



Etat des lieux de la consommation d'hypnotiques au sein d'une officine. Mise en place d'une démarche éducative pour des patients atteints d'insomnie chronique.

Amandine Erhard

► To cite this version:

Amandine Erhard. Etat des lieux de la consommation d'hypnotiques au sein d'une officine. Mise en place d'une démarche éducative pour des patients atteints d'insomnie chronique.. Sciences pharmaceutiques. 2012. hal-01732393

HAL Id: hal-01732393

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732393>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

2012

FACULTE DE PHARMACIE

**ETAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION
D'HYPNOTIQUES AU SEIN D'UNE OFFICINE**

**Mise en place d'une démarche éducative pour des
patients atteints d'insomnie chronique**

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 2 Mars 2012

pour obtenir

Le diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par **Amandine ERHARD**

Née le 31 juillet 1985 à Metz (57)

Membres du Jury

Présidente :	Mme. Emmanuelle BENOIT,	Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy
Juges :	M. Thibaut MENETRE,	Docteur en pharmacie
	Mme Béatrice DEMORE,	Maître de conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy
	M. Sébastien TOULLERON,	Docteur en Pharmacie

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2011-2012

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Francine KEDZIEREWICZ

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Président du Conseil de la Pédagogie

Bertrand RIHN

Président de la Commission de la Recherche

Christophe GANTZER

Président de la Commission Prospective Facultaire

Jean-Yves JOUZEAU

Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle

Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la filière Officine :

Francine PAULUS

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du Collège d'Enseignement

Pharmaceutique Hospitalier :

Jean-Michel SIMON

Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :

Bertrand RIHN

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Maurice HOFFMANN

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

François MORTIER

Maurice PIERFITTE

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Hélène LIVERTOUX

Bernard MIGNOT

Jean-Louis MONAL

Dominique NOTTER

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANT HONORAIRE

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

Faculté de Pharmacie

Présentation

ENSEIGNANTS

Section
CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ ✕	82	Thérapie cellulaire
Chantal FINANCE	82	Virologie, Immunologie
Jean-Yves JOUZEAU	80	Bioanalyse du médicament
Jean-Louis MERLIN ✕	82	Biologie cellulaire
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Jean-Claude BLOCK	87	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Max HENRY	87	Botanique, Mycologie
Pierre LABRUDE	86	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Pierre LEROY	85	Chimie physique
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Alain MARSURA	32	Chimie organique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Nathalie THILLY	81	Santé publique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	Parasitologie
Mariette BEAUD	87	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT	86	Communication et santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie

Michel BOISBRUN	86	Chimie thérapeutique
François BONNEAUX	86	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Cédric BOURA	86	Physiologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël COULON	87	Biochimie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Roudayna DIAB	85	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique
Florence DUMARCAY	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	86	Pharmacologie

Faculté de Pharmacie

Présentation

<i>ENSEIGNANTS (suite)</i>	<i>Section CNU*</i>	<i>Discipline d'enseignement</i>
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie
Béatrice FAIVRE	87	Hématologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Caroline GAUCHER-DI STASIO	85/86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique
Frédéric JORAND	87	Santé publique
Olivier JOUBERT	86	Toxicologie
Francine KEDZIEREWICZ	85	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Faten MERHI-SOUSSI	87	Hématologie
Christophe MERLIN	87	Microbiologie
Blandine MOREAU	86	Pharmacognosie
Maxime MOURER	86	Chimie organique
Francine PAULUS	85	Informatique
Christine PERDICAKIS	86	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO	86	Pharmacologie
Virginie PICHON	85	Biophysique
Anne SAPIN-MINET	85	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	87	Mycologie, Botanique
Gabriel TROCKLE	86	Pharmacologie
Mihayl VARBANOV ✕	87	Immuno-Virologie
Marie-Noëlle VAULTIER	87	Mycologie, Botanique
Emilie VELOT ✕	86	Physiologie-Physiopathologie humaines
Mohamed ZAIOU	87	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI	85	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	86	Sémiologie
--------------------	----	------------

PROFESSEUR AGREGÉ

Christophe COCHAUD	11	Anglais
--------------------	----	---------

✧ En attente de nomination

*Discipline du Conseil National des Universités :

80ème et 85ème : Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81ème et 86ème : Sciences du médicament et des autres produits de santé

82ème et 87ème : Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32ème : Chimie organique, minérale, industrielle

11ème : Langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens 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 et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des 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.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR »

REMERCIEMENTS

A ma présidente et codirectrice de thèse,

Madame Emmanuelle BENOIT

Maître de Conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy.

Laboratoire de Communication et Santé.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury et de codiriger cette thèse.

Je vous adresse mes sincères remerciements.

Vos conseils avisés et votre disponibilité pour les relectures m'ont été d'une aide très précieuse et je vous en suis très reconnaissante.

A mes juges,

Monsieur Thibaut MENETRE,

Docteur en pharmacie.

Vous m'avez fait l'honneur de codiriger cette thèse. Vous avez su me guider dans le choix de mon sujet et je vous en suis très reconnaissante.

Merci pour vos conseils et pour votre soutien.

Votre disponibilité à faciliter mon travail d'enquête ainsi que ma démarche éducative et je vous exprime ici, ma profonde reconnaissance.

Vous m'avez initiée à la pratique officinale avec passion et rigueur. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame Béatrice DEMORE,

Maître de Conférences à la faculté de Pharmacie de Nancy.

Laboratoire de Pharmacie clinique.

Vous m'avez fait le très grand honneur de juger cette thèse.

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour votre disponibilité dans un emploi du temps déjà très chargé.

Merci pour les enseignements que vous nous avez prodigués, ce fut un réel plaisir d'assister à vos cours.

Veillez trouver ici, l'expression de ma reconnaissance et de ma haute considération.

Monsieur Sébastien TOULLERON

Docteur en pharmacie,

Travailler à vos côtés a été une vraie chance. Merci pour tout ce que vous avez su m'apprendre et m'expliquer avec patience mais aussi pour les bons moments passés ensemble au travail, toujours dans la bonne humeur.

Vous me faites aujourd'hui l'honneur de juger cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A mes parents,

La route a été longue mais j'ai toujours pu compter sur votre soutien. Merci d'avoir tant cru en moi et de m'avoir toujours poussée à me dépasser. Je n'y serai jamais arrivée sans vous, sans vos conseils et sans votre réconfort.

Je vous dédie ce travail.

A mes sœurs,

Mais où est le temps où nous jouions ensemble sur le palier à la maison ? La vie défile à une vitesse vertigineuse. Merci les filles pour votre soutien, votre amour, vos conseils et pour nos petits moments bien à nous.

Vous avez toujours été très présentes pour moi et j'espère que cela ne changera jamais.

A mes grands-parents,

Vous avez cru en moi et j'ai toujours pu compter sur votre soutien.

Merci à Papi pour ses relectures et ses conseils d'écriture et à Mamie pour ses prières, je sais que tu as toujours pensé fort à moi pendant mes examens.

Merci à Grand-mère pour ses petites barquettes savoureuses et le temps gagné en cuisine et à Grand-père pour ses livres sur les champignons qui m'ont beaucoup aidé à réviser.

A Marie,

Merci ma petite coloc' d'avoir toujours été là pour moi. Tu m'as aidée à surmonter quelques petites épreuves de la vie et surtout tu m'as appris à prendre du recul. Merci pour tes conseils avisés et ton soutien et surtout merci pour tous les bons moments que nous avons partagés ensemble. J'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

A Brice,

Promis, c'est fini, je ne t'embêterai plus au téléphone avec ma thèse. Nous en avons passé des heures à en discuter. Je ne compte plus les fois où tu m'as aidé à voir plus clair dans ce brouillard. Tu as toujours été une petite lanterne pour moi et j'espère que tu le resteras car j'ai bien besoin de tes lumières.

A Lise,

Chaque étape de nos études a été franchie ensemble, sauf une, le concours, que j'ai eu la « joie » de repasser une seconde fois... Nous avons toujours pu compter l'une sur l'autre pour se remonter le moral, se donner des conseils, discuter pharma/médecine, et aussi profiter de bons moments ensemble. Merci à toi et bon courage pour ta thèse !

A toute ma famille,

Vous avez toujours porté un grand intérêt à mes études et cela m'a donné beaucoup de forces dans les moments difficiles. Un grand merci à vous. Plus particulièrement, merci à ma tante et consœur Agnès, qui m'a donné quelques conseils lors de la rédaction de ce travail.

A la mémoire de ma marraine,

J'aurais été très fière que tu assistes à cet instant...

A mes amis,

Plus particulièrement, merci à Flo, Munch, Guillaume, pour nos bons moments sur les bancs de l'amphi. Merci à Pauline, ma prof^e de Français préférée qui a pris du temps pour lire ce travail et le corriger. Merci à Julie d'avoir eu le courage de lire ce travail en entier, en avant-première qui plus est. Merci à Eloi pour ton aide en cours et à Yannick pour avoir peaufiné la mise en page de la thèse. Enfin, merci à mon « modèle » qui se reconnaîtra ici.

A toute l'équipe de la pharmacie des Bijoux,

Plus particulièrement, merci à Corinne et Thibaut pour votre disponibilité et votre confiance. Merci à toute l'équipe pour votre accueil et votre bonne humeur. Ce fut un réel plaisir d'effectuer mon stage de 6^{ème} année et de débiter dans ma vie professionnelle à vos côtés. Vous m'avez appris énormément de choses et je vous en suis particulièrement reconnaissante.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	11
PREMIERE PARTIE	12
INTRODUCTION.....	13
CHAPITRE 1 LE SOMMEIL ET L'INSOMNIE	14
1 LE SOMMEIL.....	15
1.1 Généralités sur le sommeil.....	15
1.1.1 <i>Architecture du sommeil : rythme veille-sommeil et organisation du sommeil</i>	15
1.1.2 <i>Rôles du sommeil</i>	19
1.2 Evolution du sommeil avec l'âge	20
1.2.1 <i>Le sommeil du nourrisson</i>	20
1.2.2 <i>Le sommeil de l'enfant</i>	21
1.2.3 <i>Le sommeil de l'adolescent.....</i>	21
1.2.4 <i>Le sommeil de l'adulte.....</i>	21
1.2.5 <i>Le sommeil des plus de 50 ans.....</i>	22
1.3 L'horloge interne	23
1.3.1 <i>L'horloge biologique.....</i>	23
1.3.2 <i>Composante génétique de l'horloge biologique.....</i>	24
2 L'INSOMNIE	25
2.1 Epidémiologie.....	25
2.1.1 <i>Enquêtes en France</i>	26
2.1.2 <i>Différence de chiffres entre les femmes et les hommes</i>	26
2.1.3 <i>L'insomnie en chiffres dans la population générale</i>	27
2.2 L'insomnie, maladie du sommeil à part entière.....	29
2.2.1 <i>Critères de diagnostic de l'insomnie.....</i>	29
2.2.2 <i>Classification des insomnies.....</i>	29
2.2.3 <i>Les aides au diagnostic de l'insomnie.....</i>	30
2.3 Différentes origines de l'insomnie	33
2.3.1 <i>Les insomnies chroniques sans maladie associée.....</i>	33
2.3.2 <i>L'insomnie chronique psychologique.....</i>	35
2.3.3 <i>Lien entre insomnie et mauvaise hygiène de vie.....</i>	36
2.3.4 <i>L'insomnie chez la femme.....</i>	36
2.3.5 <i>Relation entre l'âge et le sommeil.....</i>	36
2.3.6 <i>La lumière, un synchroniseur de cycles du sommeil</i>	37

2.3.7	<i>Insomnies causées par des maladies organiques.....</i>	37
-------	---	----

CHAPITRE 2 TRAITEMENTS DE L'INSOMNIE ET ALTERNATIVES

39

1 TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DE L'INSOMNIE 40

1.1 Les traitements symptomatiques de l'insomnie40

1.1.1	<i>Les benzodiazépines.....</i>	40
-------	---------------------------------	----

1.1.2	<i>Les médicaments apparentés aux benzodiazépines.....</i>	47
-------	--	----

1.1.3	<i>Les hypnotiques antihistaminiques : phénothiazines et phénothiazines associées.....</i>	49
-------	--	----

1.2 Les traitements de fond de l'insomnie.....52

1.2.1	<i>Les antidépresseurs tricycliques.....</i>	52
-------	--	----

1.2.2	<i>Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS).....</i>	53
-------	---	----

1.3 Autres approches thérapeutiques de l'insomnie54

2 ALTERNATIVES AUX TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DE L'INSOMNIE 55

2.1 Les règles d'hygiène de vie nécessaires à un bon sommeil.....56

2.2 Options thérapeutiques à disposition du pharmacien d'officine pour améliorer la qualité du sommeil de ses patients58

2.2.1	<i>Sommeil et phytothérapie</i>	58
-------	---------------------------------------	----

2.2.2	<i>L'homéopathie, une solution pour améliorer les troubles du sommeil.....</i>	66
-------	--	----

2.2.3	<i>Aromathérapie et insomnie.....</i>	69
-------	---------------------------------------	----

2.2.4	<i>L'oligothérapie et les troubles du sommeil.....</i>	73
-------	--	----

2.3 Autres méthodes proposées dans l'insomnie.....74

2.3.1	<i>La luminothérapie</i>	74
-------	--------------------------------	----

2.3.2	<i>La médecine chinoise et les troubles du sommeil.....</i>	75
-------	---	----

2.3.3	<i>Les techniques de relaxation.....</i>	76
-------	--	----

CHAPITRE 3 EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT..... 78

1 EDUCATION, CONSEIL ET INFORMATION, DES NOTIONS SOUVENT CONFONDUES... 79

1.1 L'information.....79

1.2 Le conseil.....79

1.3 L'éducation79

2	PLACE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT PAR RAPPORT A L'EDUCATION DU PATIENT.....	80
2.1	L'éducation pour la santé du patient	80
2.1.1	La prévention primaire	81
2.1.2	La prévention secondaire.....	81
2.1.3	La prévention tertiaire.....	81
2.2	L'éducation du patient à la maladie.....	82
2.3	L'éducation thérapeutique du patient (ETP).....	82
3	L'ETP.....	82
3.1	Objectifs de l'ETP pour le patient.....	83
3.1.1	Compétences d'autosoins.....	83
3.1.2	Compétences d'adaptation.....	84
3.2	Compétences pédagogiques nécessaires aux éducateurs	84
3.2.1	S'adapter au patient.....	84
3.2.2	Le travail en réseau	85
3.2.3	Outils de communication.....	85
3.2.4	Autres compétences pédagogiques.....	87
3.3	Structuration d'un projet éducatif.....	88
3.3.1	Le diagnostic éducatif.....	88
3.3.2	Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage	90
3.3.3	Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP	90
3.3.4	Réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme	91
3.4	Démarche éducative.....	93
	CONCLUSION.....	94
	DEUXIEME PARTIE.....	95
	INTRODUCTION.....	96
	CHAPITRE 1 ETAT DES LIEUX SUR LA CONSOMMATION DE DEUX HYPNOTIQUES AU SEIN D'UNE OFFICINE DE MEURTHE-ET-MOSELLE.....	97
1	INTRODUCTION	98
2	MATERIEL ET METHODE.....	98

2.1	Médicaments étudiés.....	98
2.2	Listing des délivrances	99
2.3	Groupes de patients	99
3	RESULTATS	101
3.1	Répartition de la consommation d’hypnotiques selon le sexe des patients	101
3.1.1	Groupe zolpidem.....	101
3.1.2	Groupe zopiclone	102
3.2	Etude du nombre de boîte(s) d’hypnotique consommé par patient pendant les six mois de l’enquête	103
3.2.1	Groupe zolpidem.....	104
3.2.2	Groupe zopiclone	105
3.2.3	Comparaison des groupes zolpidem et zopiclone	106
3.2.4	Répartition de la consommation d’hypnotiques en fonction de l’âge	107
3.2.5	Répartition de la consommation d’hypnotiques en fonction des pathologies	110
4	DISCUSSION	112
4.1	Durée de l’étude	112
4.2	Choix de l’officine	112
4.3	Influence du traitement sur le nombre de personnes incluses dans le groupe zolpidem et zopiclone.....	113
4.4	Limites du listing de délivrance	113
5	CONCLUSION.....	114
CHAPITRE 2 DEMARCHE EDUCATIVE REALISEE AUPRES DE SIX PATIENTS SOUFFRANT D’INSOMNIE CHRONIQUE		115
1	INTRODUCTION	116
2	MATERIEL ET METHODE.....	116
2.1	Recrutement des patients.....	116
2.2	Information aux médecins traitants	117
2.3	Préparation de la séance éducative	117
2.3.1	Le diagnostic éducatif.....	117
2.3.2	Définition de l’objectif de la séance.....	119
2.3.3	Contenu éducatif.....	119

2.3.4	<i>Evaluation de la séance éducative</i>	129
3	RESULTATS	132
3.1	Résultats du diagnostic éducatif.....	132
3.1.1	<i>Etat physique du patient.....</i>	132
3.1.2	<i>Vision de l'insomnie par les patients</i>	132
3.1.3	<i>Identification des traitements de l'insomnie par les patients</i>	132
3.1.4	<i>Comment les patients prennent leur traitement ?</i>	133
3.1.5	<i>Durée et contexte d'apparition de l'insomnie.....</i>	134
3.1.6	<i>Conclusion des diagnostics éducatifs</i>	134
3.2	Définition des thèmes à aborder avec les patients.....	134
3.2.1	<i>Pour les trois patients en cours de sevrage.....</i>	135
3.2.2	<i>Pour les trois autres patients</i>	135
3.3	Contenu éducatif.....	135
3.3.1	<i>Groupe des 3 patients en cours de sevrage</i>	135
3.3.2	<i>Autres patients.....</i>	137
3.4	Conclusions et évaluation de la séance par l'éducateur.....	140
3.5	Résultats de l'évaluation de la séance par les patients.....	140
3.5.1	<i>Résultats du questionnaire de satisfaction</i>	140
3.5.2	<i>Résultats de l'impact de la démarche éducative.....</i>	141
4	DISCUSSION	142
4.1	Qualité de la démarche éducative.....	142
4.1.1	<i>Prise de contact avec les patients</i>	142
4.1.2	<i>Choix du lieu des rendez-vous thérapeutiques.....</i>	142
4.1.3	<i>Evaluation de la démarche éducative.....</i>	143
4.1.4	<i>Impact de la démarche sur les patients.....</i>	144
4.1.5	<i>Globalité d'une démarche éducative.....</i>	145
4.2	Education thérapeutique et économie	146
4.3	Insomnie : état de santé relayé par les médias	146
4.4	Apport personnel de la mise en place de ce projet éducatif	146
	CONCLUSION.....	148
	CONCLUSION GENERALE	149
	BIBLIOGRAPHIE	151
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	152

SITES INTERNET CONSULTÉS.....	157
ANNEXES	162
ANNEXE 1 : Tracé des différentes ondes observées sur un EEG lors du sommeil....	163
ANNEXE 2 : Horloge biologique et les effets de la lumière	164
ANNEXE 3 : Présentation de certains documents disponible sur le site Internet de la HAS dans le cadre de la « <i>Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale</i> ».....	165
ANNEXE 4 : Agenda du sommeil	168
ANNEXE 5 : questionnaires de dépistage des troubles du sommeil	169
ANNEXE 6 : EPS et troubles du sommeil	178
ANNEXE 7 : Spécialités à base de plantes disponibles sur le marché pour améliorer la qualité du sommeil.....	179
ANNEXE 8 : Autres souches homéopathiques utiles dans les troubles du sommeil ..	181
ANNEXE 9 : Spécialités homéopathiques disponibles pour lutter contre les troubles du sommeil	183
ANNEXE 10 : Les huiles essentielles chez la femme enceinte.....	186
ANNEXE 11 : Lettre informative aux médecins traitant.....	188

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Hypnogramme [38]	16
Figure 2 : Biosynthèse de la mélatonine. D'après [52]	24
Figure 3 : Polysomnographie [39].....	33
Figure 4 : Récepteur des BZD, du GABA, des barbituriques et des apparentés aux BZD. D'après figure [52]	41
Figure 5 : Aubépine [53].....	59
Figure 6 : Eschscholtzia [54]	59
Figure 7 : Houblon [55]	60
Figure 8 : Passiflore [56]	60
Figure 9 : Valériane [57].....	61
Figure 10 : Schéma du Comité Interinstitutionnel d'Education pour la Santé des Patients (CIESP) [68]	80
Figure 11 : Modèle de base de la communication d'après [33].....	85
Figure 12 : Nombre de patients traités par zolpidem en fonction du nombre de boîtes consommées pendant les 6 mois d'étude.....	104
Figure 13 : Nombre de patients traités par Imovane® ou Zopiclone Biogaran® en fonction du nombre de boîtes consommées pendant les 6 mois d'étude.	105
Figure 14 : Nombre de mois de consommation d'hypnotiques par les patients	106
Figure 15 : Présentation de la répartition des âges en fonction de la consommation de Zolpidem Biogaran® / Stilnox® et de Zopiclone Biogaran® / Imovane® sur une période de 6 mois.	108
Figure 16 : Consommation de Stilnox® et Zolpidem Biogaran® et Imovane® et Zopiclone Biogaran® en fonction des pathologies.....	111
Figure 17 : Questionnaire pour le diagnostic éducatif. D'après [31]	118
Figure 18 : Support éducatif sur le sommeil. (Image de [72]).....	121
Figure 19 : Support éducatif sur l'insomnie.	122
Figure 20: Support éducatif sur les traitements hypnotiques.....	124
Figure 21: Support éducatif sur l'hygiène de vie favorisant un bon sommeil	126
Figure 22: Support éducatif sur l'agenda du sommeil. (Image du site Internet http://www.123savoie.com).....	128
Figure 23: Questionnaire d'évaluation de la séance éducative réalisée par le patient. [31]..	131

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: BZD hypnotiques (BZD : benzodiazépine) : doses, T max et ½ vie, délai d'action et durées de prescription autorisées. D'après [48]	43
Tableau 2 : BZD anxiolytiques : pharmacocinétique et durées de prescriptions autorisées. D'après [48]	46
Tableau 3 : Pharmacocinétique des hypnotiques antihistaminiques et durées de prescription autorisées. D'après[48]	50
Tableau 4: antidépresseurs tricycliques utilisables dans le traitement de fond de l'insomnie. D'après [13]	53
Tableau 5: antidépresseurs ISRS utilisables dans le traitement de fond de l'insomnie D'après [13]	54
Tableau 6: Equivalence en poids des extraits secs par rapport aux extraits mous, extraits fluides, aux plantes sèches, aux teintures mères et aux plantes fraîches. D'après [60].....	63
Tableau 7 : Souches homéopathiques utilisables pour lutter contre les troubles du sommeil. D'après [3-14-62]	68
Tableau 8: Consommation de Stilnox® ou de Zolpidem Biogaran® selon le sexe des patients.....	101
Tableau 9: Consommation d'Imovane® et de Zopiclone Biogaran® selon le sexe des patients.....	102
Tableau 10: Pourcentage de consommateurs représenté par chaque tranche d'âge par rapport à la population totale du groupe de Stilnox/Zolpidem et Imovane/Zopiclone.....	109

LISTE DES ABREVIATIONS

EEG : Electroencéphalogramme

EMG : Electromyogramme

EOG : Electro-oculogramme

ECG : Electrocardiogramme

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

HAS : Hautes Autorités de Santé

CPK : Créatine Phospho Kinase

BZD : Benzodiazépine

ASAT : Aspartate amino transférase

ALAT : Alanine amino transférase

GGT : Gamma glutamyl transférase

PAL : Phosphatases alcalines

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

AMPc : Adénosine monophosphate cyclique

Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ISRS : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine

EPS : Extraits fluides de plante standardisés

TM : Teinture mère

MG : Macérât glycérimé

HE : Huile essentielle

INSV : Institut National du Sommeil et de la Vigilance

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

ETP : éducation thérapeutique du patient

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIESP : Comité Interinstitutionnel d'Education pour la Santé du Patient

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

DP : Dossier Pharmaceutique

DU : Diplôme Universitaire

INTRODUCTION GENERALE

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), parue au Journal Officiel le 22 juillet 2009, valorise le métier de pharmacien d'officine en définissant des nouvelles missions pour la profession. Elle indique notamment que le pharmacien d'officine peut participer à l'éducation thérapeutique, c'est pourquoi nous avons choisi d'axer notre travail de thèse sur cette mission d'éducation, en proposant la mise en place d'une démarche éducative dans une officine, pour des patients atteints d'insomnie chronique.

Ainsi, la première partie de cette thèse est consacrée à une bibliographie scindée en trois chapitres. Un premier chapitre est consacré d'une part, à une description du sommeil, qui se révèle être un processus physiologique complexe, et d'autre part, à l'insomnie, l'un des principaux troubles du sommeil. Dans un deuxième chapitre, nous avons développé la prise en charge des patients souffrant d'insomnie. Elle comprend les diverses méthodes thérapeutiques recommandées par la Haute Autorité de Santé. En outre, de nombreuses alternatives médicamenteuses existent et nous en avons recensé la grande partie. Enfin, nous avons présenté le concept de l'éducation thérapeutique du patient, que nous comptons mettre en œuvre dans notre travail personnel sur l'insomnie.

Ce travail personnel est exposé dans la seconde partie de cette thèse. Nous nous sommes fixés comme objectif de mettre en place une démarche éducative pour les patients insomniaques, au sein d'une officine de Meurthe-et-Moselle. Préalablement, nous avons effectué un état des lieux concernant la consommation de deux hypnotiques, Stilnox® et Zolpidem Biogaran® ainsi que Imovane® et Zopiclone Biogaran®, au sein de cette officine. Cet état des lieux nous a ensuite permis de sélectionner un groupe de patients, souffrant d'insomnie chronique et traités par l'un de ces hypnotiques. C'est sur ce groupe de patients que nous avons testé notre démarche éducative.

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION

Le sommeil est défini dans le dictionnaire Garnier Delamare comme étant un « état physiologique périodique et quotidien, qui se caractérise par la suspension prévisible des fonctions de la vie et de relation ». Nous allons expliquer en détails comment se déroule une nuit de sommeil et quels sont les rôles de ce dernier. Puis, nous verrons que le trouble du sommeil le plus fréquent est l'insomnie. Nous avons alors rassemblé des données d'épidémiologie que nous présentons dans ce chapitre. Les étiologies de l'insomnie sont nombreuses et ne facilitent en rien le diagnostic de cette maladie. Dans cette mesure, des critères de diagnostic bien précis existent et nous avons pris soin de les exposer ici.

La prise en charge de l'insomnie est justement compliquée par la diversité des étiologies de cette maladie. La Haute Autorité de Santé préconise une prise en charge médicamenteuse que nous avons exposée dans ce chapitre. Néanmoins, il existe des alternatives à cette prise en charge et nous avons recensé ici la majorité d'entre-elles. La phytothérapie, l'homéopathie, l'aromathérapie, l'oligothérapie sont des solutions intéressantes pour le patient atteint d'insomnie, que le pharmacien peut aisément proposer. D'autres méthodes, comme la luminothérapie, les médecines chinoises et les techniques de relaxation, sont de plus en plus souvent utilisées pour lutter contre cette maladie.

Enfin, l'insomnie pouvant être une maladie chronique, la mise en place d'une éducation thérapeutique du patient peut s'avérer utile et nécessaire pour le patient. De ce fait, nous avons expliqué ce concept dans un dernier chapitre, en précisant les objectifs et la structuration d'un programme éducatif.

CHAPITRE 1

Le sommeil et l'insomnie

1 LE SOMMEIL

1.1 Généralités sur le sommeil

Le sommeil représente plus d'un tiers du temps de notre vie. Il joue un rôle primordial dans la croissance du corps humain, la maturation cérébrale, le développement et la préservation de nos capacités cognitives. Il est aussi indispensable pour l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales et pour le maintien de notre température interne. De plus, le sommeil permet de mettre au repos notre système cardiovasculaire. Nous allons expliquer comment s'organise une nuit de sommeil et exposer les différents rôles que remplit le sommeil. [1-2]

1.1.1 Architecture du sommeil : rythme veille-sommeil et organisation du sommeil

Le sommeil est un processus automatique. Il ne nécessite ni préparation, ni apprentissage. Le sommeil vient tout seul, il s'impose. Aujourd'hui, grâce à l'enregistrement des rythmes cérébraux par électroencéphalographie (EEG) (Cf. Annexe 1 p. 163), il a été mis en évidence que le sommeil se compose de plusieurs stades regroupés sous le nom de sommeil lent et de sommeil paradoxal. Ces stades se répètent tout au long d'une nuit de sommeil et déterminent une succession de cycles. [1-37]

Ces successions sont représentées de façon schématique à l'aide d'un hypnogramme :

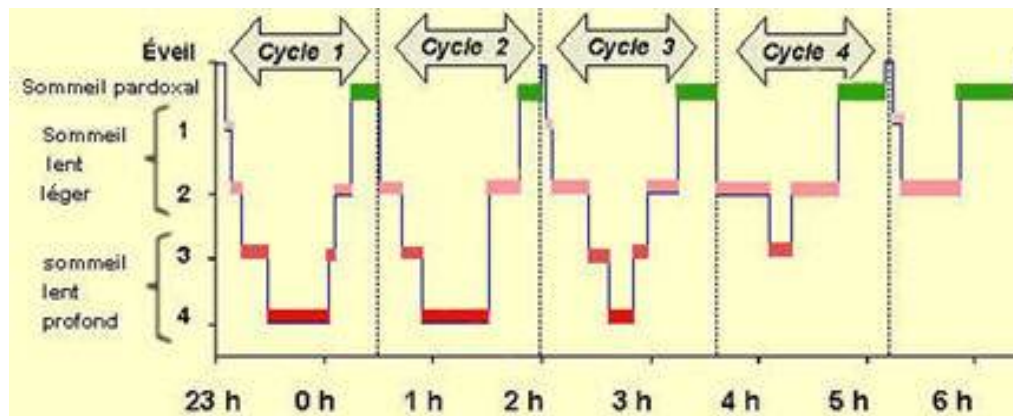


Figure 1 : hypnogramme [38]

1.1.1.1 Les différents états du sommeil

Le sommeil se caractérise par trois états successifs qui sont le sommeil lent, le sommeil paradoxal et enfin, l'éveil.

A) Le sommeil lent

A ce niveau se produit un ralentissement progressif de l'activité cérébrale, qui s'effectue en deux phases appelées sommeil lent léger et sommeil lent profond. Ces deux phases sont elles-mêmes décomposées en plusieurs stades. Il s'agit des stades 1 et 2 de sommeil dit « lent léger » et des stades 3 et 4 de sommeil à ondes lentes ou encore sommeil profond. (Cf. figure 1 p. 16) [1-2]

a) Stades 1 et 2 : Sommeil lent léger

Le sommeil lent léger représente 50 % du sommeil de la nuit. Il est reposant et en partie récupérateur. Il semblerait que son rôle soit de préparer le cerveau aux grandes phases de récupération observées lors du sommeil lent profond et du sommeil paradoxal. Le sommeil léger est celui observé lors des siestes volontaires et des somnolences involontaires au cours de la journée. Ce sommeil est en réalité une phase de transition entre l'état d'éveil et le sommeil profond, ce qui correspond au stade 1. Un discret ralentissement du fonctionnement du cerveau est observé. Pendant ce temps, un faible bruit ou une stimulation suffit pour que le

cerveau soit en phase d'éveil. Au niveau musculaire, les muscles restent un peu contractés, les yeux se ferment et quelques images oniriques se forment. C'est le moment de passage au stade suivant. Au stade 2, le sommeil léger devient plus stable et plus difficile à perturber. A ce moment précis, le cerveau est en train de changer de fonctionnement. Les muscles se détendent mais restent toniques, les paupières sont fermées avec de faibles mouvements oculaires. [1-2]

b) Stades 3 et 4 : Sommeil lent profond

Il représente 20 à 25 % du temps total du sommeil et il est surtout présent en première partie de nuit. C'est le plus récupérateur. Lors d'une privation de sommeil, c'est le stade qui sera le premier à s'imposer au moment de la récupération. En somme, il est le plus indispensable à l'organisme. Lorsqu'un sujet est en phase de sommeil lent profond, il est difficile de le réveiller. Malgré tout, si le sujet se réveille, ce dernier sera confus pendant quelques minutes. Lors d'un sommeil lent profond, les yeux ne bougent presque plus ou très lentement, les paupières sont fermées et les muscles détendus. [1-2]

B) Le sommeil paradoxal

Encore assez mal connu, ce sommeil a été nommé « paradoxal » par Michel Jouvet, chercheur, car paradoxalement, lors de ce stade, le cerveau est très actif. C'est le moment où le sujet réalise 90 % de ses rêves. Il représente 20 à 25 % d'une nuit de sommeil. Durant la période de sommeil paradoxal, la respiration et les battements du cœur s'accroissent, les muscles sont atoniques, paralysés. Notons que dans la maladie de Gélineau, qui est également nommée narcolepsie, le sujet se réveille en plein milieu de cette phase et se retrouve paralysé. Les globes oculaires sont secoués de mouvements rapides et symétriques appelés « Rapid eye Movement Sleep » ou encore « REM Sleep ». Ces mouvements rapides semblent intervenir dans la synchronisation des activités cérébrales. Un grand nombre de personnes ne sont pas capables de se souvenir de leurs rêves. Une explication logique à cela pour se rappeler un rêve, il faut une période d'éveil supérieure à une minute, correspondant au temps nécessaire au cerveau pour se réactiver. Il est en revanche plus aisé de se souvenir des cauchemars, car ces rêves angoissants ou tristes entraînent plus facilement une période d'éveil prolongée. [1-2]

C) L'éveil

Ce stade fait partie intégrante du sommeil. En effet, l'éveil précède la phase d'endormissement, qui peut durer de quelques minutes à une heure ou même plus. Des périodes d'éveil sont observées au cours de la nuit et nous verrons plus loin que leur fréquence a tendance à nettement augmenter avec l'âge. La période d'éveil correspond à une période de 10 % du sommeil total. Sur une nuit de 8 heures, cela correspond à un temps d'éveil de 45 minutes. Ces périodes d'éveil sont parfois tellement courtes que le cerveau n'a pas le temps de s'activer. Ceci explique le fait qu'il est peu probable d'en garder un quelconque souvenir. Les éveils en première partie de nuit sont plus rares car le sommeil lent profond domine lors de cette période et il est donc difficile de se réveiller à ce stade du cycle. En revanche, lors des dernières heures de sommeil, les micro-éveils (moins de 15 secondes) et les réveils (de quelques minutes) sont plus fréquents. Il a été mis en évidence que plus la période passée dans le lit est longue, plus la tendance à l'éveil lors de la nuit est importante. [1-2]

1.1.1.2 Les cycles du sommeil

Le sommeil n'est pas continu au cours de la nuit. Il se décompose en plusieurs cycles, dont le nombre varie en général de 4 à 6 par nuit. Chaque cycle dure environ 1 à 2 heures. Leur succession se répète de façon régulière d'une nuit à l'autre chez un même sujet. En outre, leur durée, ainsi que leur composition en sommeil profond et en sommeil paradoxal sont propres à chaque individu. La fin d'un cycle se ponctue d'une période brève d'éveil où le sujet peut être plus ou moins conscient avant de débiter un nouveau cycle du sommeil. (Cf. figure 1 p.16) Ainsi, l'enchaînement d'un cycle comprend d'abord une phase de sommeil lent léger, puis une phase de sommeil lent profond, ensuite une phase de sommeil paradoxal et enfin, une phase de bref éveil. [1-2]

Les cycles de sommeil sont tous d'une durée équivalente pour un individu donné. Cependant, les phases qui les composent sont, elles, d'une durée variable au cours d'une nuit de sommeil. Ainsi, les cycles de début de nuit comprennent plus de sommeil lent profond et peu de sommeil paradoxal, tandis que les cycles de fin de nuit comprennent beaucoup de sommeil paradoxal et peu de sommeil profond. La constance de la durée des cycles et de la survenue

du sommeil paradoxal aurait sans doute une origine génétique. Le professeur Damien Léger et son équipe ont eu l'occasion d'enregistrer à l'Hôtel-Dieu le sommeil de deux vraies jumelles âgées de 28 ans. L'une d'elle était ordonnée et sportive, se couchant chaque jour avant 23 heures et ayant des habitudes de vie très régulières. L'autre, se couchait souvent tard. L'enregistrement de leur sommeil a cependant montré une structure absolument identique du sommeil paradoxal et de la durée des cycles. [1]

1.1.2 Rôles du sommeil

Dormir permet une récupération à la fois physique, psychologique et intellectuelle. Sans sommeil, l'homme ne peut pas survivre. Des expériences ont été réalisées chez l'homme et ont démontré que quelques nuits blanches suffisent à provoquer une perturbation sévère du comportement et de l'équilibre physique. [1] La privation de sommeil est d'ailleurs un moyen de torture encore utilisée de nos jours et peut conduire à la mort. [2-37]

Voici les rôles du sommeil mis en évidence à ce jour [1-2] :

- Maintien de la vigilance à l'état de veille : un sommeil de bonne qualité permet d'éviter la survenue de somnolences diurnes et de troubles de l'attention. « La moitié des accidents automobiles mortels touchant les moins de 25 ans sont attribués à la somnolence au volant ». [1]
- Maintien de la température corporelle tout au long des 24 heures.
- Reconstitution des stocks énergétiques des cellules musculaires et nerveuses.
- Production d'hormones : de nombreuses hormones sont sécrétées pendant le sommeil. L'hormone de croissance est presque exclusivement sécrétée lors du sommeil lent profond. D'autres hormones sont sécrétées lors du sommeil comme les hormones sexuelles, le cortisol, les hormones thyroïdiennes.
- Régulation de la glycémie : des études réalisées aux Etats-Unis [4] ces dernières années ont montré que la réduction du temps de sommeil augmente le risque d'obésité et de diabète.
- Elimination des toxines.
- Stimulation des défenses immunitaires.
- Rôle du sommeil dans les mécanismes d'apprentissage et de mémorisation.

- Régulation de l'humeur et de l'activation du stress : Il a été démontré que la privation de sommeil favorise l'anxiété et la dépression. Le sommeil paradoxal semble jouer un rôle important dans l'équilibre psychologique et la gestion du stress. Les personnes souffrant d'une dépression sévère ont également souvent des anomalies du sommeil paradoxal. Des expériences menées par l'équipe de Raymond Cespuglio [49] ont permis de mettre en évidence qu'une surcharge de stress au cours de la journée avait tendance à faire augmenter la part du sommeil paradoxal. Des tests sur les animaux ont aussi montré que si ces derniers étaient privés de sommeil paradoxal, ils avaient une forte tendance à manifester de l'anxiété et avaient des difficultés à gérer le stress.

