

Université de Lille

Année Universitaire 2022/2023

Faculté de pharmacie de Lille

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

Soutenue publiquement le 30 novembre 2022

par Mme Marie-Clémence Rostand

**Troubles du sommeil et mésusage des hypnotiques :
Place et rôle du pharmacien d'officine**

Membres du jury :

Président : DINE Thierry, Professeur des universités - praticiens hospitalier à la faculté de pharmacie de Lille

Directeur, conseiller de thèse : MASCAUT Daniel, Docteur en pharmacie

Assesseur(s) : BLIN Jeanne, Docteur en pharmacie

Faculté de Pharmacie de Lille
3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-présidente Réseaux internationaux et européens
Vice-président Ressources humaines
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Etienne PEYRAT
Christel BEAUCOURT
Olivier COLOT
Kathleen O'CONNOR
Jérôme FONCEL
Marie-Dominique SAVINA

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen
Vice-Doyen Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoires-Partenariats
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen International et Communication
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Guillaume PENEL
Éric BOULANGER
Damien CUNY
Sébastien D'HARANCY
Hervé HUBERT
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Claire PINÇON
Vincent SOBANSKI
Dorian QUINZAIN

Faculté de Pharmacie

Doyen
Premier Assesseur et Assesseur en charge des études
Assesseur aux Ressources et Personnels
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté
Responsable des Services
Représentant étudiant

Delphine ALLORGE
Benjamin BERTIN
Stéphanie DELBAERE
Anne GARAT
Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85

Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87

Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86

Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

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

Remerciement

A mon Président de thèse Monsieur le Professeur Thierry Dine,

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

A mon directeur de thèse, le Docteur Daniel Mascout,

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

A Madame le Docteur Jeanne Blin,

Je souhaite te remercier de participer à ce jury. Merci pour ton amitié et ton soutien durant toutes ces années d'études.

A mes Parents,

Merci pour votre soutien et de m'avoir encouragée pendant toutes ces années d'études. Merci à tous les deux d'avoir pris de votre temps pour relire mon travail.

A mes frères et sœurs,

Merci d'avoir toujours été là, à mes côtés. Merci à Claire-Emmanuelle et Anne-Clotilde d'avoir relu une partie de mon travail.

A Wallerand,

Je te remercie pour ta présence, ton soutien et ta bienveillance en particulier pendant cette dernière ligne droite.

A mes amis pharmaciens,

Merci pour toutes ces années de souvenirs à la faculté. Merci pour votre soutien et votre amitié.

A la Pharmacie Wellington,

Merci de m'avoir fait évoluer et progresser en tant que pharmacien. Et un grand merci pour m'avoir permis de réaliser l'enquête indispensable à cette thèse.

A la Pharmacie Boschetti,

Je voulais vous remercier de m'avoir permis de travailler en officine pendant mes études et de m'avoir accueillie pour mon stage de 6^e année. Merci pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises.

Table des matières

INTRODUCTION.....	17
I. Définition et physiopathologie des troubles du sommeil.....	16
A. Physiologie du sommeil.....	16
1. Définition du sommeil	16
2. Cycle du sommeil	16
3. L'endormissement : un phénomène complexe	18
B. Insomnies : définition et classification.....	20
1. Définition	20
2. Diagnostic de l'insomnie	21
3. Classification internationale des troubles du sommeil - 2 ^e édition (ICSD-II)	22
4. Classification internationale des troubles du sommeil-3e édition (ICSD-III)	22
C. Les autres troubles du sommeil	23
1. La narcolepsie	23
2. Les troubles du rythme circadien.....	24
3. L'apnée obstructive du sommeil	24
4. Les parasomnies	24
5. Le syndrome des jambes sans repos.....	24
II. La prise en charge de l'insomnie	25
A. Prise en charge médicamenteuse : Mécanismes d'actions et effets indésirables	25
1. Les Benzodiazépines	25
2. Les apparentés aux benzodiazépines	27
3. Les antihistaminiques de type 1	28
4. La mélatonine	30
B. Prise en charge non médicamenteuse	31
1. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	31
2. Aromathérapie	34
3. Phytothérapie	36
4. Homéopathie	38
5. Autres méthodes	39
III. Les hypnotiques : benzodiazépines et apparentés.....	40
A. Les recommandations de la HAS	40
1. Prescription des benzodiazépines hypnotiques et de leurs apparentés	40

2.	Arrêt des hypnotiques	42
3.	Les erreurs à éviter selon la HAS	43
4.	Ce qu'il ne faut pas minimiser.....	43
B.	La consommation des hypnotiques	43
1.	Consommation Européenne.....	44
2.	Consommation Française.....	45
3.	Consommation des hypnotiques en période du Covid-19	48
C.	Problème du trouble de l'usage des benzodiazépines hypnotiques	49
1.	Définition du trouble de l'usage d'une substance	49
2.	Le syndrome de sevrage	50
IV.	Etude de terrain.....	51
A.	Protocole de l'étude : questionnaire	51
1.	Objectifs et mise en place de l'étude	51
2.	Confidentialité.....	52
3.	Présentation de l'outil	52
B.	Résultats et analyse	52
1.	Données générales : sexe, âge et catégorie socio-professionnelle.....	53
2.	Quel traitement prenez-vous ?	55
3.	Depuis quand prenez-vous ce(s) médicament(s) ?	56
4.	Qui vous a initialement prescrit ce traitement ?	57
5.	Savez-vous pourquoi prenez-vous votre traitement ?	58
6.	Avez-vous envie d'arrêter la prise de ce médicament ?	59
7.	Avez-vous déjà essayé d'arrêter ?	60
8.	Vous arrive-t-il de prendre plus de comprimés par prise que le nombre recommandé ? Si oui à quelle fréquence ?.....	61
9.	Avez-vous déjà discuté avec votre médecin traitant des alternatives possibles plus naturelles à ce médicament ?.....	62
10.	Avez-vous déjà essayé d'autres traitements ou techniques pour gérer votre trouble du sommeil ? Si oui lesquelles ?	63
11.	Les connaissances du traitement.....	65
12.	Les apports d'informations par le pharmacien.....	68
13.	Prenez-vous d'autres médicaments ?	71
C.	Discussions	72
V.	Rôle du pharmacien d'officine.....	74
A.	Les missions du pharmacien	74
1.	Article 38 de la loi HPST	74

2.	Contribution aux soins de premiers recours	75
3.	Participation à la coopération entre les professionnels de santé	76
4.	Participation à la mission de service public de la permanence des soins....	76
5.	Contributions aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé.....	76
6.	Participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients.....	76
7.	Un pharmacien peut assurer la fonction de pharmacien référent	77
8.	Correspondant au sein de l'équipe de soins désigné par le patient	77
9.	Proposition de conseils et de prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes	77
B.	Rôle du pharmacien dans la prévention de l'insomnie	78
1.	Les différents types de prévention.....	78
2.	Les règles hygiéno-diététiques.....	78
3.	L'agenda du sommeil	80
C.	Rôle du pharmacien dans la prise en charge du traitement	82
1.	Lors d'une plainte du patient	82
2.	Lors d'une première délivrance d'hypnotique	82
3.	Lors de délivrance répétée	83
4.	Cas de comptoir M. G.....	83
	Conclusion.....	86
	Référence bibliographique.....	87
	Table des annexes.....	93
	Table des tableaux.....	111
	Serment de Galien.....	113

Introduction

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 comme une somnolence, une irritabilité, voire à plus long terme une aggravation des pathologies cardiovasculaires ou respiratoires. (1)

Le sommeil est un état physiologique de l'organisme pendant lequel la vigilance est suspendue et la réactivité aux stimulations est amoindrie. De nombreux troubles du sommeil existent tels que la narcolepsie, le somnambulisme, l'apnée du sommeil, le syndrome des jambes sans repos... Cependant le plus important reste celui de l'insomnie. (2)

Plus de 30% des Français souffriraient régulièrement de troubles du sommeil ou de l'éveil. L'insomnie quant à elle, toucherait 15 à 20 % de la population selon des études, et 9 % souffriraient d'une forme sévère, avec des taux plus élevés observés chez les femmes, les personnes divorcées ou séparées, celles qui ont perdu leurs proches ainsi que les personnes âgées.

Dans la pratique médicale, l'insomnie est donc l'une des plaintes les plus courantes, ce qui en fait un problème de santé publique. (3)

Initialement considérée comme un symptôme, l'insomnie est désormais définie comme un trouble. Ce trouble se caractérise par des difficultés de qualité du sommeil, d'initiation ou de maintien du sommeil, associé à une détresse importante ainsi que des troubles du fonctionnement diurne.

Le pharmacien d'officine est confronté très régulièrement à des patients atteints de troubles du sommeil avec des prescriptions importantes d'hypnotiques. Ces derniers doivent normalement être utilisés sur des courtes périodes mais dans la pratique nous remarquons qu'ils sont pourtant souvent employés sur des longues durées, entraînant une dépendance et une tolérance au traitement. Ce qui nous amène à nous poser la question du rôle du pharmacien dans la prise en charge de cette pathologie.

C'est pourquoi il a paru intéressant d'approfondir ce sujet dans le cadre de cette thèse et en particulier sur le mésusage des hypnotiques et les conseils que le pharmacien d'officine peut apporter.

I. Définition et physiopathologie des troubles du sommeil

A. Physiologie du sommeil

1. Définition du sommeil (4)

Le fait de dormir répond à un besoin biologique. Nous pouvons définir le sommeil comme une baisse de l'état de conscience qui va séparer deux périodes d'éveil. Il est notamment caractérisé par une perte de la vigilance, une diminution du tonus musculaire et une conservation partielle de la perception sensitive.

Le sommeil est composé d'une alternance de différents stades régulés par de nombreux mécanismes cérébraux.

Les rôles du sommeil sont des rôles réparateurs et régulateurs : en effet pendant le sommeil, le corps économise son énergie, sécrète des hormones, les défenses immunitaires se façonnent, la peau se régénère, l'enfant grandit, etc.

À l'inverse, le manque chronique de sommeil va entraîner une diminution de la performance physique et de la vigilance ou encore un changement d'humeur. Il peut aussi accroître le risque d'obésité et d'hypertension. Une bonne hygiène de sommeil est donc un facteur capital dans la prévention de certaines maladies.

2. Cycle du sommeil (5-11)

Nous pouvons schématiser le sommeil par une succession de 3 à 6 cycles, de 60 à 120 minutes chacun.

Chaque cycle est constitué de 3 principales phases : le sommeil lent léger, le sommeil lent profond et le sommeil paradoxal, correspondant chacun à une activité cérébrale différente.

Nous retrouvons dans l'ordre l'endormissement et le sommeil lent léger conduisant au sommeil lent profond puis, en fin de cycle, après un retour au sommeil lent léger, le sommeil paradoxal apparaît.

Au fur et à mesure du sommeil les cycles ne sont pas tout à fait équivalents. En effet la première moitié du sommeil est principalement composée de sommeil profond tandis que la seconde moitié est constituée de sommeil léger et de sommeil paradoxal. L'architecture du sommeil va également évoluer durant la vie d'une personne : en effet chez la personne âgée le sommeil est globalement plus léger, le sommeil profond diminue.

Le schéma suivant (figure 1) représente un hypnogramme. Sur ce graphique, on y retrouve la succession des cycles durant la nuit ainsi que l'alternance des différentes phases de sommeil en fonction des heures. Nous détaillerons par la suite les différentes phases.

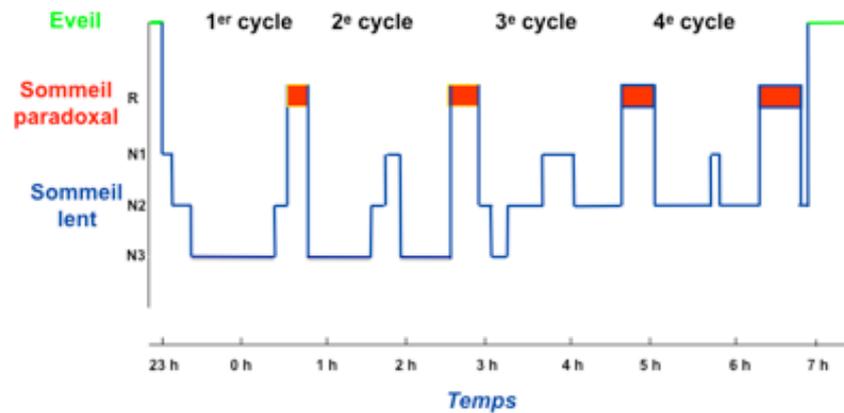


Figure 1 : hypnogramme d'une nuit de sommeil chez une adulte

a) Le sommeil lent

Le sommeil lent porte ce nom car il est caractérisé par des ondes électriques lentes. Il comporte lui-même plusieurs stades : après une phase de transition (N1) de quelques minutes, séparant la veille et le sommeil, la phase de sommeil léger (N2) s'installe. Elle est suivie par une phase de sommeil progressivement plus profond (N3) qui dure plusieurs dizaines de minutes.

Pendant cette période, l'EEG montre la présence d'ondes de grande amplitude et de faible fréquence. L'imagerie fonctionnelle montre une consommation en oxygène réduite et donc un métabolisme cérébral ralenti. Le tonus musculaire est lui-aussi diminué.

- Phase de transition N1 :

Le stade N1 est un stade de transition entre l'éveil et le sommeil. Le dormeur n'a pas vraiment l'impression de dormir, il somnole.

Il est caractérisé par une activité du cerveau encore plus lente que durant l'état de relaxation, au cours de laquelle on observe des mouvements des yeux très lents. Ce stade du sommeil ne dure quelques minutes, Il représente 3% de la période totale du sommeil.

Si une stimulation apparaît, l'éveil se fait immédiatement.

- Phase de sommeil lent léger N2 :

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.

- Phase de sommeil lent profond N3 :
Sa présence et sa quantité sont des paramètres cruciaux, pour déterminer si notre sommeil va être récupérateur. Les signes vitaux ont un niveau normal très bas, les muscles squelettiques sont totalement décontractés. En présence d'une stimulation le réveil est difficile. Des rêves peuvent avoir lieu. Cette phase représente 25% du temps de sommeil.

b) Le sommeil paradoxal (12,13)

Le sommeil paradoxal, aussi appelé REM (*Rapid Eye Movement*), est caractérisé par une forte activité cérébrale (proche de celle de la phase d'éveil), de fréquents mouvements oculaires rapides ainsi que par un tonus musculaire complètement inhibé à l'exception de quelques mouvements des extrémités. La pression artérielle et le rythme respiratoire connaissent de fréquentes fluctuations.

Durant ce stade nous pouvons avoir la présence de rêves intenses (dont on se souvient).

Ce stade représente 20% de la durée totale du temps de sommeil lors d'une nuit normale.

Les 5% restant correspondent à la phase d'éveil, durant sa nuit, lorsque l'individu se met en condition pour dormir.

3. L'endormissement : un phénomène complexe (14,15)

Le cerveau contient de véritables horloges qui sont situées dans l'hypothalamus et qui vont permettre de réguler le rythme du sommeil. En effet deux processus permettent la balance veille / sommeil : le processus circadien et le processus homéostatique.

a) Le processus homéostatique

Le processus homéostatique va augmenter le besoin du sommeil au fur et à mesure que la période de veille se prolonge.

L'adénosine est l'acteur central dans ce processus. En effet la molécule est produite lors de l'éveil, et son accumulation va permettre d'induire le sommeil en inhibant progressivement le fonctionnement cérébral. L'adénosine est ensuite progressivement éliminée au cours de la nuit. Plus le taux en adénosine va être élevée et plus les ondes du sommeil lent profond vont être intenses.

b) Le processus circadien

Le processus circadien, va synchroniser l'organisme et le sommeil sur l'alternance jour-nuit, il va correspondre à notre horloge biologique. Ce processus est propre à chacun et dépend de plusieurs facteurs :

- Les cellules ganglionnaires à mélanopsine de la rétine : leur rôle va être de transmettre l'information sur l'alternance jour-nuit au cerveau. Le déclenchement du sommeil est donc un phénomène endogène qui est maintenu en l'absence de lumière c'est pourquoi l'usage tardif d'écrans ou de lumière riche en lumière bleue, stimule ces cellules et perturbe le sommeil.
- La mélatonine, appelée aussi l'hormone du sommeil : c'est une hormone qui va induire le sommeil. Elle est synthétisée par la glande pinéale en situation d'obscurité et sa synthèse est inhibée par la lumière.

c) Le mécanisme d'endormissement (16)

La bascule dans le sommeil va nécessiter :

- D'une part la déconnection des systèmes d'éveils.

Les systèmes d'éveils sont sous la dépendance de nombreux neuromédiateurs tel que l'acétylcholine, le glutamate, la noradrénaline, la dopamine, l'hypocrétine et la sérotonine. Ainsi lors de la déconnection de ces systèmes une modification de la sécrétion de ces neuromédiateurs va avoir lieu.

- Et d'autre part une activation des systèmes de sommeil avec la synthèse de GABA par le noyau ventrolatéral pré-optique de l'hypothalamus antérieur (VLPO). Le VLPO quant à lui est activé par l'adénosine (acteur du processus homéostatique).

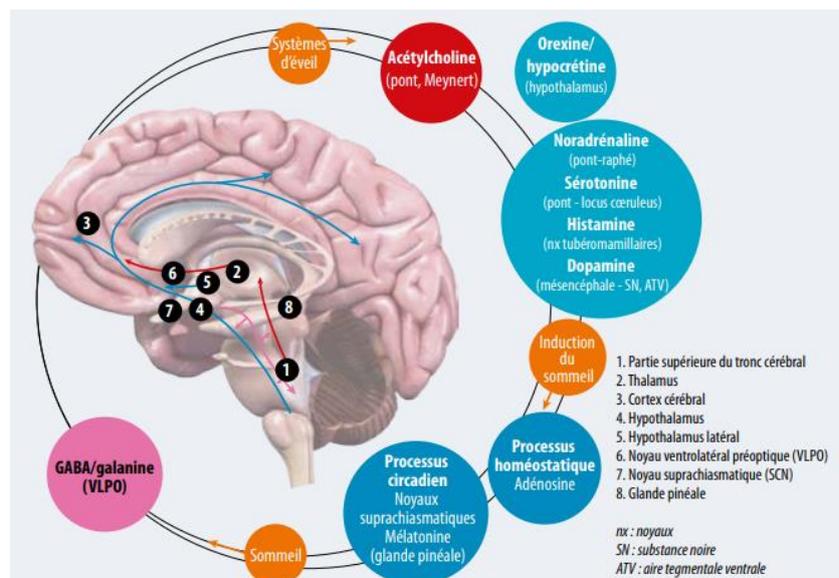


Figure 2 : schéma récapitulatif du mécanisme d'endormissement

B. Insomnies : définition et classification

1. Définition (3,17)

L'insomnie est aujourd'hui définie comme un trouble et classée séparément dans le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 5e édition) et ICSD-3 (Classification internationale des troubles du sommeil - 3e édition facteurs génétiques

L'insomnie correspond donc à une insuffisance de sommeil en quantité ou qualité, alors que les conditions environnementales sont favorables au sommeil. L'insomnie est donc à différencier de la privation de sommeil.

En pratique, l'insomnie est caractérisée par des difficultés d'endormissement, des éveils nocturnes et une difficulté à se rendormir (discontinuité du sommeil), ou encore un réveil trop précoce.

Elle peut avoir un impact significatif sur le fonctionnement de l'organisme dans la journée. En effet cela peut entraîner un réveil fatigué le matin, une diminution de la productivité au travail, une tendance aux erreurs et aux accidents, une incapacité à se concentrer, des siestes fréquentes pendant la journée, une mauvaise qualité de vie ainsi qu'une irritabilité...

Des études ont montré que l'insomnie peut être due à un problème de régulation entre les mécanismes de veille et de sommeil. En effet les sujets souffrant d'insomnie présentent un « hyper-éveil », caractérisé par une activité accrue du système nerveux (réponse au stress par exemple). Cet « hyper-éveil » empêcherait le patient de basculer vers le sommeil. Cependant lorsque celui-ci survient, le sommeil lent reste essentiellement au stade léger, favorisant les éveils nocturnes. La fragmentation des nuits, associée à un temps court passé en sommeil profond explique la fatigue diurne ressentie par les patients.

Cette hypothèse est corroborée par les techniques d'imagerie fonctionnelle qui décrivent un métabolisme glucidique accru au niveau cérébral : il réduirait l'efficacité de la transition entre l'éveil et le sommeil. A l'inverse, l'activité cérébrale GABAergique serait diminuée au niveau du cortex et favoriserait le maintien de l'éveil.

De plus, il existe des facteurs favorisant l'insomnie :

- Les femmes et les personnes âgées (> 65 ans) sont la population la plus sensible au développement de l'insomnie,
- Des facteurs psychosociaux tels que le stress, le travail posté, la perte d'un être cher, le divorce, la violence conjugale ... ,
- Les problèmes de développement chez les enfants comme les retards de développement, le comportement hyperactif, l'anxiété de séparation,
- Certains traits de personnalité comme l'inquiétude excessive, la personnalité réprimée, le perfectionnisme, le névrosisme,
- Les comorbidités psychiatriques comme la dépression, les troubles de l'humeur et d'anxiété, le trouble de stress post-traumatique,

- L'abus / dépendance d'alcool et de substances, une consommation excessive de caféine, ou encore un tabagisme excessif.

Enfin, 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.

2. Diagnostic de l'insomnie (18)

Le diagnostic de l'insomnie est essentiellement basé sur les plaintes du patient et donc à partir d'un interrogatoire médical. Un agenda du sommeil peut aider à mieux cerner les conditions de survenue, la fréquence et la sévérité des épisodes, leurs conséquences physiques et sociales...

Les examens spécifiques, (polysomnographie) ne sont en général pas nécessaire. Cependant, ils peuvent aider à identifier d'autres causes de dégradation de la qualité du sommeil qui doivent faire l'objet d'un traitement spécifique. En effet pour aider au diagnostic de l'insomnie il faudra exclure les autres troubles du sommeil et de l'éveil tels que la narcolepsie, le syndrome de jambe sans repos, l'apnée du sommeil, le trouble du rythme circadien ou encore la prise de substance comme certains médicaments qui peuvent empêcher de dormir.

L'examen clinique et d'autres examens complémentaires peuvent finalement aider à différencier :

- L'insomnie primaire : elle fait intervenir avec plus ou moins d'importance des facteurs liés au stress ou à un conditionnement progressif (angoisse du sommeil, activité mentale exacerbée au lit, ...), ou peut correspondre à des troubles de la perception du sommeil ou des troubles installés depuis l'enfance,
- Les insomnies secondaires sont, elles, liées soit à une pathologie psychiatrique primaire, à une pathologie médicale ou encore à la consommation de substances ou de drogues et ainsi favoriser la fragmentation du sommeil.

Après avoir défini l'insomnie, nous allons maintenant voir qu'il en existe différentes formes.

