVIDAL ». Disponible sur : < <http://www.evidal.fr.ezproxy.unilim.fr/home.html;jsessionid=82A27B17A4808B3BA44531F07F678FE7#> > (consulté le 4 juin 2015)
- [22] « La phytothérapie dans le traitement des insomnies ». In : *EurekaSanté* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.eurekasante.fr/maladies/psychisme/insomnie.html?pb=phytotherapie-plantes> > (consulté le 28 mai 2015)
- [23] « Sommeil/Nervosité ». In : *Arkopharma* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.arkopharma.fr/produits/medicaments/sommeil-nervosite.html#.VXgoRvntmkr> > (consulté le 28 mai 2015)
- [24] MOREL J.-M. *Traité pratique de phytothérapie: remèdes d'hier pour médecine de demain*. Paris : Grancher, 2008.
- [25] « Plainte d'insomnie : une place pour la phytothérapie traditionnelle ». *Prescrire*. Février 2005. n°258, p. 110-114.
- [26] RAYNAUD J. *Prescription et conseil en aromathérapie*. Paris : Éditions Tec & Doc : EMI, 2006.
- [27] MORIN C., BOOTZIN R., BUYASSE D., EDINGER J., ESPIE C., LICHSTEIN K. « Psychological and behavioral treatment of insomnia : update of the recent evidence (1998-2004) ». *Sleep* [En ligne]. novembre 2006. Disponible sur : < http://www.aasmnet.org/Resources/PracticeParameters/Review_Insomnia.pdf > (consulté le 16 juillet 2015)
- [28] *Les techniques comportementales | Cabinet du Dr Royant-Parola* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.royant-parola.fr/les-traitements/les-techniques-comportementales/> > (consulté le 8 mars 2017)
- [29] « Que faire devant une insomnie ». Disponible sur : < <https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/royant-parola/insomnie/therap.php> > (consulté le 8 mars 2017)

- [30] BOUVENOT G., CAULIN C. « Prise en charge du patient insomniaque ». In : *Guide Bon Usage Médicam*. Paris : Lavoisier, 2012.
- [31] SCHULZ P. *Traitements biologiques en psychiatrie*. Bruxelles : De Boeck, 2013.
- [32] DOROSZ P., VITAL DURAND D., LE JEUNNE C. *Guide pratique des médicaments 2015*. 34ème. Paris : Maloine, 2014.
- [33] STORA D. *Dictionnaire de dispensation des médicaments*. 14è. Rueil-Malmaison : Pro-Officina, 2009.
- [34] « Les antihistaminiques H1 ». *Actual. Pharm.* novembre 2009. n°490, p. 49-52.
- [35] MÉNARD CÉLINE. *Mélatonine, agoniste mélatoninergiques et luminothérapie dans les troubles du sommeil et du décalage horaire*. : Nantes, 2011.
- [36] ANSM. *Retour sur la séance de la Commission d'évaluation initiale du rapport bénéfique/risque des produits de santé du 13 novembre 2014* [En ligne]. Disponible sur : < http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/51480d531eeefcc0d98218418f5fbce9.pdf > (consulté le 17 juillet 2015)
- [37] *Arrêté du 8 septembre 2015 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine*.
- [38] PHARMACIES.FR L. M. DES. « Mélatonine : exonérée jusqu'à 1 mg par prise ». In : *Monit. Pharm.* [En ligne]. 15092015. Disponible sur : < <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-medicaments/150915-melatonine-exoneree-jusqu-a-1-mg-par-prise.html> > (consulté le 3 février 2017)
- [39] HAS. *Bon usage du médicament - Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie* [En ligne]. février 2015. Disponible sur : < https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf > (consulté le 8 janvier 2016)
- [40] JOURNAL OFFICIEL. *Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale*. n2017.
- [41] LE MONITEUR DES PHARMACIES. « Zolpidem bientôt assimilé stupéfiant ». 14 Janvier 2017. 14 janvier 2017. Vol. Cahier I, n°3159, p. 24.
- [42] ANSM. *Comité technique des Centres d'Evaluation et d'Information de la Pharmacodépendance - CT022013023 - Séance du 11 juillet 2013 de 10h00 à 17h00 en salle A014* [En ligne]. Disponible sur : < http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/13dfc7f279c27660935122dfc15876a3.pdf > (consulté le 30 janvier 2017)
- [43] ANSM. *Compte-rendu de la séance du 21 novembre 2013 - Séance n°5 - Commission des stupéfiants et psychotropes* [En ligne]. Disponible sur : < http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ab78fffb49da3bf1ef109c45afc4a72a.pdf > (consulté le 30 janvier 2017)
- [44] *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38*, 2009.