Cette liste n'est pas exhaustive car les études des spécialistes du sommeil mettent régulièrement en évidence de nouveaux rôles du sommeil dans d'autres fonctions de l'organisme.

1.2 Evolution du sommeil avec l'âge

1.2.1 Le sommeil du nourrisson

Un nourrisson a besoin de 18 à 20 heures de sommeil par jour. Les périodes d'éveil sont directement liées à sa faim. Avant 3 mois, le sommeil du nourrisson suit une alternance de sommeil calme qui est un équivalent du sommeil lent, et de sommeil agité qui est un équivalent du sommeil paradoxal. Le déroulement en stades n'apparaîtra qu'à partir du 3^{ème} mois de vie.

A partir de 3 mois, le bébé est capable d'avoir quelques repères temporels et de faire la différence entre les périodes de jour stimulantes et les périodes de nuit réservées au sommeil. Ce n'est qu'à partir de 6 mois que le sommeil devient essentiellement nocturne. Les siestes en journée gardent cependant toute leur importance. [1]

1.2.2 Le sommeil de l'enfant

L'enfant a au moins besoin de 10 à 12 heures de repos entre le coucher et le lever. Ce laps de temps n'est pas évident à respecter car les horaires scolaires ne sont pas toujours adaptés au rythme de l'enfant. Il est nécessaire de respecter des horaires réguliers de coucher et de lever pour que l'enfant conserve une bonne qualité de sommeil. Son temps de sommeil se caractérise par 30 à 40 % de sommeil lent profond, alors que pour un adulte la proportion n'est que de 20 à 25 %. C'est lors du sommeil lent profond que certains troubles du sommeil apparaissent : somnambulisme, énurésie, terreurs nocturnes... [1-2]

1.2.3 Le sommeil de l'adolescent

Lors de cette période, le sommeil des adolescents est également perturbé. Ces derniers ont souvent tendance à décaler leurs horaires de sommeil. Les adolescents sont en moyenne ceux qui se couchent le plus tard de leur famille, même s'ils doivent se lever très tôt. Une privation de sommeil est alors observée à cet âge, surtout en semaine, qui tente d'être compensée le week-end et pendant les vacances par des levers matinaux tardifs. [1]

Une dette trop conséquente de sommeil peut être responsable d'échec scolaire. En outre, une privation de sommeil a un impact sur l'anxiété, le stress et la dépression. Enfin, les adolescents ont tendance à effectuer des activités trop stimulantes avant le coucher telles que surfer sur Internet, regarder la télévision, jouer aux jeux vidéo ou encore avoir des conversations téléphoniques. Bref, l'adolescent qui aurait besoin de dormir plus qu'un adulte se retrouve bien souvent en privation de sommeil de manière plus ou moins importante. [1-2]

1.2.4 Le sommeil de l'adulte

Il existe des petits et des grands dormeurs ainsi que des gens qui ont tendance à se lever tôt le matin et d'autres plutôt à se coucher tard le soir. Les contraintes de vie (métier, enfants en bas âges...) ne permettent pas forcément à chacun de respecter ces caractères propres à chaque catégorie de personnes. Les rythmes sont parfois très perturbés, ce qui a un impact direct sur la qualité du sommeil. Nous verrons plus loin dans notre travail, que plus de 70 % de Français

adultes interrogés sur la qualité de leur sommeil estiment avoir eu au moins un problème de sommeil dans le mois où l'enquête en question s'est déroulée. [1-2]

1.2.5 Le sommeil des plus de 50 ans

Plus une personne prend de l'âge, plus le sommeil est marqué par une diminution du sommeil lent profond et une augmentation du nombre d'éveils. L'enquête « Quand le sommeil prend de l'âge » effectuée par l'INSV (Institut National du Sommeil et de la Vigilance) par téléphone, sur un échantillon de 1017 personnes, toutes âgées de 50 ans et plus, est parue dans la lettre d'information de l'INSV du 15 juin 2010 [39]. Cette enquête révèle que les seniors dorment en moyenne 7h13 la semaine et 7h30 le week-end. En comparaison, les résultats obtenus lors de l'enquête en 2009 de l'INSV sur « Sommeil et rythme de vie » auprès d'un échantillon de la population française de 18 à 55 ans montrent que la durée moyenne de sommeil était de 6h58 par 24 heures avec une privation moyenne de sommeil de 1h15 par 24 heures. Il apparaît donc que la privation de sommeil est moins importante chez les plus de 50 ans.

En ce qui concerne la qualité du sommeil, 75,7 % des seniors déclarent être satisfaits de leur sommeil. 1/3 des 50 à 60 ans déclarent manquer de sommeil et la proportion diminue jusqu'à 12,7 % chez les plus de 60 ans. En vieillissant, l'heure d'éveil se décale : les 50-60 ans se réveillent en général avant 7h et les plus de 60 ans, après 7h. 42 % des seniors déclarent faire la sieste. Leur fréquence hebdomadaire augmente avec l'âge (3 siestes entre 50-60 ans, 6 après 80 ans) ainsi que leur durée ce qui peut avoir un mauvais impact sur la qualité et la durée du sommeil pendant la nuit.

A partir de 80 ans, l'heure du coucher avance et le temps d'endormissement est de 25 minutes en moyenne ce qui est plus long que le temps d'endormissement moyen observé chez un adulte qui est d'environ 15 minutes. 22 % des seniors interrogés se plaignent de trouble du sommeil. 72 % des plaintes concernent l'insomnie. Les autres plaintes concernent des cauchemars et rêves intenses, un décalage horaire, un syndrome d'apnée du sommeil ou de jambes sans repos. En comparaison, dans l'enquête INVS 2009 « Sommeil et rythme de vie », 32 % des 18-55 ans se plaignaient de troubles du sommeil et la part incriminée à l'insomnie était de 84 %.

1.3 L'horloge interne

Cette horloge interne, située au niveau du noyau suprachiasmatique de l'hypothalamus, est composée de cellules dont chacune d'entre elles est capable de donner un signal de temps, indépendamment de ses voisines. L'horloge est directement influencée par la présence de lumière et d'obscurité avec une activité plus marquée lors des périodes de jour et une activité de repos lors des périodes de nuit. L'horloge gouverne le rythme sommeil-éveil, la température interne, les sécrétions d'hormones (hormone de croissance, hormones sexuelles, cortisol, mélatonine, hormones thyroïdiennes...), le rythme cardiaque, la tension artérielle, la fréquence respiratoire ainsi que les fonctions urinaire, digestive et rénale. [1-40]

1.3.1 L'horloge biologique

Deux facteurs contribuent à synchroniser fortement l'horloge biologique sur un rythme de 24 heures. Il s'agit d'une part du rythme social, comme par exemple le fait que la montre soit réglée sur 24 heures, les habitudes alimentaires ou encore le travail. Cela signifie que si l'activité est concentrée sur la journée, alors le sommeil se déclenchera naturellement le soir. Si l'activité est retardée, le sommeil le sera également. D'autre part, la lumière est un autre facteur qui contribue à la synchronisation de l'horloge biologique. Il a en effet été démontré qu'une lumière de haute intensité passe directement de la rétine à l'horloge interne grâce aux tractus rétino-hypotalamique (Cf. Annexe 2 p. 164) Cela a pour conséquence d'influencer la sécrétion d'une hormone clef du sommeil, la mélatonine. Celle-ci donne le signal du sommeil à l'organisme et est sécrétée selon un rythme circadien. Sa synthèse s'effectue à partir d'un acide aminé : le tryptophane. [1-40]

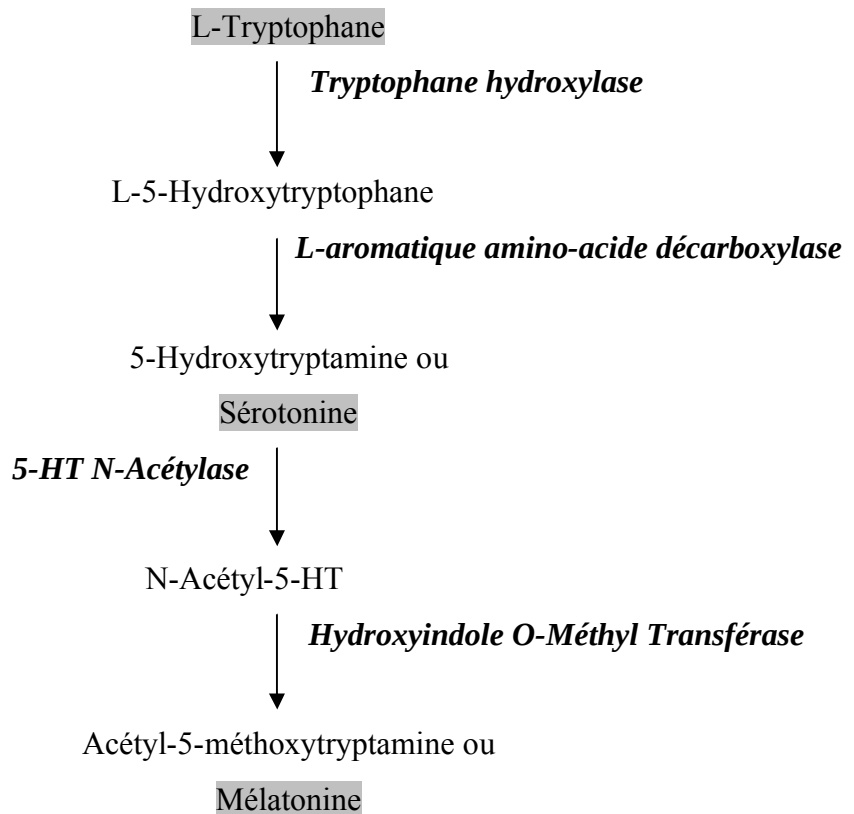


Figure 2 : Biosynthèse de la mélatonine. D'après [52]

L'absence de lumière du jour conduit à la libération de noradrénaline dans l'épiphyse ce qui engendre une augmentation de l'adénosine monophosphate cyclique (AMPC). Cela a pour conséquence la stimulation d'une enzyme importante dans la voie de biosynthèse de la mélatonine, la 5-HT N-Acétyle. En période de jour, la sécrétion de mélatonine s'arrête et l'éveil est alors plus aisé. [1-40]

1.3.2 Composante génétique de l'horloge biologique

Chez certains animaux au génome très simple comparé à celui de l'homme, chez la mouche drosophile par exemple, un gène de l'horloge, nommé « clock gene », a été identifié.

Chez l'homme, le génome étant beaucoup plus complexe, il n'a pu être affirmé de façon certaine qu'il existe un lien entre génétique et comportement du sommeil, mais certains caractères orientent fortement vers la piste génétique :

- Caractère « soir / matin » ou encore « couche-tard / lève-tôt »
- Caractère « petit dormeur / grand dormeur »

- Elasticité et capacité d'adaptation de l'horloge. Ce caractère est notamment influencé par l'âge, tout comme le génome. Un sujet jeune aura plus de facilité à s'adapter à un décalage horaire qu'un sujet âgé.

L'horloge interne semblerait donc être soumise à des variations individuelles. [1-40]

2 L'INSOMNIE

L'insomnie est caractérisée lorsqu'un sujet présente au moins un trouble du sommeil trois fois par semaine depuis au moins un mois, et que ces troubles ont directement des impacts sur la vie quotidienne comme par exemple sur la fatigue, l'humeur ou le fait de commettre des erreurs... Le degré d'insomnie sévère se définit par la présence d'au moins deux troubles du sommeil plus de trois fois par semaine avec un impact marqué sur la journée qui suit le mauvais sommeil. [1-2]

2.1 Epidémiologie

D'après le professeur Damien Léger, « il était fréquent d'entendre par les médias et les autorités de santé que les Français étaient les champions du monde des somnifères, mais aucune enquête scientifique n'était conduite pour connaître les rythmes et la qualité de sommeil des habitants de notre pays. Les troubles du sommeil n'étaient pas considérés comme une question de santé, mais plutôt comme une question de confort. » [1] Cela fait maintenant dix ans que des études sont réalisées en France ou en comparant la France à d'autres pays. Un rapport sur les troubles du sommeil a été effectué et remis au Ministère de la Santé en décembre 2006 [6]. Ces études ont montré qu'un grand nombre de Français souffrent d'insomnie et de privation de sommeil. Lors de la journée du sommeil en France qui a eu lieu le 18 mars 2011, il a été révélé qu'un français sur trois dort mal et qu'une nuit de sommeil se limitant à 3 heures diminue les réflexes autant que pour une personne ayant un taux d'alcoolémie dans le sang de 1 gramme par litre.

2.1.1 Enquêtes en France

Une enquête annuelle sur le sommeil des Français menée par l'Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé (INPES) montre que le sommeil des Français n'est pas de bonne qualité. 71 % des personnes interrogées ont déclaré ne pas dormir suffisamment. [7-39]

L'enquête réalisée par l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV), sommeil et rythme de vie, révèle notamment que [8-39] :

- La durée moyenne du sommeil en France est de 6h58. Ce chiffre montre une carence en sommeil et les personnes les plus touchées par ce phénomène sont les 35 à 55 ans.
- Il n'y a que 13 % des personnes interrogées qui ont déclaré faire une sieste en semaine. Ce chiffre atteint cependant 26 % le week-end. Il a pourtant été démontré que la sieste améliore l'efficacité physique et psychique.
- Des personnes entrant dans la vie active ont été interrogées. 72 % de ces personnes ont changé de rythme de vie, d'horaire de coucher et de lever. Il s'avère que 66 % de ces personnes doivent se lever plus tôt et 61 % affirment dormir moins longtemps.
- De jeunes parents ont également été interrogés sur leur qualité du sommeil. Pour 63 % d'entre eux, l'arrivée d'un enfant entraîne un réveil plus précoce. 67 % d'entre eux déclarent dormir moins qu'avant et enfin 53 % affirment que leur sommeil est de moins bonne qualité
- Sur l'ensemble des personnes interrogées, 32 % déclarent souffrir de troubles du sommeil. Parmi ces 32 %, les femmes ainsi que les personnes âgées de 45 à 50 ans représentent 40 % de ce pourcentage. Dans 84 % des cas, l'insomnie est le trouble du sommeil mentionné par les personnes interrogées.

2.1.2 Différence de chiffres entre les femmes et les hommes

Plusieurs études ont montré que les femmes sont plus sujettes à l'insomnie que les hommes ou du moins qu'elles avouent plus facilement souffrir de ce trouble que les hommes. Une origine hormonale et les grossesses sont évoquées pour expliquer cette différence. De plus, il y a davantage de plaintes liées aux ronflements du conjoint du côté des femmes que des hommes. [36]

2.1.3 L'insomnie en chiffres dans la population générale

Dans la population générale, ce sont les plus de 65 ans qui sont les plus nombreux à souffrir d'insomnie (environ 20 % d'insomnie et 12,5 % d'insomnie sévère). Cependant, d'autres tranches d'âges sont particulièrement touchées par l'insomnie : les insomnies sévères chez les 25-34 ans représentent une part de 8 % alors que chez les 18-24 ans, la proportion n'est que de 4 %. Dans le rapport remis au Ministère de la Santé en 2006 [6], l'insatisfaction à l'égard du sommeil est davantage marquée chez les 15-19 ans, tout comme chez les 45-54 ans et enfin chez les 55-64 ans.

2.1.3.1 Enquête du baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, 2005

L'enquête du baromètre santé 2005, de l'INPES a permis de mesurer de façon qualitative trois dimensions des troubles du sommeil chez les personnes interrogées :

- Le ressenti des personnes sur la qualité de leur sommeil.
- La survenue de troubles du sommeil durant la semaine qui a précédé l'enquête.
- Le recours à un hypnotique dans les douze derniers mois.

L'enquête a été réalisée sur l'ensemble du territoire français. [9-44]

L'enquête révèle que 18 % des Français déclarent ne pas être satisfaits de la qualité de leur sommeil. 7 % ont eu recours aux somnifères ou à des hypnotiques dans les 12 derniers mois pour faciliter leur sommeil. 6 % des femmes et 3,1 % des hommes de 25 à 34 ans déclarent avoir consommé des hypnotiques dans les 6 derniers mois. L'enquête s'étant déroulée sur l'ensemble du territoire, une influence des zones géographiques sur le sommeil a également pu être mise en évidence. Dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Basse-Normandie, le pourcentage de personnes se déclarant insatisfaites de leur sommeil est le plus important (21%). La région Rhône-Alpes affiche le pourcentage le plus faible de personnes se disant insatisfaites de leur sommeil (16 %). La région Picardie ainsi que la région Ile-de-France se distinguent comme étant les régions où le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir eu des troubles du sommeil dans les huit jours précédents l'enquête est le plus élevé. C'est en revanche en Alsace que ce pourcentage est le plus faible. La prise d'un hypnotique dans les douze derniers mois précédant l'enquête n'est pas significativement différente d'une région à une autre, à l'exception de l'Alsace où le pourcentage relevé pour ce critère est plus faible

qu'ailleurs. La région Ile-de-France se distingue par la consommation d'hypnotique la plus forte relevée en France.

2.1.3.2 Mise en évidence d'une chronicité de l'insomnie

D'après des études menées par D. Léger, et B. Poursain [10], il s'avère que 13,8 % des patients insomniaques ont reçu une prescription d'hypnotique au cours des douze derniers mois et surtout que 8,3 % de ces personnes sont toujours sous traitement. Cela montre une certaine chronicité.

2.1.3.3 Comparaison de l'insomnie entre la France et l'étranger

Des études ont été réalisées en 2005 par les équipes de D. Léger en collaboration avec plusieurs pays (Avec D. Neubauer aux Etats-Unis et M. Uchiyama à Tokyo). [11]

L'étude comprend un échantillon de 10 000 adultes choisis dans le monde dont 5000 en Europe (France, Royaume-Uni, Allemagne, Italie et Espagne), 3500 aux Etats-Unis et 1500 au Japon. Cette étude a montré que les troubles du sommeil étaient les plus fréquents aux Etats-Unis (La moitié des adultes interrogés se sont plaints de troubles du sommeil.).

De plus, cette enquête a mis en évidence que la consommation d'hypnotiques est comparable dans la plupart des grands pays industrialisés. Elle est certes moins importante aux Etats-Unis mais le coût dix fois plus élevé de ces médicaments ainsi que le prix élevé de l'accès aux soins en est probablement la cause. 20 % des insomniaques américains auraient recours à l'alcool pour dormir... [46]

Selon les statistiques de l'Assurance maladie, la consommation d'hypnotiques en France décroît légèrement depuis dix ans. [1] Cependant, le recours aux somnifères reste en tête des moyens employés pour améliorer le sommeil. « La relaxation, qui est pourtant une méthode qui a fait ses preuves dans le cadre du traitement des troubles du sommeil, n'est pas encore assez connue et utilisée. » [42]

2.2 L'insomnie, maladie du sommeil à part entière

2.2.1 Critères de diagnostic de l'insomnie

2.2.1.1 Observations de certains troubles du sommeil

Certains troubles du sommeil doivent être présents afin de diagnostiquer une insomnie :

- Troubles d'endormissement présents et d'une durée supérieure à 30 minutes.
- Présence de réveils nocturnes, survenant plus de deux fois par nuit et avec des difficultés pour se rendormir.
- Réveils trop précoces avec impossibilité de se rendormir.
- Sommeil non récupérateur.

Ces troubles doivent survenir au moins trois fois par semaine depuis au moins un mois au minimum pour diagnostiquer une insomnie. [2]

2.2.1.2 Observation de conséquences sur la vie journalière

Lorsqu'un patient souffre d'insomnie, certaines conséquences apparaissent dans sa vie journalière :

- Fatigue,
- Troubles de la concentration, de l'attention,
- Irritabilité, nervosité,
- Difficultés professionnelles,
- Difficultés à effectuer les tâches quotidiennes.

2.2.2 Classification des insomnies

En fonction de la durée des troubles observés, deux types d'insomnies sont distingués : [1-2]

2.2.2.1 L'insomnie transitoire ou occasionnelle

C'est l'insomnie la plus fréquente. Ce trouble ne dure pas plus d'un mois. Le risque est que cette insomnie passe du mode transitoire au mode chronique. Lors de cette crise, des phases de bon sommeil peuvent néanmoins être observées. 30 à 50 % de la population est concernée par ce problème. Le plus souvent, les causes évoquées sont une mauvaise hygiène de vie, un stress passager, un changement d'environnement... Ces insomnies doivent normalement disparaître naturellement sans aucun traitement.

2.2.2.2 L'insomnie chronique

Cela correspond à la définition donnée plus haut, avec des troubles qui surviennent au moins 3 fois par semaine depuis plus d'un mois.

Nous pouvons néanmoins distinguer :

- Les insomnies chroniques primaires qui évoluent sans causes apparentes.
- Les insomnies chroniques secondaires qui sont le symptôme d'une cause qu'il faudra rechercher.

2.2.3 Les aides au diagnostic de l'insomnie

Des ouvrages ainsi que des documents mis en ligne sur Internet [39] peuvent aider à donner une démarche de diagnostic d'insomnie. Sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS), un arbre décisionnel intéressant pour les cliniciens est disponible pour bien orienter leur choix de traitement en fonction de la plainte de leur patient. (Cf. Annexe 3 p. 165).

2.2.3.1 Interrogatoire et examen clinique du patient par le médecin

Pour évaluer correctement la pathologie, l'interrogatoire du patient et l'examen clinique sont primordiaux. Il faut évaluer la durée des troubles pour savoir depuis combien de temps le patient éprouve ces gênes. Il est fortement conseillé de remettre un agenda du sommeil au patient afin d'affiner le diagnostic. (Cf. Annexe 4 p.168) Cet agenda sera complété par le

patient et il devra y consigner notamment ses heures de coucher, de lever, ses périodes d'éveils, ses siestes...

A) Utilisation de questionnaires pour évaluer l'insomnie du patient

Différents questionnaires sont également intéressants pour le diagnostic. (Cf. Annexe 5 p.169)
Le but de ces questionnaires étant de mieux apprécier l'origine et l'importance des troubles du sommeil.

- **Le questionnaire du sommeil de l'Hôtel-Dieu** est rempli en environ 15 minutes et permet d'identifier les différentes pathologies du sommeil : insomnie, hypersomnie, narcolepsie, apnée du sommeil ou encore syndrome des jambes sans repos.
- Dans le cas de **l'échelle d'Epworth**, celle-ci mesure une éventuelle somnolence la journée.
- Le **questionnaire de Spiegel** permet, lui, de juger de la qualité du sommeil.
- Le **questionnaire de Vis-Morgen** consiste en une étude qualitative qui renseigne sur la qualité de la nuit du patient.
- **L'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)** est un index sur la qualité du sommeil.
- Enfin, **le test de Ford** permet de mesurer le lien entre le stress et l'insomnie qui en découle.

B) Utilisation de tests pour évaluer l'insomnie du patient

- **Le test de latence à l'endormissement** : permet de mesurer la tendance à s'endormir au cours de la journée en condition de laboratoire de sommeil (allongé sur un lit, au calme, dans l'obscurité, à horaires fixes) et de rechercher la présence d'endormissements anormaux en sommeil paradoxal. Ce test est basé sur le fait que plus un sujet est somnolent, plus il s'endort rapidement.
- **Le test de maintien d'éveil** : ce test consiste en un enregistrement polysomnographique (Cf. paragraphe sur les outils plus complexes réservés aux spécialistes) mais qui s'effectue en journée. Grâce à ce test, il est possible de mesurer l'efficacité d'un traitement contre la somnolence.

2.2.3.2 Outils utilisés par les spécialistes du sommeil

Des outils plus complexes et réservés aux spécialistes sont également utilisés. [1-2-39-40]

A) L'actimétrie

L'actimétrie (ou actigraphie) est un moyen très simple et très précis pour apprécier les rythmes d'éveil et de sommeil sur une longue période (plusieurs jours consécutifs). Cela permet notamment de mieux comprendre l'horloge biologique du patient. L'outil utilisé à cette fin, nommé actimètre, se présente sous la forme d'une petite montre noire que le patient devra porter au poignet pendant 2 à 3 semaines, de jour comme de nuit. C'est en réalité un bracelet enregistreur de mouvements grâce à une puce électronique. L'analyse de l'actimètre par les techniciens fournit des résultats très intéressants puisque ce dispositif permet d'enregistrer les horaires de lever et de coucher, le décalage entre semaine et week-end, le temps d'endormissement, le temps de sommeil total par 24 heures, le temps de sieste, la nature de l'horloge biologique (sujet « du soir » ou « du matin »). Cela permettra au clinicien de clarifier la sévérité de l'insomnie en complément de l'agenda du sommeil.

B) La polysomnographie

La polysomnographie consiste en un enregistrement complet du sommeil. Cet examen permet de capter les rythmes électriques qui proviennent du corps afin d'en déduire les stades de sommeil.

Pour ce faire, les techniciens du sommeil posent des électrodes sur le cuir chevelu du patient et sur le visage. Celles-ci sont ensuite reliées à un enregistreur qui recueille sur un ordinateur les enregistrements suivants :

- EEG : rythme électrique au niveau du cerveau
- EMG (électromyogramme) : mesure le tonus musculaire, en particulier des muscles du menton et parfois des jambes
- EOG (électro-oculogramme) : permet de recueillir les mouvements des yeux (important pour détecter le sommeil paradoxal).

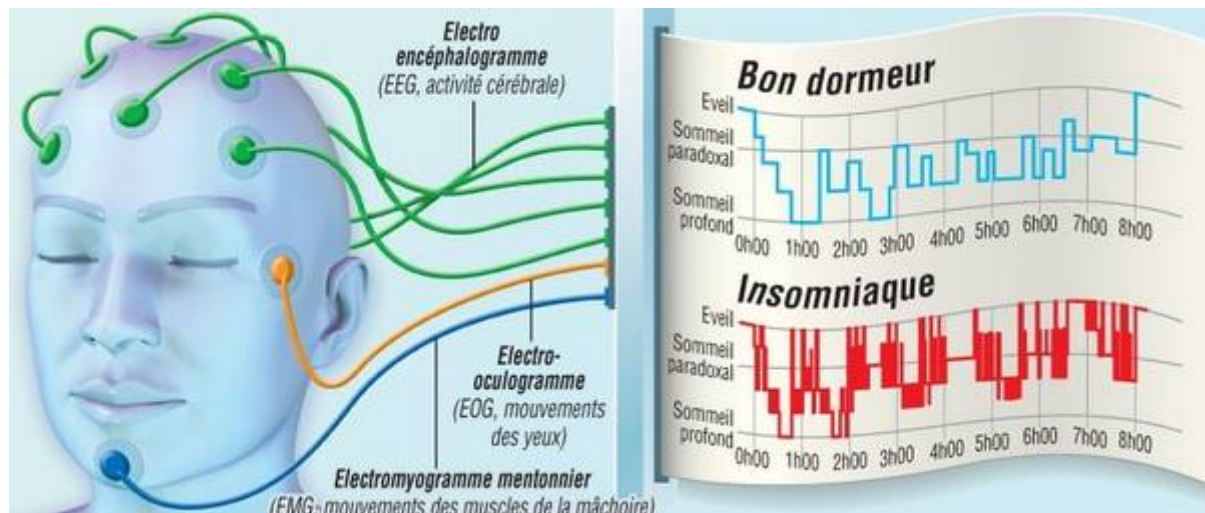


Figure 3 : Polysomnographie [39]

D'autres variables sont souvent mesurées :

- La respiration : grâce à un capteur naso-buccal et à des capteurs sur le thorax
- Le rythme cardiaque ou ECG
- La température du corps
- La saturation sanguine en oxygène au cours de la nuit qui est mesurée grâce à un capteur au niveau du doigt appelé oxymètre.

2.3 Différentes origines de l'insomnie

2.3.1 Les insomnies chroniques sans maladie associée

Ces insomnies sont de trois types. Il s'agit de l'insomnie psychophysiologique, de l'insomnie paradoxale et de l'insomnie constitutionnelle. [2]

2.3.1.1 L'insomnie psychophysiologique

D'après M. Dib [2], cette insomnie est la forme la plus fréquente. Cette forme d'insomnie débute en général vers 20-30 ans et concerne principalement les difficultés d'endormissement avec impossibilité d'effectuer une sieste dans la journée. Aucune pathologie psychiatrique n'est associée. Il s'agit en réalité d'insomnie « conditionnée » ou encore « apprise » et entretenue par un comportement ou un état physiologique inadapté. Elle est souvent liée au

stress ou à un épisode traumatisant qu'il soit d'ordre professionnel ou personnel, à une opération chirurgicale, à la naissance d'un enfant, à un travail de nuit, une accumulation de responsabilités...

Les sujets atteints de ce trouble vivent dans un premier temps des nuits perturbées. Par la suite, un stress de la nuit blanche apparaît et habitue l'organisme à se réveiller. Ce stress se manifeste par une peur de ne pas dormir qui finalement empêche l'individu de dormir. Dès le coucher, les systèmes d'éveil s'activent et la personne ne peut pas s'endormir. Le rituel du coucher qui associe l'endormissement perd alors son sens car le dormeur est paradoxalement conditionné à ne pas dormir. C'est en général dans ce cas que l'efficacité du sommeil est la plus mauvaise et que le patient passe le plus de temps au lit sans dormir. Le sommeil devient une source de tension et rend la sieste quasiment impossible. En conséquence, les sujets auront de plus en plus de difficultés à gérer leurs émotions et le stress.

2.3.1.2 L'insomnie paradoxale

Comme son nom l'indique, cette insomnie n'a pas de sens puisque l'étude du sommeil en laboratoire dans ce cas ne révèle aucune anomalie par rapport aux sujets sans trouble du sommeil. Le patient a en réalité une mauvaise perception de son sommeil. Il se plaint d'une mauvaise qualité de son sommeil et de troubles de la veille alors que les examens sont normaux.

2.3.1.3 L'insomnie constitutionnelle

Ce type d'insomnie a tendance à débiter durant l'enfance et reste stable et permanente. Le sommeil est de mauvaise qualité. Dans de nombreux cas, des antécédents familiaux ont été constatés ce qui pourrait faire penser à une origine plutôt biologique par rapport à l'insomnie psychophysiologique.

2.3.2 L'insomnie chronique psychologique

Cette insomnie a pour origine une anxiété, une hyperactivité, une dépression ou encore un stress. Dans 75 % des cas, les sujets dépressifs disent manquer de sommeil. En outre, on rencontre souvent une insomnie d'endormissement chez les patients névrotiques ou anxieux.

2.3.2.1 Insomnie chronique psychologique chez le sujet anxieux, phobique ou hystérique

Les anxieux vont plutôt redouter le moment de se coucher par peur de la répétition du phénomène d'insomnie. Cela tourne à l'obsession et empêche le sujet de s'assoupir. Les personnes qui souffrent de phobies ont souvent une crainte liée à la mort à laquelle ils ont tendance à assimiler le sommeil, ce qui perturbe leur processus d'endormissement et qui conduit ainsi à des insomnies. Pour les hystériques, le problème est que la limite entre le sommeil et l'éveil n'est pas clairement définie. Ces personnes éprouvent des difficultés à distinguer le rêve de la réalité ce qui engendre une crainte liée à la nuit et au sommeil, de peur de confondre un rêve avec un fait qui est en train de se dérouler.

2.3.2.2 Insomnie chronique psychologique chez le sujet dépressif

Une personne dépressive voit l'activité des neurones sérotoninergiques et noradrénergiques décroître. Les neurones à activité cholinergique sont, quant à eux, nettement plus actifs. Les hypnogrammes révèlent que la phase de sommeil paradoxal survient nettement plus rapidement que chez une personne non dépressive et la cause de cette survenue trop rapide est liée à l'hyperactivité des neurones cholinergiques. Cela se produit au détriment du sommeil lent profond, qui est comme nous l'avons déjà précisé, le sommeil le plus récupérateur. Une autre conséquence à ce déséquilibre de l'activité neuronale est que le sommeil est entrecoupé de nombreux réveils nocturnes ou précoces avec de grandes difficultés à se rendormir.

2.3.3 Lien entre insomnie et mauvaise hygiène de vie

La consommation de psychostimulants est très présente tels que la caféine, la nicotine, le cannabis, la cocaïne, l'alcool,... et les médicaments tels que les bêta-bloquants, certains antidépresseurs, la cortisone, la dopamine, les amphétamines est néfaste pour le sommeil. De même, les activités psychostimulantes comme les jeux vidéo, l'ordinateur, la télévision, le téléphone portable par exemple, sont à éviter avant le coucher.

2.3.4 L'insomnie chez la femme

La femme connaît un certain nombre de modifications de l'état physiologique au cours de sa vie. Une grossesse, une naissance, les menstruations ou la ménopause peuvent avoir une conséquence directe sur la qualité du sommeil et induire des insomnies. Lors des règles menstruelles, en pré-ménopause et ménopause, les productions d'hormones sexuelles sont modifiées. Il existe un lien étroit entre œstrogènes et sommeil. Les femmes se plaignent souvent de troubles du sommeil lors de ces bouleversements hormonaux.

2.3.5 Relation entre l'âge et le sommeil

Comme le reste de l'organisme, le sommeil n'est pas épargné par le vieillissement. Les personnes âgées ont des réveils plus fréquents, pouvant entraver la qualité de leur sommeil et procurer une sensation de fatigue. En effet, à partir de 60 ans, le sommeil est nettement plus fractionné et le temps d'éveil pendant la nuit augmente. Même si les personnes âgées ont tendance à compenser le manque de sommeil pendant la nuit par des siestes le jour, la gestion de cette redistribution du sommeil est plus complexe dès lors que les sujets sont alités. L'une des causes probables serait une perte d'adaptabilité de l'horloge interne par rapport à un sujet jeune, qui s'adaptera par exemple bien mieux à des décalages horaires qu'une personne du troisième âge. En outre, chez cette catégorie de personnes, l'anxiété liée à la mort est souvent marquée et peut également perturber le sommeil.

2.3.6 La lumière, un synchroniseur de cycles du sommeil

Les périodes de jour et de nuit permettent à l'horloge interne de synchroniser les cycles du sommeil. Ainsi, un sujet qui n'est pas exposé suffisamment à la lumière diurne a une probabilité plus importante de voir ses cycles de sommeil perturbés. [40]

2.3.7 Insomnies causées par des maladies organiques

2.3.7.1 Maladies intercurrentes

L'insomnie peut être associée à des maladies qui causent des douleurs empêchant ainsi le sommeil ou qui réveillent le sujet la nuit. Parmi ces pathologies se trouvent l'hyperthyroïdie, les reflux gastro-œsophagiens, les maladies respiratoires, l'insuffisance rénale, les troubles prostatiques, les maladies cardiaques, les maladies neurologiques, les cancers, les diabètes mal équilibrés, et diverses infections.

2.3.7.2 Troubles organiques

Ces pathologies surviennent pendant la nuit et sont souvent mal connues. Il est cependant primordial de les dépister afin de les prendre en charge et d'améliorer ainsi les troubles du sommeil qu'elles engendrent :

- Le syndrome des jambes sans repos : ce problème oblige les personnes à se lever plusieurs fois dans la nuit et à bouger pour soulager les fourmillements et picotements qui les agacent.
- Le syndrome d'apnée du sommeil : ce syndrome se traduit par l'arrêt de la respiration plusieurs fois par nuit et touche 5 % de la population. L'interruption de la respiration se prolonge pendant une dizaine de secondes et se produit au moins cinq fois par heure de sommeil. Lors du relâchement musculaire pendant les phases dites de sommeil profond, le voile du palais, la luette, la langue et les amygdales bloquent le passage de l'air. Cet étouffement provoque le réveil du dormeur.

L'insomnie est un état de santé qui nécessite une prise en charge et un traitement particulier du patient. Nous allons, dans un deuxième chapitre, exposer les traitements de l'insomnie et leurs alternatives.

CHAPITRE 2

Traitements de l'insomnie et alternatives

1 TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DE L'INSOMNIE

1.1 Les traitements symptomatiques de l'insomnie

Plusieurs classes médicamenteuses peuvent être utilisées pour le traitement de l'insomnie. Un traitement par médicament hypnotique sera initié par un médecin et adapté par ce dernier en fonction de la cause, de l'intensité des symptômes et des maladies ou troubles associés. Pour chaque patient, la plus faible dose efficace, individuelle, devra être recherchée et prescrite pour une période clairement limitée allant de quelques jours à quatre semaines maximum et incluant la diminution progressive de la dose nécessaire pour la période de sevrage des hypnotiques. D'autres médicaments que les hypnotiques peuvent être envisagés en fonction de la cause de l'insomnie. Les neuroleptiques sédatifs peuvent notamment être utilisés. Les barbituriques ne sont plus utilisés pour traiter l'insomnie alors qu'ils étaient les premiers médicaments prescrits dans ce domaine. En effet, ils engendrent une dépendance psychique et physique avec syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement. Ils sont cependant toujours prescrits pour traiter l'épilepsie, en réanimation et en anesthésie générale. [2]

Nous n'aborderons ici que les médicaments cités dans « la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale » par la HAS dans le cadre des recommandations pour la pratique clinique (RPC). [48]

1.1.1 Les benzodiazépines

1.1.1.1 Pharmacologie des benzodiazépines

Les benzodiazépines (BZD) ont plusieurs propriétés communes. Il s'agit de propriétés sédatives, anxiolytiques, anticonvulsivantes, myorelaxantes et amnésiantes. [12-52 -51]

Ces activités s'expriment de façon plus ou moins dominante en fonction de la structure chimique de la molécule utilisée. Ceci permet de distinguer :

- Les BZD à fonction dominante hypnotique qui sont à prendre le soir au coucher pour favoriser le sommeil.

- Les BZD à fonction dominante anxiolytique qui peuvent être utilisées au cours de la journée et au cours de la nuit pour lutter contre l'anxiété.

La figure présentée ci-dessous représente un récepteur de BZD. C'est sur des sites cérébraux spécifiques comprenant des récepteurs GABA de type A que se fixent les BZD.

