

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 12 septembre 2017
Par Mme PAVY Margot**

Thèse réalisée en commun avec Mme BEEUWSAERT Audrey

**LE SOMMEIL DU SUJET AGE : EVALUATION MENEES DANS LES
OFFICINES DU NORD ET DU PAS-DE-CALAIS. A PROPOS DES RESULTATS
CONCERNANT LES MEDICAMENTS UTILISES POUR LA PRISE EN CHARGE
DU SOMMEIL.**

Membres du jury :

Président : **Monsieur le Doyen Damien CUNY**
Professeur des Universités et Doyen de la Faculté des Sciences
Pharmaceutiques et Biologiques de Lille 2.

Assesseur(s) : **Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN**
Professeur des Universités, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques de Lille 2
Pharmacien, Praticien Hospitalier – CHRU de Lille

Madame Claire PINCON
Maître de conférences, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
de Lille 2

Membre(s) extérieur(s) : **Monsieur Jean ROCHE**
Professeur des Universités, Faculté de Médecine de Lille 2
Médecin, Praticien hospitalier – CHRU de Lille

Monsieur Patrick WIERRE
Pharmacien d'officine

Madame Anne-Marie RASO
Pharmacien d'officine



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE
CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Murielle GARCIN Professeur Annabelle DERAM Professeur Muriel UBEDA SAILLARD Monsieur Ghislain CORNILLON Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Madame Nathalie ETHUIN Madame Ilona LEMAITRE
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie STANDAERT
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia MELNYK
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe BOCHU
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe CHAVATTE
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas MORGENROTH
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
Mme	RENNEVILLE	Aline	Hématologie
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M	TARTAR	André	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WILLAND	Nicolas	Laboratoire de Médicaments et Molécules

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	<u>GRAVE</u>	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL

Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Béregère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bertrand Décaudin pour nous avoir confié ce projet, pour vos nombreuses disponibilités ainsi que vos conseils, je vous exprime toute ma gratitude et l'assurance de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Damien Cuny, Doyen de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologique de Lille, je suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse.

A Madame Claire Pinçon, professeur de statistique, je vous remercie d'avoir étudié avec nous ce projet et d'avoir travaillé sur l'analyse statistique ainsi que de faire partie de ce jury.

A Monsieur le Professeur Jean Roche, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury, recevez ici toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Patrick Wierre, représentant le métier de pharmacien d'officine, je vous remercie pour les enseignements très enrichissants que vous avez apporté lors de la 6ème année de pharmacie ainsi que d'avoir accepté de juger mon travail.

A Madame Anne Marie Raso, pour m'avoir accueillie dès mes premiers stage à la pharmacie du Canon d'or et m'avoir encadrée et aidée durant toutes mes études. Je suis également très heureuse de pouvoir travailler à tes cotés au quotidien.

Je remercie tout particulièrement :

Ma maman, pour m'avoir donné le gout de travailler dans le milieu médical et qui, malgré le fait qu'elle ne soit plus là, est bien présente dans mon coeur, dans ma vie et dans mes gestes au quotidien. Alors merci Maman de m'avoir apporté tant d'amour pendant ces années.

Caro, pour être une sœur particulièrement présente. Tu me guides de jour en jour. Tu es à la fois une sœur, une amie et un repère dans ma vie.

Charlant, mon deuxième repère qui me soutient, me conseille et m'écoute. La force tranquille et le frère réfléchi qui me guide et m'accompagne dans mes moments de doute.

A vous 2, merci de m'encadrer et d'être toujours de bon conseil. Vous êtes des frères et sœurs au top.

Mon Papa, pour ses nombreuses relectures et tes conseils avisés de papa. Merci de m'avoir transmis ta passion pour la santé et l'ambition nécessaire pour réaliser ce parcours.

Antoine et Hélène pour leur soutien et leur affection, je sais que vous veillez sur moi.

A Julie, d'être une amie si présente et surtout si fétarde ! Toujours prête à sortir et bouger, on partage tous les jours nos histoires et on fait les 400 coups ensemble. Cette rencontre en première année de médecine est sûrement l'une des plus belles de ces dernières années ainsi que la pirogue et ses nombreux maracujas!

A Barbara, Claire, Angèle, Lea et les ninjas pour ses moments de folie ensemble, nos apéros dinatoires et nos Noëls entre copines, merci d'être toujours présentes et partantes pour voyager et créer des moments géniaux ! Vivement les prochains !

Aux copains en pharma: Cecilia, Aurore, Antoch, France, Alex, Antoine, Val, Maxence, Gobin merci pour ces belles années ensemble. Le haut de l'amphi Caventou, les tarots à la cafet' resteront dans ma tête ! Evidemment, je ne parle pas des révisions de dernières minutes et de nos échanges de fiches ... mais vous avez contribué à ma réussite !

A la team Canon d'or: Charlotte, Anne Marie, Brigitte, Estelle et Sophie, une belle équipe, soudée, toujours de bonne humeur. Merci pour m'avoir encadré dès mes premiers stage, d'avoir la patience de me former et de m'apprendre tous les jours des nouvelles choses ! Merci de m'avoir donné ma chance, j'espère que la suite sera tout aussi belle !

A Audrey pour m'avoir aidé et supporté pendant ce projet ! La construction de cette thèse s'est faite progressivement mais sûrement, ce projet nous a permis de se connaître et de partager de bons moments !

Table des matières

Lexique	14
Introduction	15
Partie 1 : Matériel et méthode	18
Partie 2 : Résultats	22
I. Description des données collectées	22
1. Identification des patients et de leurs antécédents	22
2. Analyse du dossier patient	23
3. Mode de vie	24
4. Avant le coucher	25
5. La chambre	25
6. Le sommeil	26
7. Le traitement pour dormir	27
8. Suite envisagée	29
II. Analyse des facteurs prédictifs d'arrêt et des problèmes de sommeil:	29
1. Facteurs prédictifs d'un souhait d'arrêt de traitement	29
2. Facteurs prédictifs d'un problème de sommeil	31
Partie 3 : Discussion.....	33
Conclusion	43
Annexes	45
I. Annexe 1 : Formulaire de consentement destiné au patient	45
II. Annexe 2.....	48
III. Annexe 3 : Grille d'entretien Sommeil & Hypnotique	49
IV. Annexe 4 : Fiche « Etre senior et mieux dormir » à destination des patients et des aidants	59
Bibliographie	61

Sommaire des figures

Figure 1: Proportion des antécédents dans la population étudiée	22
Figure 2 : Part de chaque hypnotique dans l'échantillon.....	23
Figure 3 : Temps d'endormissement décrits chez les patients.....	26
Figure 4 : Proportions de chaque cause de réveil nocturne	27
Figure 5 : Box plot sur la durée de traitement.....	28
Figure 6 : Heure de prise de l'hypnotique	28
Figure 7 : Représentation graphique des odds ratio des facteurs prédictifs d'un souhait d'arrêt de traitement.....	31
Figure 8: représentation graphique des odds ratio des facteurs prédictifs d'un trouble du sommeil.....	32

Sommaire des tableaux

Tableau 1 : Données sur le mode de vie des patients	24
Tableau 2 : Données sur les habitudes précédant le coucher	25
Tableau 3 : Données sur l'environnement	25
Tableau 4 : Evolution envisagée	29
Tableau 5 : Facteurs prédictifs d'un souhait d'arrêt de traitement.....	30
Tableau 6 : Facteurs prédictifs d'un trouble du sommeil	31

Lexique

Sujet âgé:

Selon l'OMS: sujet de plus de 65 ans ou plus.

Selon la Haute autorité de santé (HAS): Sujet de plus de 75 ans ou plus de 65 ans polypathologique.

Fragilité:

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (Rolland 2011- Société française de gériatrie et de gérontologie)

Introduction

Selon le rapport d'expertise de juin 2014 de l'ANSM intitulé « Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 », un peu moins de 3,1 milliards de boîtes ont été vendues en 2013 dont 20 millions de boîtes étaient du zolpidem. Ainsi le zolpidem et le zopiclone font partie dans 30 substances les plus vendues en 2013.

On observe également que la consommation de médicaments a légèrement diminué au cours de ces dix dernières années.

Les hypnotiques ont la propriété principale d'induire le sommeil chez des patients souffrant de difficultés d'endormissement ou de réveils nocturnes. Les hypnotiques les plus utilisés sont les benzodiazépines (tels que le loprozalam et le lormétazépam) et les apparentés aux benzodiazépines (tels que le zolpidem et le zopiclone). D'autres classes comme certains antihistaminiques (doxylamine, alimémazine) ou la mélatonine peuvent être aussi utilisées.

Cette classe de médicament, largement prescrite, présente une efficacité importante en début de traitement mais celle-ci diminue rapidement. En effet, au-delà du bénéfice ressenti dès les premières prises, les hypnotiques créent une dépendance physique et psychique et leur intérêt à long terme n'est nullement démontré. Or la moitié des sujets traités par une benzodiazépine anxiolytique ou hypnotique le sont pendant plus de 2 ans. Ce constat démontre un attachement des patients à leur traitement et une difficulté d'arrêt.

Par ailleurs, l'utilisation de ces substances induit de nombreux effets indésirables. A court terme, elles provoquent des confusions et des troubles cognitifs lentement régressifs à l'arrêt. On observe également des amnésies antérogrades, une augmentation du nombre de chutes et donc une majoration du risque de fracture du col du fémur. A long terme, ces thérapies provoqueraient une augmentation du risque d'apparition d'une démence. Ce risque est toute fois à nuancer d'après un article paru dans « Prescrire » : D'une part, des études montrent que des patients atteints de démences avaient été exposés à une benzodiazépine 5 à 10 ans avant la maladie plus souvent que les patients non atteints. Cinq autres études épidémiologiques ont eu des résultats similaires mais d'autres études mettent en évidence une absence de lien avec la durée d'exposition à une benzodiazépine.

Le sujet âgé est un sujet qui nécessite une surveillance particulière. L'adjonction dans son traitement de molécules induisant des pertes de mémoires et d'autonomie augmente les risques d'altération de sa santé. La loi n°2004-806 du 9 août 2004 a pour objectif de parvenir d'ici 5 ans à la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées. En effet, le vieillissement crée une réduction de la fonction rénale, une perte ostéo-musculaire et un gain adipeux. Par conséquent, il faut prendre en compte ces facteurs de risque au moment de l'instauration, de la surveillance ou de la poursuite du traitement afin de diminuer la survenue d'événements indésirables. Afin de faciliter la démarche des médecins prescripteurs pour inciter à l'arrêt des benzodiazépines, l'HAS a mis à disposition des outils en rappelant par exemple que dès l'instauration du traitement, il faut expliquer que cela sera un traitement de courte durée et qu'il nécessitera un arrêt progressif. Est présent également un courrier d'information de la part du médecin traitant à destination du patient afin de le sensibiliser les patients et faire naître le désir d'arrêt. Le médecin pourra également proposer la tenue d'un agenda du sommeil afin de mieux percevoir les troubles de son patient.

Ces chiffres et ma propre expérience au sein d'une pharmacie de ville m'ont fait prendre conscience de la place importante des hypnotiques dans notre société et plus particulièrement au sein de la population âgée.

De facto, je n'ai pas hésité, lorsque l'opportunité m'a été proposée de réaliser une étude sur le ressenti des patients âgés vis à vis de leur traitement hypnotique. Le pharmacien d'officine a un rôle à jouer pour aider les patients dans une démarche d'arrêt.

Je me suis donc particulièrement investi lors du projet de santé publique proposé lors de notre stage de 6^{ème} année et j'ai souhaité étudier les résultats des questionnaires de l'ensemble de notre promotion. Ce projet a été préparé et encadré par les professeurs de la faculté de pharmacie de Lille en collaboration avec des médecins gériatres du CHRU de Lille. Avant de mener à bien nos entretiens avec les patients, nous avons pu assister à une conférence rappelant les modalités de l'étude, les critères d'inclusion et d'exclusion, et mettant à disposition un questionnaire ainsi qu'un courrier pré-rédigé destiné aux médecins traitants.

L'objectif de cette thèse est de présenter les principaux résultats de cette enquête qui portait sur les patients âgés ayant une plainte de sommeil dans la région Nord-Pas-de-Calais.

L'objectif principal est de cerner les difficultés présentées par cette population pour obtenir un sommeil correct et d'identifier des pistes susceptibles d'aider le pharmacien d'officine dans l'approche de cette problématique.