- [45] *Code de la santé publique - Article L1411-11.*
- [46] *Code de la santé publique - Article R4235-48.*
- [47] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. « Cespharm - Rôle du pharmacien ». Disponible sur : < <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien> > (consulté le 23 juin 2016)
- [48] *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 51. 2009.*
- [49] GROUPE DE TRAVAIL PHARMACIENS D'OFFICINE. « Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins ». 2009. Disponible sur : < <http://www.pharmaciens-cotedor.com/assets/files/Rapport%20Rioli%20juillet2009.pdf> > (consulté le 29 juin 2016)
- [50] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. « L'éducation thérapeutique - Le pharmacien ». Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/L-education-therapeutique> > (consulté le 4 juillet 2016)
- [51] ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE. « Rôle des pharmaciens dans les EHPAD ». 2009. Disponible sur : < http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_ROLE_pharmaciens_EHPAD_Vd_JPC_30.12.2009.pdf > (consulté le 29 juin 2016)
- [52] « Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants | Legifrance ». Disponible sur : < <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/4/5/ETSH1105776D/jo> > (consulté le 29 juin 2016)
- [53] ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE MARSEILLE. « Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique » ». Disponible sur : < <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept> > (consulté le 28 août 2016)
- [54] « Cespharm - Prévention-santé ». Disponible sur : < <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante> > (consulté le 26 mars 2017)
- [55] MOREAU SANDIE. « TCC : Hygiène du sommeil ». In : *Trait. Insomnie Adulte Par TTC À Usage Généraliste* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.bichat-larib.com/sommeil.index.php?page=hygiene> > (consulté le 4 avril 2017)
- [56] HAS. *Agenda sommeil-éveil* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/agenda_sommeil.pdf >
- [57] RÉSEAU MORPHÉE. *Agenda de vigilance et du sommeil* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.centre-sommeil.fr/qs/agenda%20et%20modemploi.pdf> >
- [58] BELON J.-P. In : *Cons. À Off. Guide Suivi Pharm.* Paris : Masson, 2003. p. 275-279.
- [59] ANTIERENS S. ET AL. *Anxiété, stress, troubles du sommeil : manuel d'aide aux pharmaciens* [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.sspf.be/servlet/Repository/dossier-benzo-complet-phiens.pdf?ID=164> > (consulté le 9 mai 2015)

- [60] CHAN-CHEE C., BAYON V., BLOCH J., BECK F., GIORDANELLA J.-P., LEGER D. « Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux ». *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique* [En ligne]. décembre 2011. Vol. 59, n°6, p. 409-422. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.05.005> >
- [61] NORWEGIAN INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH. « WHOCC - ATC/DDD Index ». Disponible sur : <http://www.whooc.no/atc_ddd_index/?code=N05C&showdescription=no> (consulté le 10 août 2015)