3. Classification internationale des troubles du sommeil - 2^e édition (ICSD-II) (17)

La Classification internationale des troubles du sommeil, 2^e édition décrit les différents sous-types d'insomnie comme suit :

a) Insomnie psychophysiologique

L'insomnie psychophysiologique se caractérise par une augmentation des niveaux d'excitation cognitive et somatique au moment du coucher. En effet ces personnes décrivent une inquiétude excessive au sujet du sommeil ainsi que des difficultés à dormir dans leur environnement familial.

Ils peuvent dormir facilement dans tout autre environnement ou lorsqu'ils ne prévoient pas de dormir.

b) Insomnie idiopathique

L'insomnie idiopathique se caractérise par des troubles du sommeil survenant au début de l'enfance et persistants tout au long de la vie. Elle peut être associée à des variations congénitales ou génétiques du cycle veille-sommeil.

c) Insomnie paradoxale

L'insomnie paradoxale se caractérise par une sous-estimation de la quantité totale de sommeil que les patients ont obtenue. En effet ils ont généralement une bonne nuit de sommeil mais le patient a une sensation de ne dormir que quelques heures durant la nuit ou de ne pas dormir du tout.

Il ne s'agit pas de simulation : simplement ces personnes ont une mauvaise capacité à évaluer la qualité de leur sommeil. Ces personnes ne ressentent pas la sensation de dormir.

L'insomnie paradoxale peut être confirmée par polysomnographie ou actigraphie.

4. Classification internationale des troubles du sommeil-3e édition (ICSD-III) (3,19)

a) Insomnie aigue ou insomnie à court terme

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, déprime, repas copieux, consommation d'excitants... Elles durent une ou quelques nuits et finissent par être résolues avec la disparition du facteur déclenchant.

b) Insomnie chronique

L'insomnie chronique est caractérisée par des troubles du sommeil présents au moins 3 nuits par semaine au cours des trois derniers mois. Elle est souvent la conséquence de l'anxiété ou de la dépression, mais également du mode de vie des personnes. Elle a de grandes conséquences sur la vie de l'individu pendant la journée.

Dans ce cas, il peut être difficile de trouver des causes évidentes pouvant les expliquer, et les tentatives d'adaptation de l'environnement ou du comportement ne permettent pas de les faire disparaître.

On estime que l'insomnie chronique découle de trois facteurs :

- Un facteur prédisposant : susceptibilité individuelle que ce soit génétique, biologique ou psychosocial,
- Un facteur précipitant : événement médical, personnel, familial,
- Un facteur d'entretien : comportement inadapté.

C. Les autres troubles du sommeil (10)

1. La narcolepsie

La narcolepsie, encore appelée maladie de Gélineau, est caractérisée par une hypersomnie c'est-à-dire par un besoin excessif de sommeil et des épisodes de somnolence excessive durant la journée, malgré une durée de sommeil normale ou élevée.

Elle se manifeste donc par des accès brutaux et irrépessibles de sommeil au cours de la journée en effet le sommeil s'installe brutalement et directement par une phase de sommeil paradoxal, alors que le patient est en pleine activité.

Nous pouvons retrouver d'autres symptômes tels que :

- La cataplexie : elle correspond à un relâchement brutal du tonus musculaire survenant également par accès, sans altération de la conscience. Le plus souvent cette attaque survient à la suite d'une émotion importante (joie, colère ...),
- Des hallucinations qui peuvent ressembler à des rêves éveillés.

2. Les troubles du rythme circadien

Ces troubles surviennent à la suite d'un dérèglement de notre horloge biologique.

En effet nous pouvons retrouver :

- Ceux qui n'ont pas sommeil avant une heure avancée de la nuit et présentent donc un retard de phase. Dans ce cas il y a un endormissement et un réveil très tardifs.
- Ainsi que ceux qui souffrent d'un syndrome d'avance de phase et qui rencontrent des difficultés à rester éveillées au-delà de 19 heures. Ici, nous aurons à l'inverse un endormissement et un réveil précoces.
- Le trouble du rythme circadien peut aussi être épisodique, liés par exemple à un décalage horaire, un travail posté avec des modifications horaires régulières.

3. L'apnée obstructive du sommeil (20)

L'apnée du sommeil est un trouble respiratoire dont la fréquence augmente avec l'âge et le surpoids. Durant la nuit, de courtes apnées (pauses de respiration) durant de 10 à 30 secondes, peuvent se répéter une centaine de fois par nuit.

Elles surviennent en raison de l'obstruction complète ou partielle de la gorge par la langue et par le relâchement des muscles du pharynx. Cela provoque un manque en oxygène durant le sommeil entraînant le réveil de la personne pour reprendre sa respiration. C'est ce qu'on appelle les « micro-éveils », ils sont souvent inconscients et peuvent induire une fatigue et une somnolence diurne.

4. Les parasomnies

Les parasomnies correspondent à un ensemble de phénomènes anormaux (moteur ou verbaux) se produisant lors de la phase de sommeil lent profond ou lors du sommeil paradoxal. Le cerveau associe alors la perception de l'environnement au contenu mental d'un rêve.

Le plus souvent la personne n'a aucun souvenir de ses actes au réveil. Elles peuvent être favorisées par des éléments extérieurs qui perturbent l'organisation normale du sommeil tels que le stress, la fièvre, certains médicaments...

Les plus fréquentes sont le somnambulisme, le bruxisme (grincement des dents), la somniloquie (paroles), les terreurs nocturnes (fréquentes chez les enfants, ou encore l'énurésie (pipi au lit).

5. Le syndrome des jambes sans repos

Le syndrome des jambes sans repos (ou maladie de Willis-Ekbom) est caractérisé :

- Par un besoin irrésistible de bouger les jambes, associé à des sensations désagréables (paresthésies) au niveau des membres inférieurs qui peuvent devenir douloureuse
- Par une impatience motrice pendant l'éveil

Ces symptômes se manifestent le plus souvent au repos, et ils peuvent s'estomper lors d'une action. En soirée et au cours de la nuit les symptômes s'aggravent pouvant entraîner une perturbation du sommeil.

II. La prise en charge de l'insomnie (21)

En cas d'insomnie, chronique ou aiguë, différents traitements peuvent être mis en place. En première intention un traitement non médicamenteux peut être proposé puis si aucune amélioration n'a lieu, les patients peuvent avoir recours à des traitements médicamenteux. Cependant ces derniers ont de nombreux effets indésirables. Nous allons donc détailler ces deux prises en charge différentes.

A. **Prise en charge médicamenteuse : Mécanismes d'actions et effets indésirables (22,23)**

Il existe de nombreux traitements pharmacologiques administrés dans le cadre de l'insomnie si les traitements non médicamenteux sont inefficaces. Certains peuvent être en vente libre en officine alors que d'autres classes pharmacologiques nécessitent une prescription médicale voire une surveillance particulière.

1. Les Benzodiazépines

a) Molécules

DCI (dénomination commune internationale)	Spécialités	Posologie usuelle	Demi-Vie	Durée d'action
Estazolam	NUCTALON®	2 mg au coucher	17 heures	Longue
Loprazolam	HAVLANE®	1 mg au coucher	8 heures	Courte
Lormétazéпам	NOCTAMIDE®	1 à 2 mg au coucher	10 heures	Courte
Nitrazéпам	MOGADON®	5 mg au coucher	16 à 48 heures	Longue

Tableau1 : Benzodiazépines utilisées dans le traitement de l'insomnie

On peut classer les benzodiazépines selon leur durée d'action (voir tableau ci-dessus). En effet celles à courte durée d'action sont prescrites pour les insomnies de début de nuit (difficulté d'endormissement), celles à durée d'action moyenne sont plutôt utiles en cas d'insomnies de milieu de nuit (réveil nocturne) ou en cas d'insomnies à court terme. Enfin, les benzodiazépines à durée d'action prolongée sont utilisées pour les insomnies de fin de nuit ou chroniques.

Néanmoins, chaque personne possède une sensibilité particulière et la durée d'action d'un hypnotique peut varier d'un patient à l'autre.

b) Mécanismes d'actions

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

Les benzodiazépines ont différentes propriétés :

- Anxiolytique
- Sédatif et hypnotique
- Anti-convulsivant
- Anesthésique
- Myorelaxant

Ces différents modes d'actions proviennent des sous-unités des récepteurs GABA sur lesquelles se fixent les benzodiazépines. En effet, la fixation sur la sous-unité $\alpha 1$ induirait la sédation, alors que la fixation sur la sous-unité $\alpha 2$ induirait quant à elle une action anxiolytique.

C'est pourquoi, parmi l'ensemble des benzodiazépines mises sur le marché, seulement quatre sont utilisées dans le traitement de l'insomnie.

Plus concrètement ces molécules vont agir sur le sommeil en diminuant la latence d'endormissement et en augmentant la durée totale du sommeil en agissant sur la durée du sommeil lent.

c) Effets indésirables

Les effets indésirables des benzodiazépines sont :

- La somnolence
- La confusion
- La difficulté de concentration
- L'amnésie antérograde, perte de mémoire
- L'hypotonie
- Des troubles de l'équilibre susceptibles de provoquer une chute
- Une irritabilité
- Des troubles digestifs tel que nausées, constipations
- Un effet rebond possible à l'arrêt du traitement

En cas d'utilisation prolongée, le développement d'une tolérance ou d'une dépendance physique et psychique 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. De plus l'arrêt sera progressif de telle manière à éviter le risque de rebond d'insomnie ou encore les phénomènes de sevrage.

d) Contre-indications

Les Benzodiazépines sont contre-indiquées en cas :

- D'insuffisance respiratoire sévère
- D'insuffisance hépatique sévère
- De syndrome d'apnée du sommeil

2. Les apparentés aux benzodiazépines

a) Molécules

DCI	Spécialité	Posologie usuelle	Demi-vie	Conditions prescription
Zopiclone	IMOVANE®	3,75 à 7,5 mg au coucher	5 heures Durée d'action courte	Prescription limitée à 4 semaines (Liste I)
Zolpidem	STILNOX®	10 mg au coucher	2,4 heures Durée d'action courte	Prescription limitée à 4 semaines (Liste I) Assimilé aux stupéfiants à partir du 10 avril 2017 : - Prescription en toutes lettres sur ordonnance sécurisée. - Chevauchement interdit sauf mention expresse du prescripteur portée sur l'ordonnance.

Tableau 2 : Les apparentés aux benzodiazépines utilisées dans l'insomnie

b) Mécanismes d'actions

Les apparentés aux benzodiazépines sont également des agonistes GABAergiques. A la différence des benzodiazépines, ils n'agissent préférentiellement que sur une sous-unité : la $\alpha 1$. Ils sont plus sélectifs et sont seulement utilisés comme hypnotiques. Ils ont donc pour conséquence de raccourcir la durée de l'endormissement, d'augmenter la durée totale et la qualité du sommeil ainsi que de diminuer le nombre de réveils nocturnes et de réveils précoces.

c) 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 (particulièrement chez le sujet âgé), somnolences, céphalées, amnésies antérogrades, vertiges, etc.
- Hallucinations, agitations, cauchemars, dépression
- Diarrhées, nausées, vomissements, douleurs abdominales
- Sécheresses buccales, dysgueusies pour le zopiclone

Le risque d'apparition des effets indésirables augmente proportionnellement à la dose prise.

3. Les antihistaminiques de type 1

a) Molécules

Les antihistaminiques sont des médicaments habituellement utilisés pour traiter les allergies. Cependant ils peuvent avoir des effets sédatifs et certaines molécules ont une indication dans les insomnies occasionnelles.

Le traitement doit être de courte durée.

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 En vente libre en officine

Tableau 3 : Les antihistaminique de type 1 utilisés dans l'insomnie

Les antihistaminiques H1 sont des antagonistes compétitifs et sélectifs des récepteurs H1 à l'histamine. Ils inhibent l'effet de la stimulation de ces récepteurs et vont ainsi entraîner une vasoconstriction des artères, de la muqueuse nasale et de la peau ainsi qu'une inhibition de la stimulation de l'éveil.

Cependant, certaines molécules sont aussi des antagonistes des récepteurs muscariniques à l'acétylcholine. Ce qui permet alors de distinguer 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 appartiennent au groupe de la première génération. Ils permettraient de réduire le délai d'endormissement et d'améliorer la durée et la qualité du sommeil.

c) Effets indésirables

Les antihistaminiques peuvent engendrer des effets indésirables, principalement dus aux effets anticholinergiques tel que :

- Une constipation
- Une rétention urinaire
- Une Sécheresse buccale
- Des troubles visuels (troubles de l'accommodation, vision floue, hallucinations, déficience visuelle)
- Des Palpitations cardiaques et/ou des confusions

Les antihistaminiques H₁ de première génération sont également connus pour provoquer une sédation diurne importante, c'est pourquoi les conducteurs d'engins ou de voitures doivent être particulièrement informés de ce risque.

Nous pouvons aussi retrouver des effets indésirables comme des troubles cognitifs (excitation) ou encore des troubles de la performance psychomotrice.

Le pharmacien d'officine se doit donc d'être très vigilant concernant la dispensation de ces produits en vérifiant les éventuels traitements chroniques ou non du patient (en consultant le dossier pharmaceutique par exemple) surtout dans le cas de la doxylamine en vente libre à l'officine.

d) Contre-indications

Les antihistaminiques sont contre-indiqués :

- En cas de troubles de la prostate, plus précisément en cas de troubles urétrorostatiques à risque de rétention urinaire
- De glaucome à angle fermé (hypertension de l'œil)

4. La mélatonine (24,25)

a) Molécules

En France, la mélatonine a obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché sous le nom de Circadin®. Son indication reste toutefois limitée car elle peut seulement être administrée en monothérapie à court terme de l'insomnie primaire caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité chez les patients de plus de 55 ans.

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. (26)

DCI	Spécialité	Posologie habituelle	Demi-vie	Conditions prescriptions
Mélatonine	CIRCADIN®	2 mg après le repas 1 à 2 heures avant le coucher sur une période pouvant aller jusqu'à 13 semaines	3,5 à 4 heures	Liste II

Tableau 4 : Mélatonine utilisé dans le traitement de l'insomnie

b) Mécanismes d'actions

La mélatonine est une hormone naturelle produite par la glande pinéale, on l'appelle l'hormone du sommeil.

Physiologiquement, la mélatonine participe au contrôle des rythmes circadiens et à la régulation du rythme jour-nuit, elle peut donc avoir un effet hypnotique. Sa sécrétion augmente peu après la tombée de la nuit, et est à son maximum entre 2 et 4 heures du matin. Le taux de mélatonine diminue ensuite progressivement durant la seconde moitié de la nuit.

La mélatonine est connue pour faciliter le sommeil en agissant sur les récepteurs MT1, MT2 et MT3. En effet, en se fixant sur ces récepteurs, elle exerce différentes actions :

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

Ce sont pour ces raisons que la mélatonine peut être administrée en cas de trouble du sommeil tel que l'insomnie. Elle peut raccourcir le temps de latence d'endormissement et améliorer efficacement la qualité du sommeil.

c) Effets indésirables

Les effets indésirables du circadin® restent rares (< 1%). Nous pouvons retrouver des effets tels que :

- Une irritabilité, une nervosité,
- Des rêves anormaux, des cauchemars,
- Des céphalées,
- Des vertiges,
- Une somnolence,
- Des troubles digestifs comme des douleurs abdominales ou des nausées,
- Une sécheresse buccale,
- Des sueurs nocturnes.

B. Prise en charge non médicamenteuse

En cas d'insomnie occasionnelle ou transitoire, la première étape de la prise en charge consiste à privilégier toutes les approches douces, non médicamenteuses (relaxation, phytothérapie, sophrologie ...) pour que le patient puisse retrouver un sommeil sain. Cela permet de former un prérequis pour améliorer la qualité de sommeil avant d'envisager une prise en charge médicale.

Les techniques de relaxation ont de bons résultats mais ce sont avant tout les techniques de thérapies comportementales et cognitives, pour lesquelles de nombreuses études ont été menées, qui ont les meilleurs retours dans la prise en charge de l'insomnie.

Il va être, également important de corriger toutes les mauvaises habitudes et d'adopter un comportement adapté pour favoriser l'endormissement.

1. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (3,27)

Le principe des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) est de remplacer les comportements inadaptés et les croyances erronées sur le sommeil par d'autres plus appropriés. Elles sont donc à privilégier.

Dans le traitement de l'insomnie, les TCC visent à faire prendre conscience des mécanismes du rythme du sommeil ainsi que des facteurs dont dépend le sommeil. Cela va permettre de repérer les erreurs que l'on peut faire et ainsi gérer ses difficultés de sommeil.

Les TCC ont été décrites comme plus efficaces que les traitements pharmacologiques dans le traitement de l'insomnie sur la durée, et peuvent favoriser le sevrage en somnifères des personnes qui y sont dépendantes. Cependant, elles sont encore sous-utilisées en France, notamment parce qu'elles ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie (CPAM).

Elles reposent sur une série de séances, au cours desquelles vont être abordées :

- Les notions d'hygiène du sommeil, cela va correspondre à la composante éducative.
- Les notions du temps passé au lit sans dormir, ce qui constituera la composante comportementale de la thérapie.
- Les croyances erronées sur le sommeil, cela va correspondre à la composante cognitive.
- Et éventuellement en y associant la relaxation.

a) Hygiène du sommeil (19,28)

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

Les premières informations à délivrer concernent la chambre où dort la personne en tenant compte des conditions de vie, puis ce seront principalement des conseils concernant les heures qui précèdent le coucher :

- 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.
- 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.
- Éviter d'utiliser le téléphone, l'ordinateur ou la tablette le soir dans le lit, au moment du coucher.
- Éviter de fumer juste avant le coucher ou dans le lit.

b) La restriction du temps passé au lit (29)

Cette méthode vise à limiter le temps que passe le patient chaque nuit dans son lit, seulement aux périodes où il dort vraiment ce qui va permettre de faire correspondre le temps passé au lit avec le temps de sommeil. En effet, un insomniaque passe beaucoup trop de temps au lit, ce qui entretient son insomnie plutôt que de l'aider.

On conseille de garder le même horaire de lever mais de modifier l'heure du coucher pour limiter le temps passé au lit. Le but à atteindre est de favoriser le sommeil et ainsi augmenter la quantité de sommeil sans en réduire la qualité.

c) La thérapie par contrôle du stimulus (28)

Cette thérapie a pour but de régulariser le cycle veille-sommeil en recréant le lien entre différents stimuli extérieurs (environnementaux) et le sommeil.

C'est pour améliorer cela que le patient recevra, durant cette thérapie, plusieurs conseils tels que :

- 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.
- Éviter de faire une sieste trop longue pour renforcer l'homéostasie du sommeil et diminuer les difficultés à s'endormir la nuit suivante.

d) Thérapie cognitive (27)

Cette partie de la thérapie a pour but d'essayer de changer les croyances ou les attitudes néfastes au sommeil entraînant l'insomnie, par des croyances plus adaptées. Par exemple les patients pensent qu'ils doivent forcément dormir huit heures par nuit pour être en forme le lendemain, le psychothérapeute va alors leur expliquer et leur faire comprendre que chaque personne est différente face au sommeil : le temps passé à dormir dépend des individus ou de l'âge.

e) Relaxation (27,28)

La relaxation vise à diminuer les tensions musculaires et ainsi favoriser l'endormissement et la conservation du sommeil. Le but est de donner des automatismes au patient pour qu'il puisse se détendre quelles que soient les circonstances. Le but de ces séances (10 à 15 en règle générale) est d'apprendre à se relaxer, à la fois sur le plan physique que sur le plan mental.

Différents types de relaxations sont proposés selon la personne et son insomnie. Par exemple, pour diminuer la tension somatique on proposera au patient plutôt la relaxation musculaire alors que pour l'activation cognitive (pensées envahissantes, stress, ...) on proposera davantage la méditation.

2. Aromathérapie (30–33)

Les huiles essentielles peuvent représenter une excellente alternative aux hypnotiques. Elles ont l'avantage de pouvoir associer en plus le plaisir olfactif. Elles agiront donc à deux niveaux : par la voie olfactive ainsi que par la voie cutanée.

Le stress est l'un des ennemis le plus nuisible à un sommeil réparateur, aussi bien par les pensées négatives que par ses conséquences somatiques. Or, de nombreuses huiles essentielles vont permettre de faciliter l'harmonisation de la sphère nerveuse.

Les huiles essentielles sont utilisées :

- En Diffusion :
La diffusion permet de créer une atmosphère propice à la détente. Pour cela le plus important est de diffuser les huiles essentielles dans la chambre environ 30 minutes avant le coucher (jamais pendant le sommeil). On peut compter 10 gouttes d'huiles essentielles pour une séance de 30 minutes avec un diffuseur ultrasonique ou alors verser 2 à 3 gouttes de l'une de ces huiles essentielles sur l'oreiller ou le col du pyjama.
Les huiles essentielles à privilégier sont celles que l'on préconise pour leur action contre le stress en préférant celles dont l'odeur nous plait.
- En Massage :
Au coucher, il est aussi possible de masser des huiles essentielles sur le plexus solaire ou sur le dos, le long de la colonne vertébrale quelques minutes avant le coucher afin d'induire plus facilement le sommeil. Cela permet de travailler sur l'aspect nerveux et de détendre et reconforter le patient avant de dormir. Les HE peuvent être diluées dans une huile végétale surtout si ces HE sont dermocaustiques.
- Par voie orale :
Il est aussi possible de prendre des huiles essentielles par voie orale afin de relaxer le système nerveux, de lutter contre le stress et d'induire le sommeil. Il n'y a pas d'accoutumance. Pour les HE il est préférable de diluer les gouttes sur un support neutre tel qu'un comprimé neutre, une cuillère de miel ou d'huile d'olive.

Voici une liste non exhaustive présentée dans le tableau ci-dessous des différentes huiles essentielles pouvant être utilisées dans le traitement de l'insomnie.