L'objectif secondaire est de savoir repérer les patients souhaitant modifier ou arrêter leur traitement afin de les encourager et, les aider à réaliser un sevrage en coordination avec leur médecin traitant.

Partie 1 : Matériel et méthode

Il s'agit d'un travail de santé publique mené par l'ensemble des étudiants de 6^{ème} année officine, de la faculté de sciences pharmaceutiques et biologiques de l'Université de Lille 2, au cours du stage de pratique officinale. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Des entretiens ont été réalisés auprès des patients par les étudiants de pharmacie avec l'aide de leur maître de stage, entre le 4 janvier et le 30 juin 2016, dans les officines du Nord Pas de Calais.

Un groupe de travail comprenant des enseignants de la faculté de pharmacie, de pharmaciens d'officine et de gériatres a rédigé des supports permettant la standardisation des informations recueillies :

- Un guide de projet de santé publique
- Une grille d'entretien
- Un courrier aux médecins traitants

Pour préparer ces entretiens, les étudiants ainsi que leurs maîtres de stage ont bénéficié d'une formation sous forme de conférence à la faculté afin de rappeler les critères d'inclusion, de présenter la grille de recueil et le déroulement d'un entretien.

Au cours de cette conférence, ils ont également reçu une formation sur le sommeil du sujet âgé et ses modifications, les traitements des troubles du sommeil, leurs effets indésirables, interactions médicamenteuses et contre-indications principales.

Les objectifs de ces entretiens étaient d'évaluer le sommeil, la connaissance de sa gestion et ses modifications au cours de la vie, d'évaluer la représentation des médicaments pour dormir et le cas échéant, d'orienter le patient souhaitant modifier ou arrêter son traitement hypnotique vers son médecin traitant.

Ces entretiens s'adressaient aux patients habituels des officines, de plus de 65 ans, se plaignant de troubles du sommeil, prenant au moins un médicament pour la prise en charge d'un trouble du sommeil, à l'exclusion des patients soignés pour dépression, psychose ou trouble bipolaire.

Les médicaments concernés par le travail sont :

- les benzodiazépines : l'estazolam (Nuctalon*), le loprazolam (Havlane*), le lormétazépam (Noctamide*), le nitrazépam (Mogadon*) et le témazépam (Normison*)

- les apparentés aux benzodiazépines aussi appelés les « Z » : zolpidem (Stilnox*) et zopiclone (Imovane*)
- des antihistaminiques : alimémazine (Théralene*), doxylamine (Donormyl*) et prométhazine (Phenergan*)
- les mélatoninergiques avec la mélatonine (Circadin LP*)

Les patients ont été sollicités au comptoir par les étudiants, avec l'accord du maître de stage, s'en suivait la prise d'un rendez-vous pour les patients acceptant de participer. L'étudiant préparait alors l'entretien grâce à l'historique de dispensation du patient. Il se déroulait dans un espace de confidentialité ou au domicile du patient. Au cours de celui-ci, l'étudiant, accompagné ou non de son maître de stage, expliquait au patient le déroulé de l'entrevue, lui faisait signer un formulaire de consentement (annexe 1) puis suivait la grille de recueil, fournie par la faculté, pour la collecte des informations. A l'issue de l'entretien, l'étudiant prenait éventuellement contact, par téléphone, avec l'accord du patient, avec le médecin traitant du patient, préalablement informé de l'étude par courrier (annexe 2), afin de lui transmettre les éléments importants et parfois afin de mettre en place d'une procédure d'arrêt. Les données collectées étaient ensuite anonymisées avant la remise du rapport à la Faculté.

La grille de recueil (annexe 3) comporte différentes rubriques :

- « l'identification du patient » via son âge, la présence ou non d'un dossier pharmaceutique et son contexte (sortie d'hospitalisation ou non)
- « ses antécédents médicaux » tels qu'une dyslipidémie, un diabète, une maladie neurologique ou de la mémoire, une insuffisance respiratoire ou rénale, une ou plusieurs pathologies cardiovasculaires, des problèmes urinaires ou encore la présence d'une dysthyroïdie.
- « l'analyse de son dossier patient » : avec recherche du nombre de médicaments que le patient prend et d'une éventuelle automédication. Cette rubrique met aussi en lumière le nombre d'hypnotiques testés, la présence ou non de chevauchements ainsi que la présence ou non de modifications récentes de posologie.
- des « questions sur le patient lui-même » : s'il vit seul ou non, s'il pratique une activité physique, s'il sort de son foyer tous les jours, s'il fait une sieste ou non, s'il a chuté ou non dans les six derniers mois ainsi que son degrés d'inquiétude.

- « son sommeil » : Cette rubrique est celle qui nous intéresse le plus car elle permet de recueillir les informations telles que la régularité sur l'heure du coucher, son temps d'endormissement, le nombre de réveils nocturnes ainsi que les causes de ces réveils (conjoint, bruits extérieurs, ronflement, reflux gastro-œsophagien, énurésie etc...)
- « le moment avant le coucher » ainsi que la chambre du patient : on note par la présence de bruit ou de lumière, la présence d'un appareil électronique (télévision, ordinateur etc...) ou la température de la chambre.
- « son traitement pour dormir » en mettant en évidence depuis combien de mois le patient prend son traitement, s'il avait été initié dans un contexte d'hospitalisation et si la posologie prescrite a évolué ou non. Ensuite, on s'intéresse à l'attitude du patient vis à vis de son traitement : le fait qu'il modifie lui-même ou non sa posologie, s'il lui arrive de reprendre un comprimé la nuit etc...
- « la suite envisagée » avec la prise éventuelle de contact avec le médecin traitant et le suivi du patient lors des dispensations suivantes.

Nous avons repris l'ensemble des résultats obtenus dans un tableau Excel, pour cela ils ont été codés selon des variables binaires ou numériques.

Les analyses statistiques ont été réalisées par le Module pour l'Enseignement et la Recherche Collaboratifs en Statistique (GIVRE – MERCS) de la faculté de pharmacie de l'Université Lille 2.

Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA), les graphiques avec le logiciel GraphPad PRISM 7.00 (GraphPad Software Inc., La Jolla, CA, USA).

Les données sont présentées sous forme de médiane [intervalle interquartile] pour les variables continues en raison de l'asymétrie de leur distribution, et sous forme d'effectifs (proportions) pour les variables catégorielles.

Les comparaisons de deux populations ont été effectuées par des tests de Student ou des tests de Man et Whitney pour les variables continues (la normalité des variables ayant été préalablement testée par des tests de Shapiro Wilk dans le cas de petits échantillons), et par des tests du khi-deux ou de Fisher pour les variables catégorielles.

La recherche de facteurs prédictifs du risque de problèmes de sommeil et de la probabilité du souhait d'arrêt de traitement a été effectuée avec des régressions

logistiques. Pour les variables quantitatives, l'hypothèse de log-linéarité était vérifiée en comparant le modèle simple au modèle contenant une composante quadratique, et en inspectant le graphe des logits observés en fonction des valeurs de la covariable. Les modèles multivariés étaient construits en incluant toutes les covariables, quel que soit leur degré de signification dans les analyses univariées. La sélection des covariables était ensuite effectuée manuellement, de façon à minimiser le critère d'information bayésien, et à maximiser l'index de concordance c et le degré de signification du test de Hosmer et Lemeshow.

Pour toutes les analyses, le risque de première espèce était fixé à 5%.

Partie 2 : Résultats

I. Description des données collectées

1. Identification des patients et de leurs antécédents

L'échantillon de patients étudié comporte 960 sujets. La moyenne d'âge de ces patients est de 74 ans. Plus de la moitié des patients (54,6%) interrogés ont un dossier pharmaceutique ouvert.

Concernant les antécédents les plus rencontrés (figure 1), on retrouve en premier lieu les pathologies cardiovasculaires (75,4% des patients) et en second la dyslipidémie (42,5%). S'en suivent ensuite le diabète, la dysthyroïdie ainsi que des problèmes urinaires.

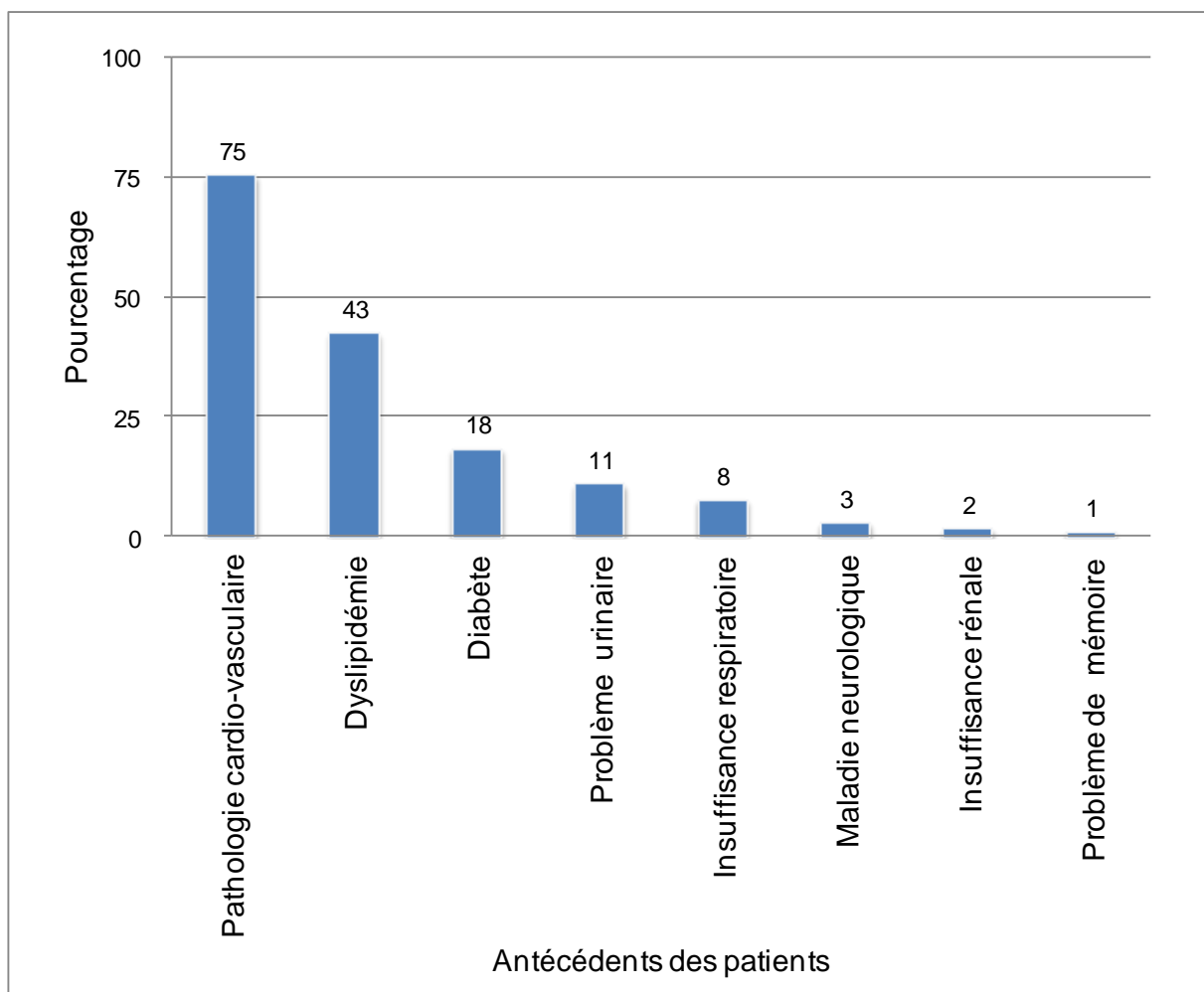


Figure 1: Proportion des antécédents dans la population étudiée

2. Analyse du dossier patient

Chez ces patients, on retrouve une valeur médiane de 6 médicaments différents par jour. Parmi les patients interrogés, 68,8% n'ajoutent pas de traitement en automédication à la prescription de leur médecin tandis que 15 % en prennent au moins un.