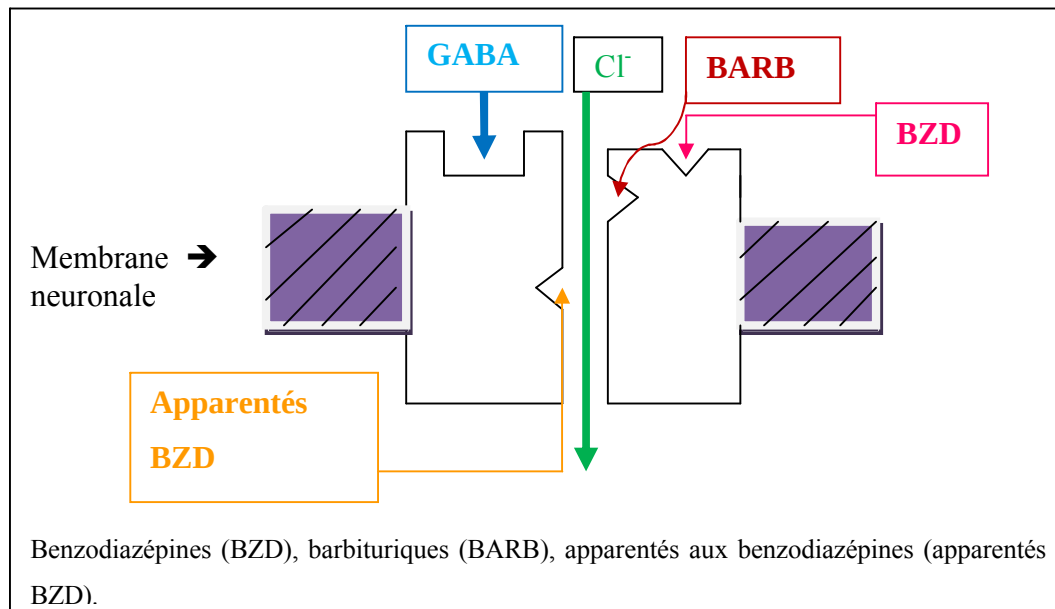


Figure 4 : Récepteur des BZD, du GABA, des barbituriques et des apparentés aux BZD.
D'après figure [52]

Ce récepteur comprend un canal transmembranaire perméable aux ions chlore (Cl^-) dont l'ouverture est contrôlée par le neuromédiateur GABA (acide gamma amino butyrique). Ce neuromédiateur diminue l'excitabilité du système nerveux central. Les BZD, ainsi que les barbituriques et les apparentés au BZD peuvent moduler l'ouverture de ce canal et provoquer ainsi la facilitation de la transmission du GABA. Cela se traduit par les propriétés communes des BZD déjà évoquées précédemment.

A) Benzodiazépines hypnotiques

Deux catégories de benzodiazépines hypnotiques peuvent être distinguées :

- Les benzodiazépines d'action prolongée telles que le nitrazépam, l'estazolam et le flunitrazépam.

- Les benzodiazépines d'action intermédiaire telles que le loprazolam, lormétazépam, le témazépam ou le triazolam.

a) Propriétés et indications thérapeutiques

L'effet hypnotique des benzodiazépines permet de réduire les réveils. Cependant, la qualité du sommeil physiologique est perturbée du fait d'une réduction du sommeil lent profond (phase IV) et du sommeil paradoxal. Les benzodiazépines hypnotiques sont indiquées dans les insomnies occasionnelles et transitoires sauf pour le nitrazépam qui agit en plus sur les insomnies chroniques.

b) Présentation des différentes BZD hypnotiques

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des BZD hypnotiques recommandées par l'HAS dans le traitement de l'insomnie par la HAS.

Légende : A = adulte ; PA = personne âgée ; T max = temps mis pour atteindre la concentration maximale ; $\frac{1}{2}$ vie = $\frac{1}{2}$ vie d'élimination

DCI	Nom commercial	Dose thérapeutique usuelle journalière		Délai d'action		Durées de prescription autorisées
		A	PA	T max	$\frac{1}{2}$ vie	
Estazolam	Nuctalon®	1-2 mg	0,5-1 mg	15-30'	8-24 h	4 semaines
Lormétazépam	Noctamide®	1-2 mg	0,5-1 mg	3 h	10 h	4 semaines
Loprazolam	Havlane®	1 mg	0,5 mg	1 h	8 h	4 semaines
Nitrazépam	Mogadon®	5 mg	2,5 mg	2-3 h	16-48 h	4 semaines
Témazépam	Normison®	15-30 mg	7,5-15 mg	45' – 4h	5-8 h	4 semaines
Triazolam	Halcion®	0,125-0,25 mg	0,125 mg	15-30'	1,5-5 h	2 semaines
Flunitrazépam	Rohypnol®	0,5-1 mg	0,5 mg	3 h	16-35 h	2 fois 1 semaine

Tableau 1: BZD hypnotiques (BZD : benzodiazépine) : doses, T max et $\frac{1}{2}$ vie, délai d'action et durées de prescription autorisées. D'après [48]

c) Risques liés à la consommation de ces BZD hypnotiques

- Une dépendance psychique est décrite et se manifeste par un état de satisfaction produit par la prise de la substance avec une pulsion psychique exigeant une administration périodique ou continue pour provoquer le plaisir ou éviter le malaise ou le déplaisir.
- Une dépendance physique a été décrite. Lors de la suspension de l'administration de la substance, des symptômes de sevrage peuvent apparaître.
- La consommation de ces BZD peut également conduire à un phénomène de tolérance pharmacologique. L'effet sédatif ou hypnotique des benzodiazépines et apparentés peut diminuer progressivement malgré l'utilisation de la même dose en cas d'administration durant plusieurs semaines.
- Une amnésie antérograde ainsi que des altérations des fonctions psychomotrices sont susceptibles d'apparaître dans les heures qui suivent la prise. Dans ce but, il faut bien

insister sur l'importance pour le patient de prendre son traitement au moment du coucher.

- Des troubles du comportement peuvent survenir lors de la consommation de BZD hypnotiques. Une altération de l'état de conscience et de la mémoire peut être observée.
- Chez les personnes souffrant d'insuffisance hépatique ou rénale, les substances peuvent s'accumuler dans le corps par défaut de métabolisation et d'élimination. Il est impératif d'effectuer des adaptations de posologie pour ces patients.
- Du fait de la propriété sédatrice de ces molécules, la vigilance est fortement diminuée et le risque de chute est accru en cas de lever nocturne. Les personnes âgées sont particulièrement touchées et les dommages causés par une chute sont majorés du fait de leur âge.
- Un risque de somnolence diurne et une diminution de la vigilance sont également à prendre en compte lors de la consommation de BZD hypnotiques. [12-13]

d) Contre-indications des BZD hypnotiques

- L'hypersensibilité aux composants du médicament contre-indique leur utilisation.
- Les BZD sont des dépresseurs du système respiratoire et elles ne doivent pas être utilisées en cas d'insuffisance respiratoire sévère et d'apnée du sommeil.
- Les BZD sont métabolisées par le foie et seront donc contre-indiquées en cas d'insuffisance hépatique sévère aiguë ou chronique.
- La présence de myasthénie contre-indique l'utilisation des BZD. [12]

e) Les BZD hypnotiques en cas de grossesse et d'allaitement

Mis à part pour le flunitrazépam dont les données sont encore insuffisantes, les dernières études effectuées n'ont pas mis en évidence de malformation fœtale lors de la consommation d'hypnotique durant la grossesse. L'emploi de BZD au cours du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse expose parfois le fœtus à des ralentissements des mouvements actifs et du rythme cardiaque. Il est donc déconseillé d'utiliser le flunitrazépam lors de la grossesse quel qu'en soit le stade. Les autres molécules sont à consommer avec la plus grande précaution au cours des 2 derniers trimestres et le risque de dépendance du nourrisson à ces molécules à la

naissance est à prendre plus particulièrement en compte. L'utilisation de ces médicaments pendant l'allaitement est également déconseillée. [12]

B) Benzodiazépines anxiolytiques

a) Propriétés et indications thérapeutiques

Ces BZD sont recommandées pour des patients anxieux et des patients ayant des difficultés d'endormissement. L'intérêt d'une prise de BZD anxiolytique en cours de journée est de permettre au patient anxieux d'être plus détendu au cours de la journée pour lui assurer un meilleur sommeil le soir. Une administration au coucher peut être envisagée car ces molécules possèdent également un effet hypnotique modéré. [12-13-50]

b) Présentation des différentes BZD anxiolytiques

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des BZD anxiolytiques recommandées par l'HAS dans le traitement de l'insomnie par la HAS.

$\frac{1}{2}$ vie = $\frac{1}{2}$ vie d'élimination ; T max = temps mis pour atteindre la concentration maximale

DCI	Nom commercial	Dose thérapeutique usuelle journalière	Délai d'action		Durées de prescription autorisées
			T max	$\frac{1}{2}$ vie	
Alprazolam	Xanax® , Alprazolam®	0,25 - 4 mg	0,5-2 h	10-20 h	12 semaines
Bromazépam	Lexomil® , Bromazépam® , Quiétiline®	3-12 mg	0,5-4 h	20 h	12 semaines
Clotiazépam	Vératran®	5-30 mg	1 h	4 h	12 semaines
Clobazam	Urbanyl®	5-40 mg	2 h	20 h	12 semaines
Diazépam	Valium®	5-20 mg	0,5-1,5 h	32-47 h	12 semaines
Loflazépate d'éthyle	Victan®	1-3 mg	1,5 h	77 h	12 semaines
Lorazépam	Témesta® , Lorazépam® , Equitam®	1-7,5 mg	0,5-4 h	10-20 h	12 semaines
Nordazépam	Nordaz®	7,5-15 mg	1,5 h	30-150 h	12 semaines
Oxazépam	Séresta®	10-50 mg	2 h	8 h	12 semaines
Prazépam	Lysanxia®	5-40 mg	4-6 h	30-150 h	12 semaines

Tableau 2 : BZD anxiolytiques : pharmacocinétique et durées de prescriptions autorisées.
D'après [48]

c) Contre-indications des BZD anxiolytiques

Les risques et les contre-indications liés à l'emploi des BZD anxiolytiques sont identiques à ceux évoqués pour les BZD hypnotiques.

d) Les BZD anxiolytiques en cas de grossesse et d'allaitement

Lors de la grossesse et de l'allaitement, les recommandations sont identiques à celles évoquées pour les BZD hypnotiques.

1.1.2 Les médicaments apparentés aux benzodiazépines

1.1.2.1 Pharmacologie

Les molécules appartenant à cette classe ont une action agoniste sélective sur le récepteur GABA de type A. Le site de liaison de ces apparentés aux benzodiazépines est différent des benzodiazépines, comme indiqué sur la figure 4 p. 41. Leur fixation au récepteur facilite la transmission du GABA, ce qui tendra à diminuer l'excitabilité du système nerveux central d'où les effets sédatifs, anxiolytiques, myorelaxant et anticonvulsivant des benzodiazépines. [13-52]

A) Les imidazopyridines

Le seul représentant de cette classe commercialisé en France est le zolpidem dosé à 10 mg. Il a été commercialisé pour la première fois sous le nom de Stilnox®. Des génériques sont aujourd'hui également commercialisés.

a) Indications thérapeutiques des imidazopyridines

Les imidazopyridines sont indiqués dans le traitement de l'insomnie occasionnelle et l'insomnie transitoire.

b) Posologie, dose maximale, pharmacinétique, durée de prescription du zolpidem

La posologie usuelle est de un demi à un comprimé au coucher, par voie orale. La dose maximale est atteinte pour une prise de un comprimé de 10 mg. Ce médicament a une action hypnotique rapide, de courte durée avec une demi-vie de l'ordre 2,4 heures. Il facilite donc l'endormissement. La concentration plasmatique maximale est atteinte au bout de 30 minutes à 3 heures. La durée de prescription est limitée à 4 semaines incluant la période de sevrage. Le traitement doit être le plus bref possible.

c) Contre-indications des imidazopyridines

Les imidazopyridines présentent les mêmes risques et contre-indications que les BZD évoqués précédemment.

d) Les imidazopyridines en cas de grossesse et d'allaitement

Lors de la grossesse et de l'allaitement, les recommandations sont identiques à celles évoquées pour les BZD hypnotiques.

B) Les cyclopyrrolones

Le seul représentant de cette classe commercialisé en France est la zopiclone ou Imovane® ainsi que ses génériques.

a) Indications thérapeutiques des cyclopyrrolones

Les cyclopyrrolones sont indiqués dans le traitement de l'insomnie occasionnelle et de l'insomnie transitoire.

b) Posologie, dose maximale, pharmacinétique, durée de prescription de la zopiclone

La posologie usuelle est de un demi à un comprimé au coucher par voie orale. La dose maximale est atteinte pour une prise de un comprimé de 7,5 mg. Ce médicament provoque un endormissement rapide tout comme le zolpidem, mais il aura une action nettement plus prolongée que ce dernier et évitera notamment les réveils nocturnes précoces. Sa demi-vie est de l'ordre de 5 heures. La concentration plasmatique maximale est atteinte au bout de 1 heure trente à 2 heures.

c) Risques et contre-indications liés à l'usage des cyclopyrrolones

Les imidazopyridines présentent les mêmes risques et contre-indications que les BZD évoqués précédemment.

d) Les cyclopyrrolones en cas de grossesse d'allaitement

Lors de la grossesse et de l'allaitement, les recommandations sont identiques à celles évoquées pour les BZD hypnotiques.

1.1.3 Les hypnotiques antihistaminiques : phénothiazines et phénothiazines associées

1.1.3.1 Pharmacologie

Les phénothiazines font partie des neuroleptiques typiques et agissent en bloquant les récepteurs centraux de la dopamine.

Les phénothiazines sont des neuroleptiques qui ont des propriétés dominantes antinoradrénergiques et antihistaminiques. [13-51-52]

1.1.3.2 Présentation des différents antihistaminiques hypnotiques

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des antihistaminiques hypnotiques recommandés par l'HAS dans le traitement de l'insomnie.

$\frac{1}{2}$ vie = $\frac{1}{2}$ vie d'élimination ; T max = temps mis pour atteindre la concentration maximale

DCI	Nom commercial	Dose thérapeutique usuelle journalière	Délai d'action		Durées de traitement et ou de prescription autorisées
		Adulte	T max	$\frac{1}{2}$ VIE	
Niaprazine	Nopron®	Utilisée pour les troubles du sommeil chez l'enfant uniquement et dosée en fonction de l'âge et du poids.	1 h	96 h	5 jours de traitement
Doxylamine	Donormyl®	7,5 à 15 mg	1 h	10 h	2 à 5 jours de traitement
Alimémazine	Théralène®	5 à 20 mg	/	/	4 semaines de prescription
Acépromazine + clorazépate	Noctran®	1 comprimé	1 h	30 h à 150 h	4 semaines de prescription
Acépromazine + méprobamate	Mépronizine®	1 comprimé	1 à 3 h	6 à 16 h	4 semaines de prescription

Tableau 3 : Pharmacocinétique des hypnotiques antihistaminiques et durées de prescription autorisées. D'après[48]

NB : Le 27 octobre 2011, le Noctran® a été supprimé du marché. Le 10 janvier 2012, la Mépronizine® a également été supprimée du marché

Dans ce tableau, seul le Donormyl® est non listé et peut être délivré sans ordonnance.

1.1.3.3 Risques liés à l'usage des antihistaminiques hypnotiques

- Une dépendance psychique, physique et une tolérance pharmacologique peuvent être observées en cas d'usage des antihistaminiques hypnotiques.
- Un syndrome malin des neuroleptiques peut également apparaître lors de l'usage de cette classe de médicament. Le tableau clinique de ce syndrome comprend une hyperthermie, une rigidité musculaire, une augmentation des créatine-phosphokinases, un trouble de la conscience avec mutisme ou stupeur, une pâleur, une hypersudation, une sialorrhée, une tachycardie, une hypertension artérielle modérée, une tachypnée, une incontinence et des hallucinations.
- Un risque d'accumulation est possible et une adaptation posologique pourra être nécessaire chez les insuffisants hépatiques et rénaux car les antihistaminiques hypnotiques sont métabolisés par le foie et une partie est éliminée par les reins. Cette adaptation est nécessaire pour éviter une hypersédation et des hypotensions. Il en va de même chez les personnes âgées.
- Un syndrome atropinique (rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche...) peut apparaître lors de l'utilisation de cette classe de médicaments.
- Il existe également un risque de somnolence diurne ainsi qu'une diminution de la vigilance et un risque de chutes. [12]

1.1.3.4 Les antihistaminiques hypnotiques en cas de grossesse et d'allaitement

La doxylamine peut être utilisée à n'importe quel moment de la grossesse. Son utilisation est également envisageable au cours de l'allaitement mais il convient de tenir compte des propriétés atropiniques (diminution des sécrétions notamment) et sédatives de cette molécule dans la surveillance du nouveau-né. Cependant, son implication dans la mort subite du nourrisson a été largement décrite.

Pour les autres médicaments antihistaminiques hypnotiques, en l'absence d'études chez l'animal ou chez l'homme, la prescription de ces médicaments est déconseillée en cas de grossesse ou d'allaitement.

1.2 Les traitements de fond de l'insomnie

Pour améliorer la qualité du sommeil des personnes souffrant d'insomnie, il semble nécessaire de jouer sur une amélioration de la production de sérotonine. En effet, ce neuromédiateur diminue au cours de la nuit chez les insomniaques et une réactivation médicamenteuse de ce dernier permet d'augmenter la quantité et la qualité du sommeil. Il s'agit ici d'un traitement de fond puisque non symptomatique réalisé par le biais des antidépresseurs tricycliques et des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. [2-13]

1.2.1 Les antidépresseurs tricycliques

1.2.1.1 Pharmacologie

Ce type d'antidépresseur empêche la recapture de la sérotonine, de la noradrénaline et de la dopamine. Dans un premier temps, une augmentation de ces trois neurotransmetteurs au niveau de la fente synaptique va conduire à une activation des autorécepteurs. Cela a pour conséquence une diminution des neurotransmetteurs au niveau de la fente synaptique et c'est pour cette raison qu'en début de traitement, le patient se sent souvent moins bien qu'avant la prise du médicament et qu'il y a un risque de passage à l'acte suicidaire. Il est nécessaire d'avertir le patient de cet effet. Au long cours, les autorécepteurs vont être désensibilisés et il y aura à ce moment précis une augmentation de sérotonine au niveau de la fente synaptique ce qui va finalement conduire à l'effet antidépresseur. [13-52]

1.2.1.2 Antidépresseurs tricycliques

Le tableau ci-dessous recense les antidépresseurs tricycliques utilisables pour le traitement de fond de l'insomnie.

DCI		Nom commercial
Molécules sédatives ou anxiolytiques	- Amitriptyline	- Laroxyl®
	- Trimipramine	- Surmontil®
	- Maprotiline	- Ludiomil®
	- Amoxapine	- Défanyl®
Molécules intermédiaires ou psychotoniques	- Clomipramine	- Anafranil®
	- Imipramine	- Tofranil®

Tableau 4: antidépresseurs tricycliques utilisables dans le traitement de fond de l'insomnie.
D'après [13]

Les molécules sédatives ou anxiolytiques utilisées le soir sont très efficaces pour lutter contre l'insomnie. Elles permettent d'améliorer la qualité du sommeil profond et d'augmenter la quantité. Avec l'utilisation de ces molécules, une action reposante et récupératrice est obtenue et le sommeil redevient normal. Les molécules intermédiaires ou psychotoniques doivent, quant à elles, être utilisées avant 17h et elles sont très efficaces pour lutter contre l'asthénie liée à de mauvaises nuits de sommeil.

1.2.2 Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

1.2.2.1 Pharmacologie

Ces antidépresseurs bloquent uniquement la recapture de la sérotonine au niveau de la fente synaptique mais pour le reste, le principe pharmacologique est le même que celui des antidépresseurs tricycliques (Cf. paragraphe 1.2.1.1 p. 52). [13-52]

1.2.2.2 Les différents ISRS utilisés dans le traitement de fond de l'insomnie

Le tableau ci-dessous recense les ISRS utilisables dans le traitement de fond de l'insomnie.

DCI	Nom commercial
Citalopram	Seropram®
Escitalopram	Seroplex®
Fluoxétine	Prozac®, Fluoxétine®
Fluvoxamine	Floxyfral®
Paroxétine	Deroxat®, Divarius®, Paroxétine®
Sertraline	Zoloft®, Sertraline®

Tableau 5: antidépresseurs ISRS utilisables dans le traitement de fond de l'insomnie D'après [13]

1.3 Autres approches thérapeutiques de l'insomnie

Le sommeil est influencé par la sécrétion de mélatonine (Cf. Figure 2 p.24). Des dosages de cette hormone ont été effectués chez certains patients souffrant de troubles du sommeil et des désordres ont ainsi pu être mis en évidence (sécrétion décalée dans le temps, concentration plus faible...). Une méthode thérapeutique possible est de supplémenter le patient en mélatonine ou bien de lui administrer des molécules mélanomimétiques [52] se fixant sur les mêmes récepteurs que la mélatonine et déclenchant les même effets que celle-ci.

La mélatonine est commercialisée sous le nom de Circadin®, sous forme de comprimé. Elle est administrée le soir au coucher. Ce médicament est réservé aux patients de 55 ans et plus dans le traitement à court terme de l'insomnie primaire. La posologie recommandée est de 2 mg une fois par jour, 1 à 2 heures avant le coucher, après le repas. La prescription est limitée à une période de 13 semaines. Les effets indésirables les plus fréquents liés à ce médicament sont des céphalées, des infections types rhinopharyngites, des arthralgies et des lombalgies. Les contre-indications se limitent à l'hypersensibilité à la substance ou à l'un des constituants.

En France, un mélanomimétique a reçu son AMM en juin 2010 : l'agomélatine, molécule commercialisée sous le nom de Valdoxan®. Cet analogue structural de la mélatonine possède un effet antidépresseur et sédatif à raison d'une prise quotidienne, le soir au coucher. La posologie recommandée est de 25 mg une fois par jour, le soir au coucher. La posologie maximale est de 50 mg par jour. Ce médicament est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des constituants du médicament et en cas d'insuffisance hépatique. Dans tous les cas, une surveillance de la fonction hépatique devra être réalisée à l'instauration du traitement puis tous les 6 mois environ. Les effets indésirables du traitement de ce médicament sont d'intensité légère à modérée et surviennent en général lors des premières semaines du traitement. Il s'agit de nausées et de sensations vertigineuses.

Dans d'autres pays, notamment aux Etats-Unis, une autre molécule mélanomimétique est également commercialisée. Il s'agit du rameltéon ou encore Rozerem®.

2 ALTERNATIVES AUX TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DE L'INSOMNIE

Nous allons tout d'abord exposer ici les règles d'hygiène de vie nécessaires au patient pour optimiser la qualité de son sommeil. Nous aborderons par la suite de façon précise les alternatives que sont la phytothérapie, l'homéopathie, l'aromathérapie, pour lesquelles le pharmacien d'officine peut exercer pleinement son art.

Nous évoquerons également d'autres alternatives qui sont, pour certaines, recommandées par des spécialistes des troubles du sommeil. En effet, lors de nos rendez-vous d'éducation thérapeutique, les patients peuvent avoir des questions sur ces alternatives et il convient d'être en mesure d'y répondre.

2.1 Les règles d'hygiène de vie nécessaires à un bon sommeil

L'INSV a donné une liste de recommandations sur l'hygiène de vie optimisant le sommeil.
[42]

- « Adopter des horaires de sommeil réguliers »

Des heures de coucher et de lever régulières permettent d'optimiser le sommeil.

- « Se réveiller à son rythme »

Le réveil doit être dynamique pour bien éveiller son corps : lumière forte, exercices d'étirements, petit déjeuner complet.

- « Pratiquer un exercice physique en journée »

Une activité physique dans la journée permet d'améliorer la qualité du sommeil.

Il est également conseillé de ne pas pratiquer certaines activités intellectuelles (comptabilité, calcul des impôts...) trop tardivement dans la journée.

- « Faire une courte sieste en début d'après-midi »

Les grasses matinées sont à éviter. Elles peuvent être remplacées par une sieste au cours de la journée mais de préférence avant 17 heures.

- « Eviter toutes substances excitantes après 15 heures »

Café, thé, cola, vitamine C retardent l'endormissement et augmentent les éveils nocturnes.

- « Eviter l'alcool et le tabac le soir »

La nicotine est un stimulant qui retarde l'endormissement, augmente les éveils nocturnes et rend le sommeil plus léger. L'alcool quant à lui, a une action sédative mais favorise l'instabilité du sommeil avec des éveils nocturnes fréquents. En outre, c'est un facteur aggravant des problèmes respiratoires nocturnes (apnées, ronflements) puisque ce dernier est un dépresseur du système respiratoire.

- « Eviter les somnifères »

Il est recommandé de n'avoir recours aux somnifères que sur avis et prescription médicale.

- « Faire un dîner léger, nécessaire, au moins 2 heures avant le coucher »

Un dîner léger permet de faciliter la digestion, mais il ne faut pas non plus ne pas manger suffisamment, car la sensation de faim peut gêner la phase d'endormissement et provoquer des réveils nocturnes. Il est préférable de ne pas consommer de plats trop épicés le soir et de préférer certains aliments comme par exemple les crudités, le pain blanc, les pâtes, le poisson, les légumes et les produits riches en tryptophane (élément retrouvé notamment dans le riz brun, le soja, les amandes, les arachides, le fromage, le poisson, les œufs, la viande rouge, le chocolat noir...). Il est préférable d'attendre 2 heures avant de se mettre au lit afin que la digestion soit déjà bien avancée.

- « Se ménager un environnement favorable au sommeil »

Il est nécessaire d'aménager correctement son environnement de sommeil. La chambre à coucher doit être réservée, comme son nom l'indique, pour le coucher et ne pas avoir plusieurs emplois qui peuvent être stressants (bureau dans la chambre par exemple). Cette pièce doit être propre et ordonnée. La température idéale se situe entre 15 et 18 °C. La pièce doit être correctement aérée tous les jours. L'obscurité est importante avant de dormir, ainsi qu'une ambiance calme. Une bonne literie est indispensable pour avoir un bon sommeil. Les matériaux naturels sont à privilégier (latex, laine, coton).

- « Favoriser les activités calmes et la relaxation en fin de journée »

Il est recommandé de privilégier les activités calmes et d'éviter par exemple, de regarder la télévision, de jouer à des jeux vidéo le soir car ces derniers sont des stimulants cérébraux.

- « Se coucher dès les premiers signaux du sommeil »

Il est important d'être à l'écoute de son sommeil pour ne pas manquer l'heure d'endormissement car le sommeil est organisé en cycles d'environ 1h30. Les yeux qui piquent et le fait de bâiller sont les premiers signes d'endormissement. Si les signes n'alertent pas le patient et qu'il rate son heure de coucher, il est préférable d'attendre le cycle suivant pour aller se coucher plutôt que d'attendre en vain le sommeil dans son lit.

- « Prendre le temps de s'endormir »

Si le sommeil ne vient pas au bout de 15 minutes et que son attente est pénible, il est préférable de se lever et de pratiquer une activité calme. Le besoin de sommeil reviendra au prochain cycle.

- « Dans la mesure du possible, identifier son besoin de sommeil et adapter son rythme de vie en conséquence »
- « En cas de difficultés de sommeil, s'aider d'un agenda du sommeil pour observer son rythme veille-sommeil »

D'après Michel Dib, il semblerait que le rire ait un impact sur le sommeil. En effet il permet la suppression du stress et de la tension nerveuse. Les muscles sont plus détendus et relâchés, ce qui facilite le sommeil. [2]

2.2 Options thérapeutiques à disposition du pharmacien d'officine pour améliorer la qualité du sommeil de ses patients

2.2.1 Sommeil et phytothérapie

2.2.1.1 Présentations des principales plantes traditionnellement utilisées dans les troubles du sommeil

Nous avons choisi de présenter ici l'aubépine, l'eschscholtzia, le houblon, la passiflore et la valériane. [14-15-16-17]

A) Aubépine, *Crataegus oxycantha*, Rosaceae



Description :

- Arbuste épineux
- Feuilles découpées
- Fleurs de couleur blanche regroupées en corymbe
- fruit : baies de couleur rouge

Figure 5 : Aubépine [53]

Les parties utilisées sont les fleurs et les baies. Les fleurs ont des vertus tonocardiaques, hypotensives, antispasmodiques et hypnotiques légers. Cette plante est utile en cas d'insomnie associée ou non à des crises de tachycardie.

B) Eschscholtzia, *Eschscholtzia californica*, Papaveraceae



Description :

- Plante herbacée
- Hauteur : 50 centimètres
- Fleurs de couleur orangée à 4 pétales.
- Synthèse de latex
- Racines de couleur orange.
- Feuilles de couleur vert blanchâtre
- Fruits : capsules

Figure 6 : Eschscholtzia [54]

C'est la plante entière qui est utilisée pour ses propriétés sédatives et hypnotiques. Cette plante est indiquée dans les insomnies liées à des difficultés d'endormissement.

C) Houblon, *Humulus lupulus*, *Urticaceae*



Description :

- Plante vivace et dioïque.
- Feuilles : rugueuses, opposées, stipulées, cordiformes à la base et divisées en 3 à 5 lobes.
- Fleurs mâles : groupées en inflorescences à l'aisselle des feuilles.
- Fleurs femelles : groupées par deux sur une bractée et de nombreuses bractées se recouvrent les unes les autres pour former un cône.
- Poils sécréteurs jaune doré sur les bractées donnant une poudre rougeâtre appelée « lupulin ».

Figure 7 : Houblon [55]

Les parties utilisées sont les fleurs femelles, les poussières résineuses de lupulin et les cônes femelles pour leurs vertus hypnotiques. Le houblon est utilisé dans le traitement des insomnies et de la nervosité.

D) Passiflore, *Passiflora incarnata* et *caerulea*, *Passifloraceae*



Description :

- Plante grimpante
- Tiges ligneuses pouvant atteindre plusieurs mètres de longueur, creuses, striées longitudinalement et portant des vrilles à l'aisselle des feuilles
- Feuilles : alternes, divisées en 3 lobes aigus, finement dentés
- Fleurs : solitaires, pétales blancs surmontés de filaments pourpres ou roses, disposés sur plusieurs rangs, en couronne
- Fruits : baies orangées et ovoïdes renfermant de nombreuses graines noires.

Figure 8 : Passiflore [56]

Les parties utilisées sont les feuilles et les fleurs pour leur propriété sédative ayant l'avantage de ne pas avoir d'effet secondaire dépressif. Cette plante est indiquée dans les insomnies et les états nerveux (angoisse, hystérie, palpitations).

E) Valériane, *Valeriana officinalis*, *Valerianaceae*



Description :

- Plante herbacée mesurant environ 1,50 mètre de hauteur, vivace par un rhizome.
- Racines à forte odeur d'urine de chat.
- Tiges : creuses et cannelées
- Feuilles : en rosette, opposées, très découpées, lobes dentés
- Fleurs : de couleur rose ou blanche, présence d'un éperon à la base de la corolle. Groupées en cymes ombelliformes.
- Fruits : akènes surmontés d'une aigrette plumeuse.

Figure 9 : Valériane [57]

Les parties utilisées sont les racines et parfois la plante entière pour leurs propriétés sédatives et calmantes du système nerveux. Cette plante est indiquée en cas de névroses, hystéries, insomnies, tachycardies, bouffées de chaleur, hyperexcitabilité psychique et sensorielle.

D'autres plantes, non développées ici, sont également utilisées dans les troubles du sommeil parmi lesquelles nous pouvons citer :

- Aspérule odorante, *Galium odoratum*, *Rubiaceae*
- Coquelicot, *Papaver rhoeas*, *Papaveraceae*
- Mélisse, *Melissa officinalis*, *Lamiaceae*
- Tilleul, *Tilia cordata et platyphylos*, *Tiliaceae*
- Kava ou Kawa, *Piper methysticum*, *Piperaceae*
- Millepertuis, *Hypericum perforatum*, *Hypericaceae*
- Lotier corniculé, *Lotus corniculatus*, *Fabaceae*
- Oranger amer, *Citrus aurantium*, *Rutaceae*
- Saule blanc, *Salix alba*, *Salicaceae*
- Ballote fétide (ou Marrube noir), *Ballota foetida*, *Lamiaceae*
- Verveine, *Verbena officinalis*, *Verbenaceae*
- Pavot, *Papaver somniferum album*, *Papaveraceae*
- Piscidia, *Piscidia erythrina*, *Fabaceae*

Cette liste ne prétend pas être exhaustive mais recense les principales plantes utilisées seules ou en association pour lutter contre les troubles du sommeil. Il semble important que le pharmacien souhaitant éduquer son patient ait connaissance de ces différentes plantes.

2.2.1.2 Sous quelles formes conseiller les plantes du sommeil ?

A) Les extraits de plantes

a) Définition d'un extrait et avantages

Un extrait est une « substance obtenue en évaporant partiellement une solution aqueuse, alcoolique ou éthérée d'une plante ».

Avantages des extraits de plante :

- La teneur en principe actif est connue. Cela permet d'éviter la variabilité d'action de la plante.

- Les extraits sont plus concentrés que les poudres de plante ce qui permet de diminuer la quantité à administrer : 1 à 2 gélules d'extrait équivaut environ à 5 ou 6 gélules de poudre totale.
- Dans un extrait, seuls sont présents les principes actifs. Cela rend l'assimilation par l'organisme plus facile. [18]

b) Extrait sec de plante

1 gramme d'extrait sec	1,2 grammes	3 à 15 grammes	3 à 15 grammes	30 à 150 grammes	15 à 135 grammes
	d'extrait mou	d'extrait fluide	Plante sèche	de teinture mère	de plante fraîche

Tableau 6: Equivalence en poids des extraits secs par rapport aux extraits mous, extraits fluides, aux plantes sèches, aux teintures mères et aux plantes fraîches. D'après [60]

La gamme Arkogélules® des laboratoires Arkopharma propose des extraits secs de plante ayant un intérêt dans les troubles du sommeil. Il existe par exemple des Arkogélules® de ballote, coquelicot, eschscholtzia, houblon, passiflore, valériane.

c) Extrait concentré sec

Ce procédé d'extraction est utilisé par les laboratoires Pierre Fabre et retrouvé dans la gamme Naturactive® [59]. Il permet de concentrer de manière encore plus importante l'extrait de plante. Il en ressort un avantage certain puisque le patient aura des gélules de plus petite taille à avaler et en moindre quantité. Nous pouvons citer quelques produits Naturactive® élaborés pour lutter contre les troubles du sommeil :

- Sériane sommeil® : ce complément alimentaire contient deux actifs : l'alpha-casozépine (issu d'un hydrolysate de protéine de lait) et de la mélisse. Sériane sommeil® permettrait d'améliorer la qualité du sommeil, notamment en période de stress. En effet, l'alpha-casozépine est une séquence de 10 acides aminés qui se fixe sur les récepteurs GABA de type A. Il faut souligner qu'il s'agit d'un complément

alimentaire et qu'il n'a pas d'autorisation de mise sur le marché et donc pas le statut de médicament.

- Elusane sommeil® : c'est une association de trois plantes : les inflorescences de tilleul, les feuilles de mélisse et les feuilles de verveine. Elusane sommeil® est conseillé pour les personnes éprouvant des difficultés d'endormissement et améliore la qualité du sommeil.
- Des gélules d'extrait concentré sec de plantes de passiflore, valériane, aubépine, millepertuis, eschscholtzia, tilleul, verveine, mélisse, houblon sont également disponibles.

d) Extraits fluides de plantes fraîches

Le laboratoire PhytoPrevent [61] propose aujourd'hui 53 extraits fluides de plante standardisés (EPS). Grâce à un procédé d'extraction spécifique, les principes actifs de la plante d'origine sont extraits et concentrés. Ces extraits se présentent sous forme de flacons de 500 ml et 2 litres à partir desquels le pharmacien peut réaliser une préparation magistrale adaptée aux demandes de son patient, en flacons de plus petites quantités. Plus particulièrement, pour les troubles du sommeil, certains mélanges à base d'aubépine, d'eschscholtzia, de houblon, de passiflore et de valériane sont préconisés [18] (Cf. Annexe 6 p.178) Du fait du caractère adapté et personnalisé de ces mélanges, le patient se sent pris en charge de façon individuelle et cela lui permet d'adhérer pleinement à son traitement.

B) Décoctions, infusions

a) Plantes du sommeil en décoction

La décoction est praticable pour les parties non sensibles d'une plante telles que les parties souterraines, les racines, les écorces. En effet, cette méthode implique de laisser infuser les parties de plante dans de l'eau portée à ébullition. L'écorce de saule, les têtes de pavot, les racines de kawa-kawa peuvent être utilisées en décoction dans le cas de troubles du sommeil. [15-16-19]

b) Plantes du sommeil en infusion

Les raisons de conseiller au patient ce type de préparation sont multiples :

- D'une part, cette méthode est très simple puisqu'il s'agit de verser de l'eau bouillante sur la plante et de laisser en contact (sans oublier de couvrir la préparation) entre dix et vingt minutes avant de filtrer si nécessaire.
- Il existe des sachets de mélanges de plantes à infuser déjà tout prêts à l'emploi ce qui facilite encore cette préparation.

Ce procédé est applicable pour des parties fragiles de plante comme les fleurs ou les feuilles.

- D'autre part, c'est une méthode bien connue du grand public, ce qui en facilite le conseil. Il n'est pas rare que cela corresponde même à une demande spontanée du patient. [15-16-19]

De nombreuses plantes du sommeil existent sous forme de sachets prêts à l'emploi. Nous pouvons notamment citer quelques mélanges de plantes prêts à l'emploi :

- Médiflor N° 14® : tisane en sachets ou en vrac à base de valériane, passiflore, aubépine, mélisse, tilleul, bigaradier
- Calmotisan® : tisane en sachet ou en vrac à base de passiflore, mélisse, valériane, piscidia
- Sanoflore Tisane du soir® : tisane en sachets composée de semences de fenouil, de feuilles de mélisse, de feuilles de verveine, de racine de réglisse, de fleurs et de bractées de tilleul [58]

Néanmoins, les décoctions et les infusions présentent l'inconvénient de devoir ingérer des quantités d'eau non négligeables, qui peuvent contraindre le patient à se lever la nuit pour aller aux toilettes.

C) Les spécialités à base de plantes, utiles pour lutter contre les troubles du sommeil

Les laboratoires pharmaceutiques ont développé un certain nombre de spécialités à base de plantes seules ou de plantes en association avec d'autres composés dans le but d'améliorer la qualité du sommeil. [20]

Une liste non exhaustive a été établie et peut être consultée en annexe 7. (Cf. Annexe 7 p.179)

2.2.2 L'homéopathie, une solution pour améliorer les troubles du sommeil.

2.2.2.1 Principe de l'homéopathie

Cette méthode thérapeutique a pour principe que « Toute substance capable d'induire à doses pondérales chez le sujet sain des symptômes pathologiques, est susceptible, à doses spécialement préparées, de faire disparaître des symptômes semblables chez le malade qui les présente. » Cette loi dite, « loi des similitudes », a été énoncée par Samuel Hahnemann (1755-1843), père de l'homéopathie.

Au vu du caractère non conventionnel de cette méthode thérapeutique, certains patients risquent de ne pas être intéressés par ce genre de traitement. Il est néanmoins important de connaître quelques bases pour les autres patients.