<u>Nom commun</u>	<u>Nom latin</u>	<u>Utilisation</u>
Néroli	<i>Citrus aurantium ssp amara</i>	<ul style="list-style-type: none"> . <u>Voie orale</u> : 1 à 2 gouttes d'HE sur un support neutre le soir avant de se coucher . <u>Voie cutanée</u> : 1 à 2 gouttes d'HE + 2 gouttes d'HV noyaux d'abricot à appliquer sur la face interne des poignets, sur le plexus solaire ou sur la voûte des pieds. . <u>Ne pas diffuser</u>
Lavande vraie	<i>lavandula angustifolia ssp angustifolia</i>	<ul style="list-style-type: none"> . <u>Voie orale</u> : 2 gouttes d'HE sur un support neutre le soir avant de se coucher . <u>Voie cutanée</u> : 3 gouttes d'HE sur la face interne des poignets, sur le plexus solaire ou sur la voûte des pieds. . <u>Diffusion</u> : 2 gouttes d'HE sur le revers d'un col de pyjama ou sur l'oreiller.
Petit grain bigarade	<i>Citrus aurantium ssp amara</i>	<ul style="list-style-type: none"> . <u>Voie orale</u> : 2 gouttes d'HE sur un support neutre le soir avant de se coucher . <u>Voie cutanée</u> : 3 gouttes d'HE sur la face interne des poignets, sur le plexus solaire ou sur la voûte des pieds. . <u>En diffusion</u>
Orange douce	<i>Citrus sinensis</i>	<ul style="list-style-type: none"> . <u>Voie cutanée</u> : 2 à 3 gouttes d'HE sur la face interne des poignets, sur le plexus solaire ou sur la voûte des pieds. . <u>En diffusion</u> : dans la chambre à coucher
Camomille noble	<i>Chamaemelum nobile</i>	<ul style="list-style-type: none"> . <u>Voie orale</u> : 2 gouttes d'HE sur un support neutre le soir avant de se coucher (3/J si choc émotionnel). . <u>Voie cutanée</u> : 2 gouttes d'HE dans 2 gouttes d'HV sur la face interne des poignets ou le plexus solaire. . <u>Ne pas diffuser</u>
Mandarine	<i>Citrus reticulata</i>	<ul style="list-style-type: none"> . <u>Voie orale</u> : 2 gouttes d'HE sur un support neutre le soir avant de se coucher (3/J si stress). . <u>Voie cutanée</u> : 2 gouttes d'HE dans 2 gouttes d'HV sur la face interne des poignets ou le plexus solaire. . <u>En diffusion</u>
Mélisse	<i>Melissa officinalis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <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

Tableau 5 : Liste non exhaustive d'huiles essentielles pouvant être utilisées dans l'insomnie

3. Phytothérapie (34–36)

Mise à part la valériane, l'effet des plantes sur le sommeil n'a jamais été démontré cliniquement, cependant la phytothérapie a totalement trouvé sa place dans le traitement de l'insomnie. En effet, associée aux règles hygiéno-diététiques, la phytothérapie est une bonne alternative aux hypnotiques et permet d'éviter les nombreux effets indésirables de ces derniers.

Les plantes proposées contre les troubles du sommeil sont essentiellement des plantes aux propriétés sédatives ou des plantes permettant de lutter contre le stress et l'anxiété, souvent à l'origine des insomnies.

Nous pouvons retrouver la valériane, la passiflore, le houblon, la mélisse et l'aubépine.

Il faut néanmoins faire attention avec l'utilisation de ces plantes car en raison de leur effet sédatif, les plantes utilisées dans les troubles du sommeil pourraient être responsables d'une baisse de la vigilance dans la journée et se révéler dangereuses pour les personnes qui conduisent.

Elles sont utilisées séparément ou dans des formules composées de plusieurs plantes (par exemple euphytose®, cardiocalm® ou encore omezelis®).

Ces plantes sont le plus souvent proposées sous forme d'extraits en gélules, ou telles quelles pour des infusions.

Plantes	Parties utilisées	Propriétés	Indications	Posologies
Aubépine	Fleur	Anxiolytique, antispasmodique et ralentisseur du système cardiaque	. Angoisse avec tachycardie, sensation de palpitations . Troubles du sommeil avec ces symptômes	. <u>En infusion</u> . <u>En gélules</u> : 1 gélule (350 mg de poudre) matin, midi et soir
Eschscholtzia	Plante entière	Hypnotique, spasmolytique, sédative	Insomnie d'endormissement liée à l'anxiété et à une difficulté à décrocher le soir	<u>En gélules</u> : Chez l'adulte 2 gélules (300 mg de poudre) au dîner puis 2 gélules au coucher Pour l'enfant de plus de 12 ans : 1 gélule au dîner et au coucher
Houblon	Inflorescence	Sédative et anti-ostrogénique	Insomnie liée aux troubles ménopausiques ou aux insuffisances hormonales	. <u>En infusion</u> . <u>En gélules</u> : Pour 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
Mélicse	Feuilles	Antispasmodique et sédative	Nervosité et insomnie avec ces symptômes	<u>En infusion</u> <u>En gélules</u> : 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	. <u>En infusion</u> . <u>En gélules</u> : 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 d'un stress prolongé	. <u>En gélules</u> : 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 6 : Liste non exhaustive de plantes pouvant être utilisées dans l'insomnie

4. Homéopathie (37,38)

L'homéopathie peut aussi être une alternative des hypnotiques dans le traitement des troubles du sommeil. Il doit être adapté à chaque patient en fonction des symptômes et des facteurs aggravants.

En plus des souches homéopathiques, présentées le plus souvent sous forme de granules, des spécialités médicamenteuses regroupant différents principes actifs sont en vente libre à l'officine.

En ce qui concerne les granules, il est conseillé de prendre 5 granules dans la soirée et de renouveler pendant la nuit si la difficulté à dormir est toujours présente.

Nous allons tout d'abord s'attarder sur certaines souches homéopathiques (résumées dans le tableau ci-dessous) pouvant être utilisées en cas de troubles du sommeil, puis dans un second tableau nous détaillerons certaines spécialités.

Souches homéopathiques	Dilutions utilisées	Indication
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 des 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, un chagrin
Stramonium	9 CH	Pour l'insomnie par peur du noir ou d'être seul (terreur nocturne)
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
Zincum metallicum	9 CH	Pour l'insomnie par épuisement nerveux avec impatience des jambes et crampes

Tableau 7 : Liste non exhaustive de souches homéopathiques utilisées dans le traitement de l'insomnie

Spécialité	Composition	Indication	Posologie
Homéogène 46® (39)	Hyoscyamus niger 5 CH Nux moschata 4 CH Passiflora incarnata 3 DH Stramonium 5 CH	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® (40)	Asa foetida 6 DH Avena sativa TM Chamomilla vulgaris 3 DH Cicuta virosa 6 DH Hyoscyamus niger 1 DH Ignatia amara 3 DH Nux vomica 3 DH Staphysagria 4 DH Sumbulus moschatus 6 DH Valeriana officinalis 2 DH	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 1/4 de la dose chez l'enfant
Sédatif PC® (41)	Aconitum napellus 6 CH Belladonna 6 CH Calendula officinalis 6 CH Chelidonium majus 6 CH Valeriana officinalis 4 CH Viburnum opulus 6 CH	Troubles légers du sommeil	2 comprimés 3 fois par jour à sucer

Tableau 8 : Liste de certaines spécialités homéopathiques pouvant être utilisées dans l'insomnie

5. Autres méthodes

a) Sophrologie (42,43)

Pour favoriser l'endormissement et éviter les réveils nocturnes les exercices de sophrologie peuvent être une alternative efficace en permettant au patient d'apprendre à écouter son corps, à se détendre, et à libérer son esprit. Il s'agit donc de libérer toutes les tensions corporelles, en effet le lâcher-prise va favoriser l'endormissement.

La sophrologie va agir à la fois sur le cerveau, sur le système nerveux autonome, qui stimule ou apaise le cerveau, et sur le corps, en éliminant les tensions musculaires accumulées au cours de la journée.

La sophrologie va utiliser plusieurs techniques et types d'exercices : des exercices de respiration, des exercices de décontraction musculaire et de relaxation, et des exercices de visualisation positive (projection d'images mentales positives). Par exemple pour retrouver le sommeil, il va être nécessaire d'apprendre la respiration abdominale, c'est-à-dire de bien travailler sa respiration au niveau du ventre tout en évitant les mouvements de la cage thoracique.

b) Acupuncture (44-46)

L'acupuncture est une technique qui peut améliorer les troubles du sommeil. Pratiquée en Chine depuis l'antiquité pour soulager l'insomnie primaire, l'acupuncture est une méthode naturelle et sans danger qui peut alléger les troubles du sommeil et rééquilibrer l'endormissement et la qualité du repos.

En effet, différentes zones impactent la qualité du sommeil. Une foi déséquilibrée, cela génère de nombreuses phases de réveil, et rend difficile l'endormissement jusqu'à l'insomnie. En travaillant au niveau de ces zones, mais aussi à un niveau plus global en apaisant le stress et l'anxiété, l'acupuncture va donc aider à résoudre les troubles du sommeil et favoriser le repos.

III. Les hypnotiques : benzodiazépines et apparentés

Nous allons maintenant nous arrêter tout particulièrement sur le traitement de l'insomnie par les benzodiazépines et ses apparentés.

Nous retrouvons donc dans la prise en charge des troubles du sommeil 5 benzodiazépines et 2 molécules apparentées ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Ces 7 molécules sont remboursées par la sécurité sociale.

Nous verrons dans un premier temps les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) vis-à-vis de ces molécules puis nous ferons un point sur la consommation de ces molécules.

A. Les recommandations de la HAS (47,48)

1. Prescription des benzodiazépines hypnotiques et de leurs apparentés

Selon la HAS la prescription d'hypnotiques, benzodiazépines ou apparentés, ne doit pas être banalisée, parce que même si elle facilite le sommeil, elle ne résout pas les causes de l'insomnie et elle peut être à l'origine de nombreux effets indésirables aux conséquences parfois graves comme nous l'avons vu ci-dessus.

Pour la prescription des benzodiazépines et de leurs apparentés, la HAS recommande :

- Avant toute chose de vérifier que les règles de mises en conditions pour le sommeil soient réunies. C'est ce qu'on appelle les règles hygiéno-diététiques du sommeil, nous les avons détaillés plus haut.
Ces règles peuvent s'avérer insuffisantes pour résoudre un problème d'insomnie modérée ou sévère, dans ce cas, le médecin peut prescrire un hypnotique.

- Si le médecin choisi de prescrire un hypnotique le choix de la molécule se fera fonction :
 - Du profil d'insomnie du patient (insomnie d'endormissement, difficulté de maintien du sommeil ou réveil matinal prématuré)
 - Du délai et de la durée d'action de l'hypnotique, pour que l'hypnotique corresponde au mieux avec l'insomnie du patient.
 - Du risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes (il faut éviter de cumuler plusieurs médicaments psychotropes)
 - De l'état physiologique du patient (âge, état rénal et hépatique)
 - Du type d'activités susceptibles d'être pratiquées par le patient au cours de la prise (conduite par exemple).

- La prescription doit être prévue sur du court terme : de quelques jours à 4 semaines.
- Leur durée de prescription est limitée à 4 semaines maximum.
- La plus faible dose efficace doit être prescrite.
- Un seul hypnotique doit être prescrit : les associations d'hypnotiques n'ont pas d'intérêt et sont à proscrire.
- Le patient doit être informé des conditions du traitement, de ses effets indésirables et des précautions à respecter. En particulier, il doit être informé du faible effet de ces médicaments, des risques de troubles de la mémoire, de somnolence, de troubles du comportement et de chute ainsi que de phénomènes de tolérance pharmacologique et de dépendance,
- Le changement d'un médicament pour un autre n'est justifié que si le patient a des effets indésirables en rapport direct avec le produit utilisé.
- Une seconde consultation est indispensable à l'issue de la durée de prescription, en vue d'une réévaluation de la situation, pour ainsi éviter au maximum le risque de chronicisation du trouble.
- Si la situation semble devoir durer plusieurs semaines, voire plus longtemps, il est recommandé de proposer un traitement non pharmacologique, notamment une prise en charge psychologique de type cognitivo-comportementale.

En résumé la HAS demande de respecter des règles précises sur l'utilisation des benzodiazépines et de ses apparentés : dose minimum utile, limitation dans le temps, information du patient sur la durée du traitement, ses modalités d'arrêt et ses effets indésirables.

2. Arrêt des hypnotiques (49,50)

Au moment de la prescription et de l'instauration du traitement, le médecin doit d'ores et déjà expliquer au patient les modalités de durée et d'arrêt du traitement. Celui-ci va permettre de retrouver un sommeil naturel, plus récupérateur, même s'il est plus court ou plus fractionné.

En effet l'arrêt de ces hypnotiques doit toujours être progressif et encadré :

- Encadré : un arrêt de traitement peut signifier pour certaines personnes notamment les personnes âgées la remise en cause d'un certain équilibre, voire d'un mode de vie auquel elles sont habituées. Un des freins importants à la diminution et au sevrage est l'angoisse. Il est donc important d'évaluer le contexte : personnalité, solitude, angoisse... Il va donc être important d'étudier avec chaque patient ses attentes et sa dépendance aux médicaments pour aboutir à une décision partagée.

Pour évaluer la dépendance du patient à l'hypnotique le médecin peut s'appuyer sur le questionnaire ECAB (cf. annexe 1), cela va permettre d'impliquer le patient dans la stratégie d'arrêt et lui de s'interroger sur sa consommation et exprimer son ressenti.

- Progressif : La mise en place de la stratégie d'arrêt doit se faire sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois, en fonction de la durée du traitement ainsi que de la dépendance du patient au traitement. Elle doit aussi s'accompagner d'une consultation de suivi une semaine après la première diminution de dose, puis à chaque diminution, de façon plus espacée lorsque la réduction de la posologie se fait sans difficulté.

Tout d'abord l'objectif de la diminution progressive est bien sûr l'arrêt complet. Cependant, l'obtention d'une diminution de la posologie doit déjà être considérée comme un résultat positif.

Ensuite, la proposition d'arrêt peut ne pas être acceptée par le patient. Il est alors recommandé de la renouveler lors d'une consultation ultérieure et d'éviter le stress d'une situation d'arrêt imposée qui, réactivant l'angoisse, risque de fragiliser le patient.

Enfin, si la stratégie d'arrêt échoue, il faudra encourager le patient à recommencer ultérieurement en essayant de comprendre les raisons de l'échec, et de proposer des mesures d'accompagnement non médicamenteuses qui, elles, peuvent être prolongées autant que nécessaires. En effet, dans le cadre d'une démarche d'arrêt des somnifères, les thérapies cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité.

La HAS ne recommande pas de proposer un autre traitement médicamenteux lors du sevrage car il n'y a pas d'argument pour et donc pas d'intérêt pour le patient.

3. Les erreurs à éviter selon la HAS

Selon la HAS il y a certaines erreurs à ne pas commettre avec les benzodiazépines, notamment les hypnotiques. Nous allons les citer ci-dessous :

- Prescrire un hypnotique de façon systématique, sans évaluation de la situation du patient.
- Méconnaître une dépression ou un autre trouble psychiatrique à l'origine du trouble du sommeil.
- Négliger un symptôme évocateur de syndrome d'apnées du sommeil (ronflements sonores, somnolence diurne, céphalées au réveil, excès de poids).
- Associer plusieurs benzodiazépines, hypnotiques ou anxiolytiques.
- Reconduire une prescription sans réévaluer la situation du patient.
- Arrêter brutalement un traitement par benzodiazépine ou molécule apparentée.

4. Ce qu'il ne faut pas minimiser

- Une dépendance aux hypnotiques est possible, même en l'absence de facteur de risque de dépendance.
- Les hypnotiques peuvent être un facteur d'entretien de l'insomnie, notamment en raison du rebond d'insomnie qu'ils peuvent induire à l'arrêt.
- Le cumul de plusieurs médicaments à effet sédatif est à proscrire : il n'apporte pas d'effet supplémentaire mais potentialise les effets indésirables.

B. La consommation des hypnotiques (51)

Compte tenu de l'importance de la consommation des benzodiazépines en France, l'ANSM publie régulièrement un état des lieux de la consommation de ces médicaments ainsi que des données de pharmacovigilance et d'addictovigilance. En avril 2017, l'ANSM publie le troisième rapport et présente les données jusqu'à l'année 2015 incluse. Ce sont sur ces données que nous allons nous appuyer pour décrire la consommation des hypnotiques européenne et française.

Les hypnotiques étudiés sont les N05C de la classification ATC (Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique) (cf. : Annexe 2).

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).

1. Consommation Européenne

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. Toutes les données proviennent des bases nationales de chaque pays et portent sur le marché de ville et sur le marché hospitalier

En 2015, en comparaison de 8 autres pays européens, la France se situe au 2ème rang de la consommation de benzodiazépines, derrière l'Espagne ; les états les moins consommateurs étant l'Allemagne et le Royaume-Uni.

En revanche La France se situe au 3ème rang de la consommation d'hypnotiques, en effet, ce sont deux pays scandinaves, la Suède et la Norvège, qui consomment le plus d'hypnotiques, la France est quasiment au même niveau que l'Espagne.

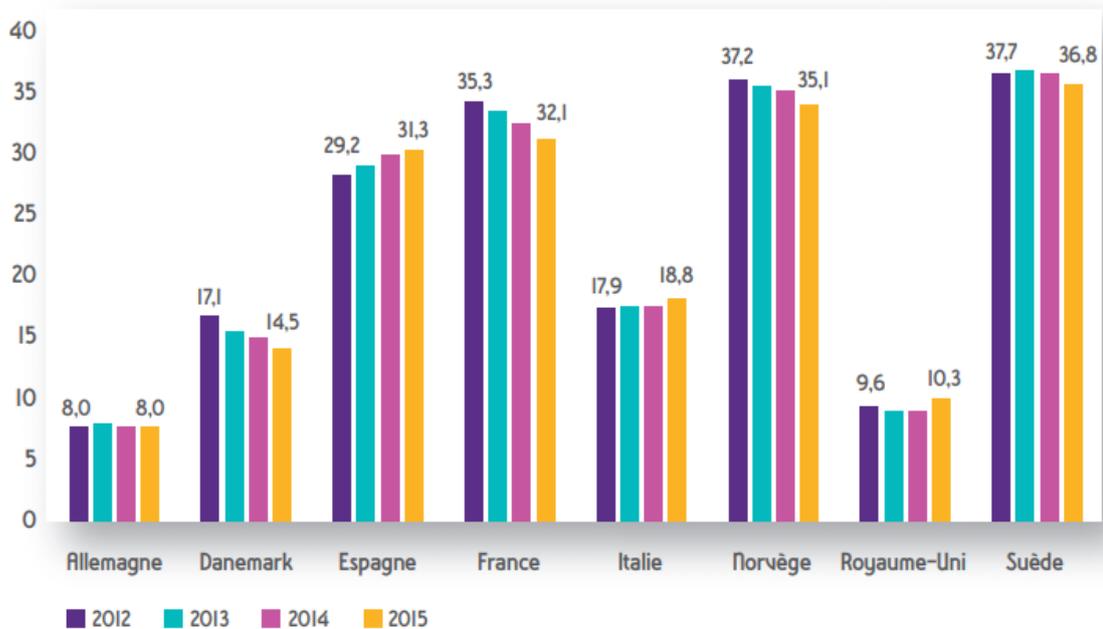


Figure 3 : Évolution des niveaux de consommation des hypnotiques (N05C) dans huit pays Européens, en DDJ/1000 hab. /J, entre 2012 et 2015

2. Consommation Française

a) Consommation des benzodiazépines hypnotiques et apparentés aux benzodiazépines en fonction du nombre de boîtes vendues

En 2015, 46,1 millions de boîtes de d'hypnotiques (benzodiazépines ou apparentés au benzodiazépines), ont été vendues en ville contre 48,2 millions en 2010. Ces sept molécules représentaient 81,4 % (76,3 % en 2010) de la consommation totale d'hypnotiques et de sédatifs exprimée en nombre de boîtes.

Dans le tableau suivant, nous avons résumé le nombre de boites vendues en France en 2015 des benzodiazépines hypnotiques et les apparentés ainsi que leur unité « standard ».

L'unité « standard » permet de limiter les défauts de l'unité « nombre de boites » (différences de conditionnement, dosages...). Elle est donc obtenue en multipliant le nombre de boites vendues par la taille de la boite le tout divisé par le facteur d'unité standardisée. Ce facteur correspond à la plus petite dose commune d'un produit.

Substance active	Unités standards (Millions)	Nombre de boites (Millions)
Estazolam	8	0.4
Loprazolam	34	2
Lormétazépam	94	7
Nitrazépam	7	0.4
Midazolam	8	0.8
Zolpidem	328	22
Zopiclone	238	16

Tableau 9 : Ventes de benzodiazépines et apparentés utilisés comme hypnotique en France en 2015 (cf. annexe 3)

Les apparentés aux benzodiazépines sont donc de loin les plus vendus en France en 2015 parmi les différentes benzodiazépines utilisées dans cette indication. En effet les apparentés représentent 79% des ventes d'hypnotiques.

b) L'évolution de l'utilisation des benzodiazépines hypnotiques et les apparentés entre 2000 et 2015

Entre 2000 et 2015, des actions ont été menées et des mesures ont été adoptées pour favoriser le bon usage de ces molécules et limiter leur usage abusif ou détourné. La consommation de benzodiazépines a donc globalement diminué depuis 2000.

La tendance globale s'inscrit à la baisse depuis 2012 et l'on notera, en particulier, que la consommation des benzodiazépines et apparentés, en 2015, est un peu inférieure à celle de l'année 2000.

La diminution régulière de la consommation des benzodiazépines jusqu'en 2011 a eu pour contrepartie une augmentation de celle des substances apparentées aux benzodiazépines. Depuis 2012, un mouvement inverse est cependant observé, caractérisé par un usage croissant des benzodiazépines.

La figure ci-dessous résume l'évolution de l'utilisation des benzodiazépines et apparentés utilisé comme hypnotique entre 2000 et 2015, en doses définies journalières. Nous voyons tout d'abord la tendance globale puis la différence d'évolution entre les benzodiazépines et leurs apparentés.

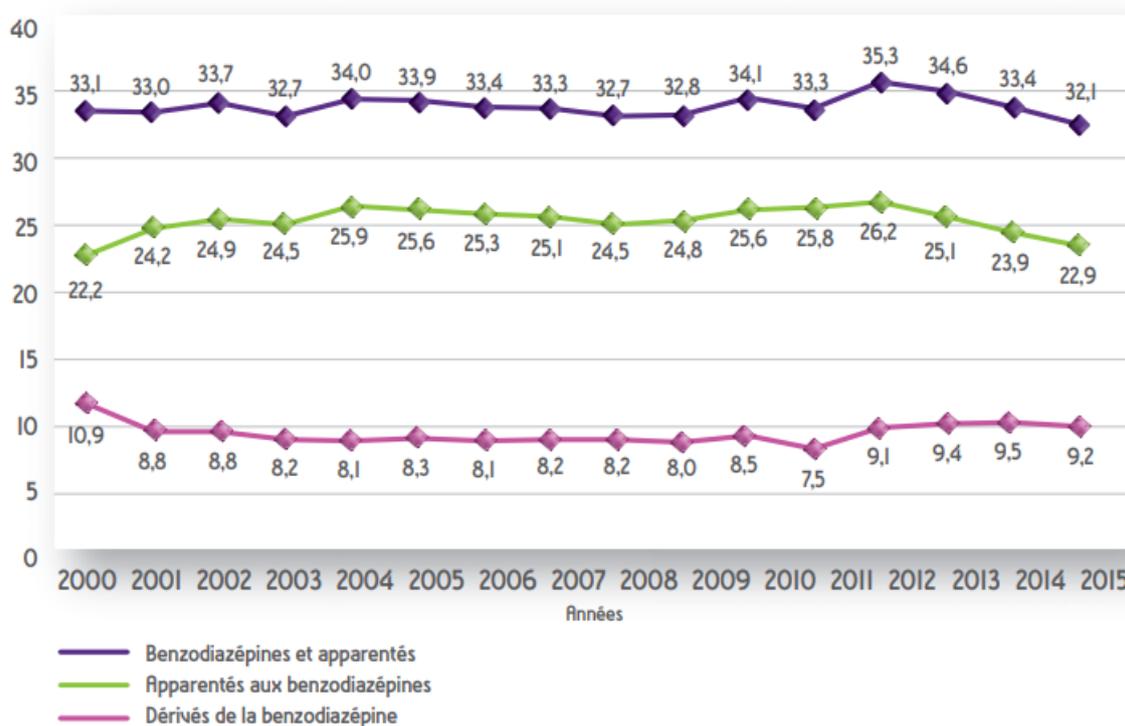


Figure 4 : Consommation de benzodiazépines hypnotiques et apparentés de 2000 à 2015 (DDJ/1000hab/j)

c) Consommation des benzodiazépines et apparentés utilisés comme hypnotiques selon les données de l'assurance maladie

Les données de l'assurance maladie permettent de mettre en évidence les patients qui ont bénéficié d'au moins un remboursement des benzodiazépines et leurs apparentés.