Table des annexes

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Annexe 1. Evaluation et prise en charge du sommeil | 95 |
| Annexe 1.1. Les différentes sous classes du N05 de la classification ATC | 95 |
| Annexe 1.2. Benzodiazépines et apparentés commercialisés en France | 96 |
| Annexe 1.3. Répartition démographique des sujets traités par benzodiazépines | 97 |
| Annexe 1.4. Consommation des hypnotiques en Limousin entre 2002 et 2011 présentée au remboursement | 97 |
| Annexe 1.5. Nombre de boîtes vendues de benzodiazépines en Limousin en 2011 | 98 |
| Annexe 2. Enquête et expérience en officine | 99 |
| Annexe 2.1. Questionnaire | 99 |
| Annexe 2.2. Résultats questionnaire | 101 |
| Annexe 2.2.1. Données générales..... | 101 |
| Annexe 2.2.2. Question 1 - Depuis quand prenez-vous ce(s) médicaments ? | 102 |
| Annexe 2.2.3. Question 2 - Qui vous a initialement prescrit ce traitement ?..... | 102 |
| Annexe 2.2.4. Question 3 - Savez vous pourquoi on vous a prescrit ce(s) médicaments ? | 103 |
| Annexe 2.2.5. Question 4 – Savez-vous à quoi vous sert ce traitement ?..... | 103 |
| Annexe 2.2.6. Question 5 - Avez-vous déjà essayé d'arrêter ? | 103 |
| Annexe 2.2.7. Question 6 – Vous arrive-t-il de prendre de comprimés par prise que le nombre recommandé ? Si oui à quelles fréquences ? | 103 |
| Annexe 2.2.8. Question 7 – Concernant ce traitement connaissez-vous ... ? Si oui, comment avez-vous acquis ces connaissances ?..... | 104 |
| Annexe 2.2.9. Question 8 – Avez-vous déjà essayé d'autres traitements ou techniques pour gérer votre trouble du sommeil ? Si oui précisez. | 104 |
| Annexe 2.2.10. Question 9 – Souhaitez-vous avoir une information par votre pharmacien sur ... ? | 105 |
| Annexe 3. La place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'insomnie. | 106 |
| Annexe 3.1. L'agenda du sommeil..... | 106 |

Annexe 1. Evaluation et prise en charge du sommeil

Annexe 1.1. Les différentes sous classes du N05 de la classification ATC [61]

N **NERVOUS SYSTEM**

N05 **PSYCHOLEPTICS**

N05C **HYPNOTICS AND SEDATIVES**

N05CA **Barbiturates, plain**

N05CB **Barbiturates, combinations**

N05CC **Aldehydes and derivatives**

N05CD **Benzodiazepine derivatives**

N05CE **Piperidinedione derivatives**

N05CF **Benzodiazepine related drugs**

N05CH **Melatonin receptor agonists**

N05CM **Other hypnotics and sedatives**

N05CX **Hypnotics and sedatives in combination, excl. barbiturates**

Annexe 1.2. Benzodiazépines et apparentés commercialisés en France [17]

Tableau 2 : benzodiazépines et apparentées commercialisées en France

| Substance active | Unités « standard » | Nombre de boîtes |
|------------------------|---------------------|------------------|
| Alprazolam | 626 | 20 |
| Bromazépam | 366 | 12 |
| Zolpidem | 365 | 25 |
| Lorazépam | 290 | 10 |
| Oxazépam | 290 | 12 |
| Zopiclone | 267 | 18 |
| Prazépam | 214 | 6 |
| Tétrazépam | 129 | 6 |
| Clorazépate potassique | 99 | 3 |
| Diazépam | 104 | 3 |
| Lormétazépam | 85 | 6 |
| Clobazam | 59 | 2 |
| Loprazolam | 38 | 2 |
| Clonazépam | 40 | 2 |
| Clotiazépam | 25 | 1 |
| Flordazépam | 15 | 1 |
| Ethyl loflazépate | 12 | 0,4 |
| Midazolam | 8 | 1 |
| Estazolam | 7 | 0,4 |
| Nitrazépam | 10 | 0,5 |
| Flunitrazépam | 3 | 0,4 |
| Total | 3 052 | 131 |

Les unités « standard » et le nombre de boîtes sont exprimés en millions.