2.2.2.2 Avantages de l'homéopathie

L'homéopathie trouve un grand intérêt chez certains types de patients :

- Les enfants : car l'homéopathie (sans alcool) est utilisable dès la naissance.
- Les personnes ayant un traitement chronique lourd : l'homéopathie ne crée pas d'interactions avec les autres traitements.

Les tubes granules et les doses d'homéopathie sont à des prix très abordables, ce qui représente un atout certain pour le conseil. [21-22]

Il existe des spécialités homéopathiques déjà prêtes à l'emploi, faciles à utiliser, pouvant convenir à tout type de patient. En effet, contrairement au médecin homéopathe qui mène une recherche poussée pour prescrire un traitement personnalisé, le pharmacien d'officine n'a pas

cette prétention et conseille plus volontiers des spécialités et complexes homéopathiques. [21-22]

2.2.2.3 Quelques souches homéopathiques utiles pour lutter contre les troubles du sommeil

La posologie conseillée est toujours de 3 granules au coucher. La prise peut être répétée une ou plusieurs fois avant l'endormissement et/ou en cas de réveil. Tout traitement homéopathique doit être pris à distance des repas soit avant les 30 minutes qui précèdent le repas, soit 2 heures après. [21-22-63]

Les souches préconisées dans les troubles du sommeil d'après le livre l'homéopathie de A à Z et faciles à conseiller au comptoir sont :

Souche	Dilution	Indication
Aconitum napellus	15 CH	Pour les réveils survenant vers 1 heure du matin avec des palpitations, une sensation d'avoir chaud et un certain degré d'anxiété, qui peut être lié à un cauchemar.
Argentum nitricum	9 CH	Indiqué chez les patients dont le comportement est de nature précipitée.
Cocculus indicus	9 CH	Indiqué chez les patients sensibles au décalage horaire.
Coffea cruda Coffea tosta	9 CH	Indiqués chez les patients dont l'endormissement est gêné par une idéation intense.
Gelsemium sempervirens	7 CH	Indiqué dans un contexte d'anxiété vis-à-vis d'un événement à venir.
Ignatia amara	9 CH	En cas d'anxiété provoquant une sensation d'impossibilité de respirer à fond.
Nux vomica	15 CH	Indiqué en cas d'endormissement gêné par une colère récente et/ou lorsqu'il existe un réveil nocturne suivi d'une idéation intense.

Tableau 7 : Souches homéopathiques utilisables pour lutter contre les troubles du sommeil.
D'après [3-14-62]

D'autres souches sont également utilisées dans les troubles du sommeil. (Cf. Annexe 8 p.181)

2.2.2.4 Spécialités homéopathiques utiles dans les troubles du sommeil

Les laboratoires Lehning, Boiron et Weleda ont développé des spécialités composées de plusieurs souches homéopathiques permettant d'améliorer la qualité du sommeil. [21-22]

Parmi ces spécialités nous pouvons citer :

- Biomag® : boîte de 90 comprimés de 1 g [63]. Spécialité traditionnellement utilisée dans les manifestations de l'anxiété légère, du stress et dans les états de fatigue passagère.
- Dolisédal® : comprimé sublinguale, boîte de 40. Spécialité traditionnellement utilisée dans le traitement symptomatique des insomnies occasionnelles et transitoires.
- Homéogène 46® : boîte de 60 comprimés [64]
Homéogène est indiqué en cas de nervosité, stress et troubles légers du sommeil.
- L 72® : flacon de 30 ml [63]
L 72® est indiqué en cas de troubles mineurs du sommeil et dans les troubles liés à l'anxiété et à l'hyperexcitabilité (nervosité, émotivité...).
- Passiflora composé® [64]
Cette spécialité est indiquée dans les troubles mineurs du sommeil et en cas de nervosité.
- Sédatif PC® : comprimés, boîte de 40 [64]
Spécialité indiquée dans les états anxieux mineurs et émotifs, ainsi que dans les troubles du sommeil mineurs.
- Quiétude® : sirop, flacon de 200 ml [64]
Spécialité indiquée en cas de nervosité passagère et en cas de troubles mineurs du sommeil de l'enfant de plus de un an.

Le détail complet de chacune de ces spécialités est présenté dans l'annexe 9. (Cf. Annexe 9 p.183)

2.2.3 Aromathérapie et insomnie

L'aromathérapie est la thérapeutique par les huiles essentielles (HE). D'après Guillaume Gérault [23], « Les huiles essentielles sont des substances naturelles qui concentrent au plus haut niveau les qualités biochimiques et énergétiques des plantes dont elles sont extraites. Elles sont par conséquent, très actives et loin d'être inoffensives. ». Il faudra les manipuler avec la plus grande prudence. [24]

L'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) définit les HE dans ses « Recommandations relatives aux critères de qualité des huiles essentielles » [65] comme un « produit odorant, généralement de composition biochimique complexe, obtenu à partir d'une matière première végétale botaniquement définie, soit par entraînement à la vapeur d'eau, soit par distillation sèche, soit par un procédé mécanique approprié sans chauffage. L'huile essentielle est le plus souvent séparée de la phase aqueuse par un procédé physique n'entraînant pas de changement significatif de sa composition. ».

L'aromathérapie nécessite une connaissance particulière du pharmacien d'officine. C'est une méthode thérapeutique certes très efficace mais nécessitant un savoir faire qui peut en limiter son usage pour les patients. [24]

2.2.3.1 A qui conseiller les HE ?

- Aux adultes : il faudra néanmoins toujours s'assurer que le patient ne soit pas allergique à l'HE en question. Pour cela, une goutte d'HE sera déposée dans le pli du coude et il faudra vérifier que rien de suspect (rougeur, démangeaison...) n'apparaisse au bout de 15 minutes.
- Aux enfants, à conditions qu'ils soient âgés de plus de 7 ans pour presque la quasi-totalité des HE. [23]

2.2.3.2 Les HE chémotypées et botaniquement définies

Les HE sont chémotypées ce qui permet de distinguer leur composition chimique qui diffère pour une même plante en fonction de son biotope, de son moment de récolte... En effet, deux mêmes plantes ayant un chémotype différent pourront avoir des actions totalement différentes. [23]

2.2.3.3 Voie d'administration des HE

- Les HE peuvent être utilisées par voie orale sur un comprimé neutre, dans une gélule gastro-résistante, dans un suppositoire ou encore un ovule vaginal.
- Les HE peuvent également être utilisées par voie externe. Elles devront être émulsionnées dans une huile végétale ou une base neutre. Les voies externes

utilisables sont le massage, le bain, la diffusion, l'olfaction ou l'application cutanée. [23]

2.2.3.4 Contre-indications des HE

Les HE sont contre-indiquées chez les patients ayant un terrain très allergique. De plus, la quasi-totalité des HE sont contre-indiquées chez les enfants de moins de 7 ans et lors de la grossesse. (Cf. Annexe 10 p.186) L'utilisation d'HE pure sur les muqueuses, les yeux, les oreilles, le nez et les parties génitales est contre-indiquée. [23-24]

2.2.3.5 Utilisation des HE dans les troubles du sommeil

A) Diffusion et olfaction

Avant de se coucher, diffuser dans la chambre pendant 5 minutes, ou déposer directement sur un mouchoir auprès de l'oreiller, quelques gouttes d'HE parmi celles citées ci-après :

- Lavande vraie (*Lavandula angustifolia ssp angustifolia*) ;
- Petit grain bigarade (*Citrus aurantium ssp bergamia (fe)*) ;
- Géranium bourbon (*Pelargonium asperum cv Bourbon*) ;
- Orange douce (*Citrus sinensis L.*). [23]

B) Bain

- Pour calmer l'anxiété : 10 à 12 gouttes d'HE de lavande vraie (*Lavandula angustifolia ssp angustifolia*).
- Pour calmer l'hypersensible en colère, trop agité, impatient, irritable et pour relâcher les tensions psychiques : 10 à 12 gouttes d'HE d'orange douce (*Citrus cinensis L.*).
- Pour relâcher les spasmes musculaires : 10 à 12 gouttes d'HE de petit grain bigarade (*Citrus aurantium ssp bergamia (fe)*).
- Pour détendre et éliminer les tensions musculaires sportives : 7 à 10 gouttes d'HE d'eucalyptus citronné (*Eucalyptus citrodora*). [23-24]

C) Massage

Un massage au niveau du centre de la poitrine et des poignets peut être envisagé pour améliorer le sommeil :

- 1 à 2 gouttes d'HE de basilic (*Ocimum basilicum L ssp basilicum*) dans le but d'améliorer la digestion.
- 2 à 3 gouttes d'HE de lavande vraie (*Lavandula angustifolia ssp angustifolia*) pour apaiser l'anxiété.
- 1 à 2 gouttes d'HE de camomille noble (*Chamaemelum nobile*) dans le but de calmer un sujet hypersensible en colère, trop agité, impatient, irritable.
- 2 à 3 gouttes d'HE de petit grain bigarade (*Citrus aurantium ssp bergamia (fe)*) pour permettre un meilleur relâchement des spasmes musculaires.
- 2 à 3 gouttes d'HE de marjolaine (*Origanum majorana*) pour relâcher les tensions psychiques.
- 2 à 3 gouttes d'HE d'eucalyptus citronné (*Eucalyptus citriodora*) à appliquer directement sur les points de tensions musculaires pour en améliorer le relâchement. [23-24]

2.2.3.6 Utilisation des hydrolats et des eaux florales

L'hydrolat (eau distillée séparée de l'HE à la sortie de l'alambic, et qui s'est chargée de molécules aromatiques au cours de la distillation des plantes entières) et les eaux florales (même définition que l'hydrolat sauf qu'il s'agit uniquement des fleurs et non de la plante

entière) ne contiennent que les molécules hydrosolubles de l'essence de la plante dont ils sont extraits. Dans cette mesure, les hydrolats ne contiennent pas de molécules agressives et sont donc moins forts qu'une HE. De ce fait, ils sont utilisables chez l'enfant ou chez les personnes sensibles ou en relais après une cure d'HE lorsque ces dernières deviennent trop irritantes. [23]

2.2.4 L'oligothérapie et les troubles du sommeil

2.2.4.1 L'oligothérapie

Cette thérapeutique se définit comme « l'emploi thérapeutique des oligo-éléments ». [25] L'origine du mot est grecque et vient de *oligos* qui signifie « peu » et de *thérapéia* qui signifie « traitement » [26].

Même si les oligo-éléments sont présents en très faible quantité dans l'organisme, leur rôle n'en est pas moins important. En effet, ce sont les catalyseurs de bons nombres de réactions biochimiques.

2.2.4.2 Les oligo-éléments et l'insomnie

- **Manganèse** : indiqué dans l'insomnie avec euphorie vespérale et difficulté à s'endormir. La posologie moyenne est d'une prise le matin à jeun 2 fois par semaine.
- **Manganèse-Cobalt** : indiqué en cas d'insomnie d'endormissement et de réveils nocturnes associés à des phénomènes neurovégétatifs de l'anxiété chronique. La posologie moyenne est d'une prise le matin à jeun 3 fois par semaine.
- **Aluminium** : associé au manganèse dans les difficultés d'endormissement à la posologie moyenne d'une prise par jour pendant une semaine puis tous les deux jours.
- **Lithium** : utilisé dans les syndromes anxio-dépressifs réactionnels à la posologie d'une prise trois fois par semaine.
- **Magnésium** : indiqué dans l'insomnie avec hyperexcitabilité à la posologie d'une prise par jour.
- **Zinc-Cuivre** : indiqué dans l'insomnie aggravée par le stress avec une prise trois fois par semaine.

En cas de prise chronique d'un hypnotique, il arrive que les doses de Lithium doivent être augmentées pour observer une efficacité de la méthode. Cependant, dans la plupart des cas, les patients répondent favorablement à ce genre de traitements. [25-26]

2.3 Autres méthodes proposées dans l'insomnie

Nous avons développé précédemment les méthodes thérapeutiques que le pharmacien d'officine doit maîtriser et où ce dernier exerce son art. Les patients sont néanmoins de plus en plus acteurs de leur maladie et se renseignent eux aussi sur les différentes alternatives existantes. Aussi, lors des rendez-vous d'éducation thérapeutique, ils sont susceptibles de poser des questions sur ces domaines, c'est pourquoi, nous allons aborder brièvement certaines de ces alternatives.

2.3.1 La luminothérapie

2.3.1.1 Définition et mode d'action

Elle consiste à exposer les yeux à une lumière d'intensité et de spectre lumineux spécifique, proche de la lumière solaire. Les lampes utilisées en luminothérapie doivent apporter une intensité lumineuse d'au moins 10 000 lux pour prétendre être efficaces. Normalement, la mélatonine, hormone du sommeil, est inhibée par la lumière. Elle est sécrétée uniquement la nuit et son maximum de sécrétion se situe aux alentours de 5 heures du matin. La sécrétion de mélatonine se traduit par une somnolence qui survient en début de soirée, au coucher et au réveil. La lumière stimule les régions de la base du cerveau et augmente le niveau de sérotonine ce qui induit un effet antidépresseur et régulateur de l'appétit. La lumière artificielle peut avoir un impact sur ces sécrétions de mélatonine et de sérotonine et aider un patient à retrouver le sommeil. [1-2]

2.3.1.2 Troubles du sommeil pouvant être traités par luminothérapie

Syndrome de l' « avance des phases » :

Dans le syndrome de l' « avance des phases », le pic de sécrétion de mélatonine se situe en début de nuit et des insomnies de milieu de nuit (vers 1 heure et 3 heures du matin) sont souvent décrites. Une somnolence en seconde partie de journée se fait également sentir. L'exposition du patient à une source de lumière en fin de journée pour recaler permet de recaler l'horloge interne.

Syndrome de « retard de phase » :

Si le patient souffre de cette pathologie, sa gêne se traduira surtout par l'endormissement. Le fait de l'exposer à une luminothérapie très tôt le matin permettra de programmer plus tôt son sommeil les soirs suivants. En effet, cela avancera le pic de mélatonine.

Voyage aérien et décalage horaire :

L'utilisation de la luminothérapie permet de se remettre en phase avec le nouvel horaire. Si l'on prévoit de se déplacer vers l'est, il faudra, 2 jours avant le départ, se lever plus tôt le matin pour anticiper le décalage et faire des séances de luminothérapie au lever pendant 30 minutes. Si l'on prévoit de se déplacer vers l'ouest, il faudra, 2 jours avant le départ, faire des séances de luminothérapie le soir, 2 heures plus tard chaque jour.

2.3.1.3 Contre-indications à la luminothérapie

La dégénérescence maculaire liée à l'âge, le glaucome, les rétinopathies, la cataracte et toutes les pathologies pouvant avoir pour conséquence une atteinte oculaire, comme par exemple le diabète, contre-indiquent l'utilisation de la luminothérapie.

2.3.2 La médecine chinoise et les troubles du sommeil

Cette médecine soigne aussi bien avec des aiguilles, que des plantes médicinales, des conseils diététiques, des massages, des exercices physiques...

2.3.2.1 L'acupuncture

C'est une branche de la médecine chinoise qui consiste à stimuler des « zones d'énergie » du corps à l'aide de fines aiguilles plantées dans la peau. Dans le cadre de l'insomnie, les points d'énergie à stimuler sont très précis et différents en fonction du type de déséquilibre énergétique observé. [27]

2.3.2.2 Les plantes médicinales

Les plantes traditionnellement utilisées en médecine chinoise sont la valériane, le mélilot, la mélisse, la camomille, la lavande, l'angélique, le thym, le fenouil... [27]

2.3.2.3 La diététique énergétique

Les déséquilibres énergétiques évoqués par les « tradipraticiens » chinois sont parfois liés selon eux à des erreurs alimentaires. Des régimes sont donc parfois préconisés pour lutter contre les troubles du sommeil. [27]

2.3.3 Les techniques de relaxation

Diverses techniques de relaxation sont préconisées afin de lutter contre les troubles du sommeil. Parmi celles-ci, nous pouvons citer :

- **Le « Training-autogène » de Schultz [1-2] :**

Cette méthode est également connue sous le nom de « méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative » et consiste en un entraînement à l'autohypnose. Le but est de réduire les tensions et le stress.

- **Le biofeedback : [2]**

Cette méthode consiste à faire prendre conscience au patient, grâce à un appareil de mesure, des tensions qu'il a à un moment précis. Lorsque le sujet se détend et fait de la relaxation, ses contractions musculaires sont mesurées grâce à un électromyogramme. Le patient prend alors conscience des moments de tension et peut les moduler par la suite.

- L'hypnose ou l'auto hypnose : [1-2]

L'hypnose vient du grec *hupnos* qui signifie « sommeil ». [26] Elle peut se définir comme une « Variété spéciale et incomplète de sommeil, provoquée par la parole, le regard ou les gestes de l'opérateur et dans laquelle le sujet est particulièrement apte à recevoir les suggestions de celui qui l'hypnotise. » En d'autres termes, c'est un moyen d'accéder à l'inconscient et d'utiliser ses ressources. Cette pratique est accessible à tout le monde. Dans le cas de l'insomnie, elle permet de recréer le lien vers l'inconscient afin que ce dernier nous aide à rétablir un sommeil normal. L'auto hypnose se différencie de l'hypnose par sa technique. En effet, lors des séances d'hypnose, une personne extérieure est présente pour guider le patient tandis que lors des séances d'auto hypnose, le patient est seul à réaliser la séance. Lors de l'hypnose, le patient se trouve en état de veille paradoxale, ce qui correspond au quatrième état de l'organisme avec la veille, le sommeil et le rêve.

CHAPITRE 3

Education thérapeutique du patient

1 EDUCATION, CONSEIL ET INFORMATION, DES NOTIONS SOUVENT CONFONDUES...

L'information et le conseil sont souvent assimilés à tort à de l'éducation. Aussi, dans un premier temps, il nous semble opportun de définir chacun de ces termes.

1.1 L'information

L'information est centrée sur le contenu scientifique et technique. Le but est de transmettre des renseignements du soignant vers le patient. Il ne s'agit pas de faire changer le comportement du malade, ni de lui apprendre un savoir faire quelconque. [29-34]

1.2 Le conseil

Il permet d'orienter les malades vers le comportement idéal. Le conseil est centré sur celui qui le délivre. Il n'engage pas le patient à changer de comportement mais peut l'influencer dans une meilleure direction. [29-34]

1.3 L'éducation

L'éducation (du latin *educatio*) est définie comme « étant l'action d'éduquer, de former, d'instruire quelqu'un » [28]. L'acte éducatif « n'est centré ni sur le contenu ni sur le soignant, mais sur le patient et l'accompagnement de ce dernier par les professionnels de santé. Ce n'est pas seulement une transmission de connaissances, mais un processus d'apprentissage par étapes, s'inscrivant dans la durée, qui concerne à la fois le patient et le soignant. » [29] L'éducation est donc basée sur une relation de partenariat entre les soignants et le patient.

2 PLACE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT PAR RAPPORT A L'EDUCATION DU PATIENT

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue trois niveaux d'éducation. Il s'agit de l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et de l'éducation thérapeutique du patient (Cf. figure 10).

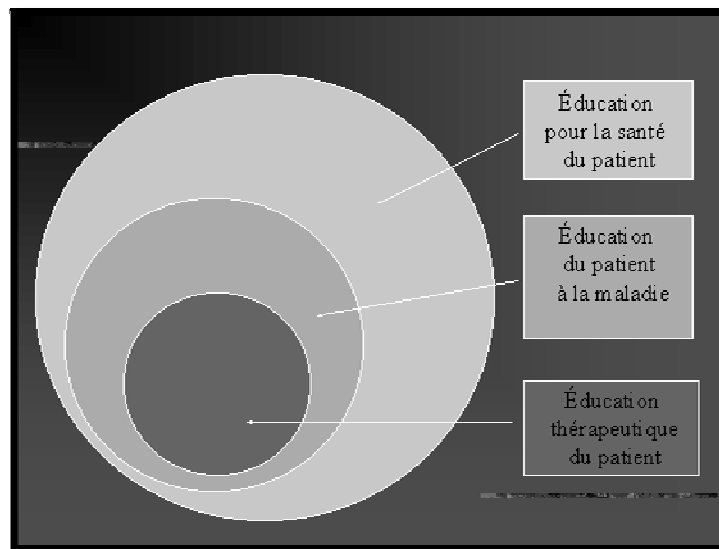


Figure 10 : Schéma du Comité Interinstitutionnel d'Education pour la Santé des Patients (CIESP) [68]

Nous allons envisager ces 3 degrés d'éducation.

2.1 L'éducation pour la santé du patient

L'éducation pour la santé du patient a pour objectif de rendre un individu, qu'il soit malade ou non malade, capable d'agir pour maintenir ou améliorer sa qualité de vie. Dans l'éducation pour la santé du patient, trois types de prévention entrent en jeu. Il s'agit de la prévention primaire, secondaire et tertiaire que nous allons définir ici.

2.1.1 La prévention primaire

Elle comprend l'éducation à la santé et la promotion de la santé. L'éducation se situe en amont de la maladie et s'intéresse aux comportements de santé et au mode de vie du patient actuel ou potentiel. C'est une « culture de santé » qu'il est nécessaire d'acquérir quel que soit l'état de santé de l'individu. La promotion de la santé est un processus qui vise à conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. A titre d'exemple de prévention primaire, une bonne hygiène alimentaire permet de prévenir l'obésité, l'hypercholestérolémie, le diabète, les maladies cardiovasculaires... [30-31]

2.1.2 La prévention secondaire

Selon l'OMS, la prévention secondaire comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie ». Il s'agit donc de dépistages précoces et de traitements des premières atteintes. Cela peut se traduire, par exemple, par des aides au sevrage tabagique, par des campagnes d'information pour éviter l'aggravation de certaines maladies ou par la formation aux gestes de premiers secours. [30-31]

2.1.3 La prévention tertiaire

Elle intervient lorsque la maladie est installée. Elle vise à réduire les invalidités fonctionnelles qui en découlent et à éviter les récives et les complications.

Un bilan nutritionnel après un infarctus du myocarde et un changement des habitudes alimentaires constitue un bon exemple de prévention tertiaire. [30-31]

2.2 L'éducation du patient à la maladie

Elle s'applique à des personnes pour lesquelles une maladie est déclarée afin d'apprendre à gérer les répercussions engendrées par la maladie. Il peut s'agir de la gestion d'un handicap physique, de la gestion des traitements ou encore d'adaptations d'un point de vue professionnel et social. L'éducation du patient à la maladie est également nécessaire pour prévenir les complications et les rechutes puisqu'elle vise les comportements de santé du patient. [30-31]

2.3 L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'OMS et la Haute Autorité de santé (HAS) ont défini l'ETP comme étant, « un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. La formation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». L'ETP donne la possibilité aux patients d'être conscients et informés de leur maladie, de leurs soins mais aussi de l'organisation des procédures hospitalières. Elle facilite la collaboration entre patients, familles et professionnels de santé. En outre, elle permet de responsabiliser et d'autonomiser les malades dans leur gestion de la maladie et du traitement ainsi que d'améliorer leur qualité de vie. [29-30-31-69]

3 L'ETP

L'ETP fait partie des nouvelles missions du pharmacien définies à l'article 38 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), parue au Journal Officiel le 22 juillet 2009. Elle stipule, que le pharmacien d'officine « peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement aux patients ». [67] L'ETP nécessite des compétences particulières tant du côté des éducateurs que des patients. Aussi, nous allons dans un premier temps nous intéresser aux compétences que le patient doit acquérir au terme d'un programme éducatif puis, dans un deuxième temps, aux compétences pédagogiques nécessaires aux éducateurs pour réaliser une ETP. Enfin, nous nous intéresserons aux différentes étapes qui constituent un programme éducatif et à la notion de démarche éducative.

3.1 Objectifs de l'ETP pour le patient

Afin d'atteindre les objectifs fixés pour le patient lors de l'ETP, des compétences particulières entrent en jeu : les compétences d'autosoins et les compétences d'adaptation. Nous allons nous intéresser à ces notions.

3.1.1 Compétences d'autosoins

A l'issue de l'ETP, le patient doit avoir acquis des compétences durables afin d'être capable de prendre des décisions pour modifier l'effet de la maladie sur sa santé. Ce sont les compétences d'autosoins dont l'HAS a établi la liste ci-dessous [69] :

- Soulager les symptômes,
- Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure (contrôle de glycémie par exemple),
- Adapter des doses de médicaments (diminution ou augmentation des doses d'anticoagulant suite à un résultat de temps de coagulation par exemple), initier un auto-traitement,
- Réaliser des gestes techniques et des soins (piqûre d'interféron par exemple),
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, ...)
- Prévenir des complications évitables (préserver une chambre implantable grâce à une hygiène corporelle impeccable par exemple),
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie,
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

3.1.2 Compétences d'adaptation

Au terme de l'ETP, le patient doit être capable d'intégrer la maladie à son quotidien. Le malade doit pouvoir gérer les diverses situations qui découlent de sa maladie. L'HAS a listé diverses compétences d'adaptation nécessaires pour atteindre ces objectifs. Il s'agit de :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi,
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress,
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique,
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles,
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix,
- S'observer, s'évaluer et se renforcer. [69]

3.2 Compétences pédagogiques nécessaires aux éducateurs

Un groupe d'experts de l'OMS EUROPE a effectué un travail concernant l'ETP [29-32]. Ils se sont intéressés aux compétences nécessaires au soignant souhaitant éduquer des patients. Il s'agit de s'adapter au patient, de travailler en réseau et de maîtriser les outils de communication utiles à l'éducation. Nous allons développer ici ces différentes compétences.

3.2.1 S'adapter au patient

Les professionnels de santé doivent être capables de s'adapter à la particularité de chaque patient et à son affection. Le patient est pris dans sa globalité, de façon individuelle et en tant que membre d'une famille ou d'un groupe.

3.2.2 Le travail en réseau

Le processus éducatif est pluridisciplinaire. L'ensemble des intervenants de santé doivent travailler ensemble pour que l'éducation donnée au patient soit de bonne qualité. Cette coordination des professionnels de santé est facilitée par la naissance de nombreux réseaux de santé. Ils sont définis par l'HAS comme étant des organisations qui « ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. » [70] L'avantage du travail en réseau est avant tout de permettre l'élaboration de programmes éducatifs structurés, où chaque professionnel a un rôle bien défini. Ainsi, le patient ne trouvera pas le programme redondant et aucune information contradictoire ne lui sera transmise.

3.2.3 Outils de communication

Il est nécessaire que le patient se sente en confiance lors de l'ETP. L'éducateur doit soigner sa communication pour qu'une relation équilibrée apparaisse avec son patient. Une communication naît du moment qu'un émetteur transmet un message à travers un canal, que ce soit par la parole, des regards ou des gestes, jusqu'à un récepteur.

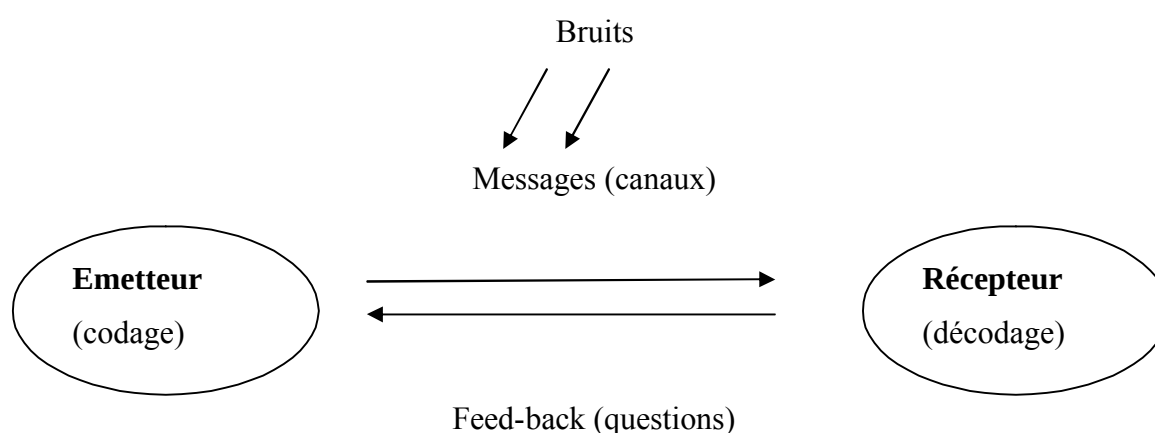


Figure 11 : Modèle de base de la communication d'après [33]

A partir de cette représentation, nous allons aborder différents outils de communication nécessaires pour réaliser une ETP.

3.2.3.1 La reformulation

Lorsqu'un émetteur veut faire passer une information, il utilise un système de codage qui lui est propre et qui peut déformer l'information. Le récepteur la décode également avec ses propres moyens ce qui peut, une fois de plus, déformer l'information originale. Afin d'être certain que le récepteur a bien compris le message de l'émetteur, une méthode simple et efficace est de faire reformuler l'information transmise. [29-35]

3.2.3.2 Le non-verbal

Les attitudes, la voix, la gestuelle font partie de la communication et y participent même pour 80 à 90 %. Cette forme de communication est appelée le non-verbal. Les attitudes des soignants étant toujours interprétées par le patient, il conviendra d'y porter une grande attention. L'éducateur doit veiller à adopter un bon maintien et un regard bienveillant à l'égard de son patient. [29-35]

3.2.3.3 Notion de cadre de référence

Le cadre de référence d'une personne varie en fonction de son âge, son sexe, sa formation, sa profession, son milieu socioculturel, ses représentations et croyances, sa conception de la santé... Chaque personne a naturellement tendance à envisager sa vie en fonction d'un cadre de référence qui lui est propre. Cependant, un éducateur doit être capable de tenir compte du cadre de référence du patient afin de faciliter la communication avec ce dernier. [31-35]

3.2.3.4 L'écoute active

Elle se définit comme étant un « outil que l'on utilise face à son interlocuteur qui semble avoir un problème, pour l'aider à trouver une solution. Elle consiste à refléter le sentiment de l'autre, son vécu, mais pas forcément ce qu'il a dit afin de s'assurer qu'on l'a bien compris. » [35]. L'écoute active nécessite de savoir écouter mais aussi de donner envie à son interlocuteur de s'exprimer. L'écoute comprend à la fois une démonstration empathique et une attitude

compréhensive de la part de l'éducateur. Le patient pourra s'exprimer à condition que l'éducateur se taise et laisse au patient le temps d'organiser ses idées. Le fait de poser des questions appropriées facilite également le dialogue. L'éducateur doit également observer et prendre en considération le non-verbal du patient. [29]

3.2.3.5 Modes d'expression

Afin de faciliter la compréhension de son interlocuteur, il convient sans cesse adapter son mode de communication. Des phrases courtes, un vocabulaire simple et compréhensible sont nécessaires. Pour capter l'attention du patient, plusieurs modes de communication comme par exemple des supports écrits, des supports audio ou vidéo, peuvent être utilisés. Une trace écrite peut être laissée au patient à l'issue d'un rendez-vous d'éducation. [29-31]

3.2.3.6 Environnement

Le lieu et le moment du rendez-vous sont à déterminer avec soin. Ils doivent permettre au patient d'apprendre dans de bonnes conditions, loin du bruit et de l'agitation, qui ont tendance à distraire l'apprenant et à l'empêcher de poser ses questions. [29]

3.2.4 Autres compétences pédagogiques

Le groupe d'expert de l'OMS EUROPE a donc mis en avant le fait que les éducateurs doivent s'adapter constamment et maîtriser les outils de communication. D'autres compétences sont également nécessaires afin de réaliser une ETP de qualité et nous les avons listées ci-après [29-32] :

- Aider les patients à apprendre (se préoccuper de ce qu'ils apprennent et non seulement de ce qu'on leur enseigne),
- Enseigner aux patients à « gérer » leur maladie et à utiliser adéquatement les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles,
- Aider les patients à organiser leur « mode de vie »,
- Eduquer les patients et les aider à faire face à des crises aiguës,
- Choisir et utiliser adéquatement les techniques et outils éducatifs disponibles,

- Assurer le suivi à long terme du patient en intégrant les dimensions pédagogiques, psychologiques et sociales,
- Evaluer les effets thérapeutiques de l'éducation, tant cliniques que biologiques, sociaux et économiques, et effectuer les ajustements nécessaires,
- Evaluer régulièrement et ajuster leurs pratiques et performances éducatives,

Le nombre conséquent de compétences que l'éducateur doit acquérir nécessite une formation solide. = Une formation plus poussée semble indispensable afin de réaliser un projet d'ETP et peut être réalisée dans le cadre d'une spécialisation de type diplôme universitaire (DU).

3.3 Structuration d'un projet éducatif

Lorsqu'une maladie est diagnostiquée, qu'un traitement est mis en place et un plan d'action mené, une ETP peut être proposée au patient. Cette mise en place permet de favoriser la participation du patient aux décisions de santé et de l'aider à définir ses priorités.

L'ETP s'organise en quatre phases. Il s'agit d'abord d'élaborer un diagnostic éducatif, puis de définir un programme personnalisé des compétences à acquérir par le patient avec des priorités d'apprentissage. Par la suite, les séances d'ETP sont planifiées et réalisées de façon collective et/ou individuelle. Enfin, il est nécessaire de réaliser une évaluation des compétences acquises ainsi que du déroulement du programme en lui-même. [71]

3.3.1 Le diagnostic éducatif

C'est une phase de recueil et d'analyse d'informations qui permet d'identifier les besoins, les souhaits et les attentes du patient et qui doit permettre d'appréhender différents aspects de sa vie et de sa personnalité. Il est réalisé par une série d'entretiens avec le patient. Le diagnostic éducatif permet d'élaborer, pour chaque patient, des objectifs pédagogiques pertinents. [30-31]

Pour réaliser le diagnostic éducatif, le questionnement, l'analyse, le dialogue et la confrontation prennent toute leur importance. Selon J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre [31], le diagnostic éducatif peut s'organiser en cinq grandes questions que nous développons ci-dessous.

3.3.1.1 Qu'est-ce que le patient a ?

Il s'agit ici de préciser les problèmes de santé du patient, tant sur la maladie visée par l'éducation que sur les problèmes associés, comme par exemple un handicap de vue, d'ouïe, une mobilité réduite, une fatigue importante, qui pourraient influencer sur le programme éducatif. Avant de démarrer l'éducation du patient, il faut également recueillir l'adhésion du patient pour l'éducation proposée.

3.3.1.2 Qu'est-ce que le patient fait ?

Ce questionnement s'intéresse au contexte professionnel et social du patient. A l'issue de l'entretien, l'éducateur doit connaître l'activité professionnelle de son patient, ses loisirs, sa vie sociale et son environnement de vie.

3.3.1.3 Qu'est-ce que le patient sait ?

L'éducateur doit poser des questions lui permettant de mettre en avant ce que le patient sait sur sa maladie et son traitement. Le savoir du patient comprend ses croyances, ses connaissances et son expérience de la maladie. Lors de cette étape du questionnement, des représentations erronées du patient peuvent apparaître et l'éducateur devra y porter une grande attention. En effet, les croyances du patient ont une valeur forte et peuvent bloquer le processus d'apprentissage. Cette étape du diagnostic éducatif permet également à l'éducateur d'évaluer le niveau de compréhension de son patient.

3.3.1.4 Qui est le patient ?

Ici, ce sont les traits psychologiques du patient qui doivent être recherchés. L'objectif est de mieux prévoir ses comportements et ses attitudes afin d'adapter la pédagogie au patient. Pour

ces questions, un psychologue peut apporter son aide, notamment pour évaluer si le patient a accepté sa maladie.

3.3.1.5 Quels sont les projets du patient ?

Dans certains cas, le patient peut énoncer lui-même son projet : l'éducateur devra alors évaluer la faisabilité de celui-ci. Dans d'autres, le patient se trouve dans un état psychologique tel que sa perception de la maladie l'accapare totalement. De ce fait, il est incapable de se donner un projet. L'éducateur devra alors lui soumettre un projet et en négocier l'application avec lui.

La réalisation du projet nécessite une bonne motivation de la part du patient. Il doit être considéré comme important, utile, valorisant et réalisable à court terme. Le projet comprend des compétences que le patient devra acquérir et qu'il pourra ainsi mobiliser dans sa vie quotidienne au terme de l'ETP.

3.3.2 Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage

Il s'agit d'établir et de négocier avec le patient les objectifs éducatifs du programme. Nous utilisons le terme de négociation dans le sens où il s'agit d'un accord moral entre patient et éducateur. Les objectifs doivent être formulés pour le patient et ne doivent pas être confondus avec les objectifs thérapeutiques et de soins de l'équipe soignante. [31] Des priorités d'apprentissage sont mises en avant pour élaborer un programme individuel adapté et personnalisé. Il peut être consigné par écrit et signé par le patient. De cette façon, celui-ci le considère comme un contrat avec un engagement à respecter. En outre, il pourra être transmis aux différents intervenants du programme éducatif. [71]

3.3.3 Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP

Les séances d'éducation thérapeutique sont préparées par l'éducateur et adaptées au niveau de compréhension du patient. Elles peuvent être collectives, et/ou individuelles. Les compétences

pédagogiques de l'éducateur, évoquées précédemment, entrent en jeu afin de sélectionner le contenu des séances et de le rendre accessible et intéressant. La méthode de communication utilisée, qu'elle soit écrite ou orale, et la pédagogie doivent correspondre au patient. [71]

Afin de faciliter l'apprentissage, les domaines cognitif, sensorimoteur et psychoaffectif doivent être touchés. Le domaine cognitif concerne les connaissances, le raisonnement et les décisions. Un exposé interactif, une étude de cas ou une projection audiovisuelle sont autant d'activités que l'éducateur peut utiliser pour toucher le domaine cognitif. Le domaine sensorimoteur concerne quant à lui l'habileté gestuelle : des travaux pratiques peuvent par exemple être proposés aux patients pour les aider à acquérir certains gestes techniques en rapport avec leur maladie. Enfin, le domaine psychoaffectif qui concerne les attitudes peut être touché par exemple par le biais de tables rondes, de jeux de rôles, de témoignages, de séances de relaxation ou d'activité sportive. [31]

Les séances sont ensuite planifiées avec le patient et l'équipe d'éducateurs, puis réalisées.

3.3.4 Réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme

L'évaluation de l'ETP permet de mesurer plusieurs points : la satisfaction du patient, la réalité de son apprentissage et le déroulement du programme. La réalité de son apprentissage comprend l'évaluation de ce qu'il sait, de ce qu'il a compris, de ce qu'il sait appliquer et aussi de ce qu'il lui reste à acquérir. [70-71]

3.3.4.1 Evaluation du patient par l'éducateur

Il s'agit pour l'éducateur d'évaluer les compétences d'ordre intellectuel qui concernent « l'ensemble des savoirs acquis par le patient qu'il s'agisse de la mémorisation de connaissances ponctuelles, de l'interprétation de données, de la résolution de problèmes complexes et de décisions » [31].