Environ 3,5 millions ont consommé une benzodiazépine à indication hypnotique c'est-à-dire 5,6 % de la population française dont 2,7 % de patients ont consommé à la fois des benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques au cours de l'année soit environ 1,7 million de patients (figure 5).

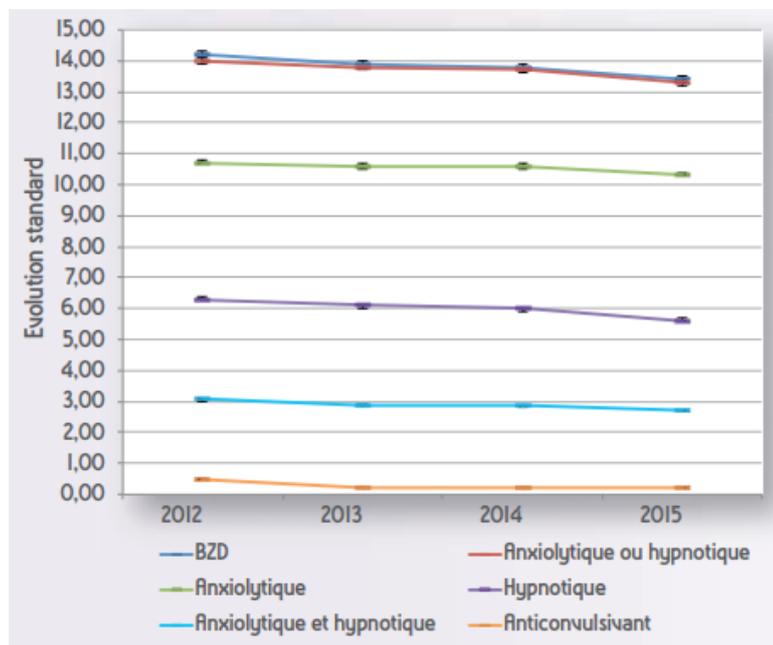


Figure 5 : Évolution absolue de la prévalence d'utilisation de benzodiazépines entre 2012 à 2015 (en % de la population en fonction de l'année)

Au cours de cette année, la proportion de personnes au sein de la population française ayant débuté un traitement par benzodiazépines, quelle que soit l'indication, était de 5,4 % dont environ 744 000 par une benzodiazépine à indication hypnotique (1,2 % de la population française). Environ 149 000 patients (0,3 % de patients) ont débuté un traitement par l'utilisation concomitante de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques au cours de l'année (figure 6).

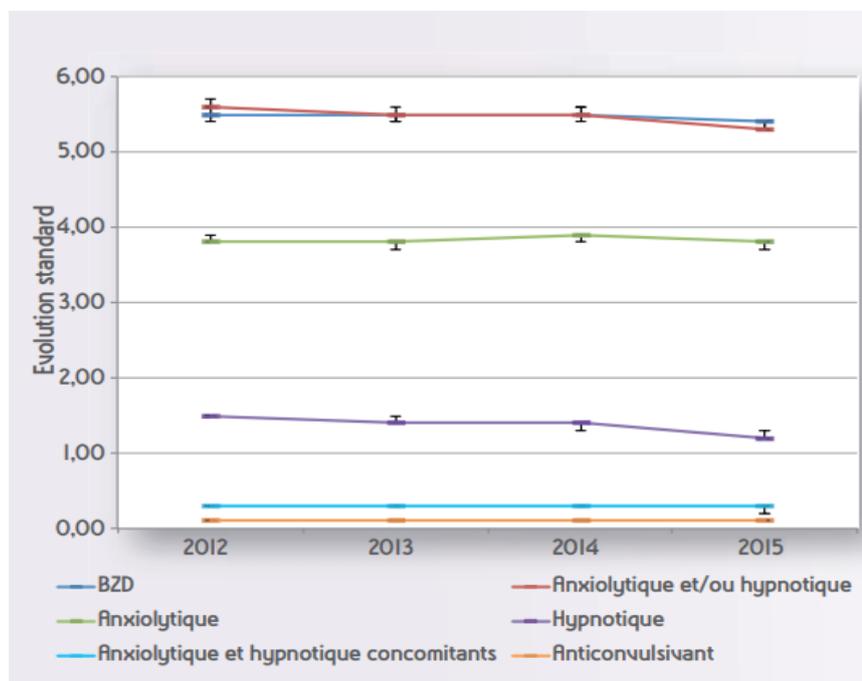


Figure 6 : Évolution absolue de l'incidence des benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques entre 2012 à 2015 (en % de la population en fonction de l'année)

En conclusion les consommateurs de benzodiazépines dans la population générale française restent élevés, cependant nous pouvons constater une diminution de la consommation de ces médicaments.

3. Consommation des hypnotiques en période du Covid-19 (52)

Le 27 mai 2021, EPI-PHARE, Groupement d'intérêt scientifique (GIS) créé par l'ANSM et la CNAM, publie son sixième rapport le suivi de la consommation des médicaments sur ordonnance délivrés en ville en France pour l'ensemble de la population française sur la période mars 2020 jusqu'au 25 avril 2021 (ce qui correspond à la période de la pandémie en France). Ce rapport s'appuie sur les données du Système National des Données de Santé (SNDS).

L'usage de médicaments anxiolytiques, hypnotiques et des antidépresseurs n'a cessé d'augmenter entre 2020 et 2021 et la tendance forte de l'augmentation d'utilisation de ces trois classes de médicaments s'est encore amplifiée en 2021. En effet les délivrances en pharmacie ont augmenté de +5% à 13% selon les médicaments, et il y a une augmentation d'instaurations de traitement de 15% à 26%.

Concernant plus particulièrement les hypnotiques, sur la période de plus d'un an depuis le début du premier confinement, entre mars 2020 à avril 2021, les délivrances ont augmenté de plus de 1,4 million.

Cette augmentation va d'une part, refléter sur le plan médical, l'impact psychologique majeur de l'épidémie de Covid-19 sur la population mais d'autre part, elle va, pour les professionnels de santé, demander une attention toute particulière sur le bon usage des hypnotiques et sur les risques liés à cet usage.

C. Problème du trouble de l'usage des benzodiazépines hypnotiques (48,53)

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.

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, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, combine les anciens diagnostics d'abus de substance et de dépendance à une substance du DSM-IV en un seul nouveau diagnostic de trouble d'utilisation de substance.

Le diagnostic du trouble de l'usage d'un hypnotique est posé, lorsque la prise de ces substances mène au moins à deux conséquences cliniques, dans un délai de 12 mois :

- La prise des hypnotiques ou de sédatifs est souvent en plus grande quantité ou sur une plus longue durée que celle instaurée initialement.
- La diminution de la prise ou le contrôle de l'usage de l'hypnotique a pour conséquence un désir persistant ou un effort infructueux.
- Le patient passe beaucoup de temps pour chercher à obtenir, utiliser ou se remettre des effets de la substance.
- Il y a une envie impérieuse (craving) d'utiliser le sédatif ou l'hypnotique.
- L'utilisation de ces produits entraîne chez la personne une incapacité à remplir des obligations au travail ou à la maison.
- L'usage de l'hypnotique est persistant malgré les problèmes sociaux ou professionnels.
- Les activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont peu à peu réduites voire abandonnées à cause de l'utilisation d'un sédatif.
- L'utilisation a lieu même quand cela peut être dangereux (conduite de voiture ou d'engins).
- L'utilisation de la substance est continuée même si la personne reconnaît avoir un problème psychologique ou physique susceptible d'avoir été causé par l'hypnotique ou le sédatif.
- Une tolérance apparaît :
 - o Un besoin d'augmenter les doses pour obtenir le même effet.
 - o Un effet diminué si la dose reste la même.

- L'arrêt de consommation de la substance entraîne :
 - o Soit un syndrome de manque caractéristique.
 - o 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

2. Le syndrome de sevrage

Un arrêt progressif associé à un suivi médical permet d'arrêter les somnifères en toute sécurité. En revanche, un arrêt brutal des somnifères expose le consommateur chronique à des effets plus ou moins importants : anxiété, rebond de l'insomnie, voire confusion, hallucinations, convulsions... On parle alors de syndrome de sevrage.

Les critères de diagnostics du syndrome de manque des sédatifs et des hypnotiques est décrit dans le DSM-5 par :

- L'arrêt ou la réduction alors que l'utilisation d'un sédatif ou hypnotique a été importante et prolongée.
- Dans les heures ou les jours qui suivent l'arrêt, au moins deux des symptômes suivant se développent :
 - o Hyperactivité automatique,
 - o Tremblement des mains,
 - o Insomnie,
 - o Nausée ou vomissement,
 - o Hallucinations (visuelles, tactiles ou sonores),
 - o Agitation psychomotrice,
 - o Anxiété,
 - o Epilepsie tonico-clonique.
- Les signes décrits dans le deuxième critère entraînent une détresse et des problèmes dans les domaines sociaux et professionnels.
- 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 de la substance en question.

Certains facteurs de risque sont à rechercher pour mieux prévenir ce syndrome de sevrage : forte dépendance, surconsommation d'alcool...

Ces notions de dépendance et tolérance sont à l'origine des recommandations de la HAS concernant le bon usage des benzodiazépines mais aussi de la publication au Journal Officiel d'une nouvelle réglementation concernant les médicaments à base de Zolpidem le 10 janvier 2017. (54)

En effet 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. (55)

C'est pourquoi 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. Sauf mention du prescripteur, tout chevauchement de prescription ou de délivrance est interdit.

Toutes ces nouvelles mesures sont mises en place pour essayer de diminuer le risque de ces substances.

IV. Etude de terrain

A. Protocole de l'étude : questionnaire

En choisissant le thème des troubles du sommeil et des médicaments hypnotiques dans cette thèse, je souhaitais surtout connaître les habitudes des patients vis-à-vis de leurs problèmes de sommeil ainsi que l'utilisation de leur traitement et mettre en avant la différence entre la théorie (par les recommandations de la HAS) et la pratique. Afin de connaître ces pratiques, j'ai pu mettre en place une enquête de terrain auprès des patients, à l'aide d'un questionnaire.

1. Objectifs et mise en place de l'étude

Les objectifs de cette enquête sont :

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

Le questionnaire, une fois réalisé et validé par mon maître de thèse, a été proposé aux patients venant chercher un traitement hypnotique à la pharmacie Wellington à Arras.

Afin de mettre en place cette étude à la pharmacie, le questionnaire a tout d'abord été présenté à l'équipe. Ensuite les patients, venant avec une ordonnance d'un hypnotique (benzodiazépines et apparentés), étaient invités à remplir le questionnaire, au comptoir pendant la préparation de leur ordonnance, en leur expliquant au préalable que cela était dans le cadre d'une thèse d'exercice en pharmacie.

2. Confidentialité

Le questionnaire est anonyme, seules les données concernant l'âge, le sexe du patient, la qualité du prescripteur et le médicament prescrit sont communiquées dans l'étude. Toutes les autres informations relatives au patient restent confidentielles et sécurisées.

3. Présentation de l'outil

Le questionnaire est composé de quatorze questions à réponses rapide divisé en 2 parties :

- La première partie concernent les données générales et les informations personnelles du patient : sexe, âge et profession
- La deuxième concernent le traitement du patient :
 - o Question 4 à 6 : Elles concernent les informations générales par rapport au traitement pris par le patient. En effet elles permettent de savoir le nom du traitement pris, la qualité du prescripteur initial et enfin de contrôler la durée d'utilisation du traitement correspondant aux recommandations.
 - o Question 7 : Cette question concerne la connaissance du traitement par le patient et permet de savoir si le patient sait pour quelles raisons le médicament lui a été prescrit.
 - o Question 9 et 10 : Ces questions permettent d'évaluer la notion de dépendance et tolérance au traitement. En effet elles vont permettre de savoir si le patient a déjà essayé d'arrêter le traitement et de savoir s'il est obligé de prendre des comprimés en plus pour que l'effet de l'hypnotique soit efficace.
 - o Question 11 à 13 : Ici ces questions vont mettre en avant le rôle et la place des professionnels de santé dans la prise en charge de l'insomnie que ce soit dans l'acquisition des connaissances liées au traitement mais aussi aux attentes du patient concernant certains conseils par le pharmacien d'officine.
 - o Question 14 : Cette question va permettre d'aborder les associations non recommandées, comme avec des psychotropes ou d'autres benzodiazépines.

B. Résultats et analyse

En raison de la crise sanitaire et une activité très intense dans chaque officine, nous nous sommes mis d'accord avec mon directeur de thèse pour diminuer le nombre de résultats attendus. Nous avons donc obtenu au total, 20 réponses au questionnaire.

Les réponses ont été réunies grâce à l'outil Google form. Une fois tous les éléments inscrits, les réponses ont été extraites dans un fichier Excel. C'est grâce à ces outils (Excel et Google form) que les tableaux qui suivent ont pu être créés.

1. Données générales : sexe, âge et catégorie socio-professionnelle

a) Résultats

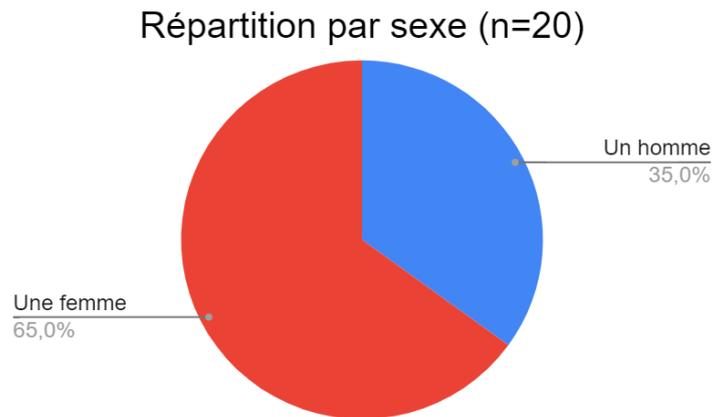


Figure 7 : Données générales - Répartition par sexe

Sur 20 réponses, 65% de femmes utilisent des hypnotiques contre seulement 35% d'hommes.

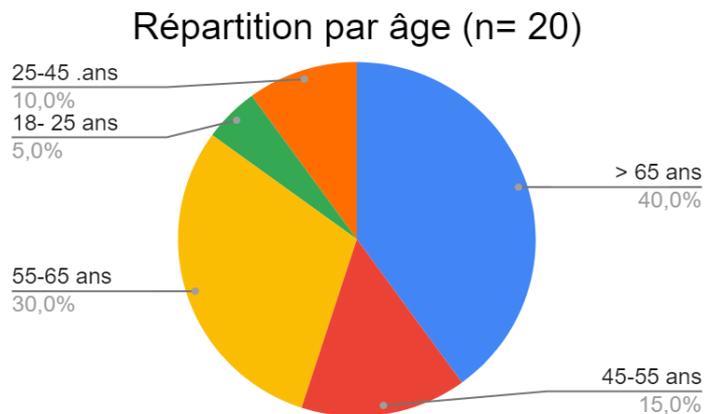
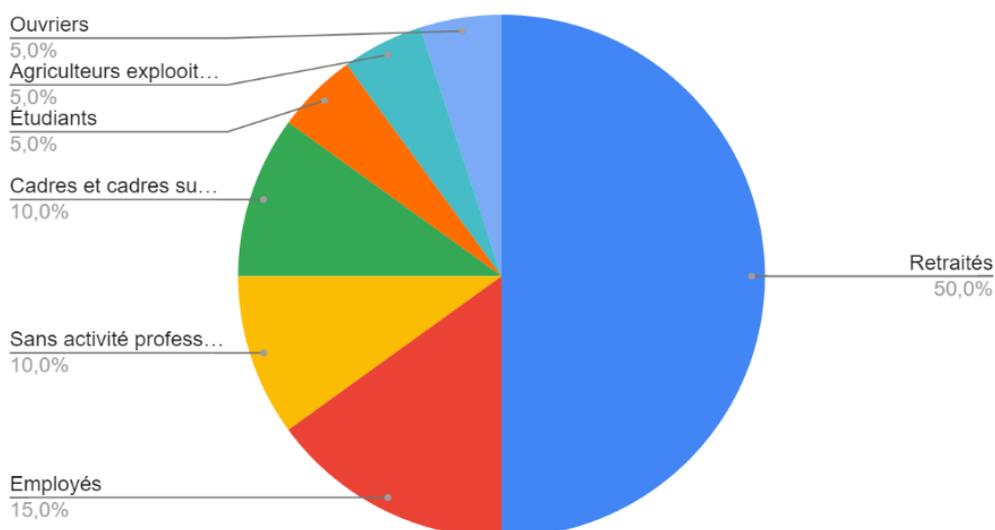


Figure 8 : Données générales - Tranches d'âge

La grande majorité des personnes prenant un hypnotique ont plus de 65 ans (40%). 30% ont entre 55 et 65 ans et 15% entre 45 et 55 ans. Nous retrouvons seulement 10% entre 25 et 45 ans et 5% entre 18 et 25 ans.

Répartitions par catégorie socio-professionnelle (n=20)



La moitié des consommateurs d'hypnotiques sont des retraités, nous pouvons directement faire le lien avec l'âge des consommateurs (> 65 ans).

b) Analyse

Si l'on compare ces résultats avec ceux obtenus et publiés dans l'état des lieux de la consommation de benzodiazépines en France en 2015 publié en avril 2017 :

- 36,9 % des consommateurs d'hypnotiques était des hommes
- 63,1% des consommateurs d'hypnotiques était des femmes

Aujourd'hui, à travers le questionnaire nous pouvons faire le même constat, la majorité des consommateurs d'hypnotiques sont des femmes.

En ce qui concerne les âges, les résultats sont relativement proches aussi. En effet en 2015 les proportions retrouvées étaient :

- 20.3% entre 18-44 ans (15% dans notre enquête)
- 38.8% entre 45-64 ans (45%)
- 25.2% entre 65-79 ans
- 15.4 % > 80 ans

Enfin, à travers cette étude, nous pouvons remarquer que la consommation d'hypnotiques touche toutes les catégories socio-professionnelles.

Les plus grands consommateurs sont les personnes âgées (>65 ans) avec une différence dans notre étude dans la tranche d'âge 45-64 ans que l'on peut expliquer par le taux de réponses qui n'est peut-être pas significatif et/ou par la hausse de l'utilisation des benzodiazépines et des hypnotiques pendant la période de la crise sanitaire, en particulier sur cette tranche d'âge.

2. Quel traitement prenez-vous ?

a) Résultats

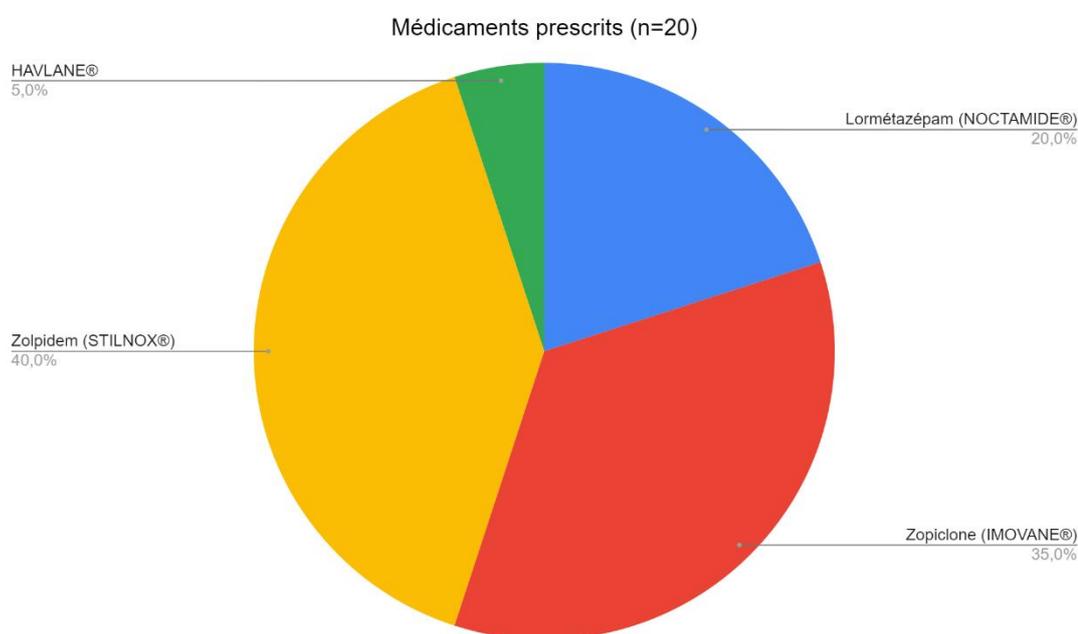


Figure 10 : Données générales – Médicaments prescrits

Le zolpidem représente 40% des médicaments hypnotiques prescrits, le zopiclone 35%, le lormétazépan 20% et enfin l'Havlane® 5%.

b) Analyse

Les apparentés aux benzodiazépines sont largement utilisés avec 75% de la consommation totale : 40% pour le zolpidem et 35% pour le zopiclone. On peut rapprocher ce résultat avec celui retrouvé dans le rapport de l'ANSM en 2017. En effet les apparentés représentaient 79% des ventes d'hypnotiques en 2015.

Les benzodiazépines ne représentent que 25% de la consommation des hypnotiques avec 20% pour le lormétazépan et 5% pour l'HAVLANE®. Les autres benzodiazépines ne sont quasiment plus utilisées.

3. Depuis quand prenez-vous ce(s) médicament(s) ?

a) Résultats

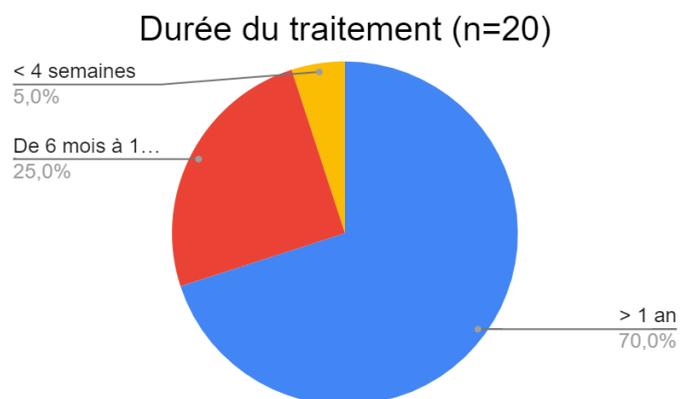


Figure 11 : Durée d'utilisation du traitement

La durée d'utilisation est supérieure à 1 an dans 70% des cas chez les 20 personnes interrogées, seulement 5% ont commencé le traitement récemment (1 primo-prescription).

b) Analyse

Les hypnotiques sont utilisés sur une durée de plus de 1 an dans la majorité des cas or il est inscrit dans le RCP (Résumé des caractéristiques du produit) que l'administration de ces molécules doit être aussi brève que possible (de quelques jours à 4 semaines) pour des insomnies occasionnelles ou transitoires.