Annexe 1.3. Repartition démographique des sujets traités par benzodiazépines [17]

| | Anxiolytiques | | Hypnotiques | | Clonazépam | | Tétrazépam |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | 2011 n=56 625 | 2012 n=57 060 | 2011 n=34 246 | 2012 n=33 877 | 2011 n=7 434 | 2012 n=2 497 | 2011 n=33 790 |
| Âge moyen, ans (sd) | 55.2 (18.3) | 55.5 (18.3) | 57.9 (17.4) | 58.2 (17.5) | 58.1 (16.8) | 59.1 (16.6) | 46.5 (15.2) |
| Âge médian, (IQR) | 55 (42-55) | 55 (42-69) | 58 (45-72) | 58 (46-72) | 58 (46-71) | 60 (48-71) | 46 (36-57) |
| Âge, % (n) | | | | | | | |
| < 18 ans | 1.5 (855) | 1.5 (847) | 0.5 (184) | 0.6 (193) | 1.0 (75) | 1.4 (35) | 1.9 (626) |
| 18 à 35 ans | 13.6 (7 715) | 13.5 (7 689) | 10.5 (3 599) | 10.4 (3 514) | 8.1 (604) | 6.1 (152) | 23.1 (7 799) |
| 35 à 50 ans | 25.9 (14 687) | 25.7 (14 648) | 23.6 (8 081) | 23.3 (7 887) | 24.0 (1 785) | 22.4 (559) | 36.5 (12 334) |
| 50 à 65 ans | 29.1 (16 492) | 29.1 (16 605) | 31.0 (10 600) | 30.9 (10 479) | 32.9 (2 447) | 33.7 (842) | 27.3 (9 232) |
| 65 à 80 ans | 19.9 (11 265) | 19.7 (11 255) | 23.1 (7 904) | 23.0 (7 808) | 24.3 (1 803) | 26.7 (666) | 9.5 (3 201) |
| > 80 ans | 9.9 (5 611) | 10.5 (6 016) | 11.3 (3 878) | 11.8 (3 996) | 9.7 (718) | 9.7 (243) | 1.8 (598) |
| Sexe, femmes, % | | | | | | | |
| | 67.2 (38 062) | 66.6 (38 020) | 63.6 (21 771) | 63.7 (21 570) | 63.9 (4 753) | 61.8 (1 542) | 59.6 (20 150) |

En 2011, 101 854 patients (78 475 après l'exclusion des utilisateurs de tétrazépam) ont bénéficié d'au moins un remboursement de benzodiazépines, et 75 590 en 2012

Annexe 1.4. Consommation des hypnotiques en Limousin entre 2002 et 2011 présentée au remboursement [18]

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Hypnotiques (N05B) | 1,89 | 1,87 | 1,73 | 1,63 | 1,85 | 1,88 | 1,91 | 1,86 | 1,89 | 1,88 |
| Anxiolytiques (N05C) | 3,67% | 3,75% | 3,77% | 3,59% | 3,82% | 3,79% | 3,82% | 3,73% | 3,86% | 3,82% |

Annexe 1.5. Nombre de boîtes vendues de benzodiazépines en Limousin en 2011 [18]

| Substance active | Classe | nombres de boîtes vendues 2011 | Nombres d'unité "standard" 2011 |
|------------------------------------------|--------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Zolpidem | Hypnotique | 201 171 | 2 809 009 |
| Alprazolam | Anxiolytique | 168 771 | 5 063 130 |
| Bromazépam | Anxiolytique | 135 441 | 4 063 230 |
| Oxazépam | Anxiolytique | 124 233 | 2 812 730 |
| Zopiclone | Hypnotique | 117 298 | 1 638 949 |
| Lorazépam | Anxiolytique | 92 849 | 2 785 470 |
| Lormétazépam | Hypnotique | 66 787 | 935 018 |
| Prazépam | Anxiolytique | 63 520 | 2 480 600 |
| Clorazébate dipotassique | Anxiolytique | 63 318 | 1 816 058 |
| Clotiazépam | Anxiolytique | 30 945 | 928 350 |
| Loprazolam | Hypnotique | 19 723 | 394 460 |
| Diazépam | Anxiolytique | 13 965 | 449 734 |
| Clobazam | Anxiolytique | 7 935 | 238 050 |
| Ethylloflazébate | Anxiolytique | 5 304 | 159 120 |
| Estazolam | Hypnotique | 5 166 | 103 320 |
| Nitrazépam | Hypnotique | 3 725 | 74 500 |
| Nordazépam | Anxiolytique | 2 497 | 74 910 |
| Flunitrazépam | Hypnotique | 1 709 | 11 963 |
| Témazépam | Hypnotique | 1 516 | 21 224 |
| Total | | 1 125 873 | 26 859 825 |