A. Evaluation des compétences intellectuelles

Afin d'évaluer le niveau de mémorisation, un questionnaire de type vrai ou faux peut être utilisé. L'évaluation de l'interprétation de données se manifeste par la capacité du patient à reconnaître et apprécier la valeur d'un ou plusieurs signes cliniques comme par exemple les signes d'une hypoglycémie. L'interprétation de données concerne aussi les résultats biologiques (INR), physiques (pression artérielle), contextuels et environnementaux (facteurs déclenchant d'une hypoglycémie). Le niveau de résolution de problème mesure la capacité du patient à extraire et assembler des connaissances afin de prendre des décisions justifiées. Pour réaliser une telle évaluation, les éducateurs ont souvent recours à des simulations de situations. [31]

B. Evaluation des compétences d'ordre gestuel et technique

Certaines maladies chroniques nécessitent une compétence gestuelle et technique de la part du malade. Par exemple, un diabétique devant surveiller régulièrement sa glycémie doit être capable d'effectuer les gestes techniques en rapport avec ce contrôle. Il est nécessaire d'évaluer ce savoir-faire au terme de l'éducation. [31]

C. Evaluation des compétences d'ordre relationnel

Il faut évaluer ici si le patient est capable d'associer son entourage à l'application de compétences acquises lors de l'éducation. Une personne diabétique peut par exemple faire adopter une bonne hygiène alimentaire à l'ensemble de son foyer. L'évaluation de ces compétences n'est pas aisée et peut se réaliser par le biais de grilles d'observation. [31]

3.3.4.2 Evaluation de la satisfaction du patient

L'évaluation de la qualité du programme éducatif par le patient permet de l'améliorer constamment. Des questionnaires de satisfaction du patient peuvent être préparés afin d'évaluer plusieurs critères tels que la qualité des explications, de l'écoute ou encore de la participation. Il est parfois préférable d'effectuer cette évaluation quelque temps après les séances d'éducation pour que le patient ait eu le temps de bien réfléchir aux points forts et aux points faibles du programme. Les points importants à évaluer sont l'organisation matérielle, la

durée de l'éducation, la mise en confiance du patient, la réponse aux attentes vis-à-vis de l'éducation, le rythme des séances, la qualité de l'animation et l'utilité des informations. Le patient peut également faire des remarques libres. [31]

3.4 Démarche éducative

Nous constatons que l'ETP est un processus par étapes et multidisciplinaire. Elle requiert une formation adaptée et ne se limite pas à donner des informations ou des conseils comme il est de coutume au comptoir d'une officine. La logique voudrait donc que les officinaux se mobilisent pour aller au-delà de ces actes en développant l'éducation. Cette mission étant nouvelle et comme l'enquête réalisée par A.-L. Pavot le démontre, peu connue [29-34], les pharmaciens ne sont pas encore bien formés à cette pratique éducative. Il se pose également le problème de l'aménagement des officines pour créer un environnement favorable à l'éducation ainsi que de la rémunération de tels actes.

Néanmoins, l'ETP constitue une mission à part entière du pharmacien. Bien sûr, certains pharmaciens d'officine ne peuvent pas prendre part à des programmes éducatifs faisant appel à plusieurs professionnels de santé. Cependant, tout pharmacien peut entrer avec son patient dans une démarche éducative à l'officine sans se limiter au stade du conseil et de l'information. [34]

Cette démarche éducative doit répondre à un besoin du patient. Elle comporte les 4 mêmes étapes qu'un programme d'ETP (Cf paragraphe 3.3 p. 75). Elle peut être collective ou individuelle et se dérouler en une ou plusieurs séances. Elle n'est pas forcément multidisciplinaire mais nécessite à chaque fois une évaluation finale. Les compétences à acquérir par le patient seront directement en lien avec le domaine de compétences des éducateurs. Ainsi, un pharmacien entrera plutôt dans des démarches éducatives concernant les traitements, leurs effets secondaires, leur mode de prise, ou l'hygiène de vie.

CONCLUSION

Les explications fournies dans le chapitre consacré au sommeil ont permis d'éclairer ce phénomène physiologique complexe. Les nombreuses fonctions du sommeil expliquent le fait que le sommeil soit indispensable à la survie de l'être humain ainsi qu'au maintien d'une bonne santé physique et mentale. L'évolution de l'architecture du sommeil avec l'âge, et la diminution de la qualité du sommeil qui en résultent, sont également des points importants. En effet, les données d'épidémiologie montrent que l'insomnie est une maladie qui touche principalement les seniors, comme le souligne l'enquête baromètre de 2005 [9]. Toutefois, aucune tranche d'âge n'est épargnée par ce phénomène. De plus, la chronicité de cette maladie a été mise en évidence notamment par l'enquête menée par D. Léger et B. Poursain [10]. Les répercussions de l'insomnie sur la vie quotidienne, telles que la baisse de la vigilance, les somnolences diurnes, la prise quotidienne d'hypnotique et l'irritabilité, font de cette maladie un réel handicap.

Les nombreuses étiologies de l'insomnie en compliquent le diagnostic et la prise en charge. L'HAS a élaboré des recommandations sur « la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale », qui permettent de guider les praticiens dans l'initiation d'un traitement. Néanmoins, nous avons vu que les alternatives aux traitements médicamenteux, telles que la phytothérapie, l'homéopathie, l'aromathérapie et l'oligothérapie, ont toute leur place dans la prise en charge de l'insomnie. En outre, ces alternatives ont l'avantage considérable, de ne pas présenter les effets indésirables de type dépendance, tolérance et accoutumance présentés par de nombreux médicaments utilisés dans le traitement de l'insomnie.

Enfin, la chronicité de cette maladie nous ayant donné l'idée d'un projet éducatif pour les patients atteints d'insomnie chronique, nous avons développé, dans un dernier chapitre, l'éducation thérapeutique du patient. Nous avons constaté que ce concept nécessite des compétences particulières en matière de communication et une connaissance approfondie de la structuration d'un programme éducatif. Il nous a été indispensable d'expliquer et de comprendre ce concept d'éducation du patient pour la réalisation de la suite de notre travail.

DEUXIEME PARTIE

INTRODUCTION

La deuxième partie de cette thèse consiste en un travail personnel, réalisé en deux temps.

Le premier chapitre propose un état des lieux sur la consommation de deux hypnotiques au sein d'une officine de Meurthe-et-Moselle. Il s'agit de la consommation de Stilnox® et d'Imovane® et de leurs génériques du laboratoire Biogaran. En effet, notre attention a été attirée par le fait que dans la pratique officinale, il n'est pas rare que des personnes atteintes d'insomnie et traitées par l'un de ces hypnotiques, consomment ce médicament de façon chronique. Cependant, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de ces hypnotiques stipule que la durée maximale pour ces traitements est de quatre semaines consécutives. Cette réalité nous a interpellées, c'est pourquoi nous avons voulu chiffrer cette consommation qui ne respecte pas la durée de consommation précisée dans l'AMM de ces hypnotiques, ainsi que les populations concernées par ce phénomène.

A partir des résultats obtenus lors de cet état des lieux, nous avons voulu dans ce deuxième chapitre, proposer une démarche éducative pour des patients atteints d'insomnie et traités par un hypnotique depuis plus de quatre semaines. Pour réaliser ce projet, nous avons sélectionné six patients faisant partie de l'état des lieux effectué précédemment. Nous avons ensuite conçu pour ces patients une démarche éducative basée sur une séance éducative unique.

CHAPITRE 1

Etat des lieux sur la consommation de deux hypnotiques au sein d'une officine de Meurthe-et-Moselle

1 INTRODUCTION

Les données d'épidémiologie que nous connaissons actuellement montrent que non seulement l'insomnie est une maladie fréquente dans la population française, mais que la consommation d'hypnotiques est importante. Le but de notre enquête était de faire un état des lieux ciblé de cette consommation et de déterminer des groupes précis de patients sous traitement.

2 MATERIEL ET METHODE

Nous allons exposer ici la consommation de médicaments hypnotiques délivrés dans une officine de Meurthe-et-Moselle. Notre étude s'étend sur une période de six mois, du 1^{er} décembre 2009 au 31 mai 2010, en rapport avec le stage de 6^{ème} année dans cette officine. L'échantillon concerne 229 patients répartis dans plusieurs groupes que nous allons détailler.

2.1 Médicaments étudiés

Nous nous sommes limités volontairement à 2 médicaments : le zolpidem et la zopiclone, ces deux molécules étant les plus prescrites dans cette indication selon les sources Pharmastat. En effet, nos moyens ne nous ont pas permis de faire un état des lieux de la consommation générale de traitements contre l'insomnie.

Les patients de notre échantillon ont pu consommer :

- Zopiclone Biogaran® (boîte de 14 comprimés),
- Imovane® (boîte de 14 comprimés),
- Zolpidem Biogaran® (boîte de 14 comprimés)
- Stilnox® (boîte de 14 comprimés).

L'officine de notre étude référençait exclusivement les génériques de la marque Biogaran, c'est pourquoi nous avons comptabilisé dans notre échantillon les patients à qui ils étaient délivrés.

Pour faciliter la lecture de ce travail, nous avons choisi par la suite de nommer « groupe zopiclone » le groupe des patients qui ont consommé soit de la Zopiclone Biogaran® soit de l'Imovane® et « groupe zolpidem » le groupe de patients ayant consommé soit du Zolpidem Biogaran® soit du Stilnox®.

2.2 Listing des délivrances

Grâce au logiciel LGPI, un listing des délivrances pour chacune des quatre spécialités mentionnées ci-dessus a été édité puis exploité à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel. Ce logiciel nous a également permis d'éditer un listing des délivrances pour le groupe zolpidem et zopiclone.

Ce listing des délivrances comprend plusieurs informations que nous avons listées ci-après :

- Le numéro de la facture
- Le type de facture (tiers payant, hors tiers payant)
- Le nom et prénom du patient
- La date de facturation
- Le nom du praticien prescripteur
- La date de la prescription
- Le code opérateur de la personne ayant effectué l'acte de délivrance
- Le code CIP du produit délivré avec le nom du médicament correspondant
- Le nombre de boîtes délivrées
- Le prix de la boîte en question

A partir de ces informations, nous avons classé les patients en plusieurs groupes.

2.3 Groupes de patients

Le but du classement en groupe de patients est de décrire plusieurs types de malades au sein de la population globale composant l'échantillon de l'étude.

Voici les critères retenus pour effectuer les groupes de patients :

- **L'âge** : les patients sont triés par tranches d'âge :
 - 20 à 30 ans inclus
 - 31 à 40 ans inclus
 - 41 à 50 ans inclus
 - 51 à 60 ans inclus
 - Plus de 60 ans
- **Le sexe** : les hommes et les femmes forment deux groupes différents.
- **Polymédicamentés** : Ce critère a été déterminé grâce à l'historique informatique des délivrances des médicaments du patient, dans l'officine de notre enquête. Dans cette catégorie se trouvent les patients dont l'historique des délivrances montre une consommation chronique de plus de trois médicaments différents.
- **Dépressifs / anxieux** : ce critère a été déterminé de la même manière que la catégorie précédente. Les groupes de médicaments retenus pour classer le patient dans le groupe dépressifs / anxieux sont :
 - Les antidépresseurs
 - Les anxiolytiques
 - Les neuroleptiques
 - Les benzodiazépines
- **Insomnie seule** : ce critère signifie que le patient ne souffre que d'insomnie et n'a aucune autre pathologie associée connue et détectable dans son historique informatique de délivrance de médicament de l'officine.

3 RESULTATS

3.1 Répartition de la consommation d'hypnotiques selon le sexe des patients

3.1.1 Groupe zolpidem

Le tableau 8 indique la répartition de la consommation de Stilnox® ou de Zolpidem Biogaran® selon le sexe des patients.

Médicament Sexe	Stilnox®	Zolpidem Biogaran®	TOTAL
Femme	26	81	107
Homme	13	43	56
TOTAL	39	124	163

Tableau 8: Consommation de Stilnox® ou de Zolpidem Biogaran® selon le sexe des patients.

Nous comptons 163 personnes dans ce groupe, hommes et femmes confondus dans le groupe zolpidem. Nous remarquons que ce groupe compte presque deux fois plus de femmes que d'hommes. Durant les 6 mois de notre étude, il a été délivré 754 boîtes de Stilnox® ou de Zolpidem Biogaran®. Cela représente une moyenne de 125,67 boîtes délivrées par mois. A partir de ces chiffres, nous pouvons faire une moyenne du nombre de boîtes délivrées par patient par mois et nous arrivons à un chiffre de 0,77.

3.1.2 Groupe zopiclone

Le tableau 9 indique la répartition de la consommation d'Imovane® ou de Zopiclone Biogaran® selon le sexe des patients.

Médicament Sexe	Imovane®	Zopiclone Biogaran®	TOTAL
Femme	4	32	36
Homme	4	25	29
TOTAL	8	57	65

Tableau 9: Consommation d'Imovane® et de Zopiclone Biogaran® selon le sexe des patients.

Le groupe Imovane® et Zopiclone Biogaran® compte 65 personnes, hommes et femmes confondus. Il n'y pas de grand écart entre le nombre de femmes et d'hommes traités par ces médicaments. Les femmes sont malgré tout plus nombreuses que les hommes à recevoir ce traitement. Nous comptons 282 boîtes délivrées sur les 6 mois de notre étude. Cela représente une moyenne de 47 boîtes par mois soit 0,72 boîte par mois par patient dans le groupe zopiclone. Ceci met en évidence que les prescriptions de Stilnox® et Zolpidem Biogaran® sont plus fréquentes que celles d'Imovane® et Zopiclone Biogaran® pour les patients qui fréquentent cette officine. Cependant, le nombre moyen de boîtes par patient et par mois de ces hypnotiques est sensiblement identique (0,77 pour le groupe zolpidem et 0,72 pour le groupe zopiclone). La consommation des hypnotiques semble être similaire dans les deux groupes, quel que soit l'hypnotique prescrit.

Ces données montrent également que, dans notre enquête, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recevoir un traitement par hypnotiques. Un état des lieux de la consommation de somnifères en Meurthe-et-Moselle et à Laxou a été réalisé en 2008, dans le cadre d'une thèse d'université. [36] Cette étude réalisée en collaboration avec la caisse d'assurance maladie de Meurthe-et-Moselle, a également montré que les femmes consomment plus d'hypnotiques que les hommes. De plus, toutes les études menées par les équipes de

D. Léger ont mis en avant que les femmes sont plus touchées que les hommes par l'insomnie et plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer cette différence. Il avance une cause hormonale possible à l'insomnie avec les grossesses, les cycles hormonaux et la ménopause. Il ajoute également qu'il « est probable que les femmes témoignent plus volontiers de leurs difficultés de sommeil que les hommes pour qui cet aveu reste plus difficile » [1]. Enfin, il dit également que le sommeil des femmes est plus perturbé par le ronflement de leur conjoint car ce problème est plus fréquent chez les hommes. [1]

3.2 Etude du nombre de boîte(s) d'hypnotique consommé par patient pendant les six mois de l'enquête

Nous avons voulu déterminer le nombre de boîte(s) qu'un patient sous hypnotique a pu consommer pendant les six mois de l'enquête. Rappelons qu'il s'agit de boîtes contenant 14 comprimés et que si un patient consomme un-demi comprimé tous les soirs, il aura alors avec une seule boîte, 28 jours de traitement soit 4 semaines. Nous comprenons donc ici qu'un patient ayant consommé 6 boîtes de médicament pendant les 6 mois de l'étude a pu prendre quotidiennement son traitement à raison d'un-demi comprimé chaque jour. Nos résultats sont présentés sous forme d'histogramme pour le groupe zolpidem et pour le groupe zopiclone.

3.2.1 Groupe zolpidem

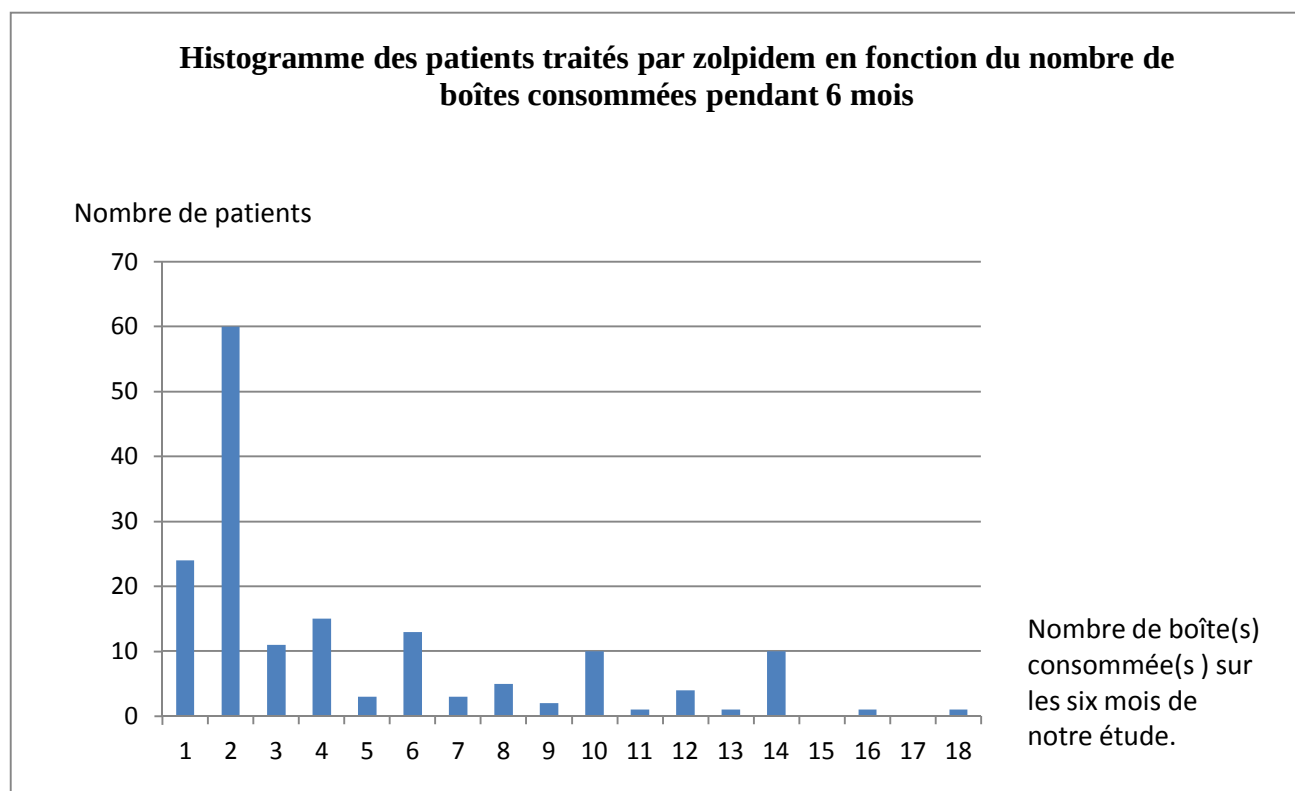


Figure 12 : Nombre de patients traités par zolpidem en fonction du nombre de boîtes consommées pendant les 6 mois d'étude

La classe la plus importante comprend 60 patients qui ne consomment que 2 boîtes de médicament durant les 6 mois de notre étude. L'histogramme montre également que la moitié des personnes du groupe zolpidem est représentée par 1 et 2 boîtes consommées sur les 6 mois de notre étude. Cela signifie qu'au moins la moitié des personnes présentent dans ce groupe ont consommé un hypnotique en respectant 4 semaines maximum de traitement.

A partir de 12 boîtes consommées sur les six mois de l'étude, une chronicité de prise est évidente. Nous constatons que 16 personnes ont consommé entre 12 et 18 boîtes de médicament sur les 6 mois de l'étude. Non seulement une chronicité de prise est mise en évidence, mais encore, des consommations supérieures à la dose maximale (fixée à un comprimé par jour dans l'AMM de ces médicaments) sont observées. En effet, nous relevons que deux patients ont consommé respectivement 16 et 18 boîtes pendant les 6 mois de l'étude. N'oublions pas qu'il se peut que les patients consomment un-demi comprimé chaque jour. A partir de 6 boîtes consommées sur les 6 mois de l'étude, nous pouvons avoir affaire à des

patients qui consomment le médicament de façon quotidienne. Dans cette classe, nous comptons tout de même 13 patients qui peuvent potentiellement être des consommateurs quotidiens.

3.2.2 Groupe zopiclone

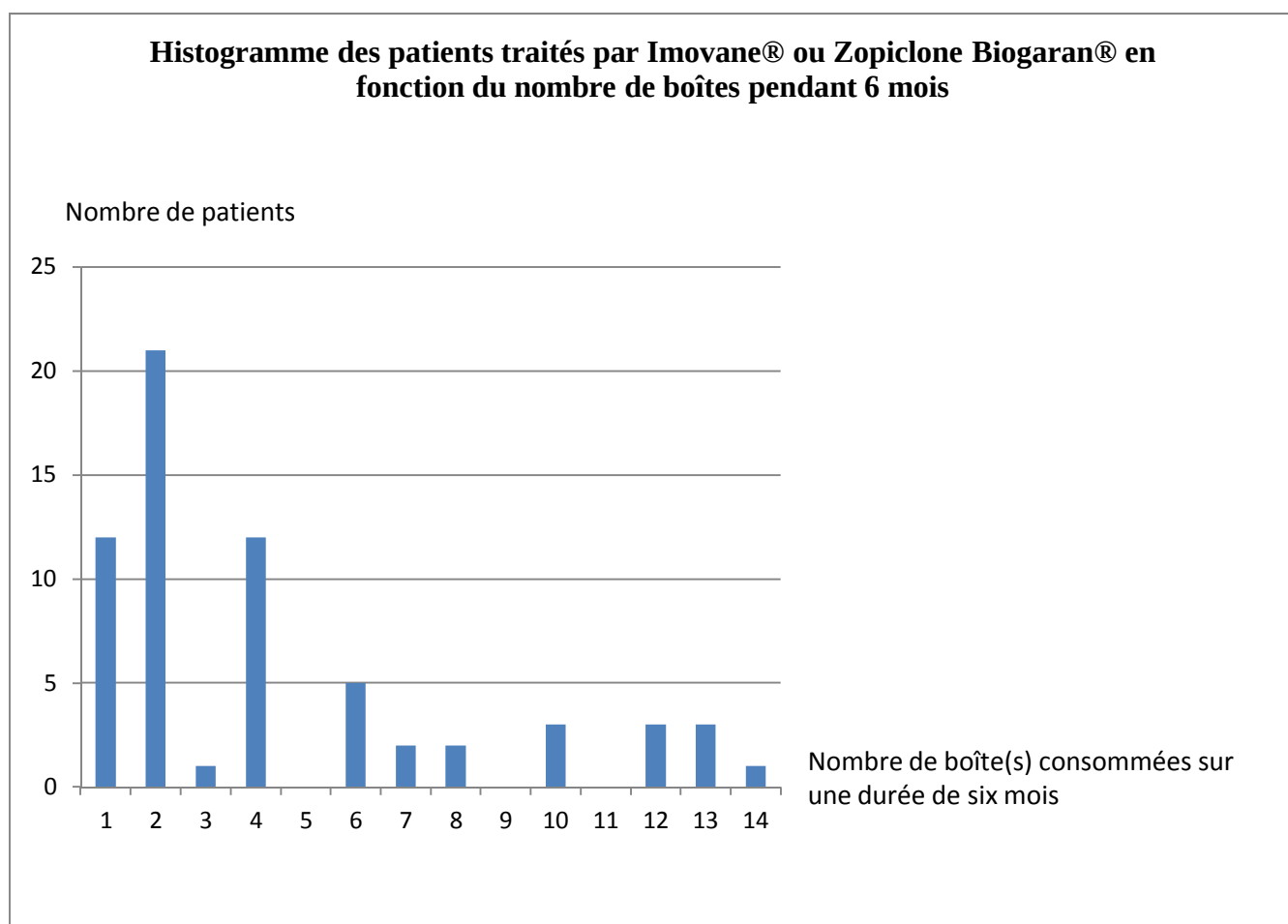


Figure 13 : Nombre de patients traités par Imovane® ou Zopiclone Biogaran® en fonction du nombre de boîtes consommées pendant les 6 mois d'étude.

La classe la plus importante est observée pour 2 boîtes consommées pendant six mois. Elle comprend 21 patients. L'histogramme montre également que la moitié des personnes du groupe zopiclone est représentée par 1 et 2 boîtes consommées sur les 6 mois de notre étude. Nous avons 70 % de la population de notre échantillon qui consomme entre 1 et 4 boîtes de médicament sur les 6 mois de l'étude.

Nous comptons toutefois 7 personnes qui consomment entre 12 et 14 boîtes de médicaments sur les 6 mois de l'étude. Des consommateurs quotidiens existent donc dans ce groupe. Nous avons également 4 personnes qui consomment en moyenne plus d'un comprimé par jour.

3.2.3 Comparaison des groupes zolpidem et zopiclone

Avec ces résultats, nous constatons que la majorité des patients consomment une à deux boîtes d'hypnotique sur les six mois d'enquête. Ce chiffre indique que si les patients prennent un comprimé par jour, ils respectent la durée maximale de 4 semaines de traitement. Les chiffres révèlent malgré tout que certains patients sont dépendants de leur médicament. Ce phénomène est d'ailleurs décrit dans la monographie de ces hypnotiques. [5] Certains patients consomment en moyenne plus d'un comprimé par jour. Cela correspond à un dépassement de la posologie spécifiée par l'AMM, la dose maximale étant d'un comprimé par jour. Il semble que les prescripteurs respectent dans la majorité des cas la durée maximale de prescription d'hypnotique, limitée dans le temps à 4 semaines consécutives de traitement. Cependant, des cas de consommation chronique sont cependant apparus, pour lesquels les prescripteurs ne respectent pas ce délai de 4 semaines.

Une autre représentation graphique a été réalisée pour mettre en évidence la durée de consommation des hypnotiques par les patients sur la période des 6 mois de l'étude. Nous avons ainsi pu dénombrer le nombre de patients consommant un hypnotique pendant une durée allant de 1 à 6 mois. Ces résultats sont présentés dans les graphiques ci-dessous.

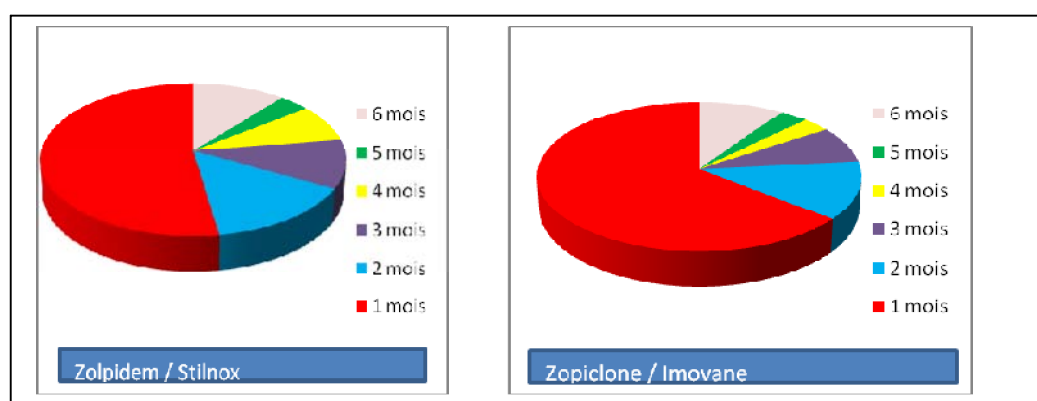


Figure 14 : Nombre de mois de consommation d'hypnotiques par les patients

Nous notons que ces résultats ne reflètent pas une consommation pendant une période consécutive. Il peut s'agir, par exemple, pour un patient appartenant au groupe de 2 mois, d'une consommation d'un mois avec un arrêt de 3 mois et une reprise d'un mois de traitement.

Le caractère chronique ne peut donc pas être mis en évidence ici pour les consommateurs de moins de 3 mois et 3 mois inclus. En revanche, les personnes appartenant à des groupes de 4 mois et plus de consommation, sont obligatoirement des patients qui révèlent une dépendance au traitement hypnotique et une chronicité de prise. Ils représentent environ 23 % des patients du groupe zolpidem et 16 % des patients du groupe zopiclone.

Grâce aux dates de délivrance des médicaments, nous avons pu relever que dans le groupe zolpidem, 53 personnes consomment un hypnotique sur une période supérieure à quatre semaines consécutives. Ce chiffre s'élève à 20 dans le groupe zopiclone. Ces chiffres ne devraient pas exister puisque ils traduisent une prescription non conforme à l'AMM de ces médicaments.

3.2.4 Répartition de la consommation d'hypnotiques en fonction de l'âge

L'âge est un des critères retenus pour réaliser nos groupes de patients. Nous avons comptabilisé, dans chaque tranche d'âge, et en fonction de nos deux groupes d'hypnotiques, le nombre de patients consommateurs. Les résultats sont présentés dans les camemberts ci-dessous.

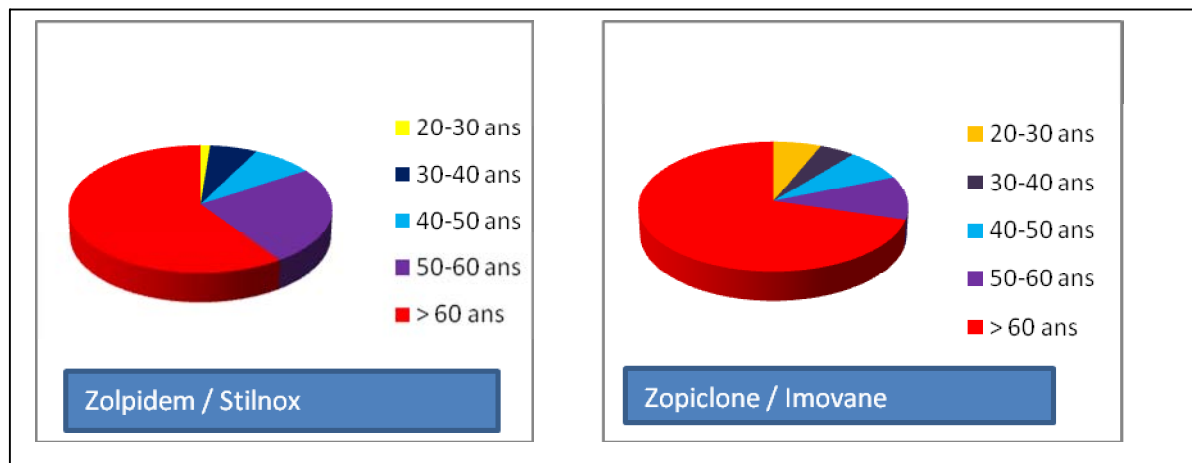


Figure 15 : Présentation de la répartition des âges en fonction de la consommation de Zolpidem Biogaran® / Stilnox® et de Zopiclone Biogaran® / Imovane® sur une période de 6 mois.

Nous avons constaté que les plus de 60 ans représentent 58,5 % de notre échantillon dans le groupe zolpidem et 71,1 % dans le groupe zopiclone. C'est la tranche d'âge la plus représentée. Toutefois, cette représentation met également clairement en évidence que plus l'âge des patients augmente, plus ils sont nombreux à consommer un hypnotique. Le pourcentage de consommateurs a été chiffré dans le tableau 10 ci-après. En effet, les 20-30 ans sont la tranche d'âge la moins représentée de notre échantillon, que ce soit dans le groupe zolpidem ou dans le groupe zopiclone, représentant respectivement 1,3 % de l'échantillon du groupe zolpidem et 6,3 % du groupe zopiclone. (Cf tableau 10 ci-après)

Le tableau 10 expose le pourcentage de consommateurs d'hypnotique dans le groupe zolpidem et le groupe zopiclone.

Consommation de : âge	Stilnox® et Zolpidem Biogaran®	Imovane® et Zopiclone Biogaran®
]20-30] ans	1,3 %	6,3 %
]30-40] ans	6,5 %	4,7 %
]40-50] ans	8,5 %	7,8 %
]50-60] ans	25,2 %	10,1 %
> 60 ans	58,5 %	71,1 %
TOTAL	100 %	100 %

Tableau 10: Pourcentage de consommateurs représenté par chaque tranche d'âge par rapport à la population totale du groupe de Stilnox/Zolpidem et Imovane/Zopiclone.

Au vu de ces résultats, il semble que le sommeil se dégrade avec l'âge. L'étude menée par l'équipe de D. Léger en 2000 [1] a également montré que les plus de 65 ans sont les plus nombreux à souffrir d'insomnie. Il a été montré que le sommeil des seniors est de moins bonne qualité que celui des jeunes adultes car le temps de sommeil lent profond diminue et le nombre d'éveils augmentent [1]. De plus, l'état des lieux de la consommation de somnifères en Meurthe-et-Moselle et à Laxou réalisé en 2008 par J. HULLAR [36], a montré que 39,8 % des consommateurs d'hypnotique ont plus de 69 ans.

Les personnes retraitées ont un rythme de vie différent des personnes actives, ce qui peut avoir un impact sur la qualité du sommeil. En effet, il a été montré qu'une personne à la retraite effectue un nombre plus important de siestes qu'une personne en activité professionnelle. [1-2]. En outre, certaines pathologies étant plus fréquentes dans la tranche d'âge des plus de 60 ans (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète de type 2...)

que dans les autres, la fréquence des consultations médicales augmente logiquement. Lors de celles-ci, le patient pourra aborder un trouble du sommeil et recevoir une prescription de médicaments pour y remédier.

Nous constatons également que l'insomnie est un phénomène qui peut se développer assez tôt dans la vie. En effet les]20-30] sont, malgré le faible pourcentage de consommation d'hypnotique, représentés dans notre étude. L'enquête du baromètre santé INPES 2005, révèle que 6 % des femmes et 3,1 % des hommes de 25 à 34 ans disent avoir consommé des hypnotiques dans les six derniers mois. [1-44]

3.2.5 Répartition de la consommation d'hypnotiques en fonction des pathologies

Nous avons constitué un groupe de patients atteints de pathologies associées ou non à l'insomnie selon les 4 critères évoqués précédemment qui sont le critère « polymédicamentés », « polymédicamentés et dépressif anxieux », « dépressif anxieux » et « insomnie seule » (Cf. paragraphe 2.3 Groupe de patients p.77). Nous nous sommes intéressés à la répartition, concernant la consommation d'hypnotique, de chacune de ces 4 tranches au sein de notre échantillon. Les résultats obtenus sont présentés dans les graphiques ci-dessous.

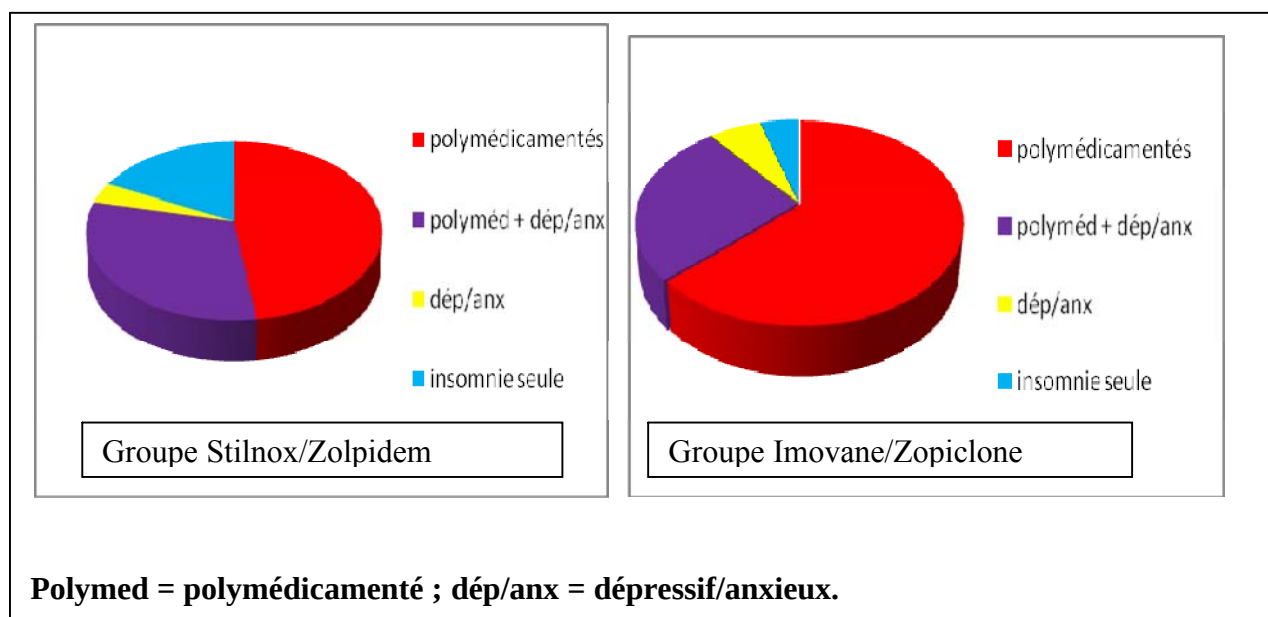


Figure 16 : Consommation de Stilnox® et Zolpidem Biogaran® et Imovane® et Zopiclone Biogaran® en fonction des pathologies

Les groupes les plus représentés dans notre échantillon sont le groupe « polymédicamenté » et le groupe « polymédicamenté et dépressif/anxieux ». En effet, les deux critères confondus atteignent une proportion de 76 % dans le groupe zolpidem et 89 % dans le groupe zopiclone soit plus des trois quart des personnes présentes dans notre échantillon. Nous remarquons également la faible proportion de personnes qui ne sont traitées que pour un souci d'insomnie. Cela ne représente que 10% des personnes dans le groupe zolpidem et 5% dans le groupe zopiclone.

Dans notre étude, l'insomnie est plus marquée lorsqu'elle est associée à d'autres pathologies que comme caractère isolé. Certaines hypothèses pourraient justifier nos résultats. En effet, les personnes qui souffrent d'une ou plusieurs pathologies consultent plus fréquemment leur médecin et ont donc l'occasion d'aborder un problème d'insomnie avec ce dernier au cours de leur visite. En outre, les autres pathologies peuvent être la cause même du trouble du sommeil, comme c'est le cas par exemple pour des douleurs associées. Enfin, il a été mis en évidence que la dépression et l'anxiété sont des facteurs qui favorisent la survenue de troubles du sommeil [1-2].