Nous pouvons donc constater que les hypnotiques sont souvent prescrits hors AMM.

4. Qui vous a initialement prescrit ce traitement ?

a) Résultats

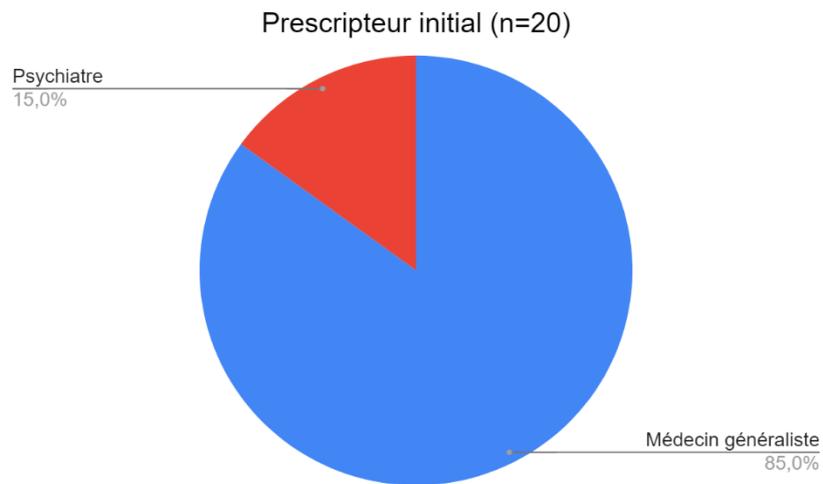


Figure 12 : Prescripteur initial

Le médecin généraliste est le prescripteur initial de l'hypnotique dans 85% des cas. Le psychiatre quant à lui n'est l'initiateur de la prescription que dans 15% des cas.

b) Analyse

En premier lieu, nous retrouvons une prescription réalisée par un médecin généraliste. Nous pouvons donc en conclure que lorsque le patient ressent un trouble du sommeil, il va consulter son généraliste en première intention.

5. Savez-vous pourquoi prenez-vous votre traitement ?

a) Résultats

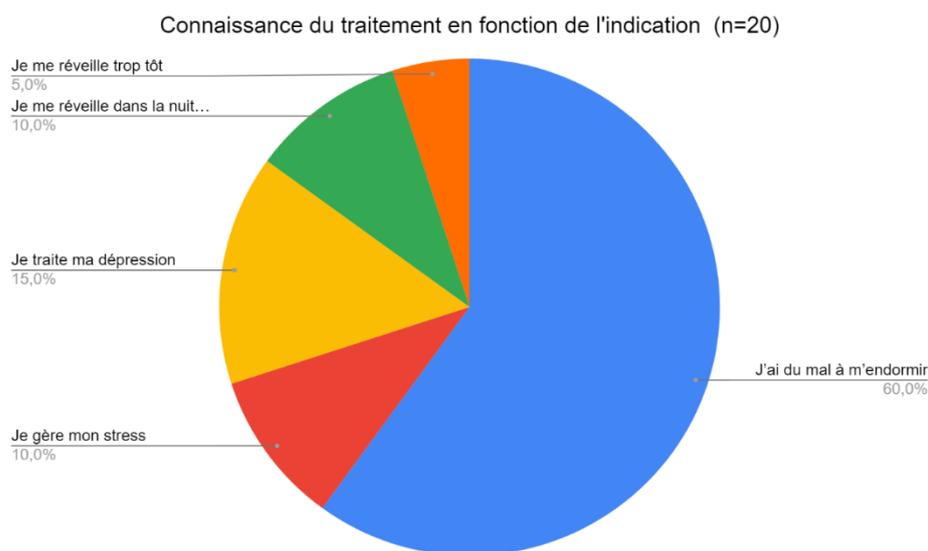


Figure 13 : Connaissance du traitement

60% des patients considèrent que leur traitement est prescrit car ils n'arrivent pas à s'endormir, 10% estiment qu'il a été prescrit pour des réveils nocturnes suivi d'une incapacité à se rendormir. Seules 5% des personnes certifient que la prescription a eu lieu car ils estimaient se réveiller trop tôt.

Ensuite 10% des patients indiquent que le traitement est utilisé pour calmer leur stress et pour 15% des personnes la molécule est utilisée pour traiter leur dépression.

b) Analyse

Les personnes ont généralement compris que le traitement agissait sur leur sommeil. Cependant certains patients pensent quand même que leur hypnotique est prescrit pour :

- Le stress, qui en effet peut être inducteur de troubles du sommeil et empêcher un endormissement rapide.
- La dépression peut aussi être inducteur de trouble du sommeil avec des difficultés d'endormissement ou alors avec des réveils matinaux précoces (vers 3-4 heures du matin).

Nous avons remarqué que dans ces cas-là les hypnotiques ne sont pas prescrits seuls. Des médicaments pour traiter la dépression et le stress y sont souvent associés. C'est pourquoi il faut toujours expliquer au patient la correspondance pathologie-médicaments.

On se rend bien compte à travers cette question que suivant la pathologie, le patient ne sait pas forcément à quoi sert tel ou tel médicament, alors qu'il affirme connaître son traitement.

6. Avez-vous envie d'arrêter la prise de ce médicament ?

a) Résultats

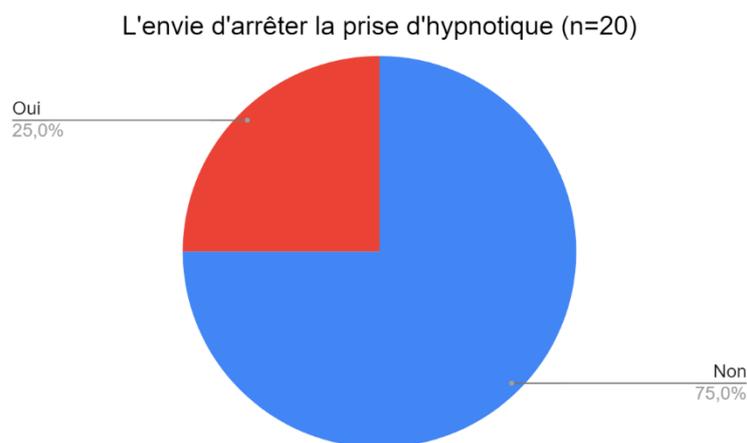


Figure 14 : L'envie d'arrêter la prise d'hypnotique

75% des patients ne veulent pas arrêter leur prise d'hypnotique.

b) Analyse

Nous remarquons à travers cette question que les patients n'ont pas forcément l'envie d'arrêter leur traitement par hypnotique. Cependant nous pouvons nous poser la question si le patient a bien été informé sur les modalités de durée et d'arrêt du traitement.

7. Avez-vous déjà essayé d'arrêter ?

a) Résultats

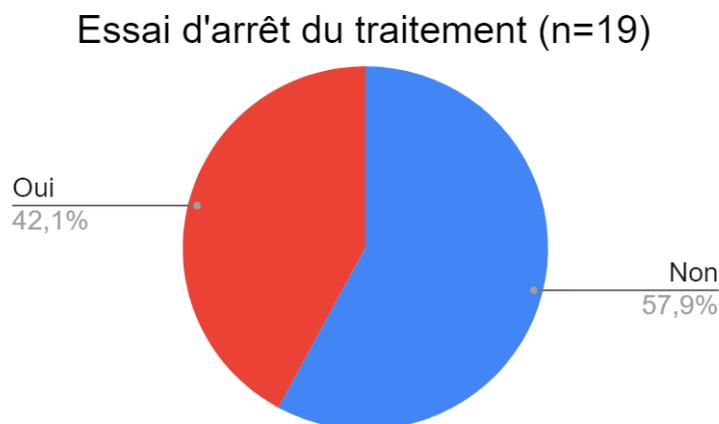


Figure 15 : Tentative d'arrêt du traitement

Sur cette question, nous avons obtenu 19 réponses parce qu'il y a une primo-prescription, donc le patient n'était pas concerné par cette question ainsi que pour la suivante.

42.1% des personnes ont essayé d'arrêter leur traitement sans succès.

b) Analyse

Les personnes ayant tenté de d'arrêter la prise de leur hypnotique sont que des personnes qui sont traitées depuis plusieurs mois. Pour un traitement commencé plus récemment, 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.

Nous remarquons aussi à travers cette étude que certains patients considèrent l'utilisation d'un hypnotique comme une méthode simple et efficace de dormir. Ils ne voient pas pourquoi ils devraient l'arrêter.

Ceci peut mettre en évidence :

- Une notion de dépendance au traitement : le patient craint de ne pas dormir et le fait de ne pas prendre son comprimé au moment d'aller se coucher l'empêche de s'endormir.
- Une habitude : la prise systématique d'un comprimé pour dormir.
- Une solution de facilité.

8. Vous arrive-t-il de prendre plus de comprimés par prise que le nombre recommandé ? Si oui à quelle fréquence ?

a) Résultats

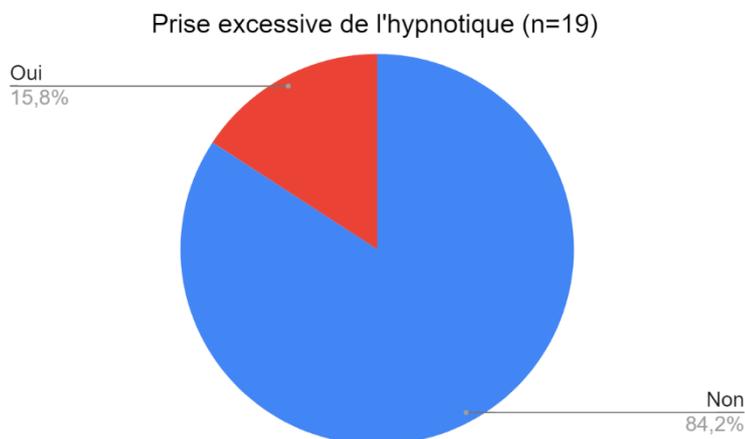


Figure 16 : Utilisation excessive du médicament

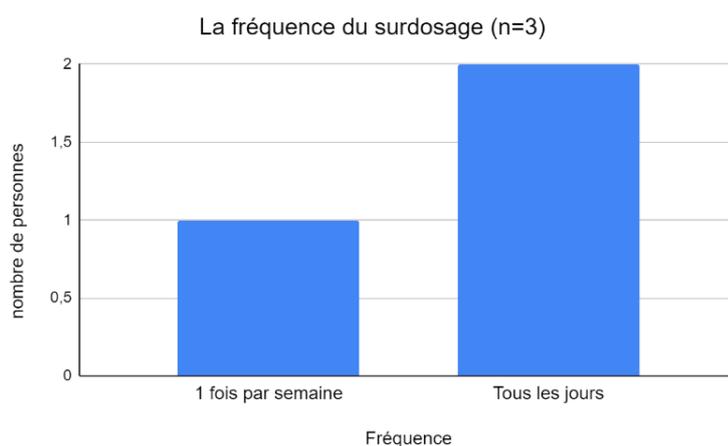


Figure 17 : La fréquence de l'utilisation excessive de l'hypnotique

15.8% des patients interrogés admettent avoir une utilisation excessive du médicament en prenant plus de comprimés que le nombre prescrit. Pour 2/3 de ces patients cela arrive quotidiennement.

b) Analyse

Cette question permet de mettre en avant la notion de tolérance. Les personnes ayant répondu prendre plus de comprimés que la prescription ne le prévoit, sont des patients traités par l'hypnotique depuis plus de 6 mois.

9. **Avez-vous déjà discuté avec votre médecin traitant des alternatives possibles plus naturelles à ce médicament ?**

a) Résultats

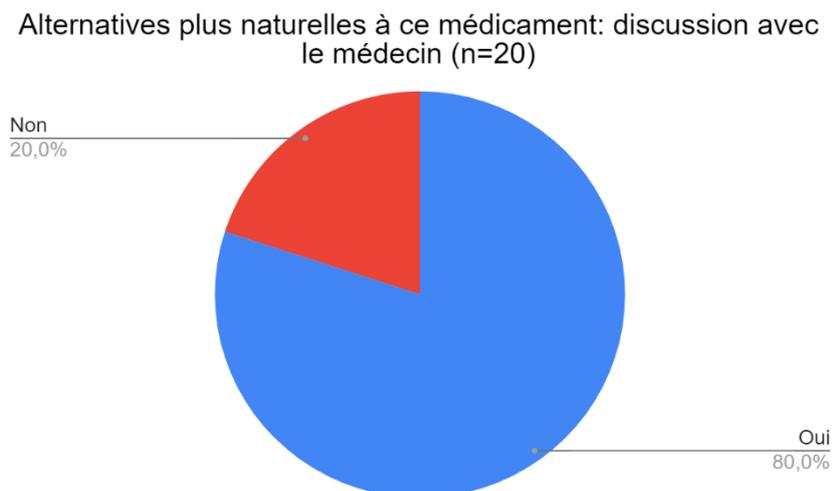


Figure 18 : discussions des alternatives possibles avec son médecin traitant

20% des patients disent n'avoir jamais discuté des alternatives possibles avec leur médecin.

b) Analyse

Au vu des réponses, nous pouvons nous interroger sur le fait que la prescription de l'hypnotique peut être un peu rapide étant donné leur efficacité et leur rapidité d'action. Dans ces cas-là la prescription est une question de facilité. Dans l'AMM et les recommandations de la HAS la prescription d'un hypnotique doit être faite après l'échec d'un traitement alternatif.

10. **Avez-vous déjà essayé d'autres traitements ou techniques pour gérer votre trouble du sommeil ? Si oui lesquelles ?**

a) **Résultats**

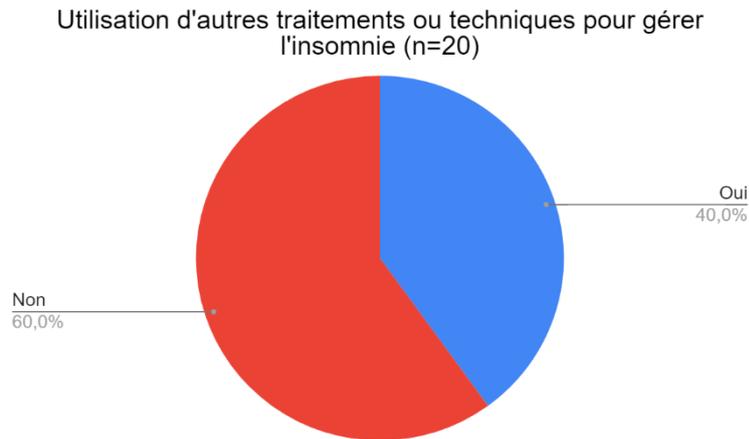


Figure 19 : Utilisation d'autres traitements ou techniques pour traiter l'insomnie

Seulement 40% des patients ont eu recours à d'autres solutions que leur hypnotique pour essayer de traiter leur trouble du sommeil.

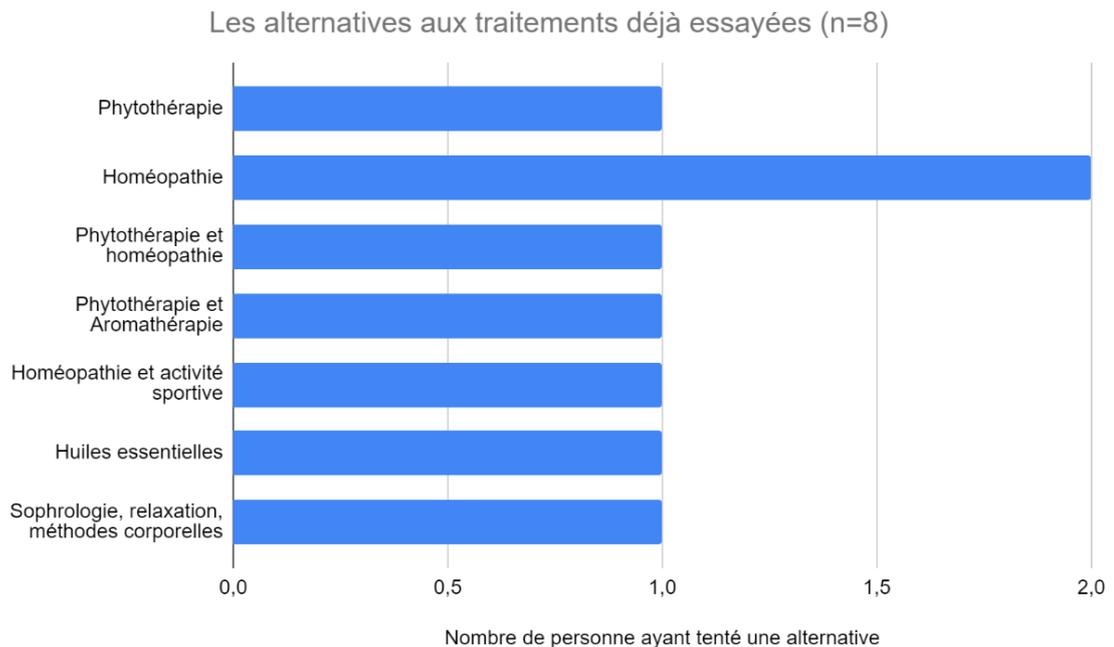


Figure 20 : Différentes alternatives (technique ou traitements) utilisées pour traiter le trouble du sommeil

Les techniques les plus utilisées comme alternative à l'hypnotique dans la prise en charge de l'insomnie sont l'homéopathie et la phytothérapie (sur les 8 personnes, 3 l'ont testées). On retrouve ensuite l'aromathérapie avec 2 personnes l'ayant testée, puis la relaxation, sophrologie ou méthode corporelle (1), et la pratique d'une activité sportive (1). Seulement 3 personnes ont essayé plusieurs techniques.

b) Analyse

Peu de personnes ont eu recours à une autre méthode que l'utilisation d'un hypnotique pour traiter leur trouble du sommeil (40%), ce qui ne correspond pas aux recommandations de la HAS.

Les personnes interrogées (n=8) ont avoué que ces méthodes n'étaient pas aussi efficaces que l'utilisation de leur hypnotique pour faciliter le sommeil.

11. Les connaissances du traitement

a) Résultats

Connaissance du traitement : La durée du traitement (=20)

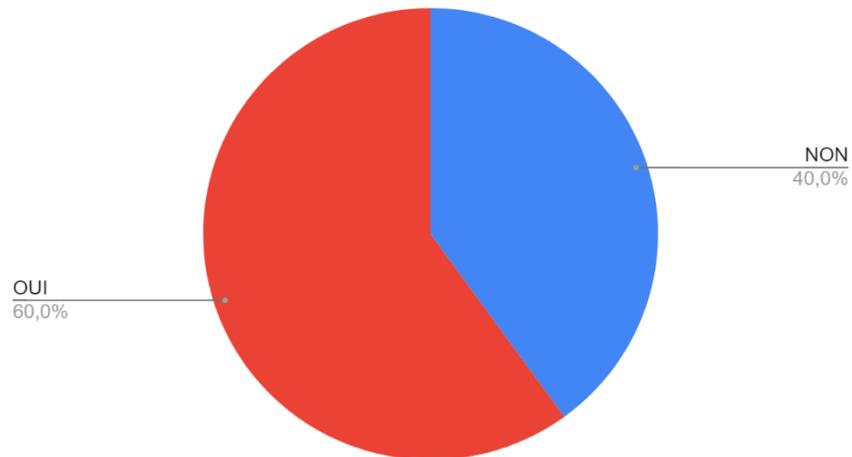


Figure 21 : Connaissance de la durée du traitement

Plus de la moitié des patients (60%) disent connaître la durée de traitement par un hypnotique.

connaissance du traitement : Les modalités de prise (n=20)

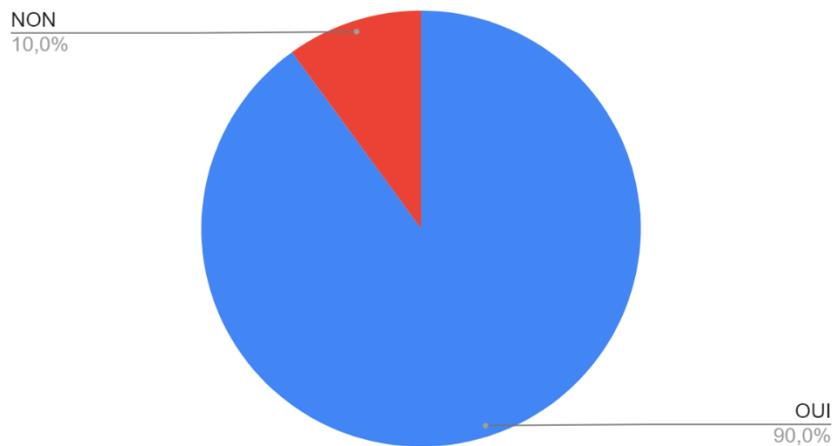


Figure 22 : Connaissance des modalités de prise du traitement

Les modalités de prise de l'hypnotique sont acquises par les patients dans 90% des cas.

Connaissance du traitement: Les effets indésirables
(n=20)

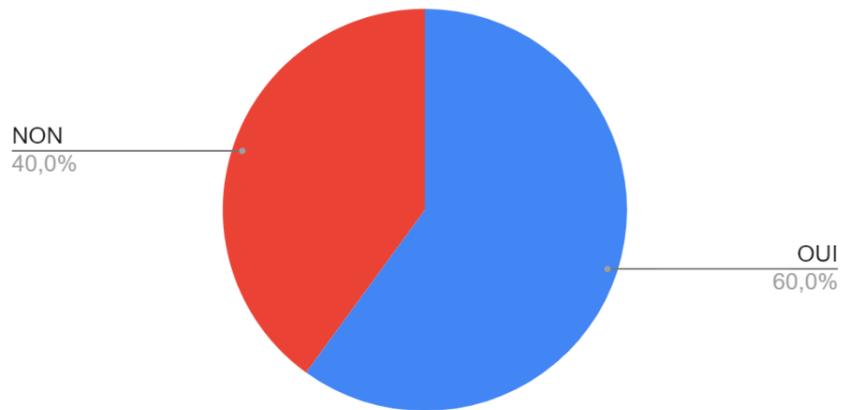


Figure 23 : Connaissance des effets indésirables

Les effets indésirables sont connus pour 60% des patients.