Comme on peut le voir sur la figure 2, plus de 75% des hypnotiques consommés sont représentés par les apparentés aux benzodiazépines, respectivement 48,4% pour le zolpidem (Stilnox*) et 27% pour le zopiclone (Imovane*). Viennent ensuite les benzodiazépines telles que le lormétazépam (Noctamide*) (10,9%), le loprazolam (Havlane*) (4,4%), ainsi que la doxylamine (Donormyl*), l'estrazolam (Nuctalon*), l'hydroxyzine (Atarax*) ou le nitrazépam (Mogadon*).

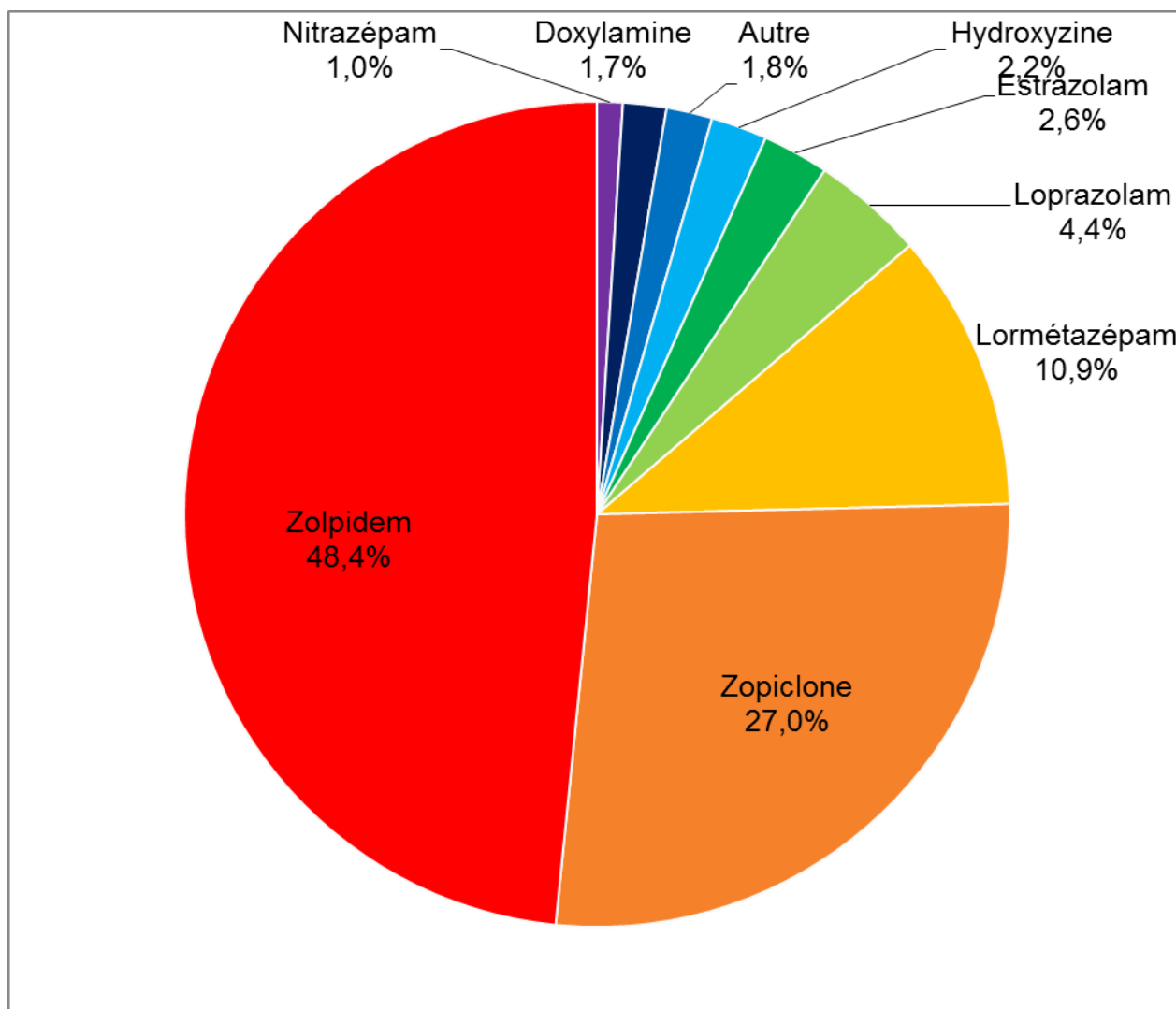


Figure 2 : Part de chaque hypnotique dans l'échantillon

La plupart des patients n'ont testé qu'un hypnotique (80,5%) voire deux (15,1%) au cours de leur vie.

Sur 960 patients inclus, 86,7% n'ont eu aucune modification de posologie au cours des 6 derniers mois, alors que 7,8% ont eu une diminution et 5,2% ont eu une augmentation de celle-ci.

3. Mode de vie

Dans la population sondée (tableau 1), environ la moitié (47,2%) des patients vivent seul.

Quand on regarde les activités des personnes interrogées on retrouve une notion d'horaires de travail particuliers, présents ou passés, chez 23,9%, 65,9% sortent de chez eux quotidiennement, 43,9% disent avoir une activité physique régulière, de même 43,9% font une sieste de plus de 20 minutes. Quelques-uns déclarent fumer le soir (9,4%). Il se révèle que beaucoup de personnes âgées sont inquiètes et 20% ont chuté au cours de six derniers mois.

Variable	Nombre (pourcentage)
Vit seul	452 (47.2%)
A ou avait des horaires de travail particuliers*	229 (23.9%)
Activité physique régulière	421 (43.9%)
Sortie quotidienne	631 (65.9%)
Sieste de plus de 20 minutes	420 (43.9%)
Tabac en soirée	90 (9.4%)
A des sources d'inquiétudes	537 (56.1%)
Chute au cours des 6 derniers mois	192 (20.0%)

Tableau 1 : données sur le mode de vie des patients

35,3% se plaignent de troubles de la concentration ou de la mémoire

4. Avant le coucher

Avant le coucher (tableau 2), quelques-uns avouent prendre un repas plutôt copieux (13,4), consommer de l'alcool au repas du soir (28,2%), ou encore prendre une boisson excitante telle qu'un café ou un thé (12,9%). Mais la plupart d'entre eux ont un petit rituel avant le coucher (72,9%).

Variable	Nombre (pourcentage)
Repas copieux	128 (13.4%)
Alcool au repas	268 (28.2%)
Café, thé en fin de repas	123 (12.9%)
Rituel avant le coucher	694 (72.9%)

Tableau 2 : données sur les habitudes précédant le coucher

5. La chambre

Au niveau de l'environnement de sommeil (tableau 3), on retrouve fréquemment un écran dans la chambre à coucher (dans 42,4% des cas), que ce soit une télévision ou un ordinateur, 20,3% des personnes sont parfois gênées par un bruit ou par la lumière et chez 23,1% la température de la chambre est supérieure à 19°C.

Variable	Nombre (pourcentage)
Gêné par un bruit ou une lumière	194 (20.3%)
Ecran dans la chambre	407 (42.4%)
Température > 19°C	216 (23.1%)

Tableau 3 : Données sur l'environnement

6. Le sommeil

En ce qui concerne le sommeil en lui-même, environ 80% des patients se couchent à heure régulière.

D'une part, on retrouve des difficultés d'endormissement chez 55,9% des patients reçus en entretien. Les trois quarts des patients (soit 74,9%) s'endorment en moins d'une heure, 16,1% s'endorment en une ou deux heures (figure 3).

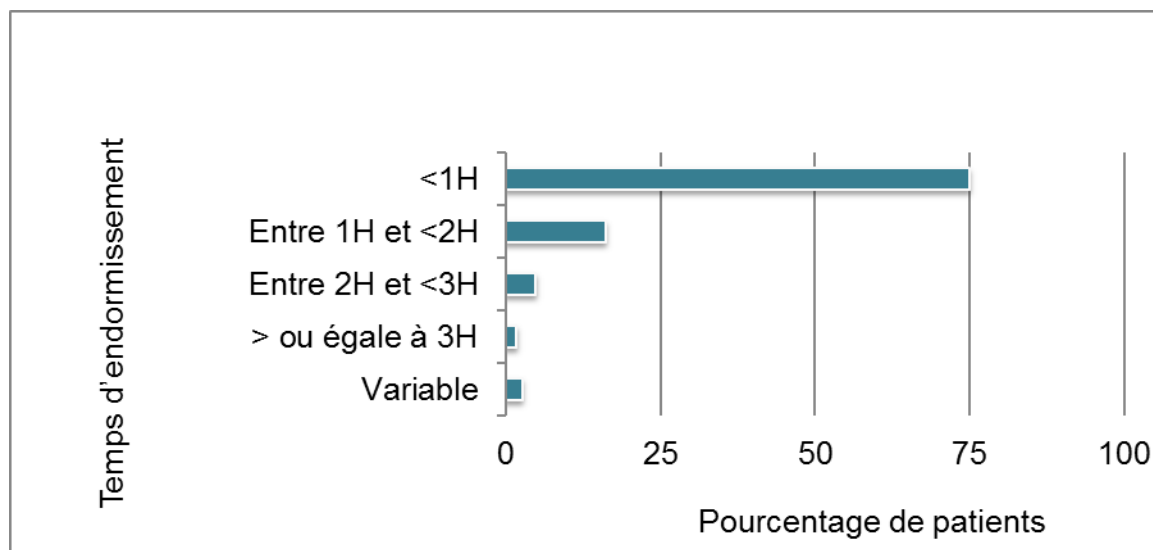


Figure 3 : Temps d'endormissement décrits chez les patients

D'autre part, plus de 75% des personnes âgées se réveillent la nuit. Les causes de réveil sont variées (figure 4) mais une personne sur deux souffre de nycturie, 12,6% sont réveillées du fait de leur stress, 10% ont des douleurs. Viennent ensuite les cauchemars, les bruits extérieurs, le conjoint, les ronflements, les bruits dans la maison, les problèmes respiratoires et la toux nocturne, un animal, un reflux gastro-œsophagien, ou les bouffées de chaleur.

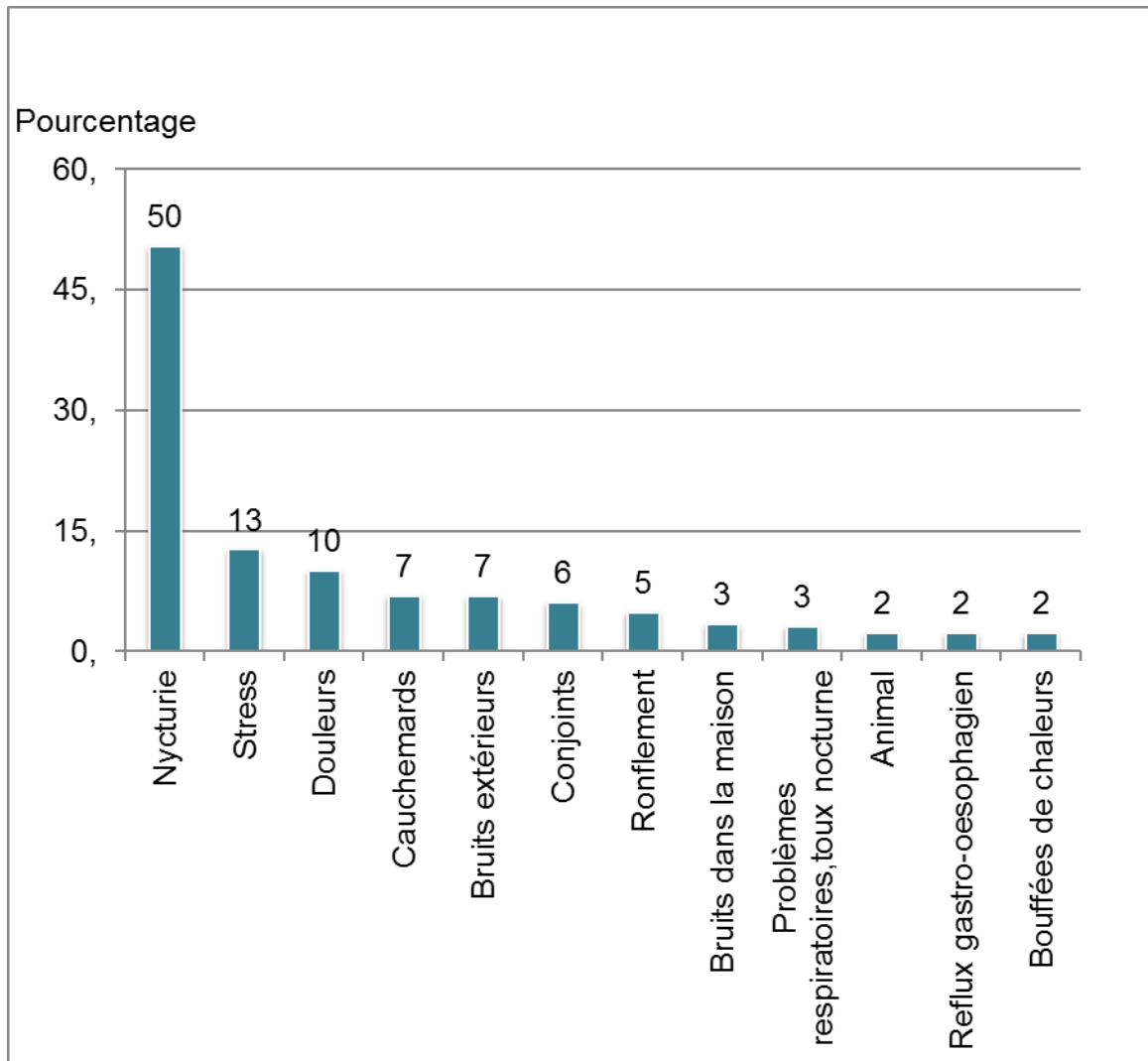


Figure 4 : Proportions de chaque cause de réveil nocturne

Environ un tiers se réveille entre 7 et 8h, un tiers entre 6 et 7h, 17% avant 6 h et 17% entre 8h et 9h.