4 DISCUSSION

4.1 Durée de l'étude

Notre étude a été réalisée sur une période limitée volontairement à 6 mois dans le cadre de notre travail de thèse. Une étude portant sur une année entière aurait peut être mis en évidence des résultats différents. En effet, nous avons réalisé notre étude lors d'une période hivernale (allant de début décembre à fin mai). Lors de celle-ci, les patients peuvent être sujets à des dépressions saisonnières, directement liées au manque d'ensoleillement fréquent dans notre région et provoquant chez le patient le recours à des hypnotiques pour faciliter le sommeil. En outre, les pathologies hivernales augmentent le nombre de consultations médicales et sont l'occasion pour le patient d'évoquer leur trouble du sommeil même s'il n'était pas la raison initiale de la consultation. Aussi, toutes ces raisons laissent à penser que nos résultats sont majorés par rapport à ceux que nous aurions obtenus sur la période de début juin à fin novembre. Bien sûr, l'idéal aurait été d'effectuer notre étude sur une année complète.

4.2 Choix de l'officine

Nous avons effectué cette étude au sein d'une seule officine, dans un milieu semi-rural. La localisation géographique a sans doute un impact sur les résultats comme cela a déjà pu être démontré dans d'autres études [44]. En effet, il s'agit en l'occurrence d'un lieu géographique calme, loin des bruits et du stress de la ville, d'où une probable minoration de nos résultats d'enquête. Cependant, l'état des lieux réalisé par J. HULLAR [36] effectué en Meurthe-et-Moselle et à Laxou, sur une zone bien plus étendue que la nôtre, a conduit à des résultats similaires. Néanmoins, un avantage de la localisation de notre étude a été la fidélité de la plupart des patients, qui nous a facilité le suivi des prescriptions pendant l'étude.

4.3 Influence du traitement sur le nombre de personnes incluses dans le groupe zolpidem et zopiclone

Nous avons constaté une différence entre le nombre de personnes incluses dans le groupe zolpidem et zopiclone. Cependant, malgré une fréquence plus élevée de prescriptions dans le groupe zolpidem, les proportions de personnes de chaque tranche d'âge sont équivalentes.

La prédominance du traitement par Stilnox® ou Zolpidem Biogaran® peut avoir plusieurs causes :

- Les visites médicales ainsi que les habitudes de prescription peuvent influencer les médecins davantage vers ce choix.
- Sur le plan pharmacocinétique, le prescripteur pourrait également favoriser le Stilnox® et ses génériques. La demi-vie du Stilnox® et ses génériques est de l'ordre de 2,4 heures contre 5 heures en moyenne pour l'Imovane® et ses génériques [5], ce qui limite l'accumulation du médicament dans le sang en comparaison à l'Imovane® et limite les risques de somnolence diurne. Cependant, l'Imovane® possède également des atouts d'ordre pharmacocinétique. Il a une bonne biodisponibilité de l'ordre de 80 % alors que celle du Stilnox® est de 70 %. Cette meilleure absorption médicamenteuse permet un délai d'action plus rapide. De plus, il a une faible fixation aux protéines plasmatique, de l'ordre de 45 %, ce qui réduit considérablement le risque d'interaction médicamenteuse. Le Stilnox® quant à lui, a une fixation aux protéines plasmatiques de l'ordre de 92 % ce qui représente un risque plus élevé comparé à l'Imovane® [5].

4.4 Limites du listing de délivrance

Notre listing donne le nombre de boîtes délivrées mais ne donne aucune information directe sur la posologie du médicament. Il se peut donc qu'un patient ne consomme qu'un demi-comprimé le soir et qu'avec deux boîtes de 14 comprimés, il puisse se traiter pendant 56 jours et donc dépasser la limite de prescription de 4 semaines. Ce phénomène n'a pas pu être mis en évidence dans notre enquête.

5 **CONCLUSION**

Cette étude permet de constater que les affirmations énoncées dans les études de l'INPES et de l'INSV [42] effectuées à plus grande échelle, se vérifient pour la plupart dans notre échantillon. L'insomnie est très souvent associée à une autre pathologie. Le caractère dépressif/anxieux est également lié à de nombreux cas d'insomnie. Les plus de 60 ans sont les plus touchés par des troubles du sommeil de type insomnie.

Notre attention a plus particulièrement été retenue par le fait qu'une prise chronique d'hypnotiques est mise en évidence ici et que la réglementation de prescription de ces médicaments n'est pas respectée dans de trop nombreux cas par les prescripteurs. De nombreuses questions en découlent. Est-ce lié à une mauvaise prise en charge du patient ? Est-ce que les patients exercent une pression sur les prescripteurs et que des ordonnances de complaisance sont rédigées ? Les patients sont-ils bien informés sur leur état, leurs médicaments et leurs éventuelles pathologies associées ? Ces médicaments ne sont-ils pas trop banalisés ?

Une démarche éducative du patient souffrant d'insomnie pourrait être envisagée pour améliorer la prise en charge du patient insomniaque et c'est ce que nous avons mis en œuvre et décrit dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 2

Démarche éducative réalisée auprès de six patients souffrant d'insomnie chronique

1 INTRODUCTION

L'enquête précédente a mis en évidence, chez certains patients, une consommation chronique d'hypnotiques et dépassant dans certains cas la durée maximale de traitement de 4 semaines indiquée dans l'AMM de ces médicaments. Aussi avons-nous souhaité tester, sur 6 patients issus de notre échantillon, l'apport d'une démarche éducative du patient sur l'insomnie et ses traitements.

Un exemple d'éducation du patient insomniaque existe déjà. En effet, un « groupe d'éducation thérapeutique insomnie » a vu le jour au sein du réseau *Morphée* en Ile-de-France. Ce réseau a été créé en juin 2001 et propose aux patients atteints de troubles du sommeil, tout en ne nécessitant pas une consultation d'un spécialiste du sommeil ou une exploration du sommeil, de faire partie de groupes d'éducation thérapeutique. Dans ces groupes, des séances collectives de thérapie comportementale, dédiées à l'insomnie, proposent une alternative aux hypnotiques. Ce réseau s'est aussi donné pour mission de former les médecins à la prise en charge des troubles du sommeil. En effet, du fait d'une insuffisance de formation lors de leurs études médicales, ces derniers sont souvent démunis face aux troubles du sommeil de leurs patients. [43-69]

Notre démarche éducative se distingue d'une telle éducation thérapeutique parce que, d'une part, les patients n'ont pas été inclus dans un réseau, d'autre part, ils ont reçu une éducation individuelle et non pas collective ; enfin, ils ont bénéficié d'une séance éducative unique.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Recrutement des patients

Nous avons sélectionné 6 patients, à partir de l'échantillon utilisé pour l'enquête précédente. Ceux-ci ont été retenus car ils consommaient un hypnotique de façon chronique, c'est-à-dire sur une période excédant 4 semaines de traitement. En effet, comme nous l'avons expliqué précédemment, une boîte d'hypnotique contient 14 comprimés. Aussi, les patients ayant consommé plus de 12 boîtes sur une période de 6 mois, sont forcément des consommateurs quotidiens.

Nous les avons contactés par téléphone et leur avons expliqué le projet éducatif. Nous leur avons assuré que nous respecterions l'anonymat et le secret professionnel. Nous avons ensuite programmé des rendez-vous au domicile du patient.

2.2 Information aux médecins traitants

Des courriers, expliquant notre démarche éducative, ont été envoyés aux médecins traitant des six candidats retenus. Nous leur avons également garanti l'anonymat, tant des patients que des médecins, afin de respecter le secret médical. Ces courriers ont également été validés et signés par l'un des titulaires de l'officine. (Cf. Annexe 11 p.188)

2.3 Préparation de la séance éducative

Pour chacun des 6 patients recrutés, nous nous sommes tenus à une séance unique, nos moyens étant limités dans le cadre de notre travail de thèse. La durée de la séance a été volontairement fixée à une heure pour ne pas saturer l'attention et la concentration des patients.

Notre séance éducative s'est organisée en 4 étapes, nécessaires pour un apprentissage réussi. (Cf. paragraphe 3.3 p. 77)

2.3.1 Le diagnostic éducatif

Pour nous aider à mener à bien notre diagnostic éducatif, nous avons préparé un questionnaire, comportant des questions ouvertes et fermées.

QUESTIONNAIRE DIAGNOSTIC EDUCATIF

- 1) En dehors de l'insomnie, avez-vous un autre problème de santé ou un handicap (surdité, difficulté de concentration...) qui pourrait gêner notre entretien ? Si oui, lequel ?**

Cette question permet d'identifier un problème de santé nécessitant une adaptation immédiatement lors de la séance, comme par exemple de parler plus fort si la personne est malentendante.

- 2) Selon vous, comment peut-on définir l'insomnie ?**

Cette question permet de repérer les croyances, les représentations du patient, ce qu'il sait déjà et ce qu'il pourrait approfondir.

- 3) Quel traitement prenez-vous contre votre insomnie ? Comment le prenez-vous ? Avez-vous des craintes vis-à-vis de celui-ci ?**

Le but de cette question est d'évaluer si le patient sait ce qui lui a été prescrit pour lutter contre l'insomnie, s'il sait comment le prendre et s'il a des questions particulières sur son traitement.

- 4) Depuis quand souffrez-vous d'insomnie et dans quel contexte est-elle apparue ?
Quels facteurs peuvent aggraver votre insomnie ?
Quels facteurs peuvent améliorer votre insomnie ?**

Le contexte d'apparition de la maladie permet de cerner si le patient a une hygiène de vie optimale vis-à-vis de ce trouble ou s'il faudrait approfondir ce point.

- 5) Qu'est-ce qui vous dérange le plus avec votre insomnie ?**

Nous pouvons ici repérer la ou les priorité(s) d'apprentissage du patient et orienter notre éducation en ce sens.

Figure 17 : Questionnaire pour le diagnostic éducatif. D'après [31]

Une fois le diagnostic éducatif établi, la seconde étape consiste à définir le ou les objectif(s) de la séance.

2.3.2 Définition de l'objectif de la séance

Les résultats du diagnostic éducatif permettent de mettre en évidence les besoins du patient en termes d'éducation. Etant donné la brièveté du temps imparti et au vu du diagnostic éducatif, nous avons proposé un ou des objectif(s) au patient, réalisable(s) lors de la séance, et nous avons veillé à ce qu'il y adhère.

2.3.3 Contenu éducatif

Afin d'atteindre le ou les objectif(s) proposé(s), il importe de personnaliser l'information pour chaque patient, en fonction de ses besoins, ses connaissances et de son niveau de compréhension. Aussi, avons-nous procédé sous forme de dialogues interactifs, où nous avons veillé à écouter le patient et à toujours nous adapter le mieux possible à son niveau. Cela nous a aussi permis de corriger ses représentations erronées et d'apporter les éléments qui lui manquaient. En fin de séance, nous avons essayé de laisser au patient une trace écrite et personnalisée de l'essentiel du contenu qui avait été abordé. En outre, des supports écrits ont été réalisés afin d'aider les patients dans leur processus d'apprentissage et pour nous aider dans nos explications. Ces supports ont été conçus dans l'objectif de les rendre accessibles et compréhensibles pour la majorité des patients. Ils abordent plusieurs thèmes : le sommeil, l'insomnie, les traitements hypnotiques, et enfin, l'hygiène de vie favorisant un bon sommeil. Nous allons les présenter ci-après.

LE SOMMEIL

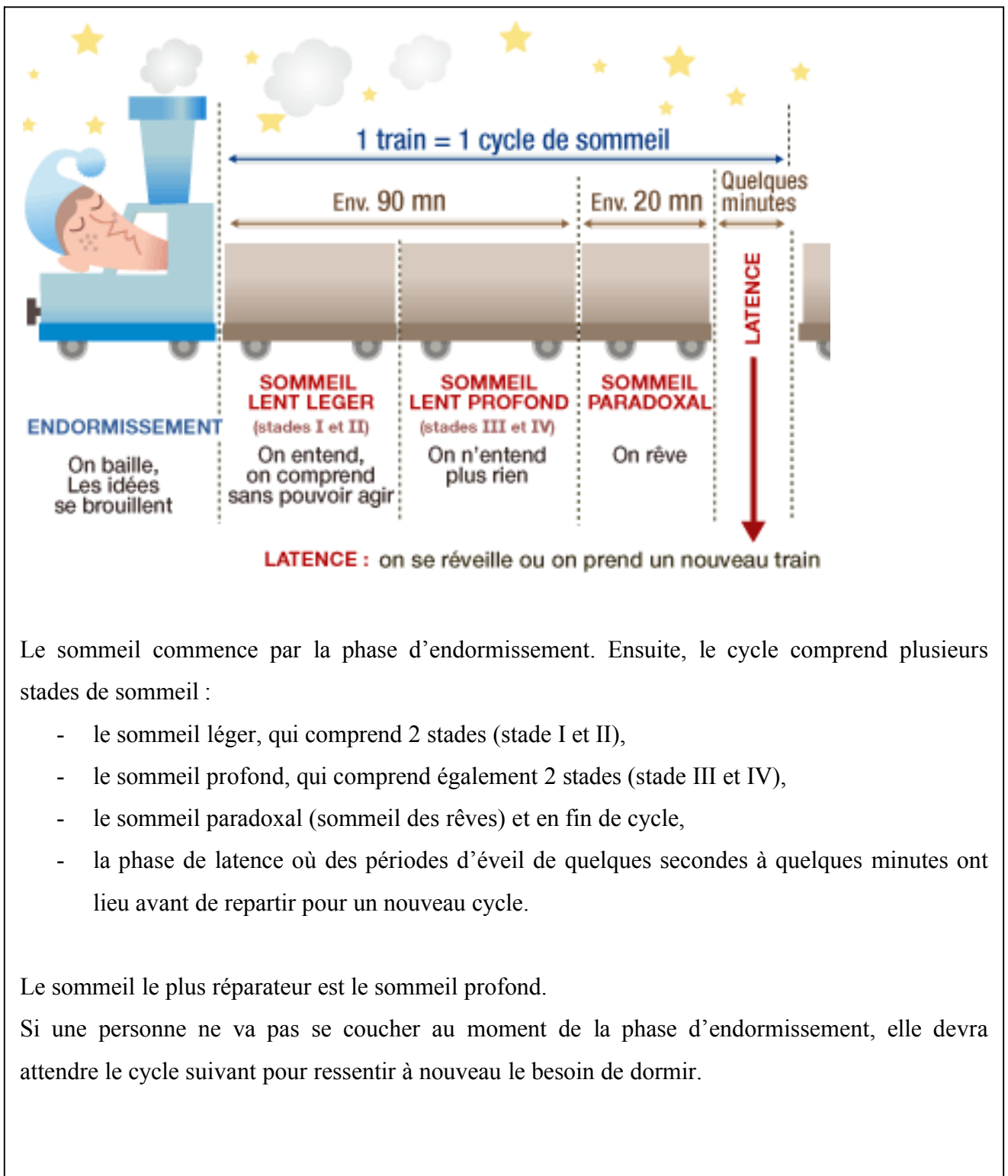
Définition du sommeil :

C'est un processus automatique qui est indispensable à la survie de l'homme. Il permet une récupération à la fois physique, psychologique et intellectuelle. Les rôles du sommeil connus à ce jour sont :

- Le maintien de la vigilance,
- Le maintien de la température corporelle,
- La reconstitution des stocks d'énergie,
- La production de certaines hormones,
- La régulation de la glycémie,
- L'élimination de toxines,
- La stimulation des défenses immunitaires,
- La régulation de l'humeur,
- Une action sur les mécanismes d'apprentissage et de mémorisation.

Organisation d'une nuit de sommeil :

Lors d'une nuit de sommeil, une série de 4 à 5 cycles se répète. Ils durent entre une heure et une heure et demie chacun. L'image ci-dessous représente un cycle de sommeil.



Le sommeil commence par la phase d'endormissement. Ensuite, le cycle comprend plusieurs stades de sommeil :

- le sommeil léger, qui comprend 2 stades (stade I et II),
- le sommeil profond, qui comprend également 2 stades (stade III et IV),
- le sommeil paradoxal (sommeil des rêves) et en fin de cycle,
- la phase de latence où des périodes d'éveil de quelques secondes à quelques minutes ont lieu avant de repartir pour un nouveau cycle.

Le sommeil le plus réparateur est le sommeil profond.

Si une personne ne va pas se coucher au moment de la phase d'endormissement, elle devra attendre le cycle suivant pour ressentir à nouveau le besoin de dormir.

Figure 18 : Support éducatif sur le sommeil. (Image de [72])

L'INSOMNIE

Définition de l'insomnie :

L'insomnie est un trouble du sommeil qui se manifeste au moins trois fois par semaine depuis un mois. Elle présente des impacts sur la vie quotidienne (fatigue, trouble de l'humeur, trouble de l'attention,...).

Différentes causes de l'insomnie :

Les causes de l'insomnie sont très variées.

- L'insomnie peut apparaître sans qu'aucune autre maladie ne soit associée. Il s'agit dans ce cas souvent d'une insomnie liée à trop de **stress et de contrariété**.
- La **dépression** a un impact négatif sur la qualité du sommeil.
- Une **mauvaise hygiène de vie** peut perturber l'organisme et désorganiser les phases d'éveil et de sommeil. Il convient par exemple éviter de consommer des boissons excitantes comme le café ou le thé à partir du milieu de l'après-midi.
- **L'âge** est également une des causes d'insomnie. En effet, le sommeil est organisé différemment chez la personne âgée et peut conduire à des insomnies.
- La **maladie** peut être un facteur déclenchant d'insomnie. Elle peut par exemple déclencher des douleurs nocturnes qui réveillent ou empêchent de dormir.

Figure 19 : Support éducatif sur l'insomnie.

LES MEDICAMENTS HYPNOTIQUES

Traitement de l'insomnie par un hypnotique :

Les hypnotiques sont des médicaments qui induisent l'endormissement et améliorent la durée du sommeil. Le but de ces médicaments est avant tout d'aider à rétablir un rythme de vie, le jour étant la période d'éveil et la nuit de sommeil.

Comment prendre son médicament ?

Ces médicaments agissent très rapidement, c'est pourquoi il est recommandé de les prendre au moment du coucher. Il est nécessaire d'essayer de trouver la plus petite quantité de médicament qui aura un effet bénéfique. Dans cette mesure, il convient d'essayer de prendre un-demi comprimé au coucher et d'évaluer l'efficacité du traitement à cette dose. Si le sommeil ne vient pas à cette dose, alors, il est possible de prendre jusqu'à un comprimé entier au total au coucher. Le traitement doit être le plus court possible, n'excédant pas une période de 4 semaines. Passé ce délai, le risque est de devoir augmenter les doses pour ressentir l'effet du médicament : c'est ce que l'on appelle le phénomène de tolérance et d'accoutumance. De plus, un phénomène de dépendance s'installe et se traduit par le fait de ne plus pouvoir se passer du médicament pour dormir.

Quels sont les effets secondaires des hypnotiques ?

- Nous venons de mentionner les problèmes de dépendance, de tolérance et d'accoutumance. Ils entraînent à l'arrêt du médicament, un phénomène de sevrage, qui se manifeste à la fois physiquement (par exemple par des sueurs, de l'insomnie, de l'agitation), mais aussi mentalement par un désir de prendre le médicament. Le sevrage d'une personne qui prend un hypnotique de façon chronique doit se faire en collaboration avec le médecin.

- Il a déjà été observé une amnésie entre le moment de prise du médicament et le moment où la personne s'endort.
- Pendant la journée, il est possible de voir apparaître des troubles du comportement avec une altération de l'état de conscience et de la mémoire.
- Pour les personnes souffrant d'insuffisance hépatique ou rénale, il convient que le médecin adapte la posologie du médicament pour éviter qu'il ne s'accumule dans l'organisme.
- Les hypnotiques diminuant fortement la vigilance, leur prise peut occasionner des chutes nocturnes avec des conséquences parfois graves.
- Les hypnotiques peuvent induire une somnolence résiduelle pendant la journée.

Dans quels cas les hypnotiques sont-ils contre-indiqués ?

- Une hypersensibilité à un des composants du médicament hypnotique contre-indique son utilisation.
- L'insuffisance respiratoire, l'apnée du sommeil, l'insuffisance hépatique sévère et la myasthénie (maladie neuromusculaire) sont des maladies qui contre-indiquent l'utilisation d'hypnotique.

Figure 20: Support éducatif sur les traitements hypnotiques

HYGIENE DE VIE FAVORISANT UN BON SOMMEIL

Quelles sont les activités à pratiquer et à quels moments de la journée ?

- **Des horaires réguliers :**

Il est conseillé d'adopter des horaires réguliers de lever et de coucher.

- **La sieste oui mais...**

Les siestes ne sont pas proscrites en cas d'insomnie à condition qu'elles aient lieu en début d'après-midi et qu'elles ne durent pas plus d'une heure. Les grasses matinées sont en revanche à éviter.

- **Et l'activité physique alors ?**

Pratiquer une activité physique, comme la marche à pied, permet de favoriser un bon sommeil. Il est cependant recommandé de ne pas effectuer d'effort physique trop intense en fin de journée.

- **Des activités calmes et relaxantes en fin de journée**

Il vaut mieux privilégier des activités calmes, comme par exemple la lecture, plutôt que la télévision ou les jeux vidéo en fin de journée.

Comment bien aménager sa chambre à coucher pour améliorer son sommeil ?

Comme son nom l'indique, la chambre à coucher sert à dormir. Il est recommandé d'éviter de passer du temps éveillé dans son lit et d'effectuer des activités stressantes dans le lieu qui sert à se reposer. La température idéale de cette pièce doit être d'environ 15 à 18°C et l'obscurité et une ambiance calme sont importantes pour bien dormir. Une aération quotidienne de la chambre à coucher est souhaitable.

Si le sommeil ne vient pas au bout de 15 minutes et que son attente est pénible, il est préférable de se lever et de pratiquer une activité calme jusqu'à ce que le besoin de dormir se fasse sentir. Il est recommandé de ne pas passer trop de temps éveillé dans son lit.

Quelles sont les règles à observer au niveau alimentaire ?

- **Substances à éviter après 15 h :**

- La nicotine présente dans le tabac est un stimulant qui retarde l'endormissement, augmente les éveils nocturnes et rend le sommeil plus léger.
- L'alcool a une action au départ sédatrice mais qui ensuite favorise l'instabilité du sommeil et qui provoque des éveils nocturnes.
- Le café, le thé, le cola... sont des substances stimulantes qui sont à proscrire à partir du milieu d'après-midi.

- **Dîner léger, au moins 2 heures avant le coucher :**

Un dîner léger facilite la digestion. Il convient cependant de veiller à manger suffisamment pour ne pas avoir de sensation de faim au coucher et pendant la nuit, car cela pourrait être un facteur d'éveil nocturne. Certains aliments sont à privilégier comme par exemple les crudités, le pain blanc, les pâtes, le poisson, les légumes, le soja, les amandes, le fromage, les œufs, la viande rouge, le chocolat noir... En effet, ces aliments sont riches en tryptophane, qui est un acide aminé ayant un rôle clef dans le sommeil, car il permet la synthèse de l'hormone qui déclenche le sommeil : la mélatonine. [66]

Figure 21: Support éducatif sur l'hygiène de vie favorisant un bon sommeil

AGENDA DU SOMMEIL

L'agenda du sommeil, qu'est-ce que c'est ?

L'agenda du sommeil est un relevé des horaires de sommeil sur un tableau qui se remplit nuit après nuit. Il se remplit à deux moments de la journée :

- Le matin pour décrire le déroulement de la nuit,
- Le soir pour préciser le déroulement de la journée

Il peut permettre de repérer des erreurs d'hygiène de vie et de les rectifier.

Comment remplir son agenda du sommeil ?

Le quadrillage délimite les heures de la journée.

- Il faut repérer le moment du coucher par une flèche qui descend à l'heure où l'on va se coucher.
- De la même manière, il faut repérer le moment du lever, cette fois avec une flèche qui monte, à l'heure où l'on se réveille.
- Les moments dans la journée où l'on dort, qu'il s'agisse d'une sieste ou du sommeil de la nuit, sont à griser.
- Il faut repérer les moments où l'on ressent une somnolence par un « S » aux heures où cela se manifeste.
- Les moments, où un long réveil se manifeste au cours de la nuit, sont à souligner sur l'agenda par une autre couleur que le gris (réservé au sommeil).
- Enfin, le demi-sommeil est à repérer par les lettres « RRR » aux heures précises où cela se produit.

L'agenda du sommeil qui suit donne un exemple de ces explications sur la première ligne.

Il faudra également remplir la partie droite qui concerne la qualité du sommeil, du réveil et la forme ressentie pendant la journée.

Enfin, une partie est réservée pour des remarques libres et pour indiquer s'il y a eu une prise de médicament pour faciliter l'endormissement et le sommeil.

Pour nous aider dans notre démarche, outre les supports éducatifs que nous venons de présenter, nous avons commandé sur le site Internet de l'ordre des pharmaciens, CESPARM, des brochures pour aider les patients à mieux comprendre le sommeil en général. Celle-ci est intitulée « Bien dormir, mieux vivre. Le sommeil s'est la santé ! ». [73]

2.3.4 Evaluation de la séance éducative

A l'issue de la séance, une évaluation a été réalisée, tant pour vérifier l'atteinte du ou des objectif(s) de départ que pour évaluer la satisfaction du patient ainsi que l'impact qu'a eu sur lui la démarche éducative.

2.3.4.1 Evaluation de l'atteinte du ou des objectif(s)

Cette évaluation a été réalisée à la fin de l'entretien en interrogeant le patient et en lui faisant reformuler ce qu'il avait compris et retenu pendant l'entretien.

2.3.4.2 Evaluation de la satisfaction du patient et de l'impact de la démarche éducative

L'évaluation s'est déroulée en deux temps, le premier permettant d'évaluer la satisfaction du patient au sujet de la séance et le second permettant d'évaluer l'impact de la démarche éducative menée. Pour que le patient ne soit pas influencé dans ses réponses, nous avons préparé un questionnaire écrit de satisfaction, anonyme. Le questionnaire a été rempli en l'absence de l'éducateur et lui a été remis par la suite sous enveloppe cachetée.

QUESTIONNAIRE D’EVALUATION DE LA SEANCE

EDUCATIVE

1) **Questionnaire de satisfaction**

Le patient devait répondre aux questions suivantes et exprimer son niveau de satisfaction en donnant une note allant de 1 à 4. Les points sont attribués de la façon suivante :

- 1 = pas satisfait du tout
- 2 = moyennement satisfait
- 3 = satisfait
- 4 = totalement satisfait

QUESTION	POINTS
Comment avez-vous trouvé l’organisation générale de la séance éducative ?	
Vous êtes-vous senti en confiance avec l’éducateur ?	
Est-ce que la séance a répondu à vos attentes ?	
La durée de la séance vous-a-t-elle parue satisfaisante ?	
La séance était-elle bien animée ?	
Les supports écrits qui vous ont été remis vous ont-ils paru bien conçus et utiles pour vous ?	
Avez-vous trouvé les informations données faciles à comprendre ?	
Vous êtes-vous senti suffisamment écouté pendant la séance ?	

2) Evaluation de l'impact d'une démarche éducative

a) Cette séance vous-a-t-elle donné envie de changer quelque chose dans votre quotidien ?

° Non ° Oui

Si oui, Qu'auriez-vous envie de changer ?

b) Souhaiteriez-vous que votre pharmacien propose des démarches éducatives concernant d'autres thèmes ?

° Non ° Oui

Si oui, quels thèmes souhaiteriez-vous voir aborder ?

3) Commentaires libres

Figure 23: Questionnaire d'évaluation de la séance éducative réalisée par le patient. [31]

3 RESULTATS

3.1 Résultats du diagnostic éducatif

3.1.1 Etat physique du patient

Sur les six patients que nous avons rencontrés, deux présentaient un handicap qui a gêné le bon déroulement du rendez-vous. Un patient a évoqué une paralysie des cordes vocales ainsi qu'une insuffisance respiratoire sévère. Il a eu de ce fait des difficultés à parler et a été très vite essoufflé. Nous avons donc limité la durée de notre rendez-vous afin de ne pas trop le fatiguer. Un autre patient souffrait de surdité ce qui a nécessité de parler nettement plus fort pour qu'il nous entende correctement. Les autres patients n'avaient pas de problème particulier et les rendez-vous se sont déroulés correctement.

3.1.2 Vision de l'insomnie par les patients

Lorsque les patients ont dû exprimer leur vision de l'insomnie, ils en ont donné une définition partielle, en fonction de leurs propres symptômes. Ainsi, quatre patients sur les six ont défini l'insomnie comme étant une difficulté d'endormissement liée à de l'anxiété. Un patient a évoqué, en plus de ce problème d'endormissement, des éveils fréquents liés à des apnées et des difficultés respiratoires. Outre les soucis d'endormissements et d'éveils nocturnes, un patient a défini l'insomnie comme étant un problème d'éveil précoce, aux environs de 4 à 5 heures du matin. Aucun patient n'a évoqué explicitement la répétition du trouble, cependant, leur discours laissait entendre que cela leur arrivait souvent. De plus, aucun patient n'a parlé des répercussions de la maladie sur leur vie quotidienne.

3.1.3 Identification des traitements de l'insomnie par les patients

Les 6 patients interrogés ont très bien identifié leur(s) traitement(s) pour lutter contre l'insomnie. L'hypnotique est le premier médicament dont les patients ont parlé. Cependant, certains patients prennent, en plus de ce traitement, d'autres médicaments en complément de

l'hypnotique, tels que des anxiolytiques ou des antalgiques pour éviter que des douleurs nocturnes ne perturbent leur sommeil.

3.1.4 Comment les patients prennent leur traitement ?

Concernant la modalité de prise, tous les patients prennent leur médicament quelques minutes avant le coucher. Un patient a néanmoins déclaré lire encore une bonne heure avant d'éteindre la lumière et de dormir. Il s'inquiétait d'ailleurs de ne pas toujours se souvenir de la totalité de sa lecture le lendemain.

3 patients sur 6 prennent tous les soirs un comprimé au coucher. Les 3 autres patients sont en train de diminuer leur traitement pour l'arrêter. Pour 2 d'entre eux, la posologie quotidienne est de $\frac{1}{2}$ comprimé au coucher. Pour le dernier patient, il a réussi son sevrage depuis un mois et ne prend plus qu'un anxiolytique au moment du coucher pour pallier à son anxiété. Tous les patients ont dit avoir débuté leur traitement par $\frac{1}{2}$ comprimé au coucher. Les années passant, cela n'a plus suffi pour obtenir l'effet escompté et ils ont dû passer à 1 comprimé au coucher.

Les trois patients en cours de sevrage ont dit avoir été inquiets des informations diffusées concernant la suppression de deux médicaments, largement prescrits pour la prise en charge de l'insomnie : le Noctran® et la Mépronizine®. Ils ont alors pris la décision d'en discuter avec leur médecin traitant et de commencer un sevrage. Ces 3 patients sont également les 3 à avoir répondu oui à la question « avez-vous des craintes vis-à-vis de votre médicament ? ». Les 3 autres patients ont tous répondu non, en justifiant leur réponse par le fait que le médicament fonctionne très bien et que s'ils ne le prennent pas, ils ne dorment pas. Ils sont donc convaincus de l'efficacité du traitement sans savoir que c'est en réalité le phénomène de sevrage qui les empêche de dormir lorsqu'ils arrêtent le traitement.

3.1.5 Durée et contexte d'apparition de l'insomnie

Les six patients souffrent d'insomnie depuis au moins 10 ans et l'un a même déclaré être pris en charge pour son insomnie depuis plus de 30 ans.

Trois patients ont commencé à avoir des troubles du sommeil suite à des angoisses nocturnes. Un patient notamment a souffert d'un accident cardiaque et a été victime, par la suite, de crises d'angoisses sévères, qui ont conduit à des insomnies. Un patient a évoqué une insomnie liée à un changement de rythme au moment de la retraite. L'avancée de l'âge est un contexte d'apparition d'insomnie évoquée par deux patients. Enfin, un patient ayant une maladie provoquant des douleurs intenses, nous a confié avoir de ce fait, des éveils nocturnes de plus en plus fréquents.

3.1.6 Conclusion des diagnostics éducatifs

Pour 5 des patients, le diagnostic éducatif a duré 15 minutes, cependant, la personne atteinte de paralysie des cordes vocales et d'insuffisance respiratoire a eu beaucoup de mal à rester centrée sur notre thème. En effet, il est vite apparu que les troubles du sommeil n'étaient pas une priorité pour elle et que ses problèmes de santé occupaient tout son esprit. Aussi, le diagnostic éducatif a duré 20 minutes car elle avait une forte tendance à dévier du sujet et nous avons dû plusieurs fois l'y ramener.

3.2 Définition des thèmes à aborder avec les patients

Le choix des thèmes abordés s'est imposé facilement à l'issue du diagnostic éducatif. En effet, grâce aux différentes questions posées, les patients se sont rendus compte par eux-mêmes des lacunes qu'ils avaient besoin de combler. Nous avons également très vite ciblé les thèmes intéressants pour eux d'où l'importance de soigner le questionnaire servant de trame au diagnostic éducatif.

3.2.1 Pour les trois patients en cours de sevrage

A l'issue de ce diagnostic, il s'est avéré que les 3 patients effectuant un sevrage ressentaient les mêmes besoins et ont tous souhaité aborder les mêmes thèmes. Il s'agissait :

- du sevrage (pour lequel nous n'avions pas prévu de fiche support),
- des médicaments hypnotiques
- du sommeil en lui-même.

Outre ces thèmes, un patient avait commencé à tenir un agenda du sommeil et nous avons pris soin, à sa demande, de vérifier qu'il avait bien compris la façon de le compléter et les avantages de tenir un tel agenda.

3.2.2 Pour les trois autres patients

Le premier thème choisi par les trois autres patients concernait les conseils d'hygiène de vie favorisant un bon sommeil.

Le deuxième thème, choisi par l'ensemble des patients de ce groupe, a été le médicament. Pour le troisième thème, l'un des patients a voulu faire le point sur le sommeil en lui-même et l'autre sur l'insomnie. Quant au patient atteint d'insuffisance respiratoire et de paralysie des cordes vocales, nous nous sommes volontairement limités à deux thèmes afin de restreindre la durée de l'entretien pour tenter de le garder concentré jusqu'au bout.

3.3 Contenu éducatif

3.3.1 Groupe des 3 patients en cours de sevrage

Pour ces patients, nous avons démarré notre éducation par un point sur le sommeil. En effet, il nous semblait important qu'ils comprennent comment s'organise une nuit de sommeil et ses rôles, afin d'enchaîner par les thèmes du médicament, du rôle d'un hypnotique et enfin du sevrage.

Il s'est avéré que les patients avaient déjà de bonnes connaissances sur les fonctions du sommeil, mais pas sur son architecture. Concernant les médicaments hypnotiques, tous nous

ont pu définir de façon exacte le phénomène de dépendance, qu'ils désiraient éviter en arrêtant la prise du traitement. Ils n'avaient en revanche pas compris les notions de tolérance et d'accoutumance avant que nous leur expliquions.

La lacune la plus importante sur la connaissance de leur traitement se situait au niveau du mécanisme d'action du médicament. Aucun d'entre eux n'avait compris les 2 raisons fondamentales de prescription d'hypnotique. Nous avons donc insisté en expliquant que le médicament permet d'une part, le rétablissement de l'horloge biologique et d'autre part, qu'il permet au patient de récupérer de la fatigue engendrée par l'insomnie en favorisant l'endormissement et en évitant des éveils nocturnes ou précoces. Tous pensaient que le problème d'insomnie ne se résoudrait qu'en prenant quotidiennement leur médicament et qu'ils devraient vivre avec cela tout le reste de leur vie. Notre intervention leur a permis de prendre conscience du fait que l'insomnie est un état physique pouvant être corrigé grâce aux hypnotiques et que ces médicaments sont très efficaces à condition qu'ils soient pris sur une courte période, comme cela est préconisé dans leur AMM.

Enfin, nous avons terminé notre éducation avec un dernier thème : le sevrage. Nous avons d'abord encouragé chaque patient dans son initiative de sevrage. Ensuite, nous avons pris soin de lui expliquer les différentes phases d'un protocole de sevrage. Nous avons surtout insisté sur la diminution progressive du traitement et sur le fait qu'il faut être patient et ne pas vouloir aller trop vite au risque d'échouer.

Tous avaient pris soin de parler du sevrage avec leur médecin traitant. Deux d'entre eux se sont vus prescrire de l'Athymil® (miansérine) pour aider au sevrage. Cet antidépresseur bloque les auto-récepteurs alpha-adrénergiques. Il n'inhibe pas la recapture de la noradrénaline mais a pour fonction d'en augmenter le taux de renouvellement. Cependant, il n'agit pas sur le taux de renouvellement de la sérotonine et de la dopamine. [12-13]. Le but de l'instauration de ce traitement était sûrement de traiter la dépression du patient dans le but d'améliorer la qualité de son sommeil.

Nous avons constaté qu'aucun patient en cours de sevrage n'avait pensé à en parler à son pharmacien, qui aurait pu les orienter par exemple, vers des alternatives comme l'homéopathie ou la phytothérapie en parallèle des traitements instaurés par le médecin. En outre, le patient ayant déjà arrêté complètement son traitement nous a confié avoir de grosses difficultés à dormir et s'être peut être précipité dans son sevrage. Il nous a demandé des

conseils en phytothérapie et nous lui avons suggéré de demander à son pharmacien de l'eschscholtzia et de la valériane pour l'aider à trouver le sommeil plus facilement et en améliorer la qualité.

L'explication des étapes du sevrage a, semble-t-il, rassuré et motivé les patients.

3.3.2 Autres patients

Pour les autres patients, nous avons eu trois cas différents, nécessitant une analyse individuelle, que nous allons exposer ci-après.

3.3.2.1 Premier cas

Il s'agit du patient souffrant d'insuffisance respiratoire sévère et de paralysie des cordes vocales, pour lequel nous avons rencontré des difficultés lors du déroulement de la séance éducative.

Nous avons démarré le contenu éducatif par un point sur l'hygiène de vie favorisant un bon sommeil. Comme pour chaque patient, nous l'avons laissé s'exprimer quand il le désirait. Ici, et contrairement à tous les autres cas, il s'est avéré que cela a été délétère pour notre éducation, puisque très souvent hors sujet. La difficulté principale a été de ramener notre patient vers notre sujet après l'avoir laissé s'exprimer. Nous avons constaté qu'à cause de ses divers problèmes de santé, les conseils d'hygiène de vie favorisant un bon sommeil étaient difficiles, voir impossibles, à mettre en application.

Nous avons donc rapidement orienté notre contenu éducatif vers le médicament. Sur ce sujet encore, et malgré les lacunes décelées lors du diagnostic éducatif, le patient estimait que son médicament fonctionnait très bien et qu'il n'avait pas forcément besoin d'en savoir plus. C'est pourtant ce patient qui nous a confié, avec inquiétude, avoir des amnésies entre le moment de prise et le moment où il éteint la lumière et dort. De ce fait, nous avons tout de même insisté sur cet effet indésirable et répondu à son interrogation.

