



HAL
open science

La recommandation d'une limitation à 4 semaines du traitement par un hypnotique est-elle respectée en médecine de ville ?

Guillaume Mabilais

► To cite this version:

Guillaume Mabilais. La recommandation d'une limitation à 4 semaines du traitement par un hypnotique est-elle respectée en médecine de ville?. Sciences pharmaceutiques. 2012. dumas-00734311

HAL Id: dumas-00734311

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00734311>

Submitted on 21 Sep 2012

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.

U.F.R DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE ROUEN

Année 2012

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN PHARMACIE**

(Diplôme d'état)

MABILAIS Guillaume

Né le 1^{er} Juillet 1988 A ROUEN

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2012

**La recommandation d'une limitation à 4 semaines du traitement
par un hypnotique est-elle respectée en médecine de ville ?**

Président du jury : Monsieur le professeur J.COSTENTIN

Membres du jury : Madame I.DUBUC

Madame C.MABILAIS

Monsieur E.MABILAIS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 – 2012 U.F.R. DE
MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET Professeur
Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE – Ph. LAURET – H. PIGUET – C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN – J.ANDRIEU-GUITRANCOURT – M.BENOZIO-
J.BORDE – Ph. BRASSEUR – R. COLIN – E. COMOY – J. DALION -,
DESHAYES – C. FESSARD – J.P FILLASTRE – P.FRIGOT –J. GARNIER –
J. HEMET – B. HILLEMAND – G. HUMBERT – J.M. JOUANY – R.
LAUMONIER – Ph. LAURET – M. LE FUR – J.P. LEMERCIER – J.P
LEMOINE – Mle MAGARD – MM. B. MAITROT – M. MAISONNET – F.
MATRAY – P.MITROFANOFF – Mme A. M. ORECCHIONI – P. PASQUIS –
H.PIGUET – M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB –
R.SOYER – B.TARDIF -.TESTART – J.M. THOMINE – C. THUILLEZ –
P.TRON – C.WINCKLER – L.M.WOLF

I – MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric **ANSELME** HCN Cardiologie

M. Bruno **BACHY** HCN Chirurgie pédiatrique

M. Fabrice **BAUER** HCN Cardiologie

Mme Soumeya **BEKRI** HCN Biochimie et Biologie Moléculaire

M. Jacques **BENICHO** HCN Biostatistiques et informatique médicale

M. Eric **BERCOFF** HB Médecine interne (gériatrie)

M. Jean-Paul **BESSOU** HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** CRMPR Médecine physique et de réadaptation

M. Guy **BONMARCHAND** HCN Réanimation médicale

M. Olivier **BOYER** UFR Immunologie

M. Jean-François **CAILLARD** HCN Médecine et santé au Travail

M. François **CARON** HCN Maladies infectieuses et tropicales

M. Philippe **CHASSAGNE** HB Médecine interne (Gériatrie)

M. Alain **CRIBIER** (*Surnombre*) HCN Cardiologie

M. Antoine **CUVELIER** HB Pneumologie

M. Pierre **CZERNICHOW** HCH Epidémiologie, économie de la santé

M. Jean – Nicolas **DACHER** HCN Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan **DARMONI** HCN Informatique Médicale/Techniques de communication M. Pierre **DECHELOTTE** HCN Nutrition

Mme Danièle **DEHESDIN** HCN Oto-Rhino-Laryngologie

M. Philippe **DENIS (Surnombre)** HCN Physiologie

M. Jean **DOUCET** HB Thérapeutique/Médecine – Interne – Gériatrie.

M. Bernard **DUBRAY** CB Radiothérapie

M. Philippe **DUCROTTE** HCN Hépatologie – Gastro – Entérologie

M. Frank **DUJARDIN** HCN Chirurgie Orthopédique – Traumatologique

M. Fabrice **DUPARC** HCN Anatomie – Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

M. Bertrand **DUREUIL** HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mlle Hélène **ELTCHANINOFF** HCN Cardiologie