4. Savez-vous à quoi vous sert ce traitement ?

| | 1 | 2 | 3 |
|---------------------------------------------------------------|---|---|---|
| J'ai du mal à m'endormir | | | |
| Je me réveille dans la nuit et je n'arrive pas à me rendormir | | | |
| Je me réveille trop tôt | | | |
| Je gère mon stress | | | |
| Je traite ma dépression | | | |
| Autre (préciser) : | | | |

5. Avez-vous déjà essayé d'arrêter ?

| | 1 | 2 | 3 |
|-----|---|---|---|
| Oui | | | |
| Non | | | |

6. Vous arrive-t-il de prendre plus de comprimés par prise que le nombre recommandé ?

| | 1 | 2 | 3 |
|-----|---|---|---|
| Oui | | | |
| Non | | | |

Si oui à quelles fréquences ?

| | 1 | 2 | 3 |
|----------------------|---|---|---|
| tous les jours | | | |
| 2-3 fois par semaine | | | |
| 1 fois par semaine | | | |
| 1 fois par mois | | | |

7. Concernant ce traitement connaissez-vous ... ?

| | Oui | Non |
|---------------------------------|-----|-----|
| Les modalités de prise | | |
| La durée du traitement | | |
| Les effets indésirables | | |
| Les règles d'hygiène du sommeil | | |
| L'agenda du sommeil | | |
| Autre (préciser) : | | |

Si oui, comment avez-vous acquit ces connaissances ?

| | Grâce au pharmacien | Grâce au médecin | Autre |
|-----------------------------|---------------------|------------------|-------|
| Modalité de prise | | | |
| Durée du traitement | | | |
| Effets indésirables | | | |
| Règles d'hygiène du sommeil | | | |
| Agenda du sommeil | | | |
| Autre (préciser) : | | | |

8. Avez-vous déjà essayé d'autres traitements ou techniques pour gérer votre trouble du sommeil ?

Oui Non

si oui préciser :

- Homéopathie Phytothérapie Huile essentielle Alcool Cannabis
 Sophrologie Relaxation Méthode corporelle (yoga, tai-chi, chi gonq,)
 Psychothérapie Pratique d'une activité sportive
 Autres (préciser) :

9. Souhaitez avoir une information par votre pharmacien sur :

| | Oui | Non |
|--------------------------------------|-----|-----|
| Votre traitement | | |
| Le déroulé de votre sommeil | | |
| Les règles d'hygiène du sommeil | | |
| Le fonctionnement d'un agenda | | |
| Les alternatives non médicamenteuses | | |
| Autre (préciser) : | | |

Annexe 2.2. Résultats questionnaire

Annexe 2.2.1. Données générales

| Sexe | Nombre |
|----------|--------|
| Féminin | 24 |
| Masculin | 21 |

Tableau : Répartition en fonction du sexe

| Tranches d'âge | Nombre |
|--------------------|--------|
| Entre 18 et 35 ans | 3 |
| Entre 35 et 50 ans | 11 |
| Entre 50 et 65 ans | 18 |
| Entre 65 et 80 ans | 11 |
| Plus de 80 ans | 2 |

Tableau : Répartition en fonction de l'âge

| Médicament utilisé | Nombre |
|--------------------|--------|
| Zolpidem | 21 |
| Zopiclone | 7 |
| Lormétazéпам | 7 |
| STILNOX® | 3 |
| HAVLANE® | 3 |
| NUCTALON® | 2 |
| NOCTAMIDE | 2 |