Ces personnes estiment pour la plupart (soit 62,2%) que leur sommeil est réparateur.

7. Le traitement pour dormir

Concernant le traitement pour dormir, on note que la durée médiane du traitement est de 120 mois (figure 5) et que le premier quartile est égal à 48 et le troisième quartile est égal à 180 mois. Par conséquent:

- 25% des patients prennent leur hypnotique depuis 48 mois ou moins, soit moins de 4 ans
- 25% des patients prennent leur hypnotique depuis plus de 48 mois mais moins de 120 mois, soit entre 4 et 10 ans

- 25% des patients prennent leur hypnotique depuis au moins 120 mois et moins de 180 mois, soit entre 10 et 15 ans
- 25% des patients prennent leur hypnotique depuis plus de 15 ans

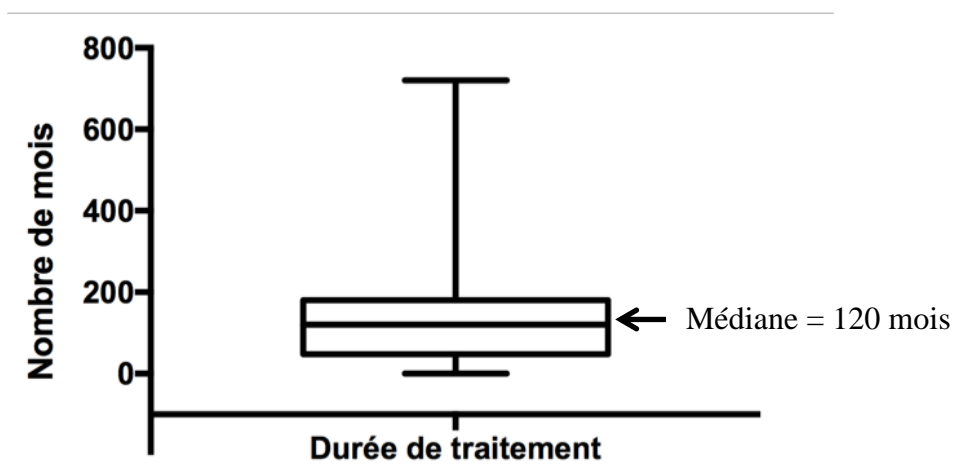


Figure 5 : Box plot sur la durée de traitement

L'instauration de leur traitement pour leur sommeil a eu lieu à l'hôpital pour 15% d'entre eux et 70,3% des patients déclarent avoir toujours pris le même hypnotique.

La prise de l'hypnotique (figure 6) a lieu entre 22H et 22H59 pour 40,7% des patients. 23,5% des patients le prennent entre 23H et 23H59 et 19,8% entre 21H et 21H59.

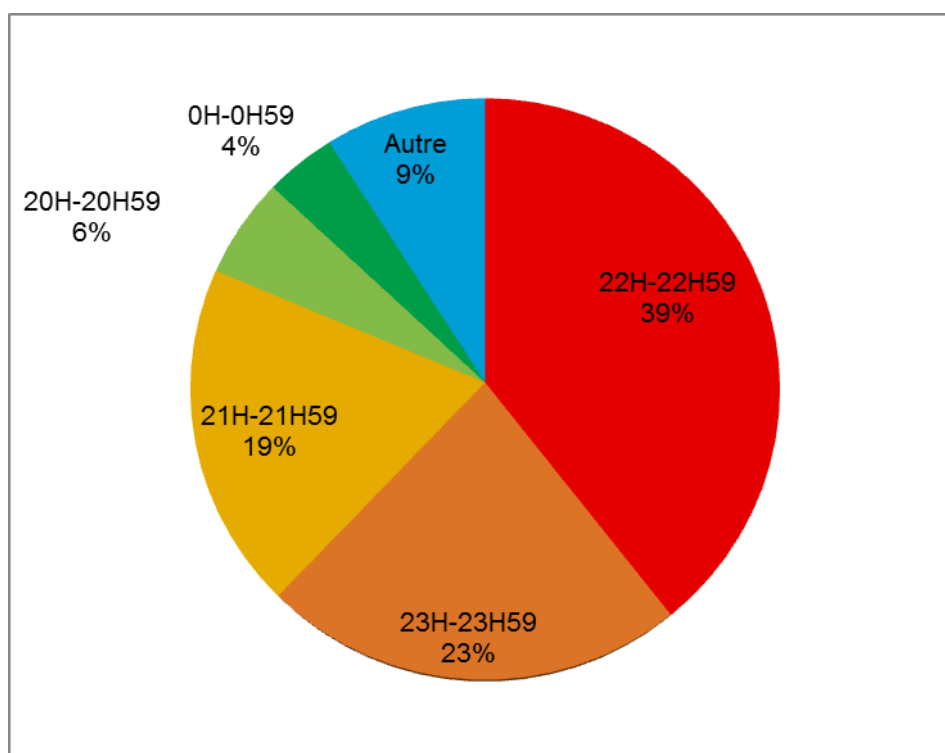


Figure 6 : Heure de prise de l'hypnotique

Sur les 960 patients interrogés, 313 avouent modifier eux même leur posologie ce qui représente 32,8% et 137 patients (soit 14,3 %) reprennent d'eux même un comprimé la nuit.

8. Suite envisagée

Le questionnaire permet également d'envisager la possibilité d'un arrêt ou d'une diminution de traitement (tableau 4). Ainsi, 34,6% des sujets interrogés ont déjà envisagé l'arrêt du traitement et plus d'un quart des patients sont intéressés par une nouvelle démarche d'arrêt.

A la suite de ces entretiens, moins de 10% des étudiants ont obtenu l'accord pour contacter le médecin traitant et discuter de l'évolution du traitement, et au cours du suivi des patients, 18,4% d'entre eux ont modifié leur traitement.

Variable	Nombre (pourcentage)
A déjà envisagé l'arrêt du traitement	330 (34.6%)
Nouvelle démarche d'arrêt	245 (25.8%)
Accord pour contact MG*	94 (9.9%)
Modification de traitement	165 (18.4%)

Tableau 4 : Evolution envisagée

II. Analyse des facteurs prédictifs d'arrêt et des problèmes de sommeil:

1. Facteurs prédictifs d'un souhait d'arrêt de traitement

Dans un premier temps, on recherche les facteurs prédictifs d'un souhait d'arrêt de traitement, pour cela, on s'intéresse uniquement aux les patients ayant répondu oui à « a envisagé l'arrêt du traitement » et/ou « nouvelle démarche d'arrêt ».

Quand on regarde les statistiques descriptives, on note ainsi que les patients souhaitant arrêter paraissent en moyenne plus jeunes (72ans) que ceux ne

souhaitant pas arrêter (76ans). De même, plus les patients prennent de médicaments, moins ils semblent souhaiter arrêter, les patients pratiquant l'automédication seraient plus acteurs dans une démarche d'arrêt. Le fait que le patient ne vive pas seul, qu'il ait des sources d'inquiétudes, qu'il sorte chaque jour pourrait également être des facteurs prédictifs.

Seulement, le modèle de régression logistique multivarié nous montre ensuite, qu'envisager l'arrêt du traitement ou faire une nouvelle démarche d'arrêt est plus favorable (tableau 5, figure 7):

- lorsque le sujet est jeune
- lorsqu'une diminution de posologie au cours des 6 derniers mois a eu lieu, le souhait d'arrêt est ainsi multiplié par 3
- lorsque le patient modifie lui-même sa posologie, cela multiplie par 2 le souhait d'arrêt
- lorsque le patient gère son traitement lui-même ($p=0,0008$), cela multiplie par 1,78 ses chances d'arrêt.

Il ressort ainsi que les patients les plus acteurs de leur traitement sont plus à même d'arrêter leur traitement.

Variable	OR	IC95%	p
Age (par tranche de 10 ans)	0.652	[0.543 ; 0.781]	<0.0001
Diminution de posologie	3.109	[1.787 ; 5.410]	<0.0001
Sources d'inquiétude	1.387	[1.043 ; 1.846]	0.02
Modification de posologie par le patient	1.929	[1.427 ; 2.608]	<0.0001
Gestion du traitement par le patient	1.780	[1.073 ; 2.954]	0.03

Tableau 5 : Facteurs prédictifs d'un souhait d'arrêt de traitement

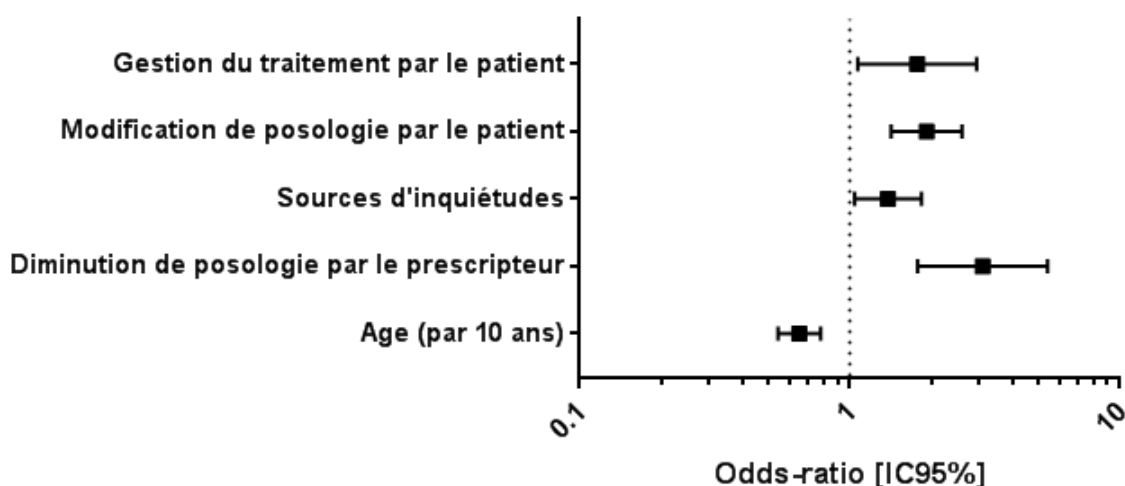


Figure 7 : Représentation graphique des odds ratio des facteurs prédictifs d'un souhait d'arrêt de traitement

2. Facteurs prédictifs d'un problème de sommeil

Dans un second temps, on évalue les patients ayant répondu oui à « difficulté d'endormissement » et/ou « réveil nocturne », afin de rechercher les facteurs qui pourraient être prédictifs d'un problème de sommeil

Il en ressort que (tableau 6, figure 8):

- plus le sujet est inquiet, plus il a des problèmes de sommeil
- la prise du même hypnotique engendre deux fois moins de troubles du sommeil
- la reprise la nuit de l'hypnotique est en lien avec l'expression des troubles du sommeil par le patient avec un odds ratio supérieur à trois.