Connaissance du traitement : Les règles d'hygiène du sommeil
(n=20)

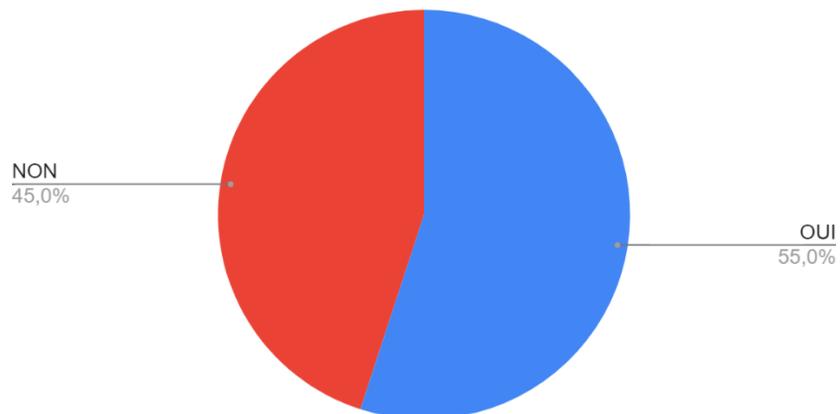


Figure 24 : Connaissance des règles d'hygiène du sommeil

55% des patients affirment connaître les règles d'hygiène du sommeil alors qu'encore 45% assure ne pas les connaître.

Connaissance du traitement : L'agenda du sommeil (n=20)

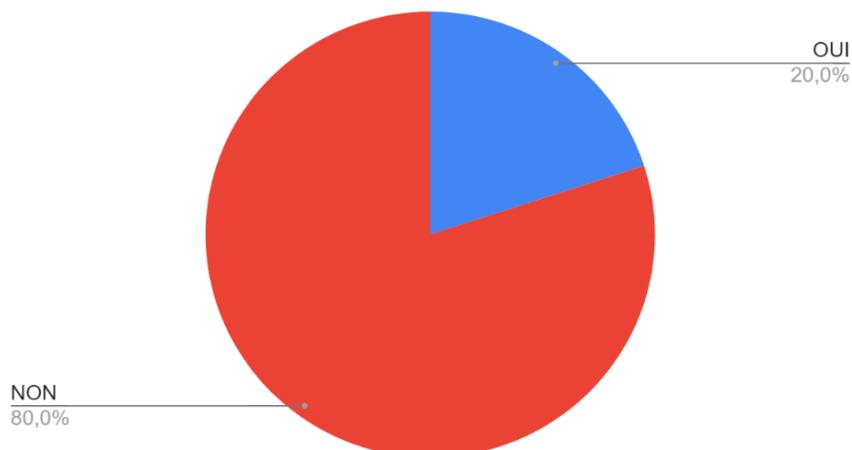


Figure 25 : Connaissance de l'agenda du sommeil

Pour 80% des personnes la notion d'agenda du sommeil n'est pas connue.

b) Analyse

Les notions importantes concernant le traitement tel que les modalités de prise et les effets indésirables semblent pour la plupart des patients acquises.

Cependant la durée recommandée par le RCP qui est d'un mois maximum ne semble quant à elle pas acquise, en effet un traitement hypnotique ne doit pas être un traitement sur la durée. C'est cela qu'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 ainsi que par le médecin.

Les règles d'hygiène du sommeil sont aussi une notion essentielle lors d'un traitement pour l'insomnie, pour autant elles sont méconnues pour 45% des patients interrogés. Cela devrait pourtant être la première information donnée à un patient lorsqu'il vient consulter pour un trouble du sommeil avant même de commencer n'importe quelle thérapeutique.

L'agenda du sommeil est lui très peu connu par les patients (20%). Or cet outil simple d'utilisation peut aider le patient et lui permettre :

- De comprendre le sommeil de la personne concernée.
- D'identifier les(s) problème(s).
- D'éviter le recours aux hypnotiques.

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. Le pharmacien a alors totalement sa place en tant que professionnel de santé pour donner ces informations importantes pour une prise en charge optimale du patient.

12. Les apports d'informations par le pharmacien

a) Résultats

Souhait d'informations supplémentaires par le pharmacien :
Votre traitement (n=20)

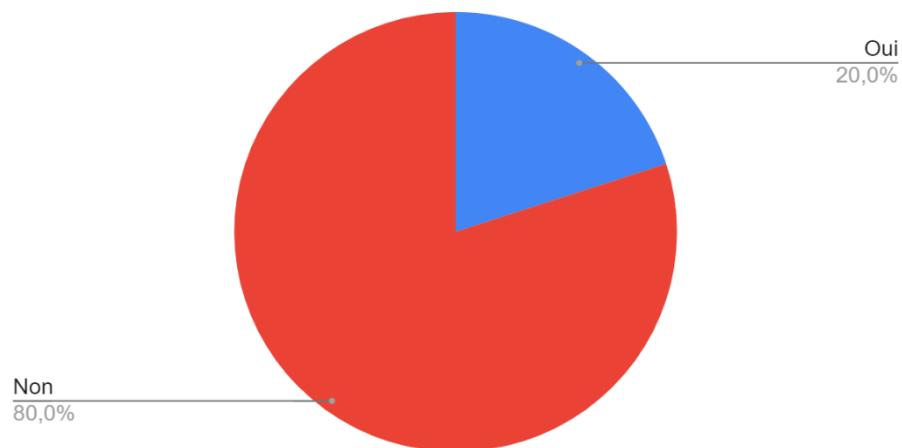


Figure 26 : Apport d'informations par le pharmacien sur le traitement

Les patients ne semblent pas être intéressés par un apport supplémentaire d'information sur leur traitement par le pharmacien, en effet seulement 20% ont répondu positivement.

Souhait d'informations supplémentaires par votre pharmacien: Le déroulé de votre sommeil (n=20)

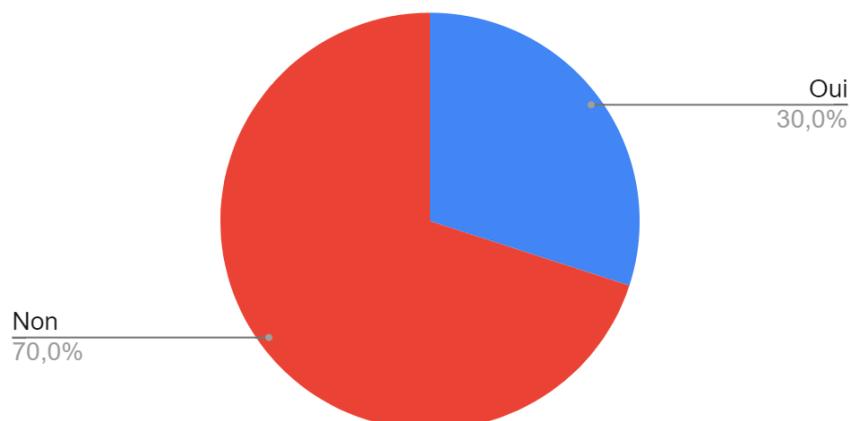


Figure 27 : Apport d'informations par le pharmacien sur le déroulé du sommeil

Une grande partie des patients interrogés (70%) ne souhaitent pas être plus informés sur le déroulé de leur sommeil par le pharmacien.

Souhait d'informations supplémentaires par votre pharmacien : Les règles d'hygiène du sommeil (n=20)

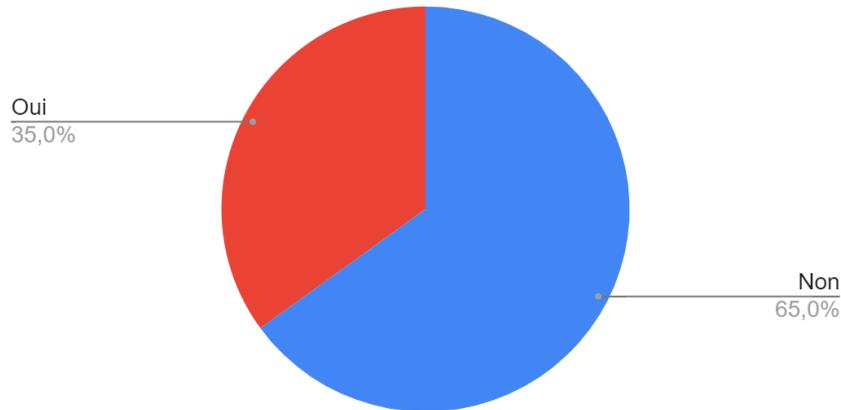


Figure 28 : Apport d'informations par le pharmacien sur les règles d'hygiène du sommeil

Même si les personnes affirment ne pas connaître les règles d'hygiène du sommeil, elles ne sont que 35% à vouloir une explication supplémentaire sur ces règles par le pharmacien.

Souhait d'information par votre pharmacien sur : Le fonctionnement d'un agenda du sommeil (n=20)

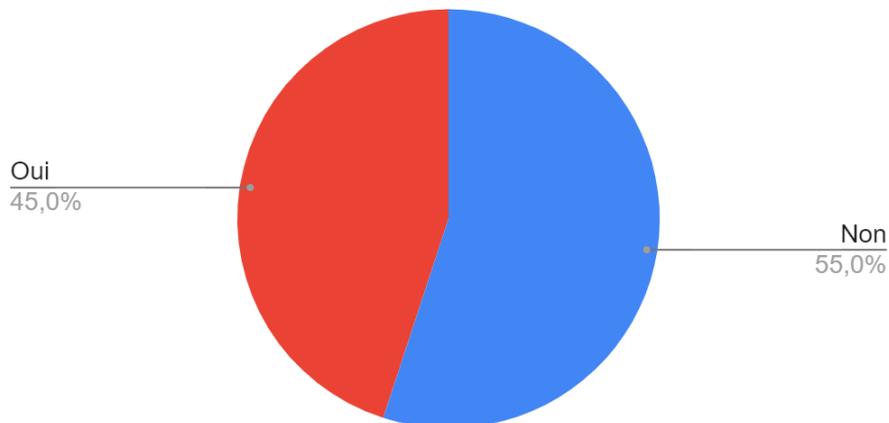


Figure 29 : Apport d'informations par le pharmacien sur l'agenda du sommeil

45% des patients sont intéressés pour avoir une information supplémentaire sur le fonctionnement de l'agenda du sommeil, alors que 80% affirmaient ne pas connaître l'agenda du sommeil.

Souhait d'une informations supplémentaires par votre pharmacien sur les alternatives non médicamenteuses (n=20)

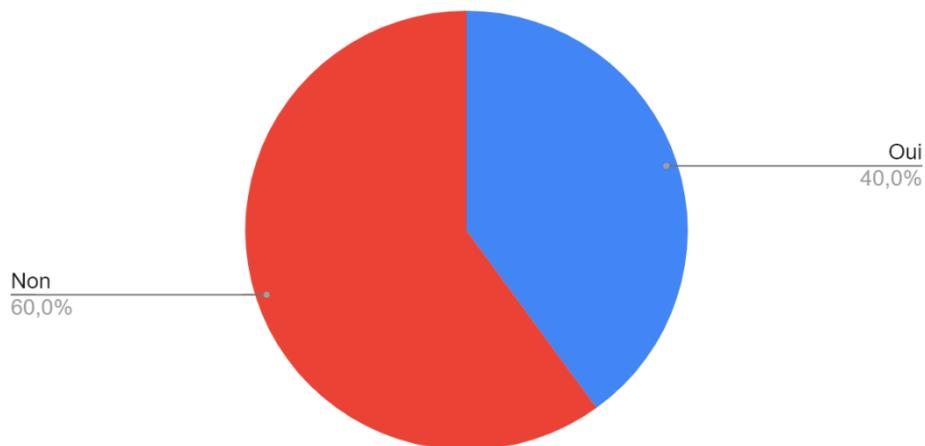


Figure 30 : Apport d'informations par le pharmacien sur les alternatives non médicamenteuses

Les alternatives non médicamenteuses à un traitement de l'insomnie suscitent un intérêt chez 40% des patients interrogés. Ils ne souhaitent pas à 60% d'informations complémentaires à ce sujet.

b) Analyse

Un apport de connaissances supplémentaires concernant la pathologie et les traitements intéressent 30 à 45% des patients selon le thème, pourtant la plupart des patients affirment ne pas connaître ces notions. En effet même si les personnes reconnaissent ne pas connaître, par exemple les règles d'hygiène du sommeil, ils considèrent ne pas avoir besoin de renseignements plus importants à ce sujet.

Ensuite, nous pouvons constater que les patients ne voient pas l'intérêt d'utiliser d'autres méthodes ou d'arrêter leur traitement actuel alors que celui-ci permet un endormissement rapide et sans réveils dans la nuit. L'utilisation de leur hypnotique leur est suffisante.

Il existe malgré tout une volonté du patient d'obtenir des informations diverses sur son traitement.

13. Prenez-vous d'autres médicaments ?

a) Résultats

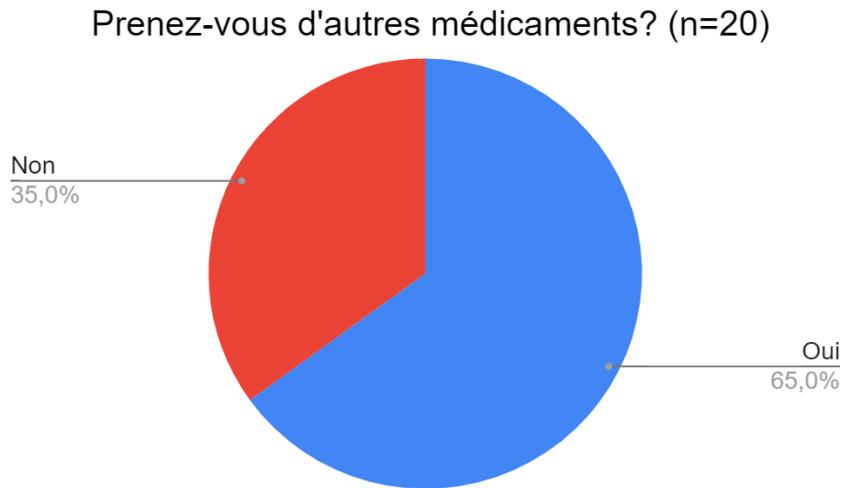


Figure 31 : Prise d'autres médicaments

Classe de médicaments associé à l'hypnotique chez les patients traités par un hypnotique (n=14)

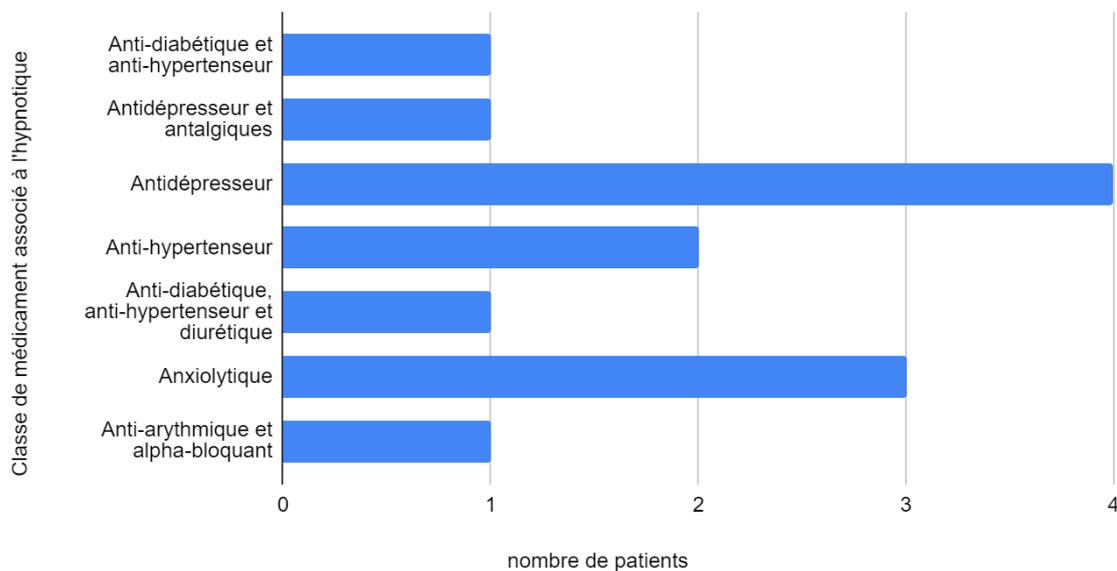


Figure 32 : Les classes de médicaments associés à un hypnotique

65% des patients prennent d'autres médicaments en plus, mais ce qui est intéressant à noter sont les classes de médicaments qui sont associées à l'hypnotique : sur 14 patients, 5 (37,7%) ont un antidépresseur associé et 3 (21,4%) ont un anxiolytique.

b) Analyse

Dans ses recommandations, la HAS souligne une erreur à éviter qui est de ne pas associer plusieurs benzodiazépines que ce soit hypnotique ou anxiolytique or on remarque bien que 3 (soit environ 22%) des patients interrogés ont plusieurs benzodiazépines associées.

Les 5 patients sous antidépresseurs permettent ici de mettre en évidence le lien entre trouble du sommeil (insomnie par exemple) et d'autres pathologie sous-jacente tel que la dépression.

C. Discussions

Au comptoir lorsque l'on demandait aux patients de participer à ce questionnaire, les patients ont largement répondu positivement. Les patients étaient en règle générale ravis de participer à une enquête qui s'inscrivait dans le cadre d'une thèse d'exercice de pharmacie.

Si le patient avait une question, l'équipe officinale était à leur disposition pour les aider.

Au vu de la situation sanitaire et de l'activité intense dans chaque officine, nous avons malheureusement revu à la baisse le nombre de patients interrogés. 20 réponses peuvent sembler peu et pas significatifs mais finalement quand nous voyons les résultats, ils restent cohérents et semblables au rapport de l'ANSM de 2017.

Deux groupes de patients ont été identifiés :

- Ceux qui répondaient aux questions mais ne demandaient pas d'informations supplémentaires (surtout les patients consommant un hypnotique depuis longtemps).
- Ceux qui étaient en demande d'un complément d'information, en particulier sur les alternatives à l'utilisation de leur traitement et sur la possibilité d'un arrêt de leur traitement. Pour ces patients-là, le questionnaire leur a permis d'aborder le sujet avec l'équipe officinale.

Nous avons constaté que les hypnotiques sont employés par toutes les classes d'âges ainsi que par toutes les classes socio-professionnelles. Cependant les femmes et les personnes âgées restent les plus grands consommateurs d'hypnotiques.

Les apparentés aux benzodiazépines sont les plus consommés et les plus prescrits ce qui est conforme aux recommandations de l'AMM.

Les patients interrogés ont une durée d'utilisation du médicament très variable allant d'une primo-utilisation à utilisation sur plusieurs années, mais pour une grande majorité nous avons constaté que les patients prenaient le traitement depuis plusieurs mois voire années ce qui ne correspond pas aux recommandations d'utilisation des hypnotiques.

Nous avons pu mettre en avant aussi dans cette étude, la notion de dépendance et de tolérance vis-à-vis des hypnotiques chez les patients prenant le traitement depuis plusieurs mois. En effet les patients ont essayé d'arrêter leur hypnotique mais n'y sont pas arrivés. Ce sont donc deux points qui sont importants à aborder au comptoir par le pharmacien pour mettre en garde le patient et ainsi éviter ces effets indésirables.

Nous constatons aussi à travers cette enquête que peu de personnes ont essayé d'autres méthodes pour améliorer leur sommeil, ce qui ne correspond pas aux recommandations de la HAS et de l'AMM.

Les attentes des patients vis-à-vis du pharmacien dans la prise en charge de leur pathologie sont assez différentes mais le patient est en demande d'informations concernant l'utilisation du traitement, les effets indésirables ou encore sur les règles d'hygiène du sommeil.

Chez un patient qui prend le traitement depuis plus longtemps, ce sont surtout des renseignements complémentaires sur l'agenda du sommeil ou les alternatives non médicamenteuses qui va intéresser ce dernier.

Seulement un tiers des patients est dans une demande d'informations concernant leur pathologie par le pharmacien soit ils ont eu ces informations par le médecin soit ils ne considèrent pas comme une nécessité d'obtenir ces informations de la part du pharmacien. Nous pouvons en déduire que ces patients n'ont pas conscience de la nécessité de connaître leur sommeil pour permettre une meilleure prise en charge de leur pathologie.

A travers cette enquête il apparaît primordial que le pharmacien vérifie les connaissances car même si les patients disent connaître leur traitement, les résultats montrent des lacunes sur les indications, les durées, les règles d'hygiène ainsi que sur les traitements alternatifs. La plupart des patients ne connaissent pas non plus l'agenda du sommeil. Le pharmacien aura donc un rôle important à jouer dans la transmission de ces informations auprès des patients.

En tant que pharmacien tout ceci ne peut que nous encourager à rappeler aux patients les règles de bonnes de prescriptions, de bonnes pratiques du médicament à chaque délivrance. Mais il est aussi important de ne pas se limiter aux conseils concernant le médicament et ne pas hésiter à les informer sur la pathologie, à leurs rappeler les règles d'hygiène du sommeil, ou encore de leurs parler de l'agenda du sommeil qui reste peu connu des patients et qui pourtant peut leur apporter beaucoup d'information sur leur sommeil et donc permettre une meilleure prise en charge.

Donc la connaissance par le pharmacien de ces informations est nécessaire pour accompagner au mieux le patient consommateur d'un traitement hypnotique.

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

- D'évaluer la connaissance du patient dans la prise en charge de son insomnie.
- D'évaluer le mésusage et/ou la dépendance au traitement.
- De connaître la place du pharmacien dans la prise en charge de l'insomnie.

V. Rôle du pharmacien d'officine

A. Les missions du pharmacien

Depuis le 21 juillet 2009, les pharmaciens d'officine ont vu leur rôle se renforcer, en effet la loi concernant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a permis au pharmacien d'avoir de nouvelles missions et ainsi redéfinir leur place dans le système de santé. (56) Après avoir récité l'article de loi concerné, nous allons détailler certaines nouvelles missions du pharmacien qui pourraient être appliquées dans la prise en charge de l'insomnie à l'officine.

1. Article 38 de la loi HPST (57)

« 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 médicaments 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. »*

2. Contribution aux soins de premiers recours

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades par les pharmaciens va comprendre : (58)

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique. En effet le pharmacien ne doit plus seulement délivrer les médicaments prescrits sur une ordonnance mais il doit dispenser les produits c'est-à-dire : (59)
 - Analyser l'ordonnance : date, chevauchement, posologie etc.
 - Préparer les doses à administrer si nécessaire.
 - Mettre à disposition les informations et conseils nécessaires à la bonne utilisation du médicament : par exemple les conseils sur l'insomnie, les règles hygiéno-diététiques, les effets indésirables du médicament etc.
 - Lorsque le médicament est en vente libre, le pharmacien doit apporter des conseils appropriés : par exemple dans l'insomnie pour la phytothérapie, l'aromathérapie ou l'homéopathie le pharmacien doit pouvoir donner les bonnes explications avec les posologies et les durées de traitements.
- 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, sur les professionnels de santé exerçant à proximité, sur le fonctionnement des différentes caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les organismes de maintien à domicile, les EHPAD, les établissements de santé, etc...
- Concernant l'insomnie le pharmacien pourra rediriger les patients vers les professionnels qui pourront l'accompagner notamment dans les thérapies non pharmacologiques...
- L'éducation pour la santé : En effet, comme le pharmacien est le professionnel de santé de proximité, accessible et formé, ayant un contact régulier avec les patients, il doit pouvoir :
 - Informer et sensibiliser le public ainsi que promouvoir la prévention et le dépistage de certaines pathologies (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 en mettant 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 (observance).
 - Jouer un rôle dans l'apprentissage et l'auto-surveillance de la maladie et des traitements du patient.
 - Accompagner et soutenir les patients.