L'attention de ce patient a également été attirée lorsque nous avons expliqué, que l'insuffisance respiratoire contre-indique ce traitement. Après discussion, nous avons compris que le médecin avait fait ce choix en prenant en compte ce critère, estimant que le risque était minime en comparaison du bénéfice apporté sur l'amélioration de la qualité du sommeil.

Le déroulement du rendez-vous a mis en évidence le fait que l'insomnie n'était pas une priorité pour le patient du fait de ses autres problèmes de santé. Notre éducation a été laborieuse et nous ne sommes pas convaincue de l'impact bénéfique de notre initiative éducative.

3.3.2.2 Deuxième cas

Il s'agit du patient voulant faire un point sur le sommeil, l'hygiène de vie et sur les médicaments hypnotiques.

Comme pour les patients en cours de sevrage, nous avons commencé par un point sur le sommeil. Il s'est avéré que le patient avait les mêmes connaissances que les autres. Ainsi, il connaissait parfaitement les principaux rôles du sommeil mais a pu bénéficier de nos explications sur l'architecture d'une nuit de sommeil. Nous avons ensuite abordé les principales règles d'hygiène de vie à observer pour un sommeil de bonne qualité. Ensuite, nous avons ensemble essayé de cibler certaines règles que la personne pouvait améliorer. Ainsi, le patient a décidé de ne plus rester dans son lit à attendre en vain le sommeil, mais de se relever et d'effectuer une activité calme en attendant que le sommeil revienne. Il a aussi déclaré qu'il prêterait à l'avenir plus attention aux signaux indiquant le moment de se coucher et qu'il ne tarderait pas à aller dormir.

Enfin, nous avons abordé des explications sur le médicament. Le rôle du traitement sur l'endormissement a été bien défini par le patient. En revanche, cette personne ignorait aussi que le traitement se prenait sur une courte période dans le but de recadrer l'horloge biologique et d'éviter que le médicament n'entraîne des phénomènes de dépendance, tolérance et accoutumance. Le patient s'est alors dit conscient du phénomène de dépendance et d'accoutumance mais ne pas savoir ce qu'était réellement la tolérance. Une réponse précise lui a été donnée à ce sujet.

3.3.2.3 Troisième cas

Il s'agit du patient désirant faire un point sur l'insomnie, sur l'hygiène de vie favorisant un bon sommeil et sur les médicaments hypnotiques.

Ce patient, ne souffrant d'aucune autre pathologie que l'insomnie, souhaitait mieux comprendre sa maladie. Il a défini son insomnie comme étant un problème d'endormissement et d'éveil précoce survenu depuis le moment de sa retraite. Le changement de rythme semble avoir eu un impact sur la qualité de son sommeil. Nous lui avons donné la définition complète de l'insomnie et il nous a déclaré qu'en effet, il ressentait de réelles répercussions, dues à la mauvaise qualité de son sommeil, sur sa vie quotidienne. En abordant les diverses causes de l'insomnie, son attention s'est portée sur la mauvaise hygiène de vie.

Nous avons donc enchaîné notre séance éducative avec l'hygiène de vie favorisant un bon sommeil. Le patient respectait déjà de nombreuses règles, notamment sur la chambre à coucher, mais ignorait malgré tout certaines autres règles. Nous dialogué pour y remédier : ainsi, il a pu décider par exemple supprimer les cafés pris trop tard dans l'après-midi et de raccourcir sa sieste après le déjeuner. Ces objectifs lui ont semblé simples à atteindre et surtout bénéfiques.

Enfin, nous avons fait un point sur son médicament hypnotique en expliquant ses 2 rôles fondamentaux et la modalité de prise du traitement. Le patient nous a alors confié avoir dû augmenter la dose, et passer de $\frac{1}{2}$ comprimé au coucher à 1 comprimé au coucher, il y a quelques années parce que le médicament ne faisait plus assez d'effet. Nous en avons alors profité pour expliquer les phénomènes de dépendance, de tolérance et d'accoutumance observés lors d'une prise au long cours de médicament hypnotique. Bien que surpris par nos explications sur le phénomène de tolérance, le patient avait cependant observé qu'il éprouvait des difficultés à dormir s'il ne prenait pas son médicament.

3.4 Conclusions et évaluation de la séance par l'éducateur

A l'issue de ces séances éducatives, nous avons remis aux patients le questionnaire d'évaluation de la séance qu'ils devaient remplir. Pendant que le patient complétait son évaluation, nous avons de notre côté, préparé une trace écrite à remettre au patient en fonction du déroulement de la séance. Cela a permis d'apporter une personnalisation de l'information par rapports aux supports préparés à l'avance et au livret « Bien dormir, mieux vivre », commandé sur le site Internet Cespharm. Nous avons ensuite rapidement interrogé les patients pour vérifier s'ils avaient intégré les principales notions abordées lors de la séance éducative. Il a parfois été nécessaire d'insister à nouveau sur une notion, qui n'était pas totalement acquise.

L'objectif d'une durée d'une heure par séance a été atteint, tout en laissant suffisamment de temps de parole aux patients. Cependant, il a parfois été nécessaire de recentrer le patient sur le sujet. Les supports préparés à l'avance permettaient, d'une part aux patients de suivre plus facilement le cours de nos explications et d'autre part, d'être interpellés par certaines notions et d'avoir ainsi la possibilité de demander un complément d'information. Le livret « Bien dormir, mieux vivre » a été également bien accueilli.

Hormis le patient atteint d'insuffisance respiratoire et de paralysie des cordes vocales, nous n'avons pas rencontré de difficulté particulière de communication avec les patients. Ceux-ci semblaient être en confiance et intéressés par le sujet.

3.5 Résultats de l'évaluation de la séance par les patients

3.5.1 Résultats du questionnaire de satisfaction

Les patients nous ont remis le questionnaire de satisfaction, sous enveloppe cachetée, pour qu'ils puissent se sentir libres dans leur évaluation. Comme nous l'avons expliqué plus haut, les notes attribuées par les patients allaient de 1 à 4, 4 étant la meilleure note. Il s'est avéré que la plus mauvaise des notes attribuées était un 3, la moyenne générale étant de 3,7 / 4 par question. Nous pouvons donc dire que l'ensemble des patients a été satisfait du rendez-vous,

que ce soit au niveau de l'organisation générale, de la mise en confiance et de l'écoute, de la réponse aux attentes du patient, de l'animation de la séance et de la qualité des documents fournis et des informations données.

3.5.2 Résultats de l'impact de la démarche éducative

3.5.2.1 Impact du rendez-vous sur le quotidien du patient

Les avis ont été partagés. L'un des patients ne pense pas devoir changer quoi que ce soit suite à notre intervention. Un autre patient, correspondant à celui ayant arrêté son médicament, ne veut pas changer quoi que ce soit d'autre pour le moment et entend uniquement se focaliser sur son sevrage.

Les quatre autres patients ont déclaré désirer changer quelque chose dans leurs habitudes :

- un patient a souhaité modifier la façon de prendre son médicament. Il a pensé être capable de ne le prendre qu'en cas d'insomnie et non plus systématiquement. Il s'agissait de l'un des patients en cours de sevrage.
- deux patients ont dit vouloir adopter quelques règles d'hygiène de vie exposées lors de la séance.
- Enfin, un dernier patient a exprimé l'envie d'adopter des horaires de sommeil plus réguliers afin de faciliter l'arrêt complet de son médicament.

Ces résultats montrent que les rendez-vous thérapeutiques ont eu un impact sur 5 des 6 patients inclus dans le projet éducatif.

3.5.2.2 Proposition d'autres démarches éducatives

Sur les six patients interrogés, quatre ont déclaré ne pas ressentir le besoin que le pharmacien propose des démarches éducatives dans son officine. En revanche, deux patients ont eux été séduits par une telle initiative du pharmacien. Un patient a souhaité que le pharmacien aide les patients à prendre correctement leur tension artérielle à leur domicile. L'autre, n'a pas émis de souhait particulier mais trouve qu'une telle démarche éducative peut apporter un plus à sa prise en charge générale. Cependant, l'éducation du patient étant un phénomène nouveau, il se

peut que les patients aient du mal à se représenter quel pourrait être son apport dans leur quotidien.

4 DISCUSSION

4.1 Qualité de la démarche éducative

4.1.1 Prise de contact avec les patients

La démarche éducative était destinée aux patients de l'officine où j'avais effectué mon stage de 6^{ème} année. Cependant, lors de la phase pratique, je n'étais plus présente dans cette officine et cela a posé plusieurs problèmes. En effet, les gens ont été très méfiants lors des appels téléphoniques servant à présenter le projet et à recueillir leur adhésion. Ils ne me faisaient plus confiance et un patient a même refusé de participer à la démarche car il ressentait le projet comme étant une intrusion dans ses affaires de santé. Dans cette mesure, il a été nécessaire de modifier le protocole d'adhésion des patients : le titulaire de l'officine est intervenu lui-même pour informer les personnes du projet en cours et c'est seulement à ce moment que je les ai appelés pour recueillir leur adhésion ou leur refus. D'autre part, entre la fin de mon stage et la mise en pratique, presque une année s'est écoulée. La plupart des patients ne se souvenaient donc plus de moi ce qui n'a facilité ni la prise de contact avec les patients, ni la relation de confiance. Cette prise de contact aurait sans doute été plus facile pour un éducateur travaillant encore dans l'officine et connaissant la patientèle.

4.1.2 Choix du lieu des rendez-vous thérapeutiques

Il a été convenu que la mise en pratique de la démarche éducative se fasse au domicile du patient, et ce pour plusieurs raisons :

- Les patients étaient tous âgés de plus de 60 ans et pouvaient avoir des difficultés à se déplacer.
- Pour des raisons logistiques, car il aurait été difficile de réaliser ces rendez-vous à l'officine sans déranger le déroulement de la journée de travail.

Cependant, ce choix n'a pas été sans conséquences, qu'elles soient positives ou négatives. En effet, ces personnes ont toutes trouvé plaisant de recevoir la visite d'un pharmacien à leur domicile. Cette compagnie leur a sans doute permis d'adhérer plus facilement à la démarche. De plus, le fait d'être dans un lieu familier a dû aider à instaurer un climat de confiance. Malgré tout, un inconvénient majeur a été que les patients ont pu être distraits, par exemple par un téléphone qui sonne ou encore par des photos de famille. L'environnement était donc à la fois propice à l'éducation grâce au climat de confiance qui y régnait, mais aussi néfaste pour la concentration du patient. Un lieu plus neutre, comme par exemple le bureau de l'officine, devrait sans doute être envisagé à l'avenir pour favoriser l'apprentissage du patient en évitant les distractions et le manque de concentration.

4.1.3 Evaluation de la démarche éducative

Les questionnaires d'évaluation de la séance, remplis par les patients, ont tous reçu des notes élevées. Le fait que ceux-ci soient anonymes et mis sous enveloppe n'a sans doute pas suffi à rendre les réponses des patients objectives. En effet, chaque enveloppe a été récupérée cachetée à l'issue de la séance. De ce fait, les patients ont peut-être eu peur de me blesser en étant sévères dans leur évaluation puisqu'ils savaient que je pouvais lire le questionnaire tout de suite après mon intervention et donc connaître l'auteur de l'évaluation.

Pour améliorer l'objectivité de l'évaluation, il aurait peut-être été plus judicieux de fabriquer une urne, dans laquelle les patients auraient mis l'enveloppe et qui n'aurait été ouverte et dépouillée qu'après la dernière séance éducative effectuée. En effet, la décision de ne pas remettre d'enveloppe timbrée au patient a été prise afin d'éviter de ne jamais récupérer les évaluations. Malgré le manque d'objectivité des évaluations, un point sur lequel il semble difficile de douter est la confiance car lors des séances, les échanges étaient spontanés et de nombreuses questions ont été posées par les patients dans le but d'obtenir des informations supplémentaires.

4.1.4 Impact de la démarche sur les patients

4.1.4.1 Impact des rendez-vous sur le quotidien des patients

A l'issue des rendez-vous d'éducation thérapeutique, les patients sont sensés opérer des changements dans leur vie afin de mieux vivre avec leur insomnie. Cependant, l'évaluation des patients révèle que l'un d'entre eux ne veut rien changer suite à cette intervention. Il s'agit là d'un échec mais qui était relativement prévisible car le patient concerné est celui qui avait de graves soucis de santé en plus de son insomnie. Cela révèle ici l'importance de vérifier les motivations ainsi que les priorités du patient avant de l'inclure dans un projet éducatif. Un autre patient n'a pas souhaité opérer de changement suite au rendez-vous éducatif, du fait qu'il soit déjà en cours de sevrage de son hypnotique et ne prenne plus de médicament au moment du coucher. Il éprouvait alors des difficultés et ne souhaitait pas se rajouter d'autres objectifs, au risque d'échouer. Cependant, l'intervention effectuée auprès de ce patient a été bénéfique puisqu'elle a permis de l'accompagner dans sa démarche de sevrage en lui apprenant des choses supplémentaires sur son traitement et sur le sommeil. Ainsi, malgré sa réponse négative sur les changements dans sa vie quotidienne suite au rendez-vous éducatif, le patient a tout de même pu optimiser. En ce qui concerne les autres patients, ils ont tous souhaité changer quelque chose dans leur quotidien.

Ce bilan révèle que suite à cette démarche éducative, les patients ont majoritairement souhaité effectuer des changements dans leur vie quotidienne et que l'éducation thérapeutique a donc eu un impact plus ou moins important en fonction des patients.

4.1.4.2 Proposition d'autres démarches éducatives

Dans les résultats, il est apparu que sur les six patients vus en rendez-vous thérapeutique, quatre ne trouvent pas utile que le pharmacien propose d'autres démarches éducatives. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce résultat médiocre. D'une part, l'éducation du patient étant un phénomène nouveau, il se peut que les patients aient eu du mal à se représenter quel pourrait être son apport dans leur quotidien. D'autre part, l'insomnie est un thème d'éducation qui ne révèle pas complètement aux patients l'impact que pourrait avoir une démarche éducative. En effet, la prise en charge de l'insomnie ne nécessite aucun savoir faire particulier. En revanche, d'autres pathologies comme par exemple, le diabète et l'asthme,

nécessitent de savoir pratiquer certains gestes techniques. Ainsi, si le thème choisi pour l'éducation thérapeutique avait été plus axé sur du savoir faire, les patients auraient sans doute pu prendre davantage conscience de l'impact positif que peut avoir une démarche éducative. Ce test aura donc permis de mettre en évidence que l'impact pour le patient peut varier également en fonction du thème choisi.

4.1.5 Globalité d'une démarche éducative

Pour réaliser ce projet, il a été nécessaire d'intégrer le fait qu'une démarche éducative est un travail global, ne se limitant pas à ce que le pharmacien sait et a l'habitude de faire, c'est-à-dire l'information et le conseil. En effet, même si cette démarche éducative n'a fait intervenir aucun autre professionnel de santé, elle a présenté les mêmes avantages et critères qu'une éducation thérapeutique classique. Le but de l'éducation était de provoquer chez le patient des changements dans la vie du patient et de le rendre expert de son trouble du sommeil. Pour cela, une réelle coopération avec le patient est nécessaire, ce qui n'est pas toujours le cas du quotidien du travail officinal au comptoir.

Aussi, lors de la création de projet, mes compétences se limitaient à 15 heures d'initiation à l'éducation thérapeutique enseignée à la faculté en 6^{ème} année, ainsi qu'aux différentes lectures référencées dans cette thèse : j'étais donc loin d'être experte en la matière, aussi ce travail aurait-il sans doute pu être mieux construit. Néanmoins cet essai m'a permis de constater qu'un projet de cette ampleur est réalisable par tout pharmacien un minimum motivé et formé en l'éducation thérapeutique du patient. De plus, ce type de projet est utile pour le patient dans la mesure où sa prise en charge en est améliorée, même si le résultat n'est pas parfait. En outre, il valorise le travail du pharmacien et renforce l'idée que les officines sont des lieux de santé de proximité privilégiés, qui ne doivent pas disparaître dans l'avenir, au profit notamment de la grande distribution ou d'associations de malades.

4.2 Education thérapeutique et économie

A ce jour, la mise en place d'une démarche éducative dans une officine n'est pas un acte rémunéré. Cette constatation ne semble pas favorable au développement de ce genre de projets dans les officines. Cependant cette expérience m'a montré que l'éducation du patient permet de mettre ce dernier en confiance, d'améliorer l'écoute, ce qui est favorable à sa fidélisation à l'officine. L'éducation du patient peut donc être considérée comme économiquement rentable plutôt à moyen ou long terme. Cependant la rémunération de cette mission devrait motiver les pharmaciens à initier de telles démarches.

4.3 Insomnie : état de santé relayé par les médias

Lors des rendez-vous d'éducation thérapeutique, il a semblé que les patients soient bien informés sur l'insomnie. Plusieurs d'entre eux ont affirmé avoir eu l'occasion de visionner des reportages à la télévision. D'autres, ont dit avoir déjà lu des articles dans des journaux. L'éducation proposée aux patients a été fondée sur l'hypothèse d'une base de savoir des patients, mais la médiatisation de l'insomnie n'avait alors pas été prise en compte. Si tel avait été le cas, les supports papiers ainsi que les thèmes abordés auraient pu être plus approfondis. Pour de futures démarches éducatives, il serait bon de vérifier par exemple dans son entourage, si le thème choisi est relayé par les médias afin d'adapter le contenu du programme éducatif à une personne lambda.

4.4 Apport personnel de la mise en place de ce projet éducatif

Sur un plan personnel, la mise en place de cette démarche éducative a été un projet stimulant et enrichissant. J'ai ainsi pu rencontrer les patients de façon plus personnelle, mieux les connaître et répondre précisément à leurs besoins. Cet essai m'a donné envie d'aller plus loin et de proposer de nouvelles démarches éducatives ciblant d'autres thèmes, avec notamment un savoir faire à la clef.

En ce qui concerne la démarche en elle-même, ce travail m'a permis de mieux cerner l'état de santé que représente l'insomnie ainsi que son impact sur le patient. Les données d'épidémiologie montrent que l'insomnie est marquée dans la population. En outre, il n'est pas difficile pour un pharmacien de s'en apercevoir, au vue du nombre important de délivrances quotidiennes d'hypnotiques. De plus, le fait que les patients rencontrés lors des rendez-vous éducatifs, aient exprimé plusieurs fois leur soulagement de ne pas être complètement responsables de leur dépendance au traitement du fait du manque d'information sur leur médicament, m'aura également permis de prendre conscience d'un point important : lors de chaque délivrance d'hypnotique, qu'il s'agisse d'une prise chronique ou d'une initiation, il est nécessaire que le pharmacien rappelle les fonctions du médicament, ses modalités de prises, ainsi que les risques liés à son usage. Ceci est d'ailleurs valable pour tout traitement. Il est vrai que d'un point de vue personnel, je ne considérais pas qu'une personne sous hypnotique depuis plusieurs années puisse avoir besoin d'informations supplémentaires. De plus, la pratique professionnelle a déjà fait apparaître que la dépendance à ce médicament peut rendre les patients agressifs, même si le pharmacien souhaite uniquement informer son patient sur les risques liés à l'usage quotidien d'hypnotiques. Cela m'a souvent dissuadé d'insister auprès du patient pour éviter l'agressivité de certains d'entre eux. Néanmoins, cette démarche m'aura permis de prendre conscience du fait que même un traitement chronique pris depuis longtemps n'est pas forcément acquis pour un patient. Ainsi, je souhaite y prêter une plus grande attention à l'avenir, en n'hésitant par exemple moins au comptoir, à demander aux patients s'ils ressentent le besoin d'explications supplémentaires sur leur(s) traitement(s). Une réévaluation constante semble indispensable.

CONCLUSION

L'enquête sur la consommation d'hypnotiques, dans une officine de Meurthe-et-Moselle, corrobore les affirmations énoncées dans les données d'épidémiologie exposées dans ce travail. Nous avons en effet mis en évidence que dans cette officine, les personnes les plus consommatrices d'hypnotiques sont les plus de 60 ans, mais qu'aucune tranche d'âge n'est épargnée. Il est aussi apparu que l'insomnie est souvent associée à une ou plusieurs autres pathologies, qui peuvent d'ailleurs en être la cause. D'autre part, nous avons également pu mettre en avant le caractère chronique de l'insomnie en nous appuyant sur la durée de traitement supérieure à 4 semaines. Nous avons ainsi démontré un mésusage, un abus et une dépendance visible au médicament. Ce sont d'ailleurs les raisons de la présence du Stilnox® et de ses génériques, sur la liste des médicaments sous surveillance renforcée de l'Afssaps [74].

La démarche éducative mise en place à la suite de cette enquête, avait pour mission de rendre les patients experts de leur état de santé et de provoquer des changements dans leur quotidien. Seul l'un des patients n'a pas été touché par notre démarche. Les autres ont tous à des degrés variables, souhaité modifier leur quotidien afin de mieux vivre avec leur insomnie. En ce sens, la démarche a été une réussite. Cependant, il est apparu que le thème de notre démarche ne révèle pas aux patients l'impact fort que peut avoir un tel projet éducatif, du fait qu'aucun savoir faire ne soit utile dans l'insomnie. Cet essai est donc en ce sens un échec et révèle l'importance du choix du thème d'un projet éducatif. Notre travail avait également pour mission de tester la possible réalisation d'une démarche éducative au sein d'une officine. Nous avons constaté que non seulement une démarche éducative au sein d'une officine est un projet réalisable, mais qu'en plus, elle peut être améliorée puisqu'il s'agissait ici d'un premier essai. En outre, cette démarche privilégie la relation entre le patient et le pharmacien, et à ce titre, valorise le rôle de l'officinal.

CONCLUSION GENERALE

La partie bibliographique de ce travail a été nécessaire pour d'une part, faire un parallèle entre notre enquête et les données d'épidémiologies trouvées dans la littérature existante, et d'autre part, mettre en place notre démarche éducative. Ainsi, la physiologie du sommeil et l'insomnie sont deux thèmes que nous devions maîtriser pour pouvoir l'expliquer lors de notre démarche éducative. Les traitements de l'insomnie sont nombreux et nous devions également être capables d'en expliquer les rôles aux patients. Enfin, les alternatives aux traitements médicamenteux, sont elles aussi nombreuses, et ont nécessité une présentation détaillée afin d'apporter des réponses précises aux patients. Lors de notre 6^{ème} année d'étude, nous avons reçu une initiation à l'éducation thérapeutique du patient ce qui a motivé ce travail. De plus, la loi HPST mettant en avant le fait que le pharmacien peut participer à l'éducation thérapeutique du patient, nous avons choisi d'approfondir nos connaissances dans ce domaine. Ainsi, notre travail bibliographique a permis de situer et d'expliquer en détails en quoi consiste l'éducation thérapeutique afin d'aboutir à la création d'une démarche éducative du patient atteint d'insomnie chronique.

L'enquête sur l'insomnie que nous avons effectuée au sein de l'officine de Meurthe-et-Moselle, où la démarche éducative devait ultérieurement être mise en place, a montré des similitudes avec les données d'épidémiologie de l'INPES et de l'INVS [42]. Ces données stipulent notamment que l'insomnie est souvent associée à une autre pathologie comme la dépression et l'anxiété, mais aussi que les personnes les plus touchées par cet état de santé sont les plus de 60 ans. Nous retenons aussi de cette enquête le fait que les femmes, toutes tranches d'âge confondues, soient plus nombreuses à recourir à un traitement hypnotique que les hommes. En outre, nous avons mis en évidence la chronicité de la prise des hypnotiques, renforçant ainsi notre motivation à mettre en place une démarche éducative du patient atteint d'insomnie.

La mise en œuvre pratique d'un projet éducatif nous a permis d'appliquer toutes les connaissances nouvelles de notre partie bibliographique ainsi que de réaliser une synthèse de tout l'apprentissage réalisé lors de notre cursus universitaire. Cette mise en œuvre a été

passionnante, mais a posteriori, nous avons regretté que le thème que nous avons choisi, l'insomnie, ne permette pas de montrer au patient tout l'intérêt de l'éducation du patient. En effet, l'insomnie ne nécessitant aucun savoir faire particulier, peu de patients ont pu voir l'utilité de la mise en place d'autres projets éducatifs à l'officine. Cependant, cet essai a été concluant dans le sens où la majorité des patients ont souhaité modifier leur quotidien afin de mieux vivre avec leur insomnie. En outre, même si aucune rémunération n'est prévue aujourd'hui pour le pharmacien effectuant des rendez-vous éducatifs, un avantage économique semble exister du fait de l'approfondissement notable de la relation pharmacien / patients.

Nous souhaitons bien sûr que ce travail puisse être amélioré et servir de base pour la mise en place de nouvelles démarches éducatives. En effet, ce test a prouvé que la mise en place d'une démarche éducative à l'officine est possible par tout officinal motivé et un minimum formé dans ce domaine. En outre, nous avons ainsi montré que la nouvelle mission éducative énoncée dans la loi HPST est bel et bien réalisable, valorise le travail des pharmaciens, et elle renforce l'idée que les officines sont des lieux de santé privilégiés, et que le monopole pharmaceutique a ses raisons d'être.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] LEGER D.

Le sommeil dans tous ses états.

France : Plon. 2010. 234 p.

[2] DIB M.

Apprivoiser l'insomnie.

France : Editions du Huitième Jour. 2009. 126 p.

[3] RECHTSCHAFFEN A, BERGMANN BM.

Sleep deprivation in the rat by the disk-over-water method.

Behav Brain Res, 1995, 69: 55-63.

[4] GOTTLIEB DJ, PUNJABI NM, NEWMAN AB, et al.

Association of sleep time with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance.

Arch Intern Med. 2005 Apr 25; 165(8):863-7.

[5] Dictionnaire Vidal 2009

France : 85^{ème} édition

[6] GIORDANELLA J.P

Rapport sur le thème du sommeil

Ministère de la santé et des solidarités, décembre 2006

[7] ENQUETE INPES

Les français et leur sommeil

Dossier de presse, mars 2008

[8] ENQUETE INSV

Sommeil et rythme de vie

Dossier de presse, 9^{ème} journée nationale du sommeil, 18 mars 2009

[9] ENQUETE BAROMETRE SANTE

Attitudes et comportements de santé.

Saint Denis, France : Editions Inpes, 2005

[10] LEGER D., GUILLEMINAULT C., DREYFUS J.P., PAILLARD M.

Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France.

J Sleep Res 2000;9:35-42.

[11] LEGER D., POURSAIN B., NEUBAUER D., UCHIYAMA M.

An international survey of sleeping problems in the general population.

Curr Med Res Opin 2008;24:307-317.

[12] VIDAL

Le guide des plantes qui soignent.

France : édition Vidal. 2010. 465 p.

[13] TALBERT M. et WILLOQUET G.

Guide pharmaco

France : Lamarre 4^{ème} édition. 2001. 1231 p.

[14] MOREAU B.

Phytothérapie et plantes médicinales. Drogues végétales d'usage traditionnel. Plantes toxiques.

France : Nancy-Université. 23 p.

[15] VALNET J.

La phytothérapie. Se soigner par les plantes.

France : édition Vigot. 2001. 639 p.

[16] NOGARET-EHRHART A-S.

La phytothérapie. Se soigner par les plantes.

France : édition Eyrolles. 2008. 191 p.

[17] GIRRE L.

Les plantes et les médicaments. L'origine végétale de nos médicaments.

France : édition Nathalie Rachline. 2001. 253 p.

[18] INSITUT EUROPEEN DES SUBSTANCES VEGETALES

Formulaire : aide à la prescription, caractéristiques des plantes.

Paris

[19] ANOUARI G.

L'insomnie : traitements et conseils à l'officine. 135 p.

Thèse : Pharmacie : Aix-Marseille II : 2008

[20] CHEVALLIER L. et CROUZET-SEGARRA C.

Médicaments à base de plantes.

France : édition MASSON. 2004. 354 p.

[21] MASSON J-L.

L'homéopathie de A à Z

France : Marabout. 2006. 223 p.

[22] GARDENAL M.

Homéopathie. Soins et Conseils.

France : Guy Trédaniel Editeur. 2010. 494 p.

[23] GERAULT G.

Le petit livre des huiles essentielles. Retrouver le sommeil.

France : Albin Michel. 2010. 152 p.

- [24] ZHIRI A., BAUDOUX D. et BREDA M-L.
Huiles essentielles chémotypées.
Luxembourg : Edition Inspir Development. 2009. 88 p.
- [25] DOUART J-P.
L'oligothérapie en pathologie fonctionnelle. Données scientifiques et cliniques.
France : Maloine. 1994. 293 p.
- [26] GARNIER M. et DELAMARE V. et DELAMARE J. et DELAMARE T
Dictionnaire illustré des termes de médecine
France : Maloine. 29^{ème} édition. 2006. 925 p.
- [27] MASLO P. et BORREL M.
Guérir par la médecine chinoise.
Allemagne : Marabout. 2010. 222 p.
- [28] LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ 2004
Edition Larousse, 2004, 1796 p.
- [29] PAVOT A-L.
L'éducation du patient à l'officine. Enquête et perspectives. 225 p.
Thèse : Pharmacie : Nancy : 2008
- [30] MARTINI S.
L'éducation thérapeutique à l'officine.
- Lien avec le monopole pharmaceutique
- Propositions de développement
Thèse : Pharmacie : Nancy : 2009
- [31] D'IVERNOIS J.-F., GAGNAYRE R.
Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. 4^{ème} édition.
Paris : Maloine, 2011, 150 p. (Education du patient)

[32] ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTE

L'éducation du patient

Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS EUROPE EUR/ICP/QCPH 0103 03

Rev1

Copenhague, 1998, 88 p.

[33] RICHARD C., LUSSIER M.-T.

La communication professionnelle en santé

Saint-Laurent (Québec) : Edition du Renouveau pédagogique, DL 2005, 840 p.

[34] BENOIT E. , PAVOT A.-L.

L'éducation du patient à l'officine, un nouvel enjeu pour la profession.

Actualités pharmaceutiques. Le mensuel de la formation continue. Juil-Aout 2009 ; 487 : 22-26.

[35] RICHARD Claude, LUSSIER Marie-Thérèse

La communication professionnelle en santé

Saint-Laurent (Québec) : Edition du Renouveau pédagogique, DL 2005, 840 p.

[36] HULLAR J.

Impact d'une démarche d'éducation thérapeutique de groupe mise en œuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte.

Thèse : Médecine : Nancy : 2009

SITES INTERNET CONSULTÉS

[37] Carnet du sommeil : Sommeil, un carnet pour mieux comprendre.

Disponible en ligne sur <http://www.institut-sommeil-vigilance.org>

[Consulté en septembre 2010]

[38] Hypnogramme

Disponible en ligne sur <http://www.accrosante.com>

[Consulté en juillet 2010]

[39] Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV)

Disponible sur : <http://www.institut-sommeil-vigilance.org>

[Consulté en septembre 2010]

[40] Horloge biologique et rythme veille/sommeil. LEGER D.

Disponible sur : <http://www.jand.fr>

[Consulté en septembre 2010]

[41] Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil (SFRMS)

Disponible sur : <http://www.sfrms-sommeil.org>

[Consulté en septembre 2010]

[42] Dossier de presse : 10^{ème} journée du sommeil®. Vendredi 19 mars 2010

Disponible sur : <http://www.institut-sommeil-vigilance.org>

[Consulté en avril 2010]

[43] Réseau Morphée

Disponible sur : <http://www.reseau-morphee.fr>

[Consulté en août 2010]

[44] Baromètre santé 2005. Attitudes et comportement de santé.

Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr>

[Consulté en septembre 2010]

[45] Rapport sur le thème du sommeil.

Disponible sur : <http://www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>

[Consulté en juillet 2010]

[46] Fondation nationale américaine du sommeil.

Disponible sur : <http://www.sleepfoundation.org>

[Consulté en septembre 2010]

[47] Centre du sommeil et de la vigilance de l'Hôtel-Dieu de Paris

Disponible sur : <http://www.sommeil-vigilance.fr>

[Consulté en août 2010]

[48] HAS : recommandation pour la pratique clinique : Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale.

Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

[Consulté en avril 2010]

[49] Sommeil et Insomnie

Disponible sur : <http://sommeil.univ-lyon1.fr>

[Consulté en février 2011]

[50] Thériaque

Disponible sur : <http://www.theriaque.org>

[Consulté en avril 2010]

[51] Pharmacomedicale

Disponible sur : <http://www.pharmacomedicale.org>

[Consulté en août 2010]

[52] Pharmacorama

Disponible sur : <http://www.pharmacorama.com>

[Consulté en août 2010]

[53] Image Aubépine

Disponible sur <http://naturelle.bien-etre.over-blog.com>

[Consulté en décembre 2010]

[54] Image Eschscholtzia

Disponible sur <http://www.swsbm.com>

[Consulté en décembre 2010]

[55] Image Houblon

Disponible sur <http://commons.wikimedia.org>

[Consulté en décembre 2010]

[56] Image Passiflore

Disponible sur www.sports-sante.com

[Consulté en décembre 2010]

[57] Image Valériane

Disponible sur www.01sante.com

[Consulté en décembre 2010]

[58] Sanoflore, tisane du soir

Disponible sur <http://www.sanoflore.net>

[Consulté en décembre 2010]

[59] Naturactive

Disponible sur <http://www.naturactive.fr>

[Consulté en décembre 2010]

[60] Equivalence extraits secs

Disponible sur <http://www.pharmacie-sterling.com>

[Consulté en décembre 2010]

[61] EPS

Disponible sur : <http://www.phytoprevent.com>

[Consulté en décembre 2010]

[62] L'homéopathie de A à Z

Disponible sur : <http://www.homeopathie-az.com>

[Consulté en août 2010]

[63] Lehning, *Biomag*®, *L 72*®

Disponible sur : <http://www.lehning.com>

[Consulté en août 2010]

[64] Boiron, *Homéogène 46*®, *Sédatif PC*®, *Passiflora composé*®, *Quiétude*®

Disponible sur : <http://www.boiron.fr>

[Consulté en août 2010]

[65] Afssaps : *Recommandations relatives aux critères de qualité des huiles essentielles*.

Disponible sur : <http://www.afssaps.fr>

[Consulté en septembre 2010]

[66] Pilège : Echos de la micronutrition. N° 30. Bien dormir avec la micronutrition.

Disponible sur : <http://www.pilege-micronutrition.fr>

[Consulté en septembre 2010]

[67] Texte de Loi : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/les-textes-d-application-de-la-loi.html>

[Consulté en mars 2011]

[68] Accueil au centre d'éducation du patient

Disponible sur : <http://www.educationdupatient.be>

[Consulté en mars 2011]

[69] HAS : Recommandation juin 2007. ETP : définition, finalité et organisation.

Disponible sur : www.has-sante.fr

[Consulté en mars 2011]

[70] HAS : Evaluation et amélioration des pratiques. Juin 2006.

Disponible sur : www.has-sante.fr

[Consulté en mai 2011]

[71] HAS : Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques

Disponible sur : www.has-sante.fr

[Consulté en mars 2011]

[72] Train du sommeil

Disponible sur : <http://www.linternaute.com>

[Consulté en juillet 2011]

[73] Cespharm

Disponible sur : www.cespharm.fr

[Consulté en avril 2011]

[74] Afssaps : *Liste des médicaments sous surveillance renforcée*

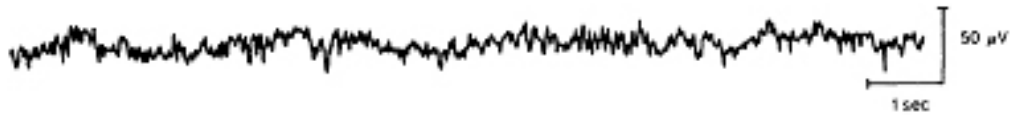
Disponible sur : <http://www.afssaps.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-sous-surveillance-renforcee>

[Consulté en septembre 2011]

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tracé des différentes ondes observées sur un EEG lors du sommeil

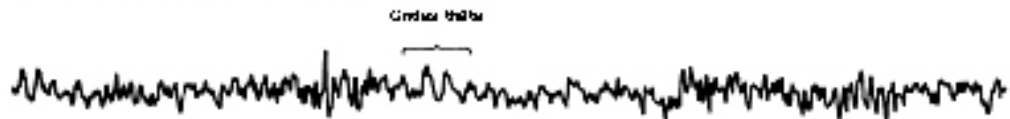
Éveil – basse tension – aléatoire, rapide



Somnolence – 8 à 12 cps – ondes alpha



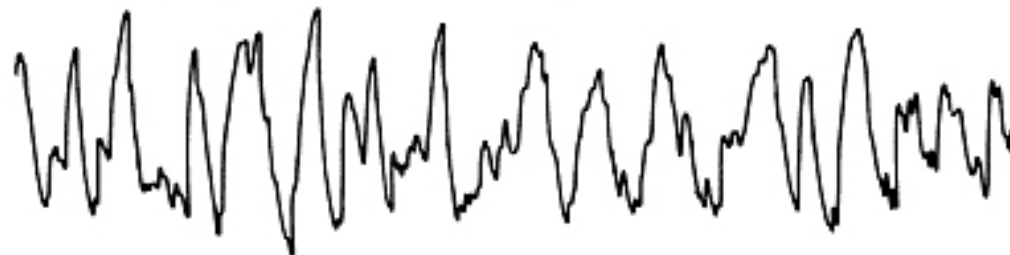
Stade 1 – 3 à 7 cps – ondes thêta



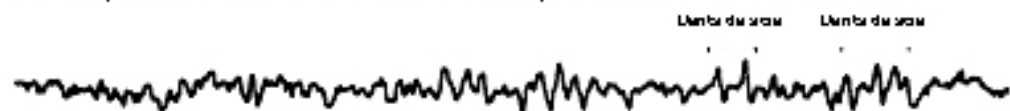
Stade 2 – 12 à 14 cps – fuseaux de sommeil et complexes K



Sommeil delta (lent) – ½ à 2 cps – ondes delta > 75 µV

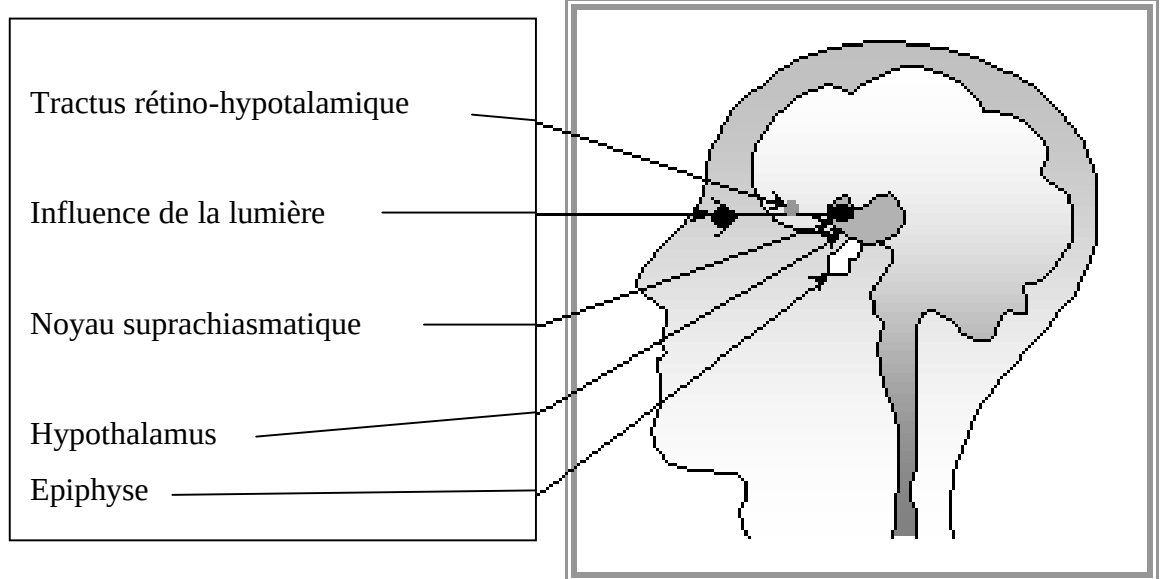


Sommeil paradoxal – basse tension – aléatoire, rapide, avec ondes en dents de scie

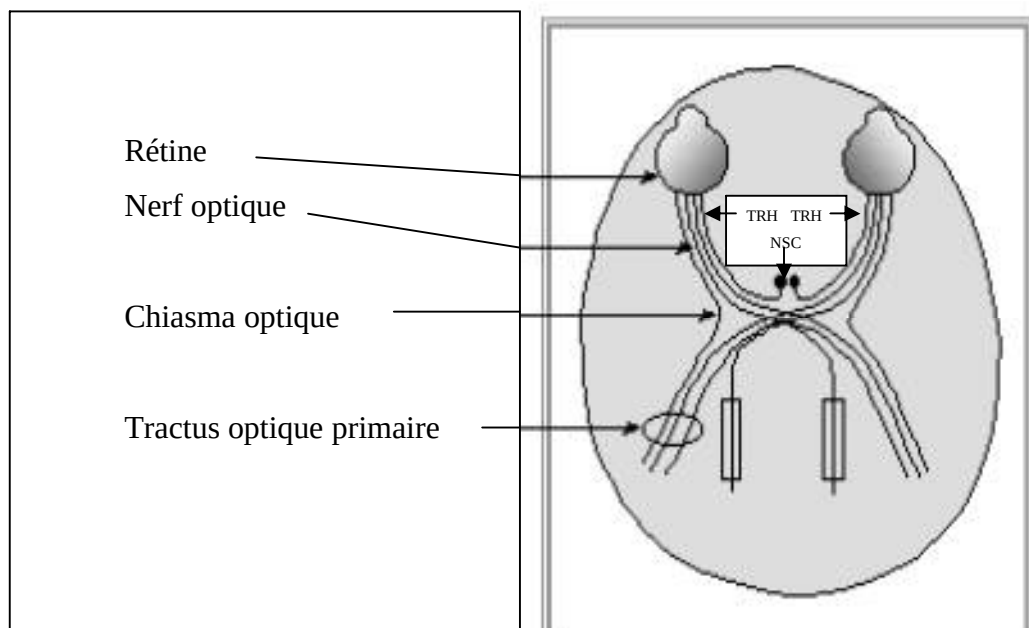


Source : Peter Hauri, *Current Concepts, The Sleep Disorders*, Upjohn, Kalamazoo, Michigan, 1982, p. 7.