Variable	OR	IC95%	p
Sources d'inquiétudes	1.634	[1.082 – 2.469]	0.02
Prise du même hypnotique	0.432	[0.251 – 0.742]	0.002
Reprise la nuit	3.477	[1.383 – 8.738]	0.008

Tableau 6 : Facteurs prédictifs d'un trouble du sommeil

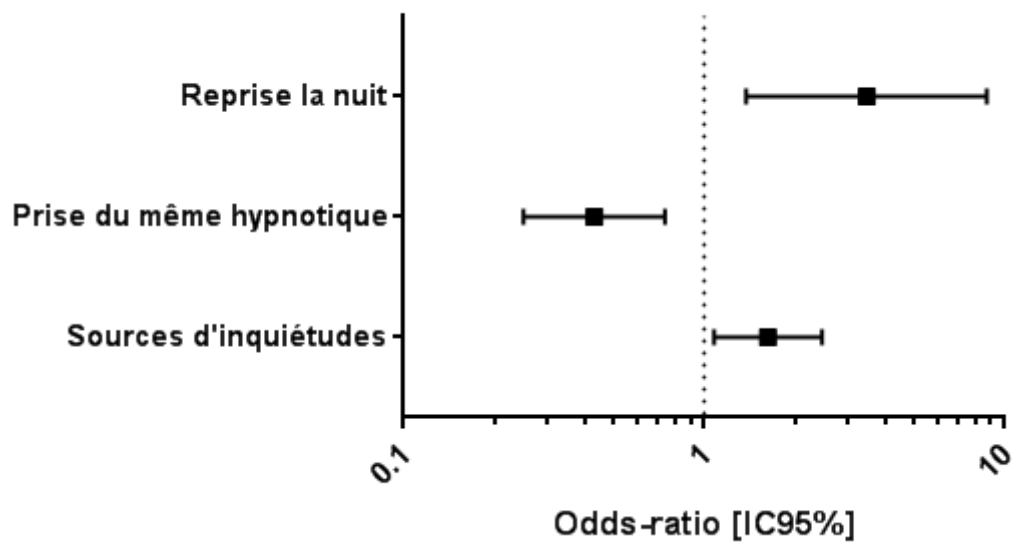


Figure 8: représentation graphique des odds ratio des facteurs prédictifs d'un trouble du sommeil

Partie 3 : Discussion

Parmi les chiffres marquants lors de cette étude, on peut relever que 75% des patients traités pour leur sommeil prennent un médicament apparenté aux benzodiazépines. La majorité de ces patients n'ont d'ailleurs testé qu'un seul hypnotique (80,5%) : cela traduit un certain attachement des patients à leur traitement ainsi qu'une prescription par les médecins trop systématique sans reconsidérer la situation. Selon les résultats, peu de patients (13,3%) ont modifié leur posologie au cours des 6 derniers mois. Cela évoque un très faible niveau de réévaluation de ces traitements dont les raisons peuvent être multiples : satisfaction des patients vis à vis de l'effet de leur traitement pour le sommeil, peur d'arrêter, absence de mise en œuvre de réévaluation du traitement par le prescripteur ou encore manque d'implication du pharmacien d'officine dans la sensibilisation au bénéfice risque, avec réévaluation de cette posologie.

Malgré les recommandations de la Haute autorité de santé de diminuer la prescription pour les benzodiazépines et les hypnotiques « Fiche mémo: arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés » de Juin 2015 (4), on note que 19% des patients interrogés ont recours à des chevauchements. Ainsi, se pose la question de savoir si les patients ne consomment pas plus qu'ils ne le disent et reviennent en chercher plus tôt.

Depuis le 10 avril 2017 (7), afin de limiter les risques d'abus et de détournement, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a décidé d'encadrer la prescription des spécialités à base de zolpidem en imposant l'utilisation d'une ordonnance sécurisée.

Depuis plusieurs années, il a été noté des abus et détournements avec notamment une utilisation par les patients dans les indications thérapeutiques mais à doses élevées et sur de longues périodes. L'utilisation d'ordonnance sécurisée permet de mieux contrôler d'une certaine manière l'utilisation de ce médicament et de limiter les chevauchements mais le patient ayant le choix de sa pharmacie, il lui est toute fois encore possible d'utiliser deux ordonnances en même temps.

Cette mesure pourrait, dans les années à venir, être généralisée à tous les hypnotiques et les benzodiazépines afin de limiter les chevauchements et/ou complétée par le nom de la pharmacie afin d'éviter le mésusage ainsi que le détournement.

Si l'heure du coucher semble apparaitre comme régulière, le temps d'endormissement décrit reste dans près de 25% supérieur à 1 heure. Ce temps trop important met en lumière plusieurs problèmes. Généralement, avec l'âge, il existe un vieillissement naturel du sommeil. Les personnes âgées ont tendance à procéder à une avance de phase. Ainsi, l'endormissement survient très tôt (vers 21H 21H30) mais les besoins de sommeil étant identiques, le réveil se produit également très tôt (vers 4h ou 5H) (8). Cette observation est contradictoire avec notre étude. Lorsque tels est le cas, deux options pour limiter le temps d'endormissement se présentent : soit le sujet continue de se coucher tôt et donc il faut lui conseiller de s'occuper dès le réveil, soit décaler progressivement l'heure de coucher afin de décaler naturellement l'heure de réveil. Ce temps d'endormissement trop long peut également être dû à la préparation du sommeil, à la chambre et à l'utilisation des tablettes, TV... Il est donc important de rappeler les règles hygiéno-diététiques afin de favoriser un sommeil réparateur.

D'autre part, on peut également mettre en lumière que, malgré la prise d'un hypnotique, le sommeil reste difficile à trouver. D'après le rapport de juin 2015 de la Haute Autorité de Santé intitulé « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés: démarche du médecin traitant en ambulatoire » (5), lorsque le traitement par benzodiazépines hypnotiques est effectif pendant plus de 4 semaines, l'efficacité devient incertaine et les risques d'effets délétères augmentent : somnolence diurne, troubles de la mémoire, chutes, accidents, etc.. ainsi que celui de dépendance.

Afin de limiter ce phénomène, la Haute autorité de santé préconise une utilisation raisonnée des benzodiazépines et apparentés en limitant leur prescription à 4 semaines en tant qu'hypnotiques. Ce chiffre est pourtant loin d'être respecté puisque dans notre étude, la durée moyenne du traitement hypnotique chez le sujet de plus de 65 ans est de 120 mois soit 10 ans.

Cette durée si longue soulève plusieurs questions.

Pourquoi la réévaluation des hypnotiques chez le sujet âgé est-elle si compliquée à gérer ? Quel est le niveau d'implication des professionnels de santé dans ce domaine ?

D'après notre étude, l'une des réponses possibles est l'attachement du patient à son traitement.

Le fait de prendre un comprimé pour l'aider à dormir le rassure et l'apaise

alors que la prise d'hypnotique certes traite l'insomnie mais ne traite pas les causes de l'insomnie.

La question de la place de l'accompagnement du patient à l'arrêt est abordée par une étude canadienne (9) réalisée sur 303 utilisateurs à long terme de médicaments à base de benzodiazépines âgés de 65 à 95 ans.

Cette étude avait pour objectif de comparer l'effet d'une intervention éducative directe sur le consommateur par rapport aux soins habituels proposés pour l'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé vivant en collectivité.

Il a été montré qu'à 6 mois, 27% du groupe d'intervention avait abandonné l'utilisation de benzodiazépine par rapport à 5% du groupe témoin. Ainsi, on peut en déduire qu'un accompagnement des patients avec une intervention éducative est positif pour l'arrêt des benzodiazépines.

De plus, une réduction de dose s'est produite pour 11% des patients. Dans notre étude, 18% des patients ont eu une modification de traitement mais on ne connaît pas la proportion d'arrêt des benzodiazépines sur le long terme.

Dans l'étude canadienne (9), l'analyse multi variée des facteurs associés montre que l'âge, la durée d'utilisation, l'indication d'utilisation, la dose, les tentatives antérieures d'arrêt et le nombre de médicaments n'ont pas d'effet significatif avec l'arrêt du traitement benzodiazépine.

A l'inverse, dans notre étude, les facteurs identifiés lors de l'analyse multi variée sont l'âge (plus le patient vieillit et moins il envisage l'arrêt), la diminution de posologie par le patient lui-même ou par le prescripteur au cours des 6 derniers mois, l'existence de sources d'inquiétude (associée à une légère augmentation du souhait d'arrêt), et la gestion du traitement par le patient lui-même (associée également à une augmentation du souhait d'arrêt). Ces divergences sont à confirmer par la réalisation d'études supplémentaires

Une diminution de posologie au cours des 6 derniers mois multiplie par 3 le souhait d'arrêt du traitement.

Ce résultat est à nuancer car la méthode de l'étude peut induire un biais de recrutement (choix de patients plus enclin au dialogue avec le pharmacien) et d'interprétation de la volonté des patients (uniquement déclarative sans contrôle à distance du caractère effectif de sa mise en œuvre).

Certains étudiants ont peut-être surévalué les chances d'arrêt.

En effet, l'étude ayant été réalisée uniquement sur 6 mois de stage, certains patients ont remis en cause leur souhait d'arrêt après leur entretien sans que l'étudiant ne s'en aperçoive.

Toutefois, un patient qui est acteur dans son traitement semble être un patient qui a plus de chance d'arrêter son hypnotique. En effet, les patients qui gèrent eux-mêmes leur traitement se sentent plus concernés par cette démarche. Ils ont visiblement une volonté d'éviter les traitements à risque pour eux et sont donc plus à l'écoute et plus dans une démarche de diminuer ou d'arrêter leur traitement hypnotique.

Ainsi, un des éléments clé de cette étude est aussi le rôle joué par le patient au regard de son traitement.

On a ainsi mis en évidence que près d'un tiers des patients modifiaient la posologie de leur hypnotique. Près de 9 sur 10 gèrent leur traitement seul. Cela peut être interprété comme une volonté d'être indépendant et responsable et de garder le contrôle sur leur état de santé. Ils ne souhaitent pas forcément être aidé car cela leur fait prendre conscience d'un déclin et d'une diminution physique et psychologique avérée. Il peut également s'agir d'un biais de recrutement de patients venant régulièrement à l'officine et donc non fragiles.

Ainsi, on retient que malgré les idées reçues concernant les hypnotiques, cette population de patients serait prête à arrêter le médicament: presque 35% l'ont déjà envisagé et 25,8% entame une nouvelle démarche d'arrêt. Un tiers des patients sont prêt à réfléchir sur l'utilité de leur traitement et sur leur efficacité et un quart ont décidé d'initier une nouvelle démarche d'arrêt.

Dans ce cadre, le pharmacien d'officine a un rôle primordial à jouer. Il peut déjà repérer ces patients qui viennent chercher leur traitement régulièrement mais qui ne prennent pas systématiquement un hypnotique afin d'ouvrir le dialogue.

Le pharmacien d'officine peut également élargir cette démarche à tous les consommateurs de benzodiazépines afin de limiter la prise trop longue de ces traitements.

La discussion avec le sujet pourrait se dérouler de la manière suivante. Il faudrait dans un premier temps évaluer si ses habitudes de vie sont bonnes, s'il a une hygiène de vie en adéquation avec un bon sommeil. Le pharmacien rappellerai les conseils hygiéno-diététiques et fournirait un fascicule d'informations sur le sommeil.

Dans un second temps, afin d'initier l'arrêt de la prise d'hypnotique, le pharmacien

peut conseiller le patient sur des méthodes alternatives tels que la relaxation si le sujet est angoissé, ou l'utilisation de plante anxiolytique. Cette démarche devrait être réalisée en concertation avec le médecin et une communication plus présente entre eux faciliterait ce type de prise en charge.

Cette approche thérapeutique doit se faire en globalité : il faut revoir l'environnement du patient, comprendre ses troubles du sommeil, identifier ses erreurs hygiéno-diététiques afin d'avoir une réponse constructive et complète. Ces méthodes alternatives permettent aux patients de se détacher progressivement de leur traitement, d'avoir une réponse à leurs inquiétudes et de modifier la représentation qu'ils ont de leur traitement.

Près de la moitié des patients ont déclarés être inquiet ainsi les patients ont besoin d'être rassuré, écouté, guidé sans toutefois perdre leur autonomie.

Une mise en place d'un suivi, d'une écoute à domicile pourrait les aider dans leur quotidien, les orienter et les calmer. Peut-être que des sorties et des activités auraient également un effet positif sur leur anxiété.