3. Participation à la coopération entre les professionnels de santé (60)

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, le lieu et le champ d'intervention.

4. 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 grâce au service de garde mis en place en dehors des jours d'ouvertures pour répondre aux besoins du public.

5. 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. (61)

6. Participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients (62,63)

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) 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 en effet 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.

7. Un pharmacien peut assurer la fonction de pharmacien référent (64)

Le pharmacien peut également travailler comme pharmacien-référent d'un EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) non muni d'une pharmacie à usage intérieur. L'objectif de cette nouvelle mission est de garantir et sécuriser au maximum l'ensemble du circuit du médicament dans ces établissements.

8. Correspondant au sein de l'équipe de soins désigné par le patient (65)

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. Ce protocole va définir le nombre de renouvellements autorisés et la durée (ne peut pas dépasser douze mois), les posologies minimales et maximales, le rythme des bilans de médicaments (évaluation de l'observance, tolérance du traitement, effets indésirables).

Si un ajustement du traitement est nécessaire, le pharmacien doit le mentionner et en informer le médecin.

Dans le cadre de l'insomnie, le pharmacien est moins concerné par cela car normalement le traitement de l'insomnie n'est pas un traitement chronique.

9. Proposition de conseils et de prestations destinées 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 en premier car c'est le professionnel de santé de proximité et sans rendez-vous. Le pharmacien va alors pouvoir, après un interrogatoire du patient, délivrer un traitement en rapport avec l'état physiologique et pathologique de la personne. Il va devoir apporter des conseils en rapport avec la pathologie et sur le médicament.

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.

Dans le cadre de l'insomnie, ces nouvelles missions du pharmacien d'officine, ont toutes leurs places dans la prise en charge du patient, que ce soit dans son rôle de prévention, de conseils, d'informations et de dispensation d'ordonnance. C'est ce que nous allons détailler dans la suite.

B. Rôle du pharmacien dans la prévention de l'insomnie

1. Les différents types de prévention (66)

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 ». En effet La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes ou des comportements qui vont permettre d'éviter la survenue de maladies, de maintenir ou d'améliorer la santé.

Nous pouvons 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.

Nous pouvons mettre en place à l'officine différents outils d'information, de conseils pour remplir ce rôle de prévention. En effet nous avons par exemple les affiches dans la vitrine ou dans l'espace de vente, des brochures à donner aux patients ou à laisser en évidence à libre disposition, des fiches conseils résumant ce que le pharmacien dit à l'oral etc....

2. Les règles hygiéno-diététiques (19,28)

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 de trouble du sommeil ou d'insomnie au comptoir. Le fait d'aborder et de conseiller la personne sur son sommeil peut en effet suffire à améliorer le trouble du sommeil.

L'hygiène du sommeil met en évidence l'effet de l'activité quotidienne sur la qualité du sommeil. En effet faire une sieste excessive pendant la journée, la consommation d'alcool ou de caféine le soir, regarder la télévision jusqu'à tard dans la nuit, travailler sur des gadgets électroniques juste avant le coucher peuvent affecter négativement la qualité du sommeil.

Il est également important de mettre en place un « rituel » constant et régulier autour du coucher pour retrouver progressivement un sommeil normal.

Il m'est paru pertinent de créer et de proposer une fiche conseil résumant ces règles d'hygiène du sommeil, en effet avoir un support papier peut être intéressant pour les patients. Ces fiches seront à destination des patients souffrant d'insomnie et pourront être remises 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 pour un meilleur sommeil

Dans la chambre :

 <p>Éviter les températures extrêmes (entre 18 et 22°C maximum)</p>	 <p>Une bonne isolation phonique</p>	 <p>Ne pas avoir une source de lumière trop importante</p>	 <p>Contrôler la literie</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pendant la journée :

 <p>Se lever tous les jours au même horaire même pendant le weekend ou les vacances</p>	 <p>Pratiquer une activité physique (avant 18h)</p>	 <p>Éviter de faire une sieste trop longue</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Avant le coucher :

 <p>Ne pas pratiquer une activité physique trop intense</p>	 <p>Ne pas consommer d'excitants (alcool, café, le thé, coca)</p>	 <p>Éviter les repas trop gras ou trop alcoolisés le soir</p>	 <p>Activité calme telle que la lecture</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Au coucher :

 <p>Éviter d'utiliser les écrans dans le lit (téléphone, ordinateur)</p>	 <p>Éviter de fumer</p>	 <p>Se mettre au lit au moment des signes de la fatigue (bâillements, paupières lourdes...)</p>	 <p>Utiliser le lit seulement pour dormir</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figure 33 : Fiche conseil résumant les mesures hygiéno-diététiques du sommeil, à destination des patients souffrant de troubles du sommeil

3. L'agenda du sommeil (67-69)

a) Généralités sur l'agenda du sommeil

Le diagnostic de l'insomnie est essentiellement réalisé à partir des plaintes du patient et donc à partir d'un interrogatoire médical initial.

L'agenda du sommeil est un outil simple à proposer à l'officine. En effet un agenda du sommeil, tenu durant 2 à 4 semaines, à remplir tous les matins et tous les soirs permet de visualiser le sommeil d'un point de vue qualitatif et quantitatif. Il va permettre, via un relevé quotidien des horaires de sommeil, de mieux comprendre les habitudes de coucher et de lever, les conditions de survenue, la fréquence, la sévérité des épisodes ainsi que leurs conséquences physiques et sociales... S'il est possible de le remplir à la fois sur une période de travail et une période de vacances, cela permet d'avoir plus d'informations.



HAS
AUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L'agenda de votre sommeil

Débutez le remplissage de la 1^{ère} ligne J1 avec votre médecin

Nom :

Prénom :

Date : / /

Date	Médicaments	17h	19h	21h	23h	1h	3h	5h	7h	9h	11h	13h	15h	Qualité		Commentaires
		18h	20h	22h	MINUIT	2h	4h	6h	8h	10h	MIDI	14h	16h	Sommeil la nuit	Forme le jour	
J1																
J2																
J3																
J4																
J5																
J6																
J7																

Exemple

1/2		X							X			X		X	M	M	TOUX
-----	--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	---	---	---	------

M.S. a pris 1/2 ZOLPIDEM, il s'est couché à 19h30, s'est endormi à 21 h après avoir regardé la télé, a dormi jusqu'à 7h, avec sommeil entrecoupé d'un réveil entre minuit et 1h. – M.S. s'est recouché pour la sieste à 13h30 et a dormi de 15h à 16h puis s'est levé. Son sommeil et sa forme étaient mauvais.

Médicaments pour dormir	Temps passé au lit ou à dormir (nuit, sieste)	Qualité de la nuit et forme dans la journée
Nom des médicaments.....	Indiquez par une « X » : - l'heure de mise au lit - l'heure du lever	Précisez la qualité de la nuit et la forme dans la journée par : B = bien M = mauvais TB = très bien TM = très mauvais
Précisez ce que vous avez pris chaque soir pour dormir dans la colonne « médicaments »	Indiquez le temps de sommeil en hachurant la case :	

Figure 34 : Exemple d'agenda du sommeil à remplir par le patient

b) Comment remplir l'agenda du sommeil

L'agenda se remplit donc à deux moments de la journée :

- Le matin au réveil pour décrire le déroulement de la nuit
- Le soir pour reporter ce qui s'est passé dans la journée

Le matin : la personne rapportera comment s'est déroulée sa nuit en notant :

- L'heure de mise au lit par une flèche vers le bas (même si c'était pour lire ou pour regarder la télévision).
- L'heure de réveil en mettant une flèche vers le haut pour indiquer l'horaire définitif de lever, ou pour préciser un lever en cours de nuit.
- L'heure d'endormissement ainsi que les réveils nocturnes, en hachurant la zone qui correspond au temps de sommeil. Si le patient s'est réveillé en pleine nuit et que cet éveil a été gênant, il faut interrompre la zone hachurée en regard des horaires du réveil.
- La qualité de la nuit, la forme au réveil, en remplissant les colonnes de droite (TB = très bon, B = Bon, Moy = moyen, M = mauvais, TM = très mauvais).
- La prise des médicaments, la consommation d'alcool, un repas trop lourd, de la fièvre, etc.

Le soir : la personne notera comment s'est passée sa journée en précisant :

- La réalisation d'une sieste par une zone hachurée, de la même façon que vous avez noté votre sommeil de nuit.
- La présence d'une somnolence en notant un « S » en regard des horaires correspondants.
- La qualité et la forme globale dans la journée.

Une fois que l'agenda est rempli, avec le patient, le pharmacien peut essayer de l'interpréter en :

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

Ainsi le pharmacien et le patient peuvent essayer de trouver des solutions, en corrélant l'agenda du sommeil avec les règles hygiéno-diététiques.

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.

C. Rôle du pharmacien dans la prise en charge du traitement

1. Lors d'une plainte du patient

Lors du premier contact sans prescription d'hypnotique ou sur simple demande du patient, le pharmacien peut être amené à évaluer le trouble du sommeil. Le pharmacien commencera alors par un interrogatoire au comptoir pour mieux comprendre la plainte de celui-ci en demandant :

- Depuis quand ? La fréquence ?
- S'il a déjà pris un traitement pour ce problème
- S'il a d'autres pathologie ? s'il prend d'autres médicaments ? etc....

En fonction des réponses du patients le pharmacien pourra alors : (70)

- Proposer de remplir l'agenda du sommeil.
- Rappeler les règles d'hygiène du sommeil : cela peut suffire à résoudre les troubles du sommeil mineurs.
- Proposer un traitement tel que la phytothérapie, l'homéopathie, l'aromathérapie, l'utilisation de la mélatonine, la doxylamine etc... (détaillées plus haut dans cette thèse).
- Orienter vers un médecin si l'insomnie est la conséquence d'une maladie aiguë ou d'un accès dépressif ou en cas d'insomnie chronique (non soulagée après trois semaine)

Dans tous les cas le pharmacien doit absolument rappeler les règles hygiéno-diététiques nécessaire pour bien dormir, ainsi que proposer le traitement le plus adapté à la personne pour que l'usage des hypnotiques soit retardé au maximum.

2. Lors d'une première délivrance d'hypnotique (71)

Lors de la dispensation d'un hypnotique, le pharmacien doit respecter certaines règles de bon usage et surtout rappeler des informations importantes au patient :

- Vérifier l'historique et le dossier pharmaceutique.
- Vérifier la posologie.
- Rappeler le caractère temporaire du traitement : pas de prise au long cours et le traitement est limité à une durée de quatre semaines afin d'éviter le risque de tolérance et de dépendance.
- Rappeler les effets secondaires et les interactions possibles avec un autre médicament.
- En effet il y a certains effets indésirables tels que la somnolence (attention en cas de conduite de véhicule ou d'engins), l'amnésie antérograde, la tolérance ou encore la dépendance qui sont important à dire au patient.
- Rappeler le moment de la prise : elle doit se faire juste avant de se coucher en respectant la posologie.
- Prévenir le patient que la consommation d'alcool majore l'effet sédatif pendant la journée.

Le pharmacien doit également insister sur le fait, qu'en plus du traitement, il est important de suivre les mesures hygiéno-diététiques pour éviter ces phénomènes d'insomnie.

3. Lors de délivrance répétée (71)

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 :

- La date de la dernière délivrance : pour voir s'il y a un chevauchement ou pas en regardant dans l'historique ou le dossier pharmaceutique.
- L'observance : le respect de la posologie
- La présence ou non d'effets indésirables
- Le respect l'hygiène du sommeil

Le pharmacien pourra alors :

- Proposer un agenda du sommeil.
- Orienter le patient vers des thérapies non pharmacologiques.
- Orienter le patient vers des professionnels spécialisés.
- Orienter le patient vers une consultation de suivi, après chaque prescription.

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 et non brutalement à cause du risque de syndrome de sevrage.

Si celui-ci se sent prêt le pharmacien pourra alors accompagner le patient lors de l'arrêt du traitement. Il est important de le rappeler à chaque fois au patient car même si nous avons l'impression de nous répéter, le fait que le patient entende le même discours tous les mois, cela aura plus d'impact sur lui et cela lui laissera le temps d'intégrer les informations, d'y réfléchir et d'avancer dans sa démarche.

Dans tous les cas il appartient au médecin généraliste et au pharmacien de surveiller l'approche médicamenteuse afin d'éviter toute utilisation chronique.

4. Cas de comptoir M. G.

A la pharmacie Wellington à Arras, j'ai pu, avec mes collègues, aider certains patients à réfléchir sur leur prise d'hypnotique et les accompagner dans leur démarche d'arrêt, en accord avec le médecin.

a) Présentation du cas

M. G., 66 ans, marié, vient depuis toujours à la pharmacie avec sa femme, pour leurs deux traitements.

Depuis plus de 3 ans, M. G est traité :

- Pour insomnie chronique avec du zopiclone 1/Jours le soir (apparentés au benzodiazépines)
- Pour une anxiété chronique avec du Bromazépam (Benzodiazépine anxiolytique)

Nous remarquons donc ici différents problèmes :

- Prise au long cours d'hypnotique.
- Association de 2 benzodiazépines (ou apparentés).

b) Accompagnement de M. G à l'officine

M. G, un jour nous a fait part de sa volonté à arrêter son zopiclone mais il ne savait pas réellement comment s'y prendre. Il en avait parlé au médecin, le médecin était d'accord mais rien de concret n'avait été mis en place.

A l'officine plusieurs choses ont alors été mis en place pour l'accompagner et le soutenir dans cette démarche :

- Un rappel des règles hygiéno-diététique, accompagné d'un support papier.
- Un protocole d'arrêt : Nous avons repris un protocole utilisé au Canada par les médecins et pharmaciens, adapté en Français par le Dr Thomas Cartier, médecin généraliste. (72)

SEMAINES	PROGRAMME D'ARRET 1 CP/J							✓
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	
1 ^{ère} et 2 ^{ème}								
3 ^{ème} et 4 ^{ème}								
5 ^{ème} et 6 ^{ème}								
7 ^{ème} et 8 ^{ème}								
9 ^{ème} et 10 ^{ème}								
11 ^{ème} et 12 ^{ème}								
13 ^{ème} et 14 ^{ème}								
15 ^{ème} et 16 ^{ème}	X		X	X		X		
17 ^{ème} et 18 ^{ème}	X	X	X	X	X	X	X	

Explications

1 comprimé entier 1/2 comprimé 1/4 comprimé X pas de comprimé

Figure 35 : Protocole d'arrêt des hypnotiques adapté en langue Française par le Dr Thomas Cartier

M. G est revenu quelques jours plus tard en nous disant que les jours où il ne prenait rien, il ne dormait pas bien et mettait beaucoup de temps à s'endormir. On lui a donc conseillé un traitement combinant la phytothérapie, pour le détendre et pour favoriser un sommeil réparateur, avec la mélatonine, pour diminuer le temps d'endormissement.

Aujourd'hui Mr G ne prend plus de zopiclone depuis avril 2022, il continue cependant le bromazépam et pour son sommeil il continue les mesures d'hygiène ainsi que la phytothérapie instaurée (*arkorelax sommeil fort*®).

Conclusion

Le sommeil est primordial au bon développement cérébral ainsi que pour assurer certaines fonctions métaboliques. C'est pourquoi avoir un sommeil limité ou perturbé peut alors exposer à de nombreux risques. Les troubles du sommeil sont à l'origine de pathologies diverses.

L'insomnie quant à elle est un trouble du sommeil fréquent, elle toucherait 20% de la population française.

Pour traiter l'insomnie, le traitement mis en place est bien souvent un médicament hypnotique sans essayer auparavant les traitements non médicamenteux tel que les règles hygiéno-diététiques, les thérapies cognitivo-comportementales, homéopathie, phytothérapie, aromathérapie etc....

En effet le traitement par hypnotique est un traitement qui satisfait à la fois le prescripteur et le patient du fait de son efficacité immédiate. Mais l'utilisation de ce médicament est recommandée sur une courte durée, car il présente un risque de dépendance et de tolérance majeur.

Afin d'éviter ces problèmes de dépendance et de tolérance le pharmacien va avoir un rôle important à jouer que ce soit lors d'une primo-prescription, lors d'un renouvellement ou encore lors d'une plainte spontanée.

Une bonne information, sur les règles d'hygiène, sur l'utilisation d'un agenda du sommeil, va être un des éléments de base dans l'accompagnement du patient souffrant d'insomnie.

Ainsi la prise en charge de l'insomnie ne se résume pas à l'unique prise d'un médicament. Il est nécessaire que le pharmacien ait une bonne connaissance du dispositif de prise en charge des troubles du sommeil et des thérapies non médicamenteuses pour pouvoir apporter des conseils et orienter le patient.

L'accompagnement du pharmacien dans cette pathologie a pour but une meilleure prise en charge du patient souffrant d'insomnie et une utilisation plus adaptée des traitements hypnotiques, ce qui permettrait de mieux respecter les recommandations de l'HAS.

Références bibliographiques

1. Plaquette_Centre_de_Medecine_du_Sommeil_ABC.pdf [Internet]. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: https://www.sommeilsante.asso.fr/bandeau_bas/documents_actualites/2016/Plaquette_Centre_de_Medecine_du_Sommeil_ABC.pdf
2. Définitions : sommeil - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sommeil/73405>
3. Insomnie · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/insomnie/>
4. SPF. La Santé de l'homme, Mars/avr. 2007, n°388Éduquer au sommeil [Internet]. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-sante-de-l-homme-mars-avr-2007-n-388eduquer-au-sommeil>
5. Elaine MARIEB. Biologie humaine, principe d'anatomie et de physiologie. Paris : Pearson Education France. 2008.
6. HOFFMANN G, WUILMART B. Docteur, dites-moi... Le sommeil. Bruxelles [Belgique] : Daniel Castelain; 1996. (Psychos om).
7. L'organisation du sommeil [Internet]. Réseau Morphée. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil/les-cycles-du-sommeil>
8. Les différentes phases de sommeil - Cens [Internet]. <https://www.cenas.ch/>. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cenas.ch/le-saviez-vous/les-differentes-phases-de-sommeil/>
9. Organisation du sommeil – Cabinet du Dr Royant-Paola [Internet]. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.royant-parola.fr/troubles-du-sommeil/organisation-du-sommeil/>
10. Sommeil · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/>
11. Sommeil_un_carnet_pour_mieux_comprendre.pdf [Internet]. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Sommeil_un_carnet_pour_mieux_comprendre.pdf
12. Le réseau du sommeil paradoxal [Internet]. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/savenir/cerveau/reseau.php>
13. Structures impliquées dans la genèse du sommeil paradoxal — Site des ressources d'ACCES pour enseigner les Sciences de la Vie et de la Terre [Internet]. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <http://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/neurosciences/actualisation-des-connaissances/memoire-attention-et-apprentissage/sommeil/DossierScientifSommeil/SommeilParadoxal>

14. Billard M, Lavilliers Y. Les troubles du sommeil. Elsevier Health Sciences France; 2011.
15. Sommeil · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [Cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/>
16. Douai F, Léger D. Physiologie du sommeil [Internet]. [Cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/lettre-neurologue/physiologie-sommeil>
17. Bolu PC, Kaur H. Salep Médecine: Insomnie and Salep. Mo Med. 2019;116(1):68-75.
18. Insomnie chronique : critères diagnostiques du DSM-5 | Psycho média [Internet]. [Cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/insomnie-criteres-diagnostiques>
19. Royant-Paola S. Comment retrouver le sommeil par soi-même [Internet]. Paris: Odile Jacob; 2006. Disponible sur: https://www.odilejacob.fr/catalogue/guides-pour-s-aider-soi-meme/comment-retrouver-le-sommeil-par-soi-meme_9782738111067.php
20. Comprendre l'apnée du sommeil [Internet]. [Cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/apnee-sommeil/comprendre-apnee-sommeil>
21. Les traitements de l'insomnie [Internet]. VIDAL. [Cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/insomnie/medicaments.html>
22. DURAND D, LE JEUNNE C. DOROSZ: Guide pratique des médicaments : 2021. 40e édition. Paris: Malouine; 2020.
23. Thériaque [Internet]. [Cité 16 sept 2022]. Disponible sur: http://intranet-universitaire-lille2.theriaque.fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/apps/recherche/rch_simple.php#
24. Fiche info - CIRCADIN 2 mg, comprimé à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [Cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=68578854#>
25. Ménard Céline. Mélatonine, agonistes mélatoninergiques et luminothérapie dans les troubles du sommeil et du décalage horaire [Internet]. [Nantes]: Nantes Université Pôle Santé UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques Nantes; 2011. Disponible sur: <file:///C:/Users/TERRAPC/Downloads/menardPH11.pdf>
26. Gauthier Y. Mélatonine : exonérée jusqu'à 1 mg par prise. 15/09/2015 [Internet]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-medicaments/150915-melatonine-exoneree-jusqu-a-1-mg-par-prise.html>
27. Hein M, Hubain P, Linkowski P, Loas G. Support for insomnia : Recommendations for practice in general medicine. Rev Med Brux. 1 sept 2016;37:235-41.
28. Que faire devant une insomnie [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/royant-parola/insomnie/therap.php>

29. Les techniques comportementales – Cabinet du Dr Royant-Parola [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.royant-parola.fr/les-traitements/les-techniques-comportementales/>
30. Baudoux D, Breda ML. Huiles essentielles chémotypées. Amyris. 2020.
31. Troubles du sommeil : mieux dormir avec les huiles essentielles [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.pranarom.fr/fr/blog/post/troubles-du-sommeil-mieux-dormir-avec-les-huiles-essentielles.html>
32. Troubles du sommeil et insomnie : quelles huiles essentielles pour mieux dormir ? [Internet]. Puressentiel. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://fr.puressentiel.com/blogs/conseils/sommeil-queelles-huiles-essentielles-utiliser>
33. RAYNAUD J. Prescription et conseil en aromathérapie. Paris: Tec Et Doc / Em Inter / Lavoisier; 2006.
34. Morel JM. Traité pratique de phytothérapie - Remèdes d'hier pour médecine de demain. Paris: Grancher (Editions); 2008.
35. La phytothérapie dans le traitement des insomnies [Internet]. VIDAL. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/insomnie/phytotherapie-plantes.html>
36. La phytothérapie pour retrouver le sommeil [Internet]. Pharmacien Giphar. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.pharmacienghiphar.com/medecines-naturelles/conseils-phytotherapie/phytotherapie-pour-retrouver-sommeil>
37. Pinto R. Conseil en homéopathie. 4e édition. Le Moniteur Des Pharmacies; 2017. (Pro-officina).
38. Meura L. L'Homéopathie pratique - Claude Binet - Dangles [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.librairiemeura.com/livre/236677-l-homeopathie-pratique-claude-binet-dangles>
39. HOMEOGENE 46 cp orodispers - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/homeogene_46_cp_orodispers-108073.html
40. L72 sol buv en gouttes - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/l72_sol_buv_en_gouttes-192095.html
41. SEDATIF PC cp subling - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/sedatif_pc_cp_subling-221381.html
42. Aliotta C. Sophrologie et sommeil - Manuel pratique [Internet]. Malakoff: Interéditions; 2019. (Corps et Santé). Disponible sur: [https://www.liseuse-hachette.fr/file/108146?fullscreen=1#epubcfi\(/6/2\[html-cover-page\]/4/1:0\)](https://www.liseuse-hachette.fr/file/108146?fullscreen=1#epubcfi(/6/2[html-cover-page]/4/1:0))
43. La sophrologie, une méthode efficace pour retrouver le sommeil [Internet]. Pharmacien Giphar. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur:

<https://www.pharmaciengiphar.com/bien-etre/garder-forme/sophrologie-une-methode-efficace-pour-retrouver-sommeil>

44. Montakab H. [Acupuncture and insomnia]. *Forsch Komplementarmed.* févr 1999;6 Suppl 1:29-31.
45. Acupuncture et insomnie [Internet]. Acupuncture Montréal Clinique Shanti Acupuncture in Montreal: Clinic Shanti, laclinique.net. 2016 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://laclinique.net/acupuncture-et-insomnie/>
46. Han KH, Kim SY, Chung SY. Effect of acupuncture on patients with insomnia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 23 oct 2014;15:403.
47. Benzodiazépines hypnotiques au long cours : un intérêt thérapeutique limité [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1756665/fr/benzodiazepines-hypnotiques-au-long-cours-un-interet-therapeutique-limite
48. HAS. Bon usage des médicaments. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf
49. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire
50. Benzodiazépines : programmer l'arrêt dès la prescription [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974495/fr/benzodiazepines-programmer-l-arret-des-la-prescription
51. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
52. Actualité - Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 : point de situation jusqu'au 25 avril 2021 - ANSM [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/usage-des-medicaments-de-ville-en-france-durant-lepidemie-de-covid-19-point-de-situation-jusquau-25-avril-2021>
53. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. 5e édition. Elsevier Masson; 2015. Disponible sur: <https://psyclinifcs.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>
54. 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.