ANNEXE 2 : Horloge biologique et les effets de la lumière



Les projections visuelles



TRH : Tractus Rétino-Hypotalamique

NSC : Noyau suprachiasmatique

D'après LEGER D. « Horloge biologique et rythme veille/sommeil » [40]

ANNEXE 3 : Présentation de certains documents disponible sur le site Internet de la HAS dans le cadre de la « Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale »

[48]

Classement des effets résiduels des hypnotiques BZD et apparentés selon l'altération des performances psychomotrices aux diverses doses (d'après A Verleeren, CNS Drugs 2004 ; 18(5) :p. 323).

Produit	Dose (mg)	Délais après administration			
		4 -8 h	8 – 12 h	12 – 16 h	16 – 22 h
Zolpidem (Stilnox®)	10	Modéré	Improbable	Improbable	Improbable
Témazépam (Normisson®)	20	Modéré	Improbable	Improbable	Improbable
Triazolam (Halcion®)	0,125	Modéré	Improbable	Improbable	Improbable
Lormétazépam (Noctamide®)	1	Sévère	Mineur	Improbable	Improbable
Triazolam	0,25	Sévère	Mineur	Improbable	Improbable
Zolpidem	20	Sévère	Mineur	Improbable	Improbable
Lormétazépam	2	Sévère	Modéré	Improbable	Improbable
Loprazolam (Havlane®)	1	Sévère	Modéré	Improbable	Improbable
Flunitrazépam (Rohypnol®)	1	Sévère	Modéré	Improbable	Improbable
Triazolam	0,5	Sévère	Modéré	Improbable	Improbable
Zopiclone (Imovane®)	7,5	Sévère	Modéré	Improbable	Improbable
Nitrazépam (Mogadon®)	5	Sévère	Mineur ?	Mineur	Improbable ou mineur
Flunitrazépam	2	Sévère	Modéré	Mineur ou modéré	Mineur
Nitrazépam	10	Sévère	Modéré	Modéré	Modéré
Loprazolam	2	Sévère	Sévère	Sévère	Modéré

Choix d'une BZD ou d'un apparenté dans l'indication « insomnie », chez le sujet âgé de plus de 65 ans et polypathologique, ou après 75 ans.

A privilégier	Benzodiazépines à « demi-vie courte » (< 20 heures)				
	Nom en DCI	Nom commercial	Demi-vie (heures)	Métabolite actif	Dose recommandée
	Zolpidem	Stilnox®	2,5	Non	5 mg
	Zopiclone	Imovane®	5	Non	3,75 mg
	Témazépam	Normison®	5 à 8	Non	7,5 – 15 mg
	Loprazolam	Havlane®	8	Non	0,5 mg
	Lormétazépam	Noctamide®	10	Non	0,5 – 1 mg
! A éviter !	Benzodiazépines à 'demi-vie longue » (> ou égal à 20 heures)				
	Flunitrazépam	Rohypnol®	16 à 35	Oui	-
	Nitrazépam	Mogadon®	16 à 48	Non	-
	Clorazépate dipotassique	Noctran®	30 à 150	Oui	-

Critère de sévérité de l'insomnie.

Sévérité	Fréquence/semaine	Retentissement diurne
Insomnie légère	1 nuit	Faible retentissement
Insomnie modérée	2 ou 3 nuits	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité
Insomnie sévère	4 nuits ou plus	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées

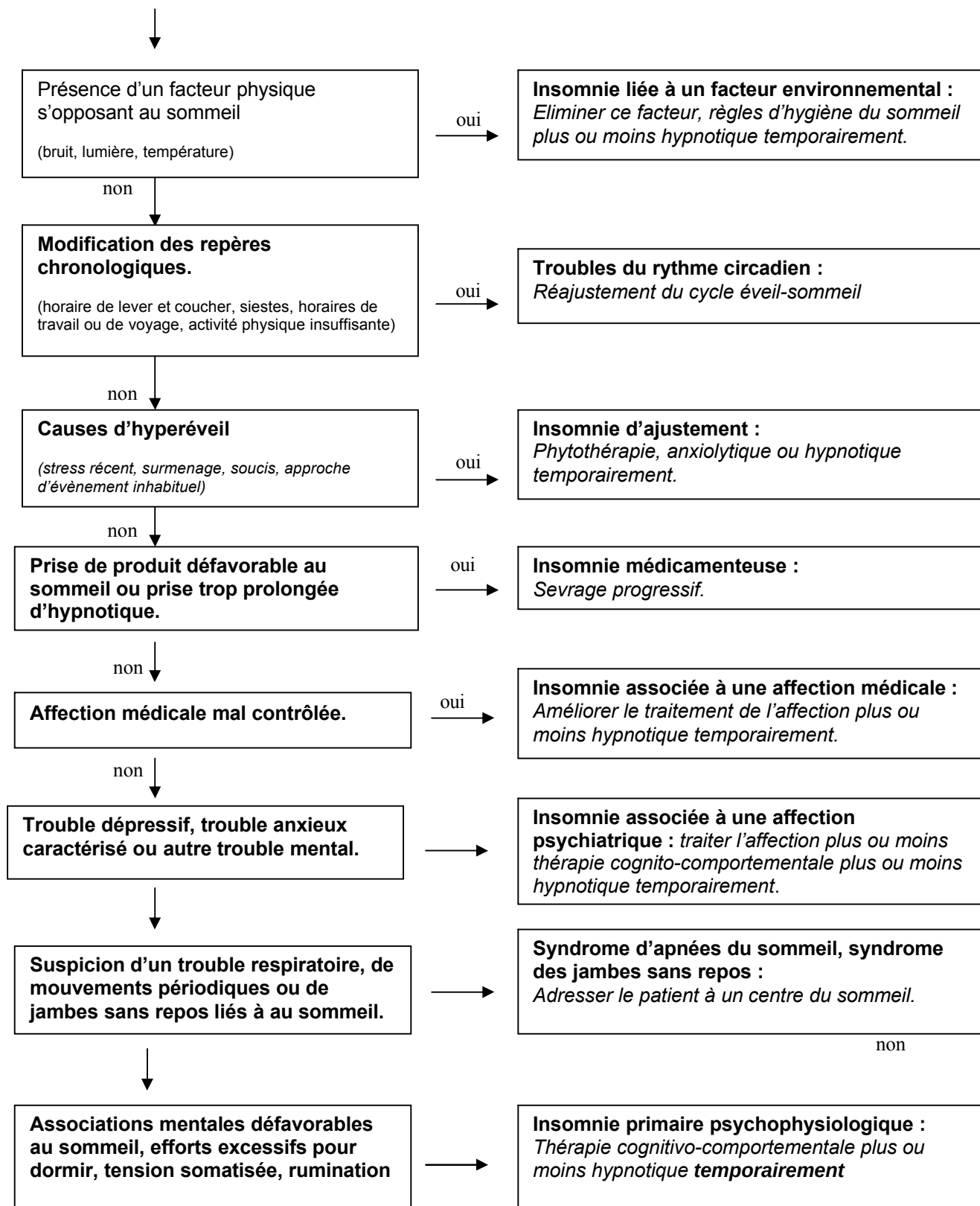
Outils à disposition du médecin généraliste.

- Agenda du sommeil-éveil
- Evaluation et enquête étiologique de l'insomnie

Arbre décisionnel :

(Inspiré de Billard M. Quotidien du Médecin)

PLAINTES D'INSOMNIE (confirmée et caractérisée)



ANNEXE 4 : Agenda du sommeil

[illegible]

Image du site Internet : <http://www.123savoie.com>

ANNEXE 5 : questionnaires de dépistage des troubles du sommeil

Questionnaire de dépistage des troubles du sommeil de l'hôpital de l'Hôtel Dieu **(Version abrégée)** [1]

Consulter un proche si nécessaire pour répondre attentivement aux questions suivantes :

1/ Avez-vous des problèmes de sommeil ? Parmi les propositions suivantes, avez vous ?

<i>1 seule réponse par ligne</i>	<i>oui</i>	<i>Non</i>
Des difficultés à vous endormir	1	2
Des réveils nocturnes fréquents	1	2
Un réveil trop précoce	1	2
Un sommeil non récupérateur	1	2
Un sommeil non satisfaisant	1	2

Si vous avez répondu au moins 1 OUI à la question 1 / passez à la question 2/, sinon passez à la 5/

2/ Avez-vous ces problèmes de sommeil ?

Au moins 3 nuits par semaine

Moins de 3 nuit par semaine

3/ Depuis quand avez-vous ces problèmes de sommeil ?

Depuis moins de 1 mois

Depuis au moins 1 mois

Si depuis plus d'un mois depuis combien de temps ?

Depuis __ mois **ou** __ années

4/ Ces troubles du sommeil ont-ils un impact positif, négatif, ou pas spécialement d'impact sur chacun des éléments suivants ?

<i>Une réponse par ligne</i>	<i>Impact positif</i>	<i>Impact négatif</i>	<i>Pas d'impact</i>
Vos activités quotidiennes			
Votre travail			
Vos relations avec les autres			
Vos loisirs			
Votre capacité de mémoire ou de concentration			
Votre caractère (irritabilité)			
Votre humeur (tristesse, idées noires)			

5/ Pendant la semaine :

« Je me couche à __ h __ »

« Je me lève à __ h __ »

Pendant le week-end :

« Je me couche à __ h __ »

« Je me lève à __ h __ »

7/ Quelle est en moyenne votre durée de sommeil (par nuit) ?

« Pendant la semaine, je dors __ h __ par nuit. »

« Pendant le week-end, je dors __ h __ par nuit. »

8/ Prenez-vous habituellement des médicaments pour dormir ?

OUI..... ➔ *Passez à la question 9/*

NON..... ➔ *Passez à la question 10/*

9/ De quel(s) médicament(s) s'agit-il ?

1^{er} médicament.....

2^{ème}.....

3^{ème}.....

4^{ème}

10/ Vous a-t-on fait remarquer que vous ronflez bruyamment ?

OUI..... ➔ *Passez à la question 11/*

NON..... ➔ *Passez à la question 15/*

11/ Depuis quel âge (ronflez-vous) ?

« Depuis que j'ai __ ans. »

12/ Cela vous arrive-t-il (de ronfler) ?

Rarement.....

Souvent.....

Presque tous les jours.....

13/ Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrivait d'arrêter de respirer plusieurs secondes pendant votre sommeil ?

OUI..... ➔ *Passez à la question 14/*

NON..... ➔ *Passez à la question 15/*

14/ Qui vous l'a fait remarquer ?

.....

.....

15/ Avez-vous parfois un besoin impérieux de bouger les jambes (ou les bras) associé à des sensations inconfortables et désagréables dans les extrémités ?

OUI..... ➔ *Passez à la question 16/*

NON..... ➔ *Passez à l'échelle d'Epworth*

16/ Ces signes apparaissent-ils ou s'aggravent-ils le soir ou la nuit ?

OUI..... ➔ *Passez à la question 17/*

NON..... ➔ *Passez à l'échelle d'Epworth*

Si OUI, ce besoin de bouger les jambes apparaît-il ou s'aggrave-t-il lors des périodes de repos (position assise ou allongée) ?

OUI.....

NON.....

17/ Ce besoin est-il calmé ou supprimé par la marche ou l'étirement (au moins temporairement) ?

OUI.....

NON.....

Echelle d'Epworth [1]

Afin de pouvoir mesurer une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations de la vie quotidienne où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir.

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une des situations suivantes, essayez d'imaginer ce qui aurait pu se passer.

Remplissez le tableau ci-dessous en vous demandant pour chaque situation quel aurait été le risque d'assoupissement. Entourez le chiffre correspondant puis calculez votre score final en additionnant tous les chiffres enregistrés.

0 : Aucun risque de s'assoupir

1 : Faible risque de s'assoupir

2 : Risque moyen de s'assoupir

3 : Risque important de s'assoupir

Situations	Risque de s'assoupir			
	Nul	Faible	Moyen	Important
Assis en train de lire un livre ou un journal.	0	1	2	3
En regardant la télévision	0	1	2	3
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente...)	0	1	2	3
Passager d'une voiture pour un trajet de plus d'une heure sans interruption.	0	1	2	3
Allongé dans l'après-midi lorsque les circonstances le permettent.	0	1	2	3
Assis en train de parler avec quelqu'un.	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool.	0	1	2	3
Au volant d'une voiture immobilisée quelques minutes, à un feu rouge ou dans un embouteillage.	0	1	2	3
TOTAL				

Johns M.W., *A New Method for Measuring Daytime Sleepiness : The Eperworth Sleepness Scale*, Sleep, 1991, 14, 9. 540-545.

Questionnaire de sommeil de Spiegel : [1]

Le questionnaire porte sur les deux dernières nuits précédentes :

N1 = la nuit dernière = Jour de travail ☐ ou jour de repos ☐

N2 = il y a deux nuits = Jour de travail ☐ ou jour de repos ☐

1/ Délais d'endormissement : Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous endormir la nuit dernière ?

- 5 Très peu de temps
- 4 Peu de temps
- 3 Moyennement de temps N1 _ N2 _
- 2 Longtemps
- 1 Très longtemps (je suis resté éveillé très longtemps)
- 0 Ne sait pas

2/ Qualité du sommeil : Avez-vous bien dormi ?

- 5 Oui de façon parfaite (d'un sommeil paisible, sans réveil nocturne)
- 4 Oui, bien
- 3 Moyennement bien
- 2 Non, mal N1 _ N2 _
- 1 Non, très mal (sommeil agité, réveils fréquents)
- 0 Ne sait pas

3/ Durée du sommeil : Combien de temps avez-vous dormi ?

- 5 Très longtemps (je ne me suis pas réveillé spontanément)
- 4 Longtemps
- 3 Moyennement longtemps N1 _ N2 _
- 2 Peu de temps
- 1 Très peu de temps (je me suis réveillé beaucoup trop tôt)
- 0 Ne sait pas

4/ Réveils nocturnes : Vous êtes-vous réveillé au cours de la nuit ?

- 5 Jamais (J'ai dormi d'une seule traite)
- 4 Rarement
- 3 Relativement souvent N1 _ N2 _
- 2 Souvent
- 1 Très souvent (réveils répétés)
- 0 Ne sait pas

5/ Rêves : Avez-vous fait des rêves ?

- | | | | |
|---|--|------|------|
| 5 | Aucun | | |
| 4 | Quelques-uns seulement | | |
| 3 | Modérément | N1 _ | N2 _ |
| 2 | Beaucoup | | |
| 1 | Enormément et des rêves particulièrement marquants | | |
| 0 | Ne sait pas | | |

6/ Etat le matin : Comment vous sentez-vous actuellement ?

- | | | | |
|---|--|------|------|
| 5 | En excellente forme | | |
| 4 | En bonne forme | | |
| 3 | Moyennement en forme | N1 _ | N2 _ |
| 2 | En mauvaise forme | | |
| 1 | En très mauvaise forme : fatigué, abattu | | |
| 0 | Ne sait pas | | |

Score N1 =

Score N2 =

Le questionnaire de Spiegel est utile pour juger de la qualité du sommeil. Il permet de calculer un score qui va de 0 à 30. Plus ce score est élevé, plus la qualité du sommeil est bonne.

Un score < 18 est un indicateur de troubles du sommeil, et s'il est < 15 il s'agit d'un score d'alerte sévère.

Questionnaire de Vis-Morgen :

Nuit du..... au.....

Prière de remplir ce questionnaire le matin après le petit-déjeuner :

1/ Comment vous sentez-vous ce matin au lever ?

(Indiquez par un trait vertical sur la ligne dans quelle mesure vous vous sentez frais ou fatigué : plus le trait est à droite, plus votre état correspond à la qualité définie à droite. Si vous vous sentez comme d'habitude, faites un trait au milieu.

Très frais et plein d'énergie _____ Extrêmement fatigué et
sans entrain

2/ Comment avez-vous dormi cette nuit ?

(idem)

Très mauvaise _____ Très bonne nuit

3/ Quand vous-êtes vous couché hier soir ?

__ h __

4/ Combien de temps vous a-t-il fallu hier soir pour vous endormir ?

__ h __

5/ Combien de fois vous êtes-vous réveillé ?

__ fois

6/ Quand vous êtes-vous réveillé définitivement ce matin ? (même si vous êtes resté au lit)

__ h __

7/ Quand vous-êtes vous levé aujourd'hui ?

__ h __

8/ Combien de temps avez-vous dormi en tout ?

__ h __

9/ Avez-vous fait des cauchemars cette nuit ?

☐ pas du tout ☐ peu ☐ beaucoup

10/ Observations particulières :

.....
.....
.....

Test de Ford :

Il s'agit d'un test sur l'insomnie en réponse au stress.

Pour répondre, entourez le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

Lorsque vous vous trouvez dans les situations suivantes, êtes-vous **enclin aux problèmes de sommeil** ?
Répondez à toutes les questions, même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans les situations suivantes.

1/ La veille d'une réunion importante ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

2/ Après une situation stressante pendant la journée ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

3/ Après une situation stressante pendant la soirée ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

4/ Après avoir appris de mauvaises nouvelles pendant la journée ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

5/ Après avoir regardé un film ou une émission de télévision qui fait peur ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

6/ Après avoir eu une mauvaise journée de travail ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

7/ Après une dispute ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

8/ Avant d'avoir à parler en public ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

9/ La veille d'un départ en vacances ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

Score :/36

Commentaires éventuels :

--

ANNEXE 6 : EPS et troubles du sommeil

- Insomnie en relation avec les troubles de la ménopause :

Mélange 1/3 d'eschsoltzia, 1/3 de houblon, 1/3 de valériane.

La posologie est alors de 1 à 2 cuillères à café au coucher pendant un mois, renouvelable.

- Insomnie occasionnelle (période d'examens, stress au travail) :

Mélange contenant 1/3 d'aubépine, 1/3 d'eschsoltzia, 1/3 de valériane.

La posologie est de 1 à 2 cuillères à café au coucher pendant 15 jours, renouvelable.

- Troubles de l'endormissement (insomnie, réveils nocturnes,...) chez l'enfant :

Mélange de 1/2 d'eschsoltzia et 1/2 de passiflore.

La posologie pour les enfants est alors de 2 ml/10kg au coucher pendant 15 jours.

- Troubles de l'endormissement (insomnie, réveils nocturnes...) chez l'adulte :

Mélange de 1/2 d'eschsoltzia et 1/2 de valériane.

La posologie est de 1 à 2 cuillère à café au coucher, pendant un mois, renouvelable.

[62]

ANNEXE 7 : Spécialités à base de plantes disponibles sur le marché pour améliorer la qualité du sommeil

Plantes seules

Spécialité	Plantes présentes dans la spécialité
Antinerveux Lesourd® (solution buvable)	Lotier, Mélilot
Anxoral® (cp)	Aubépine, Passiflore, Valériane
Biocarde® (solution buvable)	Aubépine, Passiflore, Valériane, Mélisse, Agripaume.
Boiron Aubépine® (gel)	Aubépine
Boiron Passiflore® (gel)	Passiflore
Boiron Valériane® (gel)	Valériane
Cardiocalm® (cp)	Aubépine
Calmotisan® (tisane, sachet ou vrac)	Passiflore, Mélisse, Valériane, Piscidia
Cimipax® (gel)	Cimicifuga
Crataegol® (solution buvable)	Aubépine
Crataegus Gmet® (cp)	Aubépine
Euphytose® (cp)	Aubépine, Passiflore, Valériane, Ballote
Lenicalm® (cp)	Aspérule, Aubépine, Tilleul
Neuroflorine® (cp ou solution buvable)	Passiflore, Valériane, Aubépine
Neuropax® (cp)	Passiflore, Aubépine
Panxeol® (cp)	Escholtzia, Passiflore
Nocvalène® (gel)	Aubépine, Coquelicot
Passiflorine® (solution buvable)	Passiflore, Aubépine
Passinevryl® (cp)	Passiflore, Aubépine
Phytocalm® (solution buvable)	Valériane, Ballote, Aubépine, Passiflore
Arkofluide Détente Sommeil® (ampoules)	Aubépine, Passiflore, Lavande, Mélisse
Sédopal® (gel)	Aubépine, Escholtzia, Mélilot
Spasmine® (cp)	Valériane, Aubépine

Spécialité	Plantes présentes dans la spécialité
Spasmosédine® (cp)	Aubépine
Sympaneurol® (cp)	Aubépine, Passiflore, Valériane
Sympavagol® (cp ou solution buvable)	Passiflore, Aubépine
Tranquital® (cp)	Valériane, Aubépine

Plantes associées

Spécialité	Plantes présentes dans la spécialité	Autres constituants
Sédatif Tiber® (sirop)	Aubépine, Passiflore	Bromure de potassium, Bromure de sodium
Sympathyl® (cp)	Escholtzia, Aubépine	Oxyde de magnésium
Vagostabyl® (cp)	Aubépine, Mélisse	Lactate de calcium

[20]

ANNEXE 8 : Autres souches homéopathiques utiles dans les troubles du sommeil

Souche	Dilution	Indication
Arnica montana	9 CH	Indiqué en cas d'endormissement difficile en raison d'efforts physiques inhabituels. (Le lit est trop dur, trop chaud.)
Arsenicum album	9 CH	Insomnie liée à une agitation anxieuse. Le réveil survient généralement vers une heure du matin avec une angoisse profonde, une peur ou une évocation de la mort.
Belladonna	9 CH	Indiqué en cas d'insomnie malgré l'envie de dormir. Le sujet souffre généralement de bruxisme et le réveil survient juste après l'endormissement.
Causticum	9 CH	Indiqué chez les enfants ayant peur du noir et qui s'inquiètent beaucoup en général.
Chamomilla vulgaris	7 CH	Indiqué en cas d'insomnie chez l'enfant avec irritabilité. L'enfant est coléreux et veut être pris dans les bras.
China rubra	9 CH	Traitement indiqué en cas d'insomnie associée à de grosses pertes liquidiennes (hémorragie, diarrhée, vomissements, sueurs profuses). Indiqué en cas d'insomnie avec surexcitation cérébrale, hyperesthésie cutanée et sensorielle.
Coca	9 CH	Indiqué en cas d'insomnie en altitude.
Colocynthis	9 CH	Indiqué en cas d'insomnie après une colère, à cause de crampes (épigastriques surtout).
Hyosciamus niger	9 CH	Indiqué chez les patients qui ont leur envie de dormir qui disparaît dès l'instant du coucher.
Kalium carbonicum	9 CH	Indiqué lorsque les réveils surviennent vers 4 heures du matin avec un malaise digestif ou respiratoire.

Souche	Dilution	Indication
Kalium phosphoricum	9 CH	Indiqué en cas d'insomnie liée à une asthénie physique et psychique. (trop d'efforts intellectuels, maux de tête et mauvaise humeur).
Lachesis mutus	9 CH	Indiqué chez les patients faisant des cauchemars de mort, d'enterrement, de serpents.
Natrum muriaticum	9 CH	Indiqué en cas d'insomnie survenant dans le cadre d'un chagrin prolongé, d'un deuil non fait.
Opium	9 CH	Médicament indiqué en cas d'insomnie par hyperacousie, insomnie après des émotions, des peurs.
Phosphorus	9 CH	Indiqué en cas d'insomnie avec peur des voleurs et somnambulisme.
Psorinum	9 CH	Indiqué en cas d'euphorie ou excitation nerveuse avant de s'endormir ; la veille d'une migraine, insomnie liée à un prurit intolérable.
Pulsatilla	9 CH	Insomnie à cause d'une sensation de chaleur dans la tête avec de l'anxiété, insomnie chez l'enfant qui a peur de quitter ses parents le soir, peur d'être abandonné.
Rhus toxicodendron	9 CH	Insomnie de surmenage physique, fatigue musculaire.
Staphysagria	9 CH	Insomnie par vexation : le sujet n'a pas pu donner son point de vue.
Stramonium	9 CH	Indiqué en cas d'insomnie liée à une peur du noir ou des cauchemars. Médicaments indiqués en cas de terreur nocturne chez l'enfant.
Zincum metallicum	7 CH	Indiqué en cas de syndrome des jambes sans repos provoquant des troubles du sommeil.

ANNEXE 9 : Spécialités homéopathiques disponibles pour lutter contre les troubles du sommeil

[63-64]

Biomag® : boîte de 90 comprimés de 1 g

- Magnesia muriatica 1 DH
- Magnesia bromata 4 DH
- Magnesia phosphorica 1 DH
- Plumbum metallicum 8 DH
- Kalium phosphoricum 5 DH
- Ambra grisea 8 DH

Excipients à effet notoire : lactose, saccharose.

La posologie, en cure d'attaque pendant 15 jours chez l'adulte, est de 2 comprimés 3 fois par jour et chez l'enfant, à partir de 6 ans, de 1 comprimé 2 à 3 fois par jour.

La posologie, en cure d'entretien pendant 1 mois chez l'adulte, est de 1 comprimé 3 fois par jour et chez l'enfant, à partir de 6 ans, de 1 à 2 comprimés par jour.

Dolisédal® : comprimé sublingual, boîte de 40.

- Ignatia amara 4 CH
- Arnica montana 4 CH
- Nux vomica 4 CH
- Jalapa 4 CH
- Kalium carbonicum 4 CH
- Calcarea phosphorica 5 DH

Excipient à effet notoire : lactose.

Lors d'une difficulté à s'endormir ou d'insomnie au cours de la nuit, la posologie est de :

- 1 comprimé 1 heure avant le coucher,
- 1 comprimé, ¼ d'heure avant le coucher,
- 1 comprimé éventuellement au cours de la nuit.

Homéogène 46® : boîte de 60 comprimés

- Stramonium 3 DH
- Hyoscyamus niger 3 DH
- Passiflora incarnata 3 DH
- Ballota foetida 3 DH
- Nux moschata 4 CH

Les excipients sont constitués de saccharose, gomme arabique, talc, stéarate de magnésium.

La posologie est de 2 comprimés 3 fois par jour à sucer lentement.

L 72® : flacon de 30 ml

- Sumbulus moschatus 3 DH
- Oleum gaultheriae 4 DH
- Cicutia virosa 4 DH
- Asa foetida 3 DH
- Corydalis formosa 3 DH
- Ignatia amara 4 DH
- Valeriana officinalis 3 DH
- Staphysagria 4 DH
- Avena sativa TM
- Hyoscyamus 2 DH

Dans la composition de ce médicament, l'éthanol est un excipient à effet notoire.

La posologie chez l'adulte est de 30 gouttes avant le dîner et 60 gouttes au coucher. Il est conseillé de diluer les gouttes dans un peu d'eau.

Passiflora composé®

Cette spécialité homéopathique existe sous trois formes :

- Tube granule de 80 granules,
- Comprimés, boîte de 50,
- Solution buvable de 30 ml.

Composition :

- Passiflora incarnata 3 DH
- Ignatia amara 4 CH
- Coffea cruda 5 CH
- Nyckterina 4 CH

- Tellurium metallicum 5 CH
- Phosphoricum acidum 7 CH
- Palladium metallicum 5 CH
- Magnesium metallicum 5 CH

Les excipients sont du lactose pour la forme granule et de l'éthanol pour la solution buvable.

La posologie usuelle est de 5 granules 2 fois par jour ou 2 comprimés par jour, ou 10 gouttes de solution buvable 3 fois par jour.

La solution buvable doit être diluée dans un peu d'eau.

Sédatif PC® : comprimés, boîte de 40

- Abrus precatorius 6 CH
- Aconitum napellus 6 CH
- Atropa belladonna 6 CH
- Calendula officinalis 6 CH
- Chelidonium majus 6 CH
- Viburnum opalus 6 CH

Les excipients sont composés de lactose et de stéarate de magnésium.

La posologie usuelle de ce médicament est de 2 comprimés 3 fois par jour chez l'adulte.

Pour l'enfant, il est préférable de laisser dissoudre les comprimés dans un peu d'eau avant la prise en raison du risque de fausse route.

Quiétude® : sirop, flacon de 200 ml [site boiron]:

- Chamomilla vulgaris 9 CH
- Gelsemium 9 CH
- Hyoscyamus niger 9 CH
- Kalium bromatum 9 CH
- Passiflora incarnata 3 DH
- Stramonium 9 CH

Les excipients sont du saccharose, de l'eau, de l'éthanol à 96 %, du caramel, de l'acide benzoïque.

Le titre alcoolique de ce sirop est de 0,40 % (V/V). Une dose unitaire de 5 ml contient 16 mg d'éthanol.

La posologie usuelle est de 5 ml matin et soir. Le traitement doit être arrêté dès la disparition des symptômes et doit être aussi bref que possible.

ANNEXE 10 : Les huiles essentielles chez la femme enceinte

[Guillaume Gérault, Le petit livre des huiles essentielles : retrouver le sommeil, p. 21-22, édition Albin Michel, 2010]

A) Les huiles essentielles AUTORISEES aux femmes enceintes durant tout le temps de la grossesse

Arbre à thé ou tea tree (*Melaleuca alternifolia*)
Bergamote (*Citrus aurantium ssp bergamia*)
Camomille romaine (*Anthemis nobilis*)
Citron (*Citrus limonum*)
Estragon (*Artemisia dracunculus*)
Laurier noble (*Laurus nobilis*)
Lavande vraie (*Lavandula angustifolia ssp angustifolia*)
Mandarine (*Citrus reticulata var. mandarin* ou *Citrus nobilis var. deliciosa*)
Néroli ou fleurs d'oranger (*Citrus aurantium ssp aurantium (fl)*)
Rose de Damas (*Rosa damascena*)
Ylang-ylang (*Cananga odorata totum*)

B) Les huiles essentielles INTERDITES aux femmes enceintes

Absinthe (*Artemisia absinthium thujonifera*)
Aneth odorant (*Anethum*)
Anis étoilé ou Badiane (*Illicum verum*)
Armoise (*Artemisia*)
Basilic camphré (*Ocimum canum camphoriferum*)
Cajeput (*Melaleuca cajuputii*)
Cannelle (*Cinnamomum*)
Carvi (*Carum carvi*)
Cèdre de l'Atlas ou cèdre de l'Atlantique (*Cedrus atlantica*)
Curcuma (*Curcuma longa*)
Cyprés bleu de l'Arizona (*Cupressus arizonica*)

Eucalyptus dives ou mentholé (*Eucalyptus dives piperitoniferum*)
Eucalyptus polybracté à cryptone ou eucalyptus à fleurs multiples à cryptone (*Eucalyptus polybractea cryptonifera*)
Fenouil (*Foeniculum vulgare*)
Hysop officinale (*hyssopus officinalis*)
Lantana (*Lantana camara davanonifera*)
Lavande stoechade (*Lavandula stoechas*)
Menthe pouilot (*Mentha pulegium*)
Menthe sylvestre (*Mentha soucata*)
Niaouli (*Melaleuca quiquenervia*)
Persil (*Petroselinum*)
Ravensare anisé (*Ravensara anisata*)
Romarin camphré (*Rosmarinus camphoriferum*)
Romarin à verbénone (*Rosmarinus verbenoniferum*)
Sassafras du Brésil (*Ocoea pretiosa*)
Sauge officinale (*Salvia officinalis*)
Tagète glanduleuse (*Tagetes glandulifera*)
Tanaïsie annuelle (*Tanacetum annum*)
Thuya occidentale (*Thuya occidentalis* L)

ANNEXE 11 : Lettre informative aux médecins traitant

ERHARD Amandine

adresse

Tel : /

Mail : /

Ville, le /,

Dr. X,

Dans le cadre d'une thèse universitaire de pharmacie, et ayant effectué mon stage de 6^{ème} année officinale à la pharmacie [nom de l'officine], je suis amenée à rencontrer l'un de vos patients.

En effet, le sujet de ma thèse consiste en une mise en place d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient souffrant d'insomnie chronique et l'un de vos patients fait partie des candidats retenus. Dans cette mesure, M. X, titulaire de l'officine, et moi-même, souhaitons vous faire part de cette intervention. Il est évident que patient et médecin ne seront pas nommés dans la thèse afin de respecter le secret médical.

Si vous souhaitez des informations complémentaires, je me tiens à votre entière disposition.

Cordialement,

ERHARD Amandine

Titulaire de l'officine

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 2 mars 2012

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE présenté par ERHARD Amandine Sujet : Etat des lieux de la consommation d'hypnotique au sein d'une officine. Mise en place d'une démarche éducative pour des patients atteints d'insomnie chronique. Jury : Président : Mme BENOIT Emmanuelle, Maître de conférences Directeurs : Mme BENOIT Emmanuelle, Maître de conférences et M. MENETRE Thibaut, Pharmacien titulaire. Juges : Mme DEMORE Béatrice, Maître de conférences M. TOULLERON Sébastien, Docteur en pharmacie	Vu, Nancy, le 24 janvier 2012 Le Président du Jury Les Directeurs de Thèse <i>Benoit</i> Mme BENOIT Mme BENOIT M. MENETRE <i>[Signature]</i>
Vu et approuvé, Nancy, le 24 janvier 2012 Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,  Francine PAILLUS	Vu, Nancy, le 24.01.2012 L'Administrateur Provisoire de l'UDL  Jean-Pierre FINANCE N° d'enregistrement : 3882.

N° d'identification :

TITRE

Etat des lieux de la consommation d'hypnotiques au sein d'une officine. Mise en place d'une démarche éducative pour des patients atteints d'insomnie chronique.

Thèse soutenue le 2 mars 2012

Par Amandine ERHARD

5 RESUME :

L'insomnie est un des troubles du sommeil le plus fréquent. La prise en charge de cet état de santé est souvent d'ordre médicamenteux mais de nombreuses alternatives existent (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie, méthode de relaxation...). Les hypnotiques sont les médicaments les plus utilisés pour traiter un patient atteint d'insomnie. Leur efficacité n'est certes pas à prouver pour induire le sommeil et éviter les éveils nocturnes, mais leur utilisation ne s'avère pas sans danger. Un phénomène d'accoutumance de tolérance et de dépendance est d'ailleurs mentionné dans leur Autorisation de Mise sur le Marché. La prescription d'un hypnotique (zolpidem ou zopiclone) est normalement limitée à quatre semaines de traitement consécutives. Néanmoins, un état des lieux de la consommation de deux hypnotiques (Stilnox® et Imovane® et leur générique du laboratoire Biogaran), réalisée dans une officine de Meurthe-et-Moselle, a permis de mettre en évidence une consommation chronique d'hypnotique pour certains patients. A l'heure où la loi Hôpital Patient Santé Territoire mentionne que le pharmacien d'officine peut participer à des actions d'éducation thérapeutique, nous nous sommes intéressées à la mise en place d'une telle démarche au sein d'une officine, pour des patients atteints d'insomnie chronique. Ainsi, un groupe constitué de six patients, atteints d'insomnie et traités de façon chronique par l'un de ces hypnotiques, a été constitué et une démarche d'éducation thérapeutique a été élaborée et testée sur ces patients.

MOTS CLES : Sommeil – Insomnie – Zolpidem – Zopiclone – Education thérapeutique

Directeurs de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
<u>BENOIT Emmanuelle</u> <u>MENETRE Thibaut</u>	<u>Communication et santé</u> <u>Docteur en Pharmacie</u>	Travail personnel 

Thème :

Pratique professionnelle