Tableau : Médicament utilisé

Annexe 2.2.2. Question 1 - Depuis quand prenez-vous ce(s) médicaments ?

| Durée du traitement | Nombre |
|---------------------|--------|
| < à 4 semaines | 4 |
| De 1 à 3 mois | 1 |
| De 3 à 6 mois | 1 |
| De 6 mois à 1 an | 2 |
| > à 1 an | 37 |

Tableau : Durée du traitement

Annexe 2.2.3. Question 2 - Qui vous a initialement prescrit ce traitement ?

| Prescripteur initial | Nombre |
|----------------------|--------|
| Médecin généraliste | 37 |
| Psychiatre | 8 |

Tableau : prescripteur initial

Annexe 2.2.4. Question 3 - Savez vous pourquoi on vous a prescrit ce(s) médicaments ?

| Connaissance du traitement | Nombre |
|----------------------------|--------|
| Oui | 45 |
| Non | 0 |

Tableau : Connaissance du traitement

Annexe 2.2.5. Question 4 – Savez-vous à quoi vous sert ce traitement ?

| Connaissance du traitement | Oui | Non |
|---------------------------------------------------------------|-----|-----|
| J'ai du mal à m'endormir | 35 | 6 |
| Je me réveille dans la nuit et je n'arrive pas à me rendormir | 15 | 30 |
| Je me réveille trop tôt | 5 | 40 |
| Je gère mon stress | 6 | 39 |
| Je traite ma dépression | 9 | 36 |

Tableau : Connaissance du traitement

Annexe 2.2.6. Question 5 - Avez-vous déjà essayé d'arrêter ?

| Tentative d'arrêt | Nombre |
|-------------------|--------|
| Oui | 19 |
| Non | 22 |

Tableau : Tentatives d'arrêt

Annexe 2.2.7. Question 6 – Vous arrive-t-il de prendre de comprimés par prise que le nombre recommandé ? Si oui à quelles fréquences ?

| Utilisation de plus de comprimés | Nombre |
|----------------------------------|--------|
| Oui | 2 |
| Non | 39 |

Tableau : Utilisation de plus de comprimés

Annexe 2.2.8. Question 7 – Concernant ce traitement connaissez-vous ... ? Si oui, comment avez-vous acquis ces connaissances ?

| Connaissances | Oui | Non |
|---------------------------------|-----|-----|
| Les modalités de prise | 45 | 0 |
| La durée du traitement | 26 | 19 |
| Les effets indésirables | 34 | 11 |
| Les règles d'hygiène du sommeil | 31 | 14 |
| L'agenda du sommeil | 9 | 36 |

Tableau : Connaissances sur le traitement

| Connaissances | Par le pharmacien | Par le médecin | Par les deux | Autre |
|---------------------------------|-------------------|----------------|--------------|-------|
| Les modalités de prise | 0 | 27 | 17 | 1 |
| La durée du traitement | 0 | 20 | 6 | 2 |
| Les effets indésirables | 4 | 13 | 9 | 8 |
| Les règles d'hygiène du sommeil | 1 | 6 | 9 | 13 |
| L'agenda du sommeil | 2 | 6 | 0 | 3 |

Tableau : Apport des connaissances

Annexe 2.2.9. Question 8 – Avez-vous déjà essayé d'autres traitements ou techniques pour gérer votre trouble du sommeil ? Si oui précisez.

| Utilisation autres traitements ou techniques | Nombre |
|----------------------------------------------|--------|
| Oui | 16 |
| Non | 29 |

Tableau : Utilisation autres traitements ou techniques

| Techniques ou traitements | Nombre |
|----------------------------------|--------|
| Phytothérapie | 3 |
| Relaxation | 3 |
| Pratique d'une activité physique | 3 |
| Sophrologie | 1 |
| Cannabis | 1 |
| Alcool | 1 |