55. Authier N, Bonnet M, Delile JM, de HARO L, Magnin C, Mallaret M, et al. Compte-rendu de la séance du 21 novembre 2013. :16.
56. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
57. Article 38 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879490
58. Article L1411-11 - Code de la santé publique - [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722/
59. Article R4235-48 - Code de la santé publique - [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913703/
60. Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543
61. Le-pharmacien-dofficine-dans-le-parcours-de-soins-Rioli-2009.pdf [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.pharmine.eu/wp-content/uploads/2014/05/Le-pharmacien-dofficine-dans-le-parcours-de-soins-Rioli-2009.pdf>
62. Article L1161-1 à L1161-5 Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045630195/2022-09-21
63. L'éducation thérapeutique - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/L-education-therapeutique>
64. Les autres missions du pharmacien d'officine – Guide de stage de pratique professionnelle en officine [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/les-autres-missions-du-pharmacien-dofficine/>
65. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. 2011-375 avr 5, 2011.
66. Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique » | AP-HM [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>
67. RÉSEAU MORPHÉE. AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL [Internet]. Disponible sur: https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/01/agenda_2p.pdf
68. HAS. Agenda sommeil-éveil [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fm_-_agenda_sommeil-veille_2015-06-12_09-40-51_769.pdf

69. HAS. L'agenda de votre sommeil [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-07/agenda_sommeil.pdf
70. Clere N. Troubles du sommeil, conseils à l'officine. Actual Pharm. sept 2019;58:8-10.
71. Anthierens S, Boone B. Anxiété, stress, troubles du sommeil : manuel d'aide aux pharmaciens. :92.
72. Tableau_du_protocole_de_sevrage_des_benzo.jpeg (639x718) [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: https://www.psychoactif.org/psychowiki/images/9/93/Tableau_du_protocole_de_sevrage_des_benzo.jpeg
73. WHOCC - ATC/DDD Index [Internet]. Disponible sur: https://www.whooc.no/atc_ddd_index/?code=N05C&showdescription=no

Table des annexes

Prise en charge de l'insomnie : Les hypnotiques	99
Annexe 1 : Questionnaire ECAB	99
Annexe 2 : Les différentes sous classes du N05 de la classification ATC	100
Annexe 3 : Ventes de benzodiazépines en France en 2015	101
Annexe 4 : Description des caractéristiques sociodémographiques et médicales des consommateurs prévalents de benzodiazépines en 2015	102
Etude de terrain	103
Annexe 5 : questionnaire.....	103
Annexe 6 : Réponses au questionnaire.....	104
Place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'insomnie	105
Annexe 7 : Autre exemple d'agenda du sommeil	105

Annexe 1 : Questionnaire ECAB

Échelle ECAB

Échelle ECAB

Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines
(attribuer 1 point en cas de réponse « vrai »,
sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)

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

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 %.

Annexe 2 : Les différentes sous classes du N05 de la classification ATC (73)

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 3 : Ventes de benzodiazépines en France en 2015

Substance active	Unités "Standard" (millions)	Nombre de boîtes (millions)
Alprazolam	634	21
Oxazépam	374	14
Zolpidem	328	22
Bromazépam	306	10
Lorazépam	246	8
Zopiclone	238	16
Prazépam	185	5
Diazépam	128	4
Lormétazépam	94	7
Clorazépate potassique	82	3
Clobazam	53	2
Loprazolam	34	2
Clotiazépam	29	1,0
Clonazépam	24	1,1
Nordazépam	13	0,4
Ethyl loflazépate	9	0,3
Estazolam	8	0,4
Midazolam	8	0,8
Nitrazépam	7	0,4
Midazolam	0,1	0,0
Total	2 799	117

Annexe 4 : Description des caractéristiques sociodémographiques et médicales des consommateurs prévalents de benzodiazépines en 2015

	Anxiolytiques et /ou hypnotiques n=72 788	Anxiolytiques n=56 764	Hypnotiques n=30 849	Anxiolytiques et hypnotiques n=14 825	Anti-convulsivants n=1 041
Sexe, n (%)					
Masculin	25 656 (35,3)	19 425 (34,2)	11 379 (36,9)	5 148 (34,7)	430 (41,3)
Féminin	47 132 (64,8)	37 339 (65,8)	19 470 (63,1)	9 677 (65,3)	611 (58,7)
Âge (en années)					
Moyenne (± e-t)	57,4 (18,5)	56,3 (18,5)	59,6 (17,5)	57,7 (17,2)	53,7 (23,3)
Médiane	57	56	60	57	58
p25%-p75%	44-71	43-70	47-73	45-70	42-71
Min-Max	0-107	0-107	2-107	2-107	0-97
Âge, n (%)					
< 18 ans	608 (0,8)	560 (1,0)	80 (0,3)	32 (0,2)	130 (12,5)
18-44 ans	18 064 (24,8)	15 221 (26,8)	6 261 (20,3)	3 418 (23,1)	162 (15,6)
45-64 ans	27 506 (37,8)	21 727 (38,3)	11 967 (38,8)	6 188 (41,7)	354 (34,0)
65-79 ans	16 370 (22,5)	11 872 (20,9)	7 784 (25,2)	3 286 (22,2)	286 (27,5)
≥ 80 ans	10 240 (14,1)	7 384 (13,0)	4 757 (15,4)	1 901 (12,8)	109 (10,5)
Hommes					
< 18 ans	280 (1,1)	253 (1,3)	38 (0,3)	11 (0,2)	65 (15,1)
18-44 ans	6 891 (26,9)	5 701 (29,4)	2 577 (22,7)	1 387 (26,9)	76 (17,7)
45-64 ans	10 279 (40,1)	7 898 (40,7)	4 635 (40,7)	2 254 (43,8)	135 (31,4)
65-79 ans	5 666 (22,1)	3 878 (20,0)	2 836 (24,9)	1 048 (20,4)	120 (27,9)
≥ 80 ans	2 540 (9,9)	1 695 (8,7)	1 293 (11,4)	448 (8,7)	34 (7,9)
Femmes					
< 18 ans	328 (0,7)	307 (0,8)	42 (0,2)	21 (0,2)	65 (10,6)
18-44 ans	11 173 (23,7)	9 520 (25,5)	3 684 (18,9)	2 031 (21,0)	86 (14,1)
45-64 ans	17 227 (36,6)	13 829 (37,0)	7 332 (37,7)	3 934 (40,7)	219 (35,8)
65-79 ans	10 704 (22,7)	7 994 (21,4)	4 948 (25,4)	2 238 (23,1)	166 (27,2)
≥ 80 ans	7 700 (16,3)	5 689 (15,2)	3 464 (17,8)	1 453 (15,0)	75 (12,3)
Affiliation à la CMU-c à la date de référence, n (%) ^a	5 301 (11,5)	4 308 (11,5)	2 254 (12,3)	1 261 (13,1)	69 (10,7)
Au moins un autre psychotrope en cours à la date de référence ^b , n (%)	28 975 (39,8)	24 798 (43,7)	13 483 (43,7)	9 306 (62,8)	661 (63,5)
Antidépresseurs					
Tricycliques	2 300 (3,2)	1 961 (3,5)	1 041 (3,4)	702 (4,7)	88 (8,5)
IRS	13 696 (18,8)	11 982 (21,1)	5 692 (18,5)	3 978 (26,8)	134 (12,9)
IRSNa	4 538 (6,2)	3 944 (7,0)	2 204 (7,1)	1 610 (10,9)	77 (7,4)
Autres	3 292 (4,5)	2 821 (5,0)	1 673 (5,4)	1 202 (8,1)	68 (6,5)
Antipsychotiques					
1 ^{ère} génération	5 740 (7,9)	4 935 (8,7)	2 993 (9,7)	2 188 (14,8)	77 (7,4)
2 ^{ème} génération	3 264 (4,5)	2 803 (4,9)	1 743 (5,7)	1 282 (8,7)	49 (4,7)
Thymorégulateurs					
Acide valproïque ^c	1 715 (2,4)	1 478 (2,6)	814 (2,6)	577 (3,9)	109 (10,5)
Carbamazépine	533 (0,7)	478 (0,8)	185 (0,6)	130 (0,9)	59 (5,7)
Lamotrigine	425 (0,6)	364 (0,6)	158 (0,5)	97 (0,7)	50 (4,8)
Lithium	265 (0,4)	219 (0,4)	150 (0,5)	104 (0,7)	8 (0,8)
Au moins une autre BZD que celle(s) délivrée(s) à la date de référence	4 751 (6,5)	4 414 (7,8)	3 670 (11,9)	3 333 (22,5)	387 (37,2)
Hydroxyzine	2 818 (3,9)	2 094 (3,7)	1 537 (5,0)	813 (5,5)	32 (3,1)
Psychostimulants	51 (0,1)	40 (0,1)	24 (0,1)	13 (0,1)	6 (0,6)

^a Fréquence rapportée à l'effectif de sujets de moins de 65 ans

^b Médicaments délivrés dans les 30 jours précédant ou suivant la date de référence

^c Valpromide et spécialités d'acide valproïque indiquées comme thymorégulateurs

IRS : inhibiteurs dits sélectifs du recaptage de la sérotonine ; IRSNa : inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline

Annexe 5 : Etude de terrain, questionnaire

Questionnaire de thèse : Trouble du sommeil et mésusage des hypnotiques

Votre médecin vous a prescrit un médicament de la famille des benzodiazépines et apparentés. Dans le cadre d'un travail de thèse en pharmacie, nous vous sollicitons pour partager votre expérience en remplissant le questionnaire suivant. Les éléments de ce questionnaire seront utilisés anonymement. Nous vous remercions par avance d'avoir pris le temps d'y répondre.

L'équipe de la pharmacie reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Partie 1 : Concernant vos informations personnelles

(Cochez la case qui vous correspond)

1- Êtes-vous ?

- Un homme
- Une femme

2- Dans quelle tranche d'âge êtes-vous ?

- 18 25 ans
- 25 45 ans
- 45 55 ans
- 55 65 ans
- > 65 ans

3- Dans quelle catégorie socio-professionnelle êtes-vous ?

- Étudiants
- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et cadres supérieures
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle

Partie 2 : Concernant votre traitement

4- Quel traitement prenez-vous ?

- Zolpidem (STILNOX®)
- Zopiclone (IMOVANE®)
- NUCTALON®
- HAVLANE® -
- Lormétazépam (NOCTAMIDE®)
- MOGADON®

5- Depuis quand prenez-vous ce(s) médicament(s) ?

- < 4 semaines
- De 1 à 3 mois
- De 3 à 6 mois
- De 6 mois à 1 an
- > 1 an

6- Qui vous a initialement prescrit ce traitement ?

- Médecin Généraliste
- Psychiatre
- Médecin du sommeil
- Autre (préciser) :

7- Savez-vous pourquoi prenez-vous votre traitement ?

- 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) :

8- Avez-vous envie d'arrêter la prise de ce médicament ?

- Oui
- Non

9- Avez-vous déjà essayé d'arrêter ?

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

Si oui à quelle fréquence ?

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- 1 fois par semaine

11- Avez-vous déjà discuté avec votre médecin traitant des alternatives possibles plus naturelles à ce médicament ?

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

Si oui lesquelles ?

- Homéopathie
- Phytothérapie
- Huile essentielle
- Sophrologie, relaxation, méthode corporelle (yoga....)
- Psychothérapie
- Pratique d'une activité sportive
- Autres (préciser) :

13- Connaissez- vous par rapport à votre traitement :

- Les modalités de prise **Oui Non**
- La durée du traitement **Oui Non**
- Les effets indésirables **Oui Non**
- Les règles d'hygiène du sommeil **Oui Non**
- L'agenda du sommeil **Oui Non**

14- Souhaitez-vous avoir une information par votre pharmacien sur (*entourer la bonne réponse*) :

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

15- Prenez-vous d'autres médicaments ?

- Oui
- Non

Si oui pour quelle pathologie ?

Annexe 6 : Etude de terrain, réponses au questionnaire

Partie 1 : Concernant vos informations personnelles

16-Êtes-vous ?

Un homme	7
Une femme	13

17-Dans quelle tranche d'âge êtes-vous ?

18 25 ans	1
25 45 ans	2
45 55 ans	3
55 65 ans	6
> 65 ans	8

18-Dans quelle catégorie socio-professionnelle êtes-vous ?

Étudiants	1
Agriculteurs exploitants	1
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0
Cadres et cadres supérieures	2
Employés	3
Ouvriers	1
Retraités	10
Sans activité professionnelle	2

Partie 2 : Concernant votre traitement

19-Quel traitement prenez-vous ?

Zolpidem (STILNOX®)	8
Zopiclone (IMOVANE®)	7
NUCTALON®	0
HAVLANE®	1
Lormétazépam (NOCTAMIDE®)	4
MOGADON®	0

20-Depuis quand prenez-vous ce(s) médicament(s) ?

< 4 semaines	1
De 1 à 3 mois	0
De 3 à 6 mois	0
De 6 mois à 1 an	5
> 1 an	14

21-Qui vous a initialement prescrit ce traitement ?

Médecin Généraliste	17
Psychiatre	3
Médecin du sommeil	0
Autre	0

22-Savez-vous pourquoi prenez-vous votre traitement ?

J'ai du mal à m'endormir	12
Je me réveille dans la nuit et je n'arrive pas à me rendormir	2
Je me réveille trop tôt	1
Je gère mon stress	2
Je traite ma dépression	3
Autre	0

23-Avez-vous envie d'arrêter la prise de ce médicament ?

Oui	5
Non	15

24-Avez-vous déjà essayé d'arrêter ?

Oui	8
Non	11

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

Oui	3
Non	16

Si oui à quelle fréquence ?

Tous les jours	2
Plusieurs fois par semaine	0
1 fois par semaine	1

26-Avez-vous déjà discuté avec votre médecin traitant des alternatives possibles plus naturelles à ce médicament ?

Oui	16
Non	4

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

Oui	8
Non	12

Si oui lesquelles ?

Homéopathie	4
Phytothérapie	3
Huile essentielle	2
Sophrologie, relaxation, méthode corporelle (yoga...)	1
Psychothérapie	0
Pratique d'une activité sportive	1
Autres	0

28-Connaissez-vous par rapport à votre traitement :

- Les modalités de prise

Oui	18
Non	2

- La durée du traitement

Oui	12
Non	8

- Les effets indésirables

Oui	12
Non	8

- Les règles d'hygiène du sommeil

Oui	11
Non	9

- L'agenda du sommeil

Oui	4
Non	16

29-Souhaitez-vous avoir une information par votre pharmacien sur (*entourer la bonne réponse*) :

- Votre traitement

Oui	4
Non	16

- Le déroulé de votre sommeil

Oui	6
Non	14

- Les règles d'hygiène du sommeil

Oui	7
Non	13

- Le fonctionnement d'un agenda du sommeil

Oui	9
Non	11

- Les alternatives non médicamenteuses

Oui	8
Non	12

30-Prenez-vous d'autres médicaments ?

Oui	13
Non	7

Si oui pour quelle pathologie ?

Antidiabétiques	1
Antidépresseurs et antalgiques	1
Antihypertenseurs	2
Antidépresseurs	4
Antidiabétiques, antihypertenseurs et diurétiques	1
Anxiolytiques	3
Anti arythmiques et alpha-bloquants	1

Table des tableaux

Tableau1 : Benzodiazépines utilisées dans le traitement de l'insomnie	26
Tableau 2 : Les apparentés aux benzodiazépines utilisés dans l'insomnie	28
Tableau 3 : Les antihistaminique de type 1 utilisés dans l'insomnie	29
Tableau 4 : Mélatonine utilisé dans le traitement de l'insomnie	31
Tableau 5 : Liste non exhaustive d'huiles essentielles pouvant être utilisées dans l'insomnie	37
Tableau 6 : Liste non exhaustive de plantes pouvant être utilisées dans l'insomnie.....	38
Tableau 7 : Liste non exhaustive de souches homéopathiques utilisées dans le traitement de l'insomnie	40
Tableau 8 : Liste de certaines spécialités homéopathique pouvant être utilisées dans l'insomnie	41
Tableau 9 : Ventes de benzodiazépines et apparentés utilisés comme hypnotique en France en 2015	48

Table des figures

Figure 1 : hypnogramme d'une nuit de sommeil chez une adulte	17
Figure 2 : schéma récapitulatif du mécanisme d'endormissement	20
Figure 3 : Évolution des niveaux de consommation des hypnotiques (N05C) dans huit pays Européens, en DDJ/1000 hab. /J, entre 2012 et 2015	47
Figure 4 : Consommation de benzodiazépines hypnotiques et apparentées de 2000 à 2015 (DDJ/1000hab/j)	49
Figure 5 : Évolution absolue de la prévalence d'utilisation de benzodiazépines entre 2012 à 2015 (en % de la population en fonction de l'année)	51
Figure 6 : Évolution absolue de l'incidence des benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques entre 2012 à 2015 (en % de la population en fonction de l'année)	51
Figure 7 : Données générales - Répartition par sexe	57
Figure 8 : Données générales - Tranches d'âge.....	57
Figure 9 : Données générales – Catégorie socio-professionnelle.....	58
Figure 10 : Données générales – Médicaments prescrits.....	59
Figure 11 : Durée d'utilisation du traitement	60
Figure 12 : Prescripteur initial	61
Figure 13 : Connaissance du traitement	62
Figure 14 : L'envie d'arrêter la prise d'hypnotique	63
Figure 15 : Tentative d'arrêt du traitement	64
Figure 16 : Utilisation excessive du médicament	65
Figure 17 : La fréquence de l'utilisation excessive de l'hypnotique	65
Figure 18 : Discussions des alternatives possibles avec son médecin traitant.....	66
Figure 19 : Utilisation d'autres traitements ou techniques utilisés pour traiter l'insomnie	67
Figure 20 : Type de technique ou de traitements utilisés pour traiter le trouble du sommeil	67
Figure 21 : Connaissance de la durée du traitement	68
Figure 22 : Connaissance des modalités de prise du traitement	69
Figure 23 : Connaissance des effets indésirables	69
Figure 24 : Connaissance des règles d'hygiène du sommeil	70
Figure 25 : Connaissance de l'agenda du sommeil	70
Figure 26 : Apport d'informations par le pharmacien sur le traitement	72

Figure 27 : Apport d'information par le pharmacien sur le déroulé du sommeil... ..	72
Figure 28 : Apport d'information par le pharmacien sur les règles d'hygiène du sommeil	73
Figure 29 : Apport d'information par le pharmacien sur l'agenda du sommeil	73
Figure 30 : Apport d'information par le pharmacien sur les alternatives non médicamenteuses	74
Figure 31 : Prise d'autres médicaments	75
Figure 32 : Les classes de médicaments associés à un hypnotique	75
Figure 33 : Fiche conseil résumant les mesures hygiéno-diététiques du sommeil, à destination des patients souffrant de troubles du sommeil	84
Figure 34 : Exemple d'agenda du sommeil à remplir par le patient	85
Figure 35 : Protocole d'arrêt des hypnotiques adapté en langue Française par le Dr Thomas Cartier	90

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.

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2022/2023

Nom : Rostand

Prénom : Marie-Clémence

**Titre de la thèse : Troubles du sommeil et mésusage des hypnotiques :
place et rôle du pharmacien**

**Mots-clés : Sommeil, insomnie, benzodiazépine, hypnotique, mésusage,
alternatives aux benzodiazépines, pharmacien d'officine**

Résumé :

Le sommeil est indispensable à une bonne qualité de vie, et est un facteur capital dans la prévention de certaines maladies. Ainsi un mauvais sommeil peut avoir de nombreuses conséquences sur la vie diurne.

Dans la pratique médicale, les troubles du sommeil sont importants et le plus courant est l'insomnie. Celle-ci est principalement prise en charge des hypnotiques. Cependant ces derniers peuvent être la source de nombreux effets indésirables telle que la dépendance.

Grâce à ses différentes missions, le pharmacien d'officine a toute sa place dans la prise en charge de l'insomnie et dans la prévention du mésusage des hypnotiques.

Abstract :

Sleeping is a vital need for a healthy life. This factor has to be taken into account to prevent from some diseases. Indeed, a bad sleep can trigger in many bad issues on your diurnal life.

In the medicine practice, sleeping disorders are significant, and the most common one is insomnia. This is most of the time treated with hypnotics. However, these can lead to many side effects, such as addiction. Thanks to its various missions, a pharmacist has a key role in dealing with insomnia, and in the prevention of misuse of hypnotics.

Key words: sleep, insomnia, benzodiazepine, hypnotic, misuse, benzodiazepine alternatives, pharmacist

Membres du jury :

Président : DINE Thierry , Professeur des universités - praticien hospitalier à la faculté de pharmacie de Lille

Assesseur(s) : MASCAUT Daniel, Docteur en pharmacie

Membre(s) extérieur(s) : BLIN Jeanne, Docteur en pharmacie