D'après l'étude « Troubles anxieux chez le sujet âgé: aspects cliniques et thérapeutiques » de 2006 (10), le refus de sortir et d'avoir des contacts sociaux ou même de marcher doivent attirer l'attention sur un possible trouble phobique ou une anxiété généralisée sous-jacents. Ils ne doivent pas être banalisés et entérinés par l'entourage au risque de voir s'installer des conduites d'évitements parfois définitives. Chez les patients âgés, l'anxiété peut être généralisée ou due à un trouble de l'adaptation avec anxiété (équivalent d'une anxiété réactionnelle). Pour pallier à cette réaction, il faut instaurer une relation d'aide via un soutien psychologique et d'aménagements rassurants de l'environnement.

Une écoute attentive et emphatique est toujours nécessaire et peut être suffisante; mais parfois, la prise en charge doit être multidisciplinaire avec l'intervention du médecin traitant, du pharmacien, du kinésithérapeute (si il y a des troubles de la marche par exemple) et d'une nutritionniste si besoin.

Cette étude, pourtant réalisée il y a 10ans, évoque déjà la dépendance aux benzodiazépines en rappelant que les sujets âgés sont les premiers consommateurs de médicaments de cette famille et souvent sur des durées très prolongées.

Elle traite également du renouvellement trop systématique de la prescription à la demande du patient sans objectifs très précis. Au fil du temps, celles-ci ne sont plus justifiées que par les difficultés de sevrage et donc une dépendance aussi bien physique que psychologique.

Malgré le fait que les benzodiazépines perdent leur effet bénéfique sur l'insomnie

après quelques semaines d'utilisation quotidienne, on a très peu de données sur leurs effets à long terme sur l'anxiété.

En sortie d'hospitalisation, il est du devoir des médecins et des pharmaciens hospitalier de réévaluer le traitement et de limiter aux maximums l'usage des benzodiazépines. La réévaluation de la balance bénéfice risque est nécessaire et essentielle afin de déclencher une prise de conscience chez les patients.

Cette limitation a lieu dans certains services de gériatrie, notamment celui de Monsieur Puisieux à Lille où il est réalisé autant que possible une réunion de révision thérapeutique avec les médecins, les pharmaciens et les étudiants en médecine et en pharmacie afin de discuter de l'intérêt de chaque traitement. Cette réunion a pour objectif de réaliser un focus sur les traitements et leur gestion par le patient.

La reprise du même hypnotique est associée à 2 fois moins de troubles du sommeil déclarés par les patients. Ce résultat traduit une situation de mésusage dans laquelle le patient a recours à une seconde prise pour traiter un problème de réveil nocturne avec une efficacité jugée satisfaisante par le patient. Il serait intéressant de savoir si ces situations sont systématiquement évoquées par le patient avec son médecin et/ou son pharmacien. La place du médicament comme réponse à ce problème permet de discuter de la représentation du traitement par le patient. En effet, le patient âgé semble satisfait de l'effet que lui procure son traitement et souhaite donc le conserver. L'arrêt du traitement implique de revenir à un « non-traitement » qui peut être ressenti par le patient comme un défaut d'écoute de la part du médecin. En effet, le passage par l'ordonnance peut sembler quasi-obligatoire pour le patient. Un patient qui va chez le médecin et évoque un problème mais qui ressort sans ordonnance ne se sent pas écouté. L'ordonnance est donc perçue comme une reconnaissance du statut de malade(11), une preuve de l'écoute. D'autre part, le médecin ressent aussi parfois comme une certaine obligation à prescrire un médicament en complément de conseils et d'outils techniques pour pallier à la maladie et le pharmacien ne remet pas forcément en question cette prescription. Le pharmacien n'ouvre pas systématiquement la discussion avec le patient sur l'intérêt des benzodiazépines.

Un des éléments clé de cette étude est aussi la place du patient dans son traitement. On a ainsi mis en évidence que près d'un tiers des patients étaient acteur de leur

traitement car 32,8% d'entre eux modifient leur posologie eux même. 88,9% gèrent leur traitement seul; cela peut être interprété comme une volonté d'être indépendant et responsable et de garder le contrôle sur leur état de santé. Ils ne souhaitent pas forcément être aidé car cela leur fait prendre conscience d'un déclin et d'une diminution physique et psychologique avérée.

Toutefois, il est important de souligner également que lorsque le patient modifie lui-même sa posologie, il est donc acteur de son traitement et il aura deux fois plus de chance d'arrêter son hypnotique. Cet élément prédictif n'est pas confirmé par d'autres études, il apparaît souhaitable que de nouvelles études dans ce sens soit réalisées. Si elle venait à confirmer cet élément, on pourrait donc espérer une diminution importante de la consommation des hypnotiques par les sujets âgés.

En effet, c'est une population qui, malgré les idées reçues concernant les hypnotiques, serait prête à arrêter le médicament: presque 35% l'ont déjà envisagé et 25,8% entame une nouvelle démarche d'arrêt. Un tiers des patients sont prêt à réfléchir sur l'utilité de leur traitement et sur leur efficacité et un quart ont décidé de d'initier une nouvelle démarche d'arrêt.

Les limites méthodologiques de l'étude sont :

- le recrutement des patients s'est fait via l'étudiant et non de façon systématique. Les patients sélectionnés ont possiblement été les plus compliants et les plus à l'écoute. Il existe donc probablement un biais de sélection.
- l'étude s'est déroulée uniquement sur 6 mois sans suivi qui permettrait d'apprécier la réussite ou l'échec vis à vis d'une diminution ou d'un arrêt de benzodiazépine. Un temps de suivi plus long pourrait révéler des taux de rechute ou des taux d'arrêt plus élevés, car plusieurs participants qui ont réussi à réduire les doses souhaitent à terme arrêter leur hypnotique. De plus, la dispensation suivante n'a pas forcément été effectuée par l'étudiant et donc le suivi s'en est retrouvé altéré. Egalement, la démarche d'arrêter le traitement se réalise sur plusieurs semaines afin que le patient soit prêt à s'engager dans une démarche d'arrêt.
- réalisé par des étudiants qui n'ont pas autant confiance en leur compétences que des pharmaciens diplômés et prêt à agir plus rapidement et directement auprès du patient. Dans ce même cadre, le patient nous connaît moins que le pharmacien

titulaire et sa confiance est plus relative vis à vis de nous.

- le contact avec les médecins trop faible et réalisé que par courrier ou par téléphone. Ils ont donc été prévenus mais ils n'ont pas pu appuyer la démarche afin de relayer l'information au patient l'intérêt d'arrêter leur traitement hypnotique. Les patients ont une confiance absolue en leur médecin, « si c'est prescrit c'est que c'est nécessaire » et ne soulève pas assez de questions quant à la dépendance
- S'agissant d'un projet pédagogique et non de recherche, la grille d'évaluation a été interprétée différemment selon les étudiants et certaines réponses peuvent être « faussées ». Malgré une réunion sur le sommeil et cette étude, la grille a été interprétée différemment selon les étudiants. Par exemple, concernant les heures de réveils, certains ont compris « à quelle heure se réveille le patient dans la nuit » et d'autres ont compris « à quelle heure se réveille le patient le matin avant de se lever ».
- De plus, le questionnaire a été réalisé en salle d'entretien ou au comptoir et donc le contexte des réponses a été multiple. Certains patients ont accepté le questionnaire afin de rendre service à l'étudiant sans s'impliquer réellement en faveur d'une diminution ou d'un arrêt de l'hypnotique.
- le sexe de la personne interrogée n'a pas été codé ainsi l'étude ne propose pas de connaître la proportion homme/femme impliquée ; ni même si le sexe pourrait être un facteur prédictif d'un trouble du sommeil ou une facilité d'arrêter un traitement.

Globalement, on retient pour la pratique que le pharmacien devrait s'impliquer plus avec le patient afin de faire naître l'idée d'arrêter ou de diminuer les benzodiazépines. Cette démarche doit se faire progressivement et en concertation avec le médecin. Il serait judicieux que le contact médecin pharmacien soit facilité notamment par l'utilisation de mails sécurisé : cela serait plus pratique que de contacter par téléphone car cela peut interrompre le médecin lors d'une consultation et donc leur écoute serait plus relative tout comme les pharmaciens lorsqu'on les dérange lors d'une délivrance. Le mail permet de transmettre l'idée quand on est libre et le médecin d'apprécier cette démarche lorsqu'il consulte ses mails. Les

relations médecins pharmaciens en ville sont cordiales mais pourrait encore être renforcées avec une meilleure communication.

Une réunion entre médecin et pharmacien du quartier pourrait être envisagée afin d'échanger les adresses mails et d'aider à la transmission des informations. En revanche, s'agissant de données médicales, ces mails devraient être cryptés afin de garantir une sécurité pour le patient.

La création d'une fiche synthétique rappelant les conditions optimales pour trouver un sommeil de qualité ainsi que les règles sur l'environnement me semble judicieux afin d'aider le patient à retrouver des habitudes de vie correctes pour un sommeil plus réparateur. D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé « Echange patient, quelques conseils pour mieux dormir »⁽¹²⁾, les clés d'un sommeil efficaces sont multiples: l'environnement du patient passe notamment par le fait d'éviter les écrans (téléphone, TV, ordinateur) dans la chambre ainsi qu'une température trop élevée (autours de 19 à 20°C) (annexe 4).

La notion d'habitudes de vie alimentaires semblent également à développer : un repas léger contenant des sucres lents et à heure fixe est favorable à un sommeil de qualité. Les excitants tels que le café, le thé, l'alcool et la nicotine doivent être évités en fin d'après-midi et en soirée. Il faut également suggérer aux patients qu'une activité physique régulière est propice à un meilleur sommeil. Toutefois, il est préférable de réaliser cette activité plutôt le matin que le soir. Il faut également mentionner s'il s'agit d'un patient âgé qu'il existe un vieillissement naturel du sommeil que le sujet de plus de 65 ans dort généralement moins qu'un sujet jeune. Adopter des heures de lever et de coucher régulier afin de créer une habitude de vie saine.

Une sieste peut être faite mais il faut qu'elle soit d'une durée maximale de 20 minutes afin de ne pas perturber le coucher suivant. Les effets indésirables des benzodiazépines pourraient également être évoqués afin de faire prendre conscience aux patients que ce type de prescription n'est pas anodine et qu'il faut l'éviter dans la mesure du possible.

Des alternatives en phytothérapie, homéopathie ou aromathérapie peuvent être utilisées afin d'aider le patient: ces thérapeutiques ne se substituent pas aux médicaments. Il s'agit uniquement d'une aide possible pour les patients demandeurs.

Le pharmacien a un rôle à prendre et devrait systématiquement proposer aux patients sous benzodiazépines une démarche de diminution voir d'arrêt afin de faire naître le désir de diminuer ce traitement. Il ne faut pas se limiter aux patients déjà

prêts. Il est du rôle et des compétences du pharmacien de limiter cette prescription à tous les patients sous hypnotiques.

A ce même titre, le pharmacien doit lors de l'instauration du traitement rappeler qu'il s'agit d'un traitement de courte durée et non d'un traitement de fond. Il est de son devoir d'évoquer au patient que le traitement doit être le plus court possible et à la dose la plus faible possible (1/2 comprimé un jour sur deux par exemple).

Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence une population âgée, polymédicamentée et dépendante des hypnotiques. La consommation des hypnotiques reste trop longue malgré les recommandations de l'HAS. On s'aperçoit que cette population nécessite des entretiens pharmaceutiques et un suivi plus important afin de discuter de l'intérêt de leur traitement pour le sommeil. En effet, malgré les nombreuses prescriptions d'hypnotiques, les sujets se plaignent toujours de trouble du sommeil.

Notre étude tend à donner des pistes permettant aux pharmaciens d'officine d'identifier les patients qui sont potentiellement capables d'arrêter leur hypnotique. L'idée de cette analyse était de mettre en avant les facteurs permettant de distinguer rapidement les patients ouverts à une discussion ou à une démarche d'arrêt de ceux qui ne le souhaitent pas. La population âgée est une population qui nécessite un accompagnement plus important dans la prise en charge pharmaceutique. Il est du devoir du pharmacien de sensibiliser tous les patients aux risques des benzodiazépines et apparentés, et d'éviter que les patients ne deviennent dépendants.