Tableau : Méthode utilisée

Annexe 2.2.10. Question 9 – Souhaitez-vous avoir une information par votre pharmacien sur ... ?

| Apport d'information | Oui | Non |
|------------------------------------------|-----|-----|
| Votre traitement | 11 | 34 |
| Le déroulé de votre sommeil | 11 | 34 |
| Les règles d'hygiène du sommeil | 14 | 31 |
| Le fonctionnement d'un agenda du sommeil | 24 | 21 |
| Les alternatives non médicamenteuses | 15 | 30 |

Tableau : Apport d'information par le pharmacien

Table des figures

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 : Hypnogramme d'une nuit type de sommeil chez un adulte | 15 |
| Figure 2 : Consommation d'hypnotiques (N05C) dans certains pays européens en DDJ/1000hab/j | 23 |
| Figure 3 : Consommation de benzodiazépines hypnotiques et apparentées de 2000 à 2012 (DDJ/1000hab/j) | 24 |
| Figure 4 : Prévalence de consommation des benzodiazépines hypnotiques en fonction de l'âge | 25 |
| Figure 5 : Evolution de la prévalence d'utilisation d'une benzodiazépine hypnotique entre 2007 et 2012 en fonction du sexe et de l'âge | 26 |
| Figure 6 : Evolution des hypnotiques présentés au remboursement en Limousin entre 2002 et 2011 | 27 |
| Figure 7 : Données générales - Répartition par sexe..... | 51 |
| Figure 8 : Données générales - Tranches d'âge | 51 |
| Figure 9 : Données générales - Les différents consommateurs en fonction de l'âge et du sexe | 52 |
| Figure 10 : Données générales – Médicaments prescrits | 53 |
| Figure 11 : Question 1 - Durée d'utilisation du traitement | 54 |
| Figure 12 : Question 2 - Prescripteur initial..... | 55 |
| Figure 13 : Question 3 - Connaissance du traitement..... | 56 |
| Figure 14 : Question 4 - Indication « J'ai du mal à m'endormir » | 57 |
| Figure 15 : Question 4 - Indication « Je me réveille dans la nuit et je n'arrive pas à me rendormir »..... | 57 |
| Figure 16 : Question 4 - Indication « Je me réveille trop tôt » | 58 |
| Figure 17 : Question 4 - Indication « Je gère mon stress »..... | 58 |
| Figure 18 : Question 4 - Indication « Je traite ma dépression » | 59 |
| Figure 19 : Question 5 - Tentative d'arrêt du traitement..... | 60 |
| Figure 20 : Question 6 - Utilisation excessive du médicament | 60 |
| Figure 21 : Relation entre la durée du traitement et les tentatives d'arrêt | 61 |
| Figure 22 : Relation entre les tranches d'âge et la tentative d'arrêt..... | 61 |
| Figure 23 : Question 7 - Connaissance des modalités de prise | 62 |
| Figure 24 : Question 7 - Connaissance de la durée du traitement | 63 |
| Figure 25 : Question 7 - Connaissance des effets indésirables | 63 |
| Figure 26 : Question 7 - Connaissance des règles d'hygiène du sommeil | 64 |
| Figure 27 : Question 7 - Connaissance de l'agenda du sommeil | 64 |
| Figure 28 : Question 8 - Utilisation d'autres traitements ou techniques utilisés pour traiter le trouble du sommeil..... | 66 |
| Figure 29 : Question 8 - Type de technique ou de traitements utilisés pour traiter le trouble du sommeil..... | 67 |
| Figure 30 : Question 9 - Apport d'informations par le pharmacien sur le traitement | 68 |
| Figure 31 : Question 9 - Apport d'information par le pharmacien sur le déroulé du sommeil..... | 68 |
| Figure 32 : Question 9 - Apport d'information par le pharmacien sur les règles d'hygiène du sommeil..... | 69 |
| Figure 33 : Question 9 - Apport d'information par le pharmacien sur l'agenda du sommeil..... | 69 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 34 : Question 9 - Apport d'information par le pharmacien sur les alternatives non médicamenteuses | 70 |
| Figure 35 : Volonté d'informations complémentaires sur le traitement en fonction de l'âge .. | 71 |
| Figure 36 : Volonté d'informations complémentaires sur le traitement en fonction de l'âge .. | 71 |
| Figure 37 : Volonté d'informations complémentaires sur les règles d'hygiène du sommeil en fonction de l'âge | 71 |
| Figure 38 : Volonté d'informations complémentaires sur l'agenda du sommeil en fonction de l'âge | 72 |
| Figure 39 : Volonté d'informations sur les alternatives non médicamenteuses en fonction de l'âge | 72 |