M. Thierry **FREBOURG** UFR Génétique

M. Pierre **FREGER** HCN Anatomie/Neurochirurgie

M. Jean François **GEHANNO** HCN Médecine et Santé au Travail

M. Emmanuel **GERARDIN** HCN Imagerie Médicale

Mme Priscille **GERARDIN** HCN Pédopsychiatrie

M. Michel **GODIN** HB Néphrologie

M. Philippe **GRISE** HCN Urologie

M. Didier **HANNEQUIN** HCN Neurologie

M. Fabrice **JARDIN** CB Hématologie

M. Luc-Marie **JOLY** HCN Médecine d'urgence

M. Pascal **JOLY** HCN Dermato – vénéréologie

M. Jean-Marc **KUHN** HB Endocrinologie et maladies métaboliques Mme Annie **LAQUERRIERE** HCN Anatomie cytologie pathologiques

M. Vincent **LAUDENBACH** HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale

M. Alain **LAVOINNE** UFR Biochimie et biologie moléculaire

M. Joël **LECHEVALLIER** HCN Chirurgie infantile

M. Hervé **LEFEBVRE** HB Endocrinologie et maladies métaboliques

M. Xavier **LE LOET** HB Rhumatologie

M. Eric **LEREBOURS** HCN Nutrition

Mlle Anne-Marie **LEROI** HCN Physiologie

M. Hervé **LEVESQUE** HB Médecine interne

Mme Agnès **LIARD-ZMUDA** HCN Chirurgie Infantile

M. Bertrand **MACE** HCN Histologie, embryologie, cytogénétique

M. Eric **MALLET** (*Surnombre*) HCN Pédiatrie

M. Christophe **MARGUET** HCN Pédiatrie

Mlle Isabelle **MARIE** HB Médecine Interne

M. Jean-Paul **MARIE** HCN ORL

M. Loïc **MARPEAU** HCN Gynécologie – obstétrique

M. Stéphane **MARRET** HCN Pédiatrie

M. Pierre **MICHEL** HCN Hépatologie – Gastro – Entérologie

M. Francis **MICHOT** HCN Chirurgie digestive

M. Bruno **MIHOUT** HCN Neurologie

M. Pierre-Yves **MILLIEZ** HCN Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

M. Jean-François **MUIR** HB Pneumologie

M. Marc **MURAINÉ** HCN Ophtalmologie

M. Philippe **MUSETTE** HCN Dermatologie – Vénérologie

M. Christophe **PEILLON** HCN Chirurgie générale

M. Jean-Marc **PERON** HCN Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

M. Christian **PFISTER** HCN Urologie

M. Jean-Christophe **PLANTIER** HCN Bactériologie – Virologie

M. Didier **PLISSONNIER** HCN Chirurgie vasculaire

M. Bernard **PROUST** HCN Médecine légale

M. François **PROUST** HCN Neurochirurgie

Mme Nathalie **RIVES** HCN Biologie et méd. Du dévelop. Et de la reprod.