L'analyse multi variée met en lumière plusieurs paramètres. Les facteurs prédictifs d'un souhait d'arrêt de traitement sont: le sujet jeune, le sujet qui modifie lui-même sa posologie, le sujet qui pratique une sortie quotidienne. Les facteurs prédictifs d'un problème de sommeil sont : l'inquiétude et la reprise la nuit de l'hypnotique. A contrario, la prise du même hypnotique est un facteur protecteur contre les troubles du sommeil.

Il est donc nécessaire de repérer ces patients à l'officine afin que le pharmacien d'officine puisse proposer une intervention personnalisée. Au cours d'entretiens pharmaceutiques, il pourra mettre en place des aides et proposer un guide du sommeil afin d'encadrer au mieux le patient. Il est également du devoir du pharmacien de rappeler les règles hygiéno-diététiques à tous les patients traités pour un trouble du sommeil afin de généraliser la prise en charge et d'optimiser les chances d'arrêt.

Cette intervention ne peut être réalisée uniquement par le pharmacien. Une prise en

charge pluri-professionnelle est souhaitable. Une communication plus facile entre les médecins et les pharmaciens serait un point positif afin d'avoir une prise en charge globale du patient. Des messages cryptés (afin de garantir une protection des données médicales) semblent être une bonne solution afin que les médecins ne soient pas dérangés pendant leur activité. L'utilisation généralisée de messageries telles que APICRYPT pourrait faciliter la prise en charge et l'échange entre les différents professionnels de santé.

Une fois ces interventions réalisées et une meilleure communication établie, il resterait à conduire une étude pour voir si effectivement la mise en place d'un accompagnement spécifique de cette population permet une amélioration de leur trouble du sommeil et une diminution de la consommation d'hypnotiques. Il serait souhaitable que cette étude soit réalisée par les pharmaciens sur une durée plus longue. L'évolution du métier de pharmacien est une préoccupation pour toute la profession, il est du devoir du pharmacien de s'investir dans de nouveaux projets afin de garder une reconnaissance par les patients et le corps médical.

Annexes

I. Annexe 1 : Formulaire de consentement destiné au patient

Faculté de Pharmacie de Lille
Stage officiel de 6^{ème} année 2015- 2016
Entretiens Pharmaceutiques

Parlons de votre sommeil

Note d'information pour le patient

Madame, Monsieur,

Cette note d'information décrit l'entretien pharmaceutique qui vous est proposé dans le but d'évaluer votre sommeil et le ou les médicaments concernés. Elle résume les informations disponibles en répondant aux questions que vous pouvez vous poser dans le cadre de cette activité d'entretien pharmaceutique.

Quel est le contexte de cet entretien pharmaceutique ?

Cet entretien est réalisé dans le cadre d'un projet de santé publique portée conjointement par la faculté de pharmacie de Lille et les départements de médecine générale et de gériatrie de la faculté de médecine de Lille.

Ces entretiens sont menés par des étudiants en pharmacie de 6^e année au cours de leur stage de fin d'étude qui se déroule de janvier à juin 2016. Ils donnent lieu à la rédaction d'un mémoire de fin de stage portant sur les entretiens réalisés.

Quel est l'objectif de cet entretien pharmaceutique ?

Les entretiens pharmaceutiques ont habituellement pour objectif de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients, d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement, de l'aider à s'approprier son traitement et d'évaluer l'appropriation par le patient de son traitement.

Cet entretien pharmaceutique porte sur votre sommeil et votre connaissance du ou des médicaments que vous prenez pour dormir. Avec votre accord, il pourra faire l'objet d'une transmission d'information vers votre médecin traitant.

Cette activité comprend trois étapes :

- Evaluer votre sommeil, votre connaissance de sa gestion et de ses modifications au cours de la vie ;
- Evaluer votre représentation du (ou des) médicament(s) pour dormir ;
- Le cas échéant, avec votre accord, transmettre les informations utiles à votre médecin traitant.

Comment va se dérouler l'entretien ?

L'étudiant en pharmacie, en lien avec son maître de stage, vous propose un entretien pharmaceutique. Avec votre accord, il va recueillir des informations sur votre sommeil et votre connaissance du ou des médicaments que vous prenez pour dormir. Il va répondre à vos éventuelles questions sur ce sujet et vous apporter des conseils en fonction des informations recueillies.

Le cas échéant, avec votre accord, il pourra transmettre à votre médecin traitant les informations utiles.

Lors de vos prochaines venues à l'officine, l'étudiant en pharmacie pourra échanger avec vous à nouveau pour effectuer un suivi des conseils qu'il aura pu vous donner.

Que deviennent les informations recueillies par l'étudiant ?

Les données recueillies lors de cet entretien pharmaceutique sont saisies sur un document papier mis à disposition par la faculté de pharmacie de Lille. Ce document comprend une série de questions rédigées par un groupe de travail constitué de gériatres, de médecins généralistes et de pharmaciens.

Sauf opposition de votre part, ces données seront utilisées dans le cadre du mémoire de fin de stage de l'étudiant. Les données collectées pourront faire l'objet d'une analyse statistique visant à établir des priorités d'intervention pour les pharmaciens dans le domaine de la prise en charge des patients présentant des troubles du sommeil.

Toutes les données recueillies seront rendues anonymes par l'étudiant dans son mémoire de fin de stage. **L'ensemble des renseignements vous concernant seront étudiés de manière anonyme.** Dans le cadre du secret médical, aucune information personnelle ne sera communiquée à une tierce personne ou à un organisme quelconque, public ou privé.

Quels sont vos droits en tant que participant à cette activité ?

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cet entretien, sans en donner les raisons, et sans que le refus de participer ait une influence sur les soins et les relations avec l'équipe officinale.

Sauf opposition de votre part, ces données seront utilisées dans le cadre du travail de l'étudiant mentionné ci-dessus.

Quels sont vos droits dans le cadre de cette étude ?

En application de la loi « **Informatique et Libertés** » n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, et modifiant la Loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL** (Commission Nationale Informatique et Liberté) et vous disposez d'un droit d'accès ou de rectification s'exerçant par l'intermédiaire de votre pharmacien.

Vous disposez d'un droit d'opposition aux traitements automatisés de données à caractère personnel. En outre, titulaire d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant,

Votre opposition peut nous être communiquée à tout moment et par tout moyen. Elle prendra effet à compter de la date de sa réception.

Pour toute question concernant l'étude vous pourrez contacter à tout moment le pharmacien Pr Bertrand DECAUDIN au numéro de téléphone suivant : 03 20 96 40 30 ou par mail bertrand.decaudin@univ-lille2.fr.

Ce traitement a fait l'objet d'une déclaration Informatique et Libertés, traitement 2016-01.
Pour toute information contacter le Correspondant Informatique et Libertés : cil@univ-lille2.fr.

Fiche de recueil du consentement éclairé du patient

A compléter avec l'étudiant assurant l'entretien pharmaceutique et à conserver dans le dossier du patient à l'officine

J'ai été clairement informé des objectifs de l'entretien pharmaceutique et du travail de fin de stage intitulé : «*Parlons de votre sommeil*»

J'ai bien reçu la fiche d'information individuelle.

J'ai bien été informé de mes droits d'accès et de rectification des données le concernant et de ses droits d'opposition au traitement de ces données conformément à la loi « informatique et libertés » du 06/01/1978

Je, soussigné (e) _____ (nom prénom), ne m'oppose pas au recueil et au traitement des informations réalisés à partir du questionnaire de l'entretien.

Date :

Signature du patient

.....

Nom et signature de la personne ayant délivré l'information

.....

Officine du stage :

fait en 2 exemplaires dont l'un est remis au patient

II. Annexe 2

III. Annexe 3 : Grille d'entretien Sommeil & Hypnotique



Identification du patient

(à préparer avant l'entretien, à anonymiser dans le mémoire : initiales du patient)

Nom, prénom : Age :

Nom, prénom du médecin traitant :

Interne de MG en stage : Oui Non

Poids : kg Taille : m

Code postal de résidence :

DP ouvert : Oui Non (si non, essayer de convaincre le patient d'ouvrir un DP)

Sortie d'hospitalisation : Oui Non

Antécédents

Maladie de la mémoire

Pathologie cardiovasculaire

Dyslipidémie

Problèmes urinaires

Diabète

Insuffisance rénale chronique

Maladie neurologique

Dysthyroïdie

Insuffisance respiratoire

Autres :

Traitement actuel (nombre de médicaments prescrits : + automédication :)

Indiquer les médicaments (nom de spécialité, dosage et DCI) :

Surligner le(s) médicament(s) que vous pensez prescrit(s) pour dormir

- -
- -
- -
- -
- -
- -
- -
- -
- -

Points d'attention concernant le traitement en cours : Oui Non

Lesquels :

Date du premier entretien :

Dates des dispensations suivantes :

Analyse du dossier du patient

A effectuer avant l'entretien

Historique de prescription

Médicament(s) pris pour dormir et posologie prescrite :

Spécialités/dci	Posologie actuelle	Date de dispensation la plus ancienne retrouvée	En cours/arrêté (préciser date d'arrêt)

Avez-vous retrouvé des chevauchements ? Oui Non

En cas de dispensation de boîte de 20 comprimés, une alternance du nombre de boîtes délivrées est-elle réalisée ? Oui Non

La posologie du médicament est-elle conforme à l'AMM ? Oui Non

La posologie du médicament pris pour dormir a-t-elle été

Augmentée au cours des 6 derniers mois

Diminuée au cours des 6 derniers mois

Avez-vous retrouvé d'autres dispensations de psychotrope/dépresseur du SNC dans l'historique du patient ? Oui Non

Si oui, lesquels ? -

-

-

-

Entretien avec le patient seul accompagné

Éléments rapportés par le patient au cours de l'entretien

Parlez moi de vous

Vivez-vous seul ? Oui Non

Quel est/était votre métier ?
Retraité Oui Non

Quel est/était le métier de votre conjoint(e)?
Retraité Oui Non

Aviez-vous des horaires de travail particuliers ? Oui Non
 journée nuit posté

Avez-vous une activité physique régulière ? Oui Non

Sortez-vous de chez vous chaque jour ? Oui Non

Faites-vous la sieste ? Oui Non
Si oui, sa durée ?

Fumez-vous ? Oui Non
Si oui, le soir ? Oui Non

Avez-vous des sources d'inquiétude actuellement ? Oui Non
Si oui, pourriez-vous nous indiquer le niveau sur une échelle de 1 à 10 ?

Avez-vous chuté au cours des 6 derniers mois ? Oui Non
Combien de fois ?

Parlez moi de votre sommeil

Vous couchez-vous à heure régulière ? Oui Non
Si non, pourquoi ? Attente du besoin de sommeil
 Activités du soir
 Autre :

A quelle heure vous couchez-vous ?

En combien de temps vous endormez-vous ?

Avez-vous des difficultés pour vous endormir ? Oui Non
Si oui, que faites-vous ?

Vous réveillez-vous la nuit ? Oui Non

Si oui, combien de fois ?

Si oui, pourquoi ?

Plusieurs choix possibles

- votre conjoint
- bruit dans la maison
- animal
- bruit extérieur
- ronflement
- cauchemar
- problème de reflux (RGO)
- pour aller aux toilettes (nycturie)
- problèmes respiratoires, toux nocturnes
- bouffées de chaleur
- stress
- douleurs
- autre :

En cas de réveil la nuit, que faites-vous ?

Lecture, encas, médicament, télévision, reste au lit, allume la lumière...

A quelle heure vous réveillez-vous ?

A quelle heure vous levez-vous ?

Avez-vous le sentiment que votre sommeil est réparateur ? Oui Non

Ressentez-vous des problèmes de concentration et/ou de mémoire ? Oui Non

Avant le coucher

Parlez moi de vos repas du soir

A relever : Repas du soir « copieux » Oui Non

Alcool (vin, bière,...) au repas Oui Non

Café, thé en fin de repas Oui Non

Pratiquez-vous une activité le soir ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Vous arrive-t-il de vous endormir au cours de cette activité ? Oui Non

Avez-vous un rituel avant de vous coucher ? Oui Non

Si oui, préciser :

- tisane
- bain, douche chaude
- lecture
- prise du médicament pour dormir
- autre

Votre chambre

Vous arrive-t-il d'être gêné par la lumière et/ou le bruit ? Oui Non

Possibilité d'aborder la présence d'un animal, voisinage...