Table des tableaux

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 : Représentation d'une nuit de sommeil | 13 |
| Tableau 2 : Evolution des différents stades du sommeil au cours de la nuit | 14 |
| Tableau 3 : Ventes de benzodazépines et apparentés utilisés comme hypnotique en France en 2012 | 24 |
| Tableau 4 : Ventes de benzodazépines et apparentés utilisés comme hypnotique en Limousin en 2011 | 28 |
| Tableau 5 : Tableau non exhaustif des différentes souches homéopathiques sous forme de granules pouvant être utilisées dans le traitement de l'insomnie par excitation cérébrale..... | 29 |
| Tableau 6 : Tableau non exhaustif des différentes souches homéopathiques sous forme de granules pouvant être utilisées dans le traitement de l'insomnie suite à un excès ou un événement particulier | 30 |
| Tableau 7 Tableau non exhaustif des différentes spécialités homéopathiques utilisées dans le traitement de l'insomnie | 31 |
| Tableau 8 Tableau non exhaustif des différentes plantes utilisées dans le traitement de l'insomnie | 32 |
| Tableau 9 Tableau non exhaustif des différentes formes pharmaceutiques à base de plante utilisées dans le traitement de l'insomnie..... | 33 |
| Tableau 10 : Tableau non exhaustif représentant les différentes huiles essentielles utilisées dans le traitement de l'insomnie | 34 |
| Tableau 11 : Benzodiazépines utilisées dans le traitement de l'insomnie | 39 |
| Tableau 12 : Apparentés aux benzodiazépines utilisés dans le traitement de l'insomnie | 41 |
| Tableau 13 : Anti-histaminiques utilisés dans le traitement de l'insomnie | 42 |
| Tableau 14 : Mélatonine utilisée dans le traitement de l'insomnie..... | 44 |
| Tableau 15 : Numérotation des questions et thèmes correspondants..... | 49 |

Serment de Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la faculté et de mes condisciples :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

- De ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Clémence HUCHET

Troubles du sommeil et médicaments hypnotiques : Place et rôle du pharmacien

Résumé :

Le sommeil est indispensable au bon développement cérébral pour assurer un certain nombre de fonctions métaboliques et permettre d'avoir une bonne qualité de vie.

Mais si celui-ci est perturbé de nombreuses conséquences sur la vie diurne peuvent avoir lieu. L'insomnie reste l'un des plus importants troubles du sommeil. La prise de médicaments psychotropes notamment les hypnotiques sont un des éléments principaux de la prise en charge et peuvent être la source de dépendance.

Le pharmacien d'officine par ses nombreuses missions a toute sa place dans la prise en charge d'une pathologie telle que l'insomnie afin d'éviter le recours à des molécules hypnotiques à long terme.

Mots-clés : Sommeil, insomnie, hypnotique, dépendance, pharmacien d'officine

Sleep disorders and hypnotic medication : place and role of the pharmacist

Abstract :

Sleep is essential for brain development to assure metabolic functions and allow a good quality of life.

But if this one is disrupted many consequences on diurnal life can take place. Insomnia is one of the most important sleep disorders. Taking psychotropic drugs including hypnotics are one of the main elements of management and can be the source of addiction.

The pharmacist with his many missions has to care the management of a pathology such as insomnia to avoid the use of long-term hypnotic molecules.

Keywords : Sleep, insomnia, hypnotic, dependance, pharmacist