Regardez-vous la télévision dans votre chambre ? Oui Non

Utilisez-vous un ordinateur/une tablette/un téléphone portable dans votre chambre ?

Entourez les réponses

Oui Non

Votre réveil est-il visible ?

Oui Non

Quelle est la température de votre chambre la nuit ?

Votre traitement pour dormir

Quel(s) médicament(s) prenez-vous pour dormir ?

N'influencez pas le patient – ne modifiez pas sa réponse

En dehors du médicament pour dormir, prenez-vous autre chose? Oui Non

Si oui, quoi ?

Depuis combien de temps prenez-vous votre traitement pour dormir ?

A quelle occasion a-t-il été prescrit ?

S'agissait-il d'un contexte d'hospitalisation ?

Oui Non

Avez-vous toujours pris le même ?

Oui Non

Si non, lequel preniez-vous auparavant ?

A la même posologie ?

Oui Non

A quelle heure le prenez-vous ?

Vous arrive-t-il de modifier la posologie par vous-même ?

Oui Non

Essayer de repérer ici d'éventuelles tentatives/souhaits d'arrêt

Vous arrive-t-il d'en reprendre dans la nuit ?

Oui Non

Vous est-il déjà arrivé d'être en panne de médicaments ?

Oui Non

Si oui, comment avez-vous géré cette situation ?

Gérez-vous votre traitement vous-même ?

Oui Non

Souhaitez-vous que je me déplace chez vous pour faire le point sur la gestion de vos traitements et de votre armoire à pharmacie ?

Oui Non

Si oui, prendre le rendez-vous avec le patient en accord avec le maître de stage

Patients sous benzodiazépines : Echelle ECAB

Pourriez-vous prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire ? Je peux le remplir avec vous si vous le souhaitez. *Donner le questionnaire ECAB (page suivante)*

ECAB signifie échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines.

Pour déterminer le résultat, attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

	Vrai	Faux
Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Indiquer ici le résultat après avoir récupéré le questionnaire :

Echelle ECAB

Nom, prénom :

Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez.

Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.

Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.

Nom du médicament concerné :

	Vrai	Faux
Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Envisager la suite

Avez-vous déjà envisagé d'arrêter ce traitement ? Oui Non

Si oui, comment ?

Si oui, quelle était votre motivation ?

Si oui, comment s'est passé le passage à l'acte ?

Comment et pourquoi avez-vous été amené à reprendre un hypnotique ?

Souhaitez-vous (ré)entreprendre une démarche d'arrêt ? Oui Non
(ou vous sentez-vous capable d'arrêter ou seriez-vous motivé...)

Si oui, avec votre accord, je peux prendre contact avec votre médecin traitant.

SYNTHESE DES POINTS REPERES LORS DE CET ENTRETIEN

En cas de points d'attention, reporter ici les conseils que vous avez donnés au patient et, le cas échéant, formuler les éléments de l'entretien avec le médecin traitant à valider par votre maître de stage avant contact avec le médecin.

COMPTE RENDU DU CONTACT AVEC LE MEDECIN

Contact avec le médecin généraliste Oui Non

Préciser les suites de cet entretien pour la prise en charge du patient.

Suivi du patient

Date de la dispensation suivante :

N'hésitez pas à revenir sur les conseils donnés lors du premier entretien

Le traitement prescrit pour dormir a-t-il été modifié ? Oui Non

Précisez la modification :

Si le patient souhaitait entreprendre une démarche d'arrêt, lui demander :

En avez-vous parlé à votre médecin ? Oui Non

Si oui, avez-vous convenu d'une démarche d'arrêt ? Oui Non

Parlez avec le patient de la démarche engagée


Précisez la démarche :

Si non, pourquoi ?

Remarques concernant les dispensations suivantes :

Date de dispensation	Modification du traitement pour dormir <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Détail des modifications éventuelles
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

IV. Annexe 4 : Fiche « Être senior et mieux dormir » à destination des patients et des aidants




HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

DOCUMENT
PATIENT/AIDANT

Être senior et mieux dormir



→ Retrouver un sommeil de qualité
→ Arrêter les somnifères

C'EST POSSIBLE !

J'ai du mal à dormir

Le sommeil évolue tout au long de la vie

Avec l'âge, il est normal que votre sommeil se modifie : plus entrecoupé, moins profond

Vous pouvez l'améliorer par des moyens simples, sans médicament

Je prends des somnifères

Attention ! Ce ne sont pas des médicaments anodins

Ils ont souvent des effets indésirables (troubles de la mémoire, chutes, dépendance...)

Ils induisent un sommeil moins réparateur que le sommeil naturel

Leur efficacité diminue au fur et à mesure du temps

Les troubles du sommeil,

→ **parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien**

Rendez-vous sur www.has-sante.fr & [facebook](#)

Avec la participation de



QUELQUES CHIFFRES

- Seulement 10 à 20% des troubles du sommeil en population générale seraient de vraies insomnies.
- Un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans, soit près de 3,5 millions de personnes, et près de 40% des plus de 85 ans consomment de façon régulière des somnifères (benzodiazépines et médicaments apparentés).
- Plus de la moitié de ces traitements ne serait pas appropriée, les vraies insomnies étant rares chez la personne âgée.
- La durée d'exposition moyenne constatée aux somnifères est de 7 mois, or la durée de prescription maximale recommandée pour un somnifère est de 30 jours.

Sources : Chiffres repères 2011, HAS/AMT/SRS/MSA/MSVS - « Eclair des lieux de la consommation des benzodiazépines en France » ANSM Janvier 2012

CONTRIBUTEURS

Plateforme professionnelle HAS PMSA « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et prévention de la iatrogénie »
 Haute Autorité de Santé – Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
 Service Programmes Pilotes Impact Clinique (SPIC)
 Amélie LEPELIERE DESPLANQUES, chef de service, Nathalie RIOLACCI, adjoint chef de service
 Sylvie ROYANT PAROLA, chargée de projet
 Carole MICHENEAU, chef de projet Programme Pilote AMI PMSA, Marie ERBAULT, chef de projet
 Haute Autorité de Santé – Service Presse
 Florence GAUDIN, chef de service, Audrey SALFATI, attachée de presse
 Haute Autorité de Santé – Direction la Communication et de l'Information au Public
 Service Communication Institutionnelle : Laetitia DE BELER, chargée de communication
 Service Documentation et Information du Public : Valérie COMBE, Maquettiste-Infographiste

HAS

Ce document appartient à une série de supports téléchargeable sur www.has-sante.fr
 RDV sur [facebook](#)

© Haute Autorité de Santé – Janvier 2013



ARRETEZ LES SOMNIFERES, C'EST POSSIBLE !

Un arrêt progressif associé à un suivi médical permet de se passer petit à petit des somnifères en toute sécurité

Il permet de retrouver un sommeil naturel plus récupérateur, même s'il est plus court ou plus fractionné

Il diminue les risques liés aux somnifères et leurs conséquences notamment en termes d'accidents de la voie publique, d'hospitalisation ou de perte d'autonomie

QUELQUES CONSEILS POUR MIEUX DORMIR

Se lever et se coucher à des horaires réguliers

Maintenir des activités régulières

- Avoir une activité physique ou mobilisation dès le matin
- Eviter l'activité physique le soir

S'exposer à la lumière

- S'exposer à la lumière naturelle le matin en ouvrant les volets de la chambre
- Réaliser des sorties à l'extérieur dans la journée si possible

Aménager la chambre en respectant certains pré-requis

- Une chambre tempérée : température entre 18°C et 20°C
- Un lit confortable réservé au sommeil



Favoriser une alimentation et des habitudes saines

- Prendre ses repas à des heures régulières
- Privilégier des repas légers le soir, mais contenant des sucres lents
- Eviter les excitants en fin d'après midi (café, thé, alcool...)
- Eviter de regarder la télévision ou un écran d'ordinateur juste avant de se coucher
- En cas d'éveil dans la nuit, privilégier une activité calme, lire, écouter la radio, dans le lit en position demi-assise, ou en se levant et en allant dans une pièce voisine pour faire autre chose

Pour les personnes alitées la majorité du temps :

- Remplacer l'activité physique par des séances de kinésithérapie régulières
- Favoriser un bon éclairage de la pièce, en ouvrant les volets, mais aussi un éclairage artificiel important dans la journée
- Regarder la télévision dans une autre position que couché (position assise dans un fauteuil, demi-assise dans le lit...)

Bibliographie

1. ANSM, rapport « Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 », Juin 2014
2. ANSM, rapport « Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France », Décembre 2013
3. Article dans Prescrire, « Benzodiazépines: démences chez les personnes âgées? », revue Prescrire 2016; 36 (396) : 668-670
Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/3/31/52132/0/NewsDetails.aspx>
4. HAS, Fiche Mémo, « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés: démarche du médecin traitant en ambulatoire », Juin 2015
5. HAS, Rapport d'élaboration, « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés: démarche du médecin traitant en ambulatoire », Juin 2015
6. HAS, Courrier d'information, « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés: démarche du médecin traitant en ambulatoire », Juin 2015
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fm_-_courrier_dinformation.pdf
7. ANSM, Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administré par voie orale, publié au JORF n°0008 du 10 janvier 2017, mise en application 90 jours à compter de la date de publication/
Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>

8. Réseau Morphée « le sommeil des séniors »
Disponible sur: http://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/11/brochure_sommeil_seniors_reseaumorphee.pdf

9. Tannenbaum, Cara; Martin, Philippe; Jama Internal medicine, American Medical Association, Jun 2, 2014, « Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education: The EMPOWER Cluster Randomized Trial ». Disponible sur : <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1860498>

10. Jacqueline Rangaraj, Antoine Pelissolo; Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol. 4, n° 3, septembre 2006. Disponible sur: http://www.jle.com/download/pnv-269718-troubles_anxieux_chez_le_sujet_age_aspects_cliniques_et_therapeutiques--WXXHXH8AAQEAAHzaUKkAAAAM-a.pdf

11. Thomas Barré, Année 2016, « Prescription et attentes concernant la prescription médicamenteuse des patients consultant en médecine générale: approche qualitative ». Thèse de Docteur en médecine

12. HAS, « Echange patient, quelques conseils pour mieux dormir »
Disponible en Annexes

Demande d'autorisation de soutenance

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2016/2017

Nom : PAVY
Prénom : Margot

Titre de la thèse : Le sommeil du sujet âgé: évaluation menée dans les officines du Nord et du Pas-De-Calais. A propos des résultats concernant les médicaments utilisés dans la prise en charge du sommeil

Mots-clés : Mots-clés: Sommeil du sujet âgé, pharmacie clinique, pharmacien d'officine, Hypnotiques, Benzodiazépines, évaluation des pratiques, bon usage des médicaments

Résumé :

Depuis plusieurs années, l' HAS (Haute Autorité de Santé) souhaite diminuer la consommation d'hypnotiques et de benzodiazépines dans la prise en charge des troubles du sommeil. Dans ce cadre, 960 entretiens ont été réalisés par les étudiants de 6ème année de la Faculté de Pharmacie de Lille en stage de fin d'études dans les pharmacies d'officine du Nord et du Pas-De-Calais. Ces entretiens pharmaceutiques ciblaient les personnes âgées de plus de 65 ans prenant un traitement contre les troubles du sommeil et sans antécédent de dépression ni de troubles bipolaires. L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux sur la consommation des hypnotiques chez le sujet âgé et l'identification des facteurs prédictifs d'un souhait d'arrêt du traitement. Cette étude met en évidence, une population âgée fragile qui consomme des hypnotiques de manière trop systématique. On a identifié comme facteurs prédictifs : l'âge, les patients acteurs de leur traitement et les patients actifs au quotidien. Grâce à ces résultats, l'identification des patients capables d'arrêter leur traitement hypnotique est plus simple. Cette thèse vise à donner les clés pour repérer ces patients à l'officine afin que le pharmacien d'officine puisse proposer des interventions personnalisées en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Au cours de ces actions, le pharmacien pourra mettre en place et proposer des aides pratiques pour faciliter et valoriser cette démarche d'arrêt afin d'encadrer au mieux le patient.

Membres du jury :

Président : Monsieur le Doyen Damien CUNY

Assesseur(s) : Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN
Madame Claire PINCON

Membre(s) extérieur(s) : Monsieur Jean ROCHE
Monsieur Patrick WIERRE
Madame Anne-Marie RASO