M. Jean-Christophe **RICHARD** (*Mise en dispo*) HCN Réanimation Médicale, Médecine d'urgence

M. Horace **ROMAN** HCN Gynécologie Obstétrique

M. Jean-Christophe **SABOURIN** HCN Anatomie – Pathologie

M. Guillaume **SAVOYE** HCN Hépatologie – Gastro

M. Michel **SCOTTE** HCN Chirurgie digestive

Mme Fabienne **TAMION** HCN Thérapeutique

Mlle Florence **THIBAUT** HCN Psychiatrie d'adultes

M. Luc **THIBERVILLE** HCN Pneumologie

M. Christian **THUILLEZ** HB Pharmacologie

M. Hervé **TILLY** CB Hématologie et transfusion

M. François **TRON** (*Surnombre*) UFR Immunologie

M. Jean-Jacques **TUECH** HCN Chirurgie digestive

M. Jean-Pierre **VANNIER** HCN Pédiatrie génétique

M. Benoît **VEBER** HCN Anesthésiologie Réanimation chirurgicale

M. Pierre **VERA** C.B Biophysique et traitement de l'image

M. Eric **VERSPYCK** HCN Gynécologie obstétrique

M. Olivier **VITTECOQ** HB Rhumatologie

M. Jacques **WEBER** HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** HCN Bactériologie – Virologie

M. Jeremy **BELLIEN** HCN Pharmacologie Mme Carole **BRASSE LAGNEL** HCN Biochimie

Mme Mireille **CASTANET** HCN Pédiatrie

M. Gérard **BUCHONNET** HCN Hématologie

Mme Nathalie **CHASTAN** HCN Physiologie

Mme Sophie **CLAEYSSENS** HCN Biochimie et biologie moléculaire

M. Moïse **COEFFIER** HCN Nutrition

M. Vincent **COMPERE** HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

M. Manuel **ETIENNE** HCN Maladies infectieuses et tropicales M. Guillaume **GOURCEROL** HCN Physiologie

Mme Catherine **HAAS-HUBSCHER** HCN Anesthésie – Réanimation chirurgicale

M. Serge **JACQUOT** UFR Immunologie

M. Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé

M. Jean-Baptiste **LATOUCHE** UFR Biologie Cellulaire

Mme Lucie **MARECHAL-GUYANT** HCN Neurologie

M. Jean-François **MENARD** HCN Biophysique

Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et Biologie moléculaire

M. Vincent **RICHARD** UFR Pharmacologie

M. Francis **ROUSSEL** HCN Histologie, embryologie, cytogénétique

Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique

Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie

M. Eric **VERIN** HCN Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry **LEQUERRE** HB Rhumatologie

M. Fabien **DOGUET** HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique **LANIEZ** UFR Anglais

Mme Michèle **GUIGOT** UFR Sciences humaines – Techniques d'expression

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

- M. Thierry **BESSON** Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques **BONNET** Pharmacologie
M. Roland **CAPRON** (PU-PH) Biophysique
M. Jean **COSTENTIN** (PU-PH) Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS** Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC** (PU-PH) Parasitologie
M. Michel **GUERBET** Toxicologie
M. Olivier **LAFONT** Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX** Physiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN** Pharmacognosie
M. Marc **VASSE** (PU-PH) Hématologie
M Jean-Marie **VAUGEOIS** (**Délégation CNRS**) Pharmacologie
M. Philippe **VERITE** Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

- Mle Cécile **BARBOT** Chimie Générale et Minérale Mme Dominique **BOUCHER**
Pharmacologie
M. Frédéric **BOUNOURE** Pharmacie Galénique Mme Martine **PESTEL-**
CARON Microbiologie
M. Abdeslam **CHAGRAOUI** Physiologie
M. Jean **CHASTANG** Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB** Législation pharmaceutique et économie de la santé Mme
Elizabeth **CHOSSON** Botanique
Mle Cécile **CORBIERE** Biochimie
M. Eric **DITTMAR** Biophysique Mme Nathalie **DOURMAP** Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC** Pharmacologie Mme Roseline **DUCLOS** Pharmacie
Galénique M. Abdelhakim **ELOMRI** Pharmacognosie M. François **ESTOUR**
Chimie Organique

M. Gilles **GARGALA** (MCU-PH) Parasitologie Mme Najla **GHARBI** Chimie analytique Mlle Marie-Laure **GROULT** Botanique M. Hervé **HUE** Biophysique et Mathématiques Mme Hong **LU** Biologie

Mme Sabine **MENAGER** Chimie organique Mme Christelle **MONTEIL** Toxicologie M. Paul **MULDER** Sciences du médicament M. Mohamed **SKIBA** Pharmacie Galénique Mme Malika **SKIBA** Pharmacie Galénique

Mme Christine **THARASSE** Chimie thérapeutique M. Rémi **VARIN** (MCU-PH) Pharmacie Hospitalière M. Frédéric **ZIEGLER** Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre **GOULLE** Toxicologie

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine **PANCHOU** Pharmacie Officinale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie **ANZELLOTTI** Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice **COQUEREL** Chimie Analytique

M. Johann **PELTIER** Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN – Hôpital Charles Nicolle **HB** – Hôpital de BOIS GUILLAUME **CB** – Centre **HENRI BECQUEREL** **CHS** – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray **CRMPR** – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile **BARBOT** Chimie Générale et Minérale

M. Thierry **BESSON** Chimie thérapeutique

M. Roland **CAPRON** Biophysique M Jean **CHASTANG** Mathématiques

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB** Législation, Economie de la Santé

Mle Elisabeth **CHOSSON** Botanique

M. Jean **COSTENTIN** Pharmacodynamie

Mme Isabelle **DUBUS** Biochimie M. Loïc **FAVENNEC** Parasitologie M. Michel **GUERBET** Toxicologie

M. Olivier **LAFONT** Chimie organique

M. Jean-Louis **PONS** Microbiologie

Mme Elisabeth **SEGUIN** Pharmacognosie

M. Mohamed **SKIBA** Pharmacie Galénique

M. Marc **VASSE** Hématologie

M. Philippe **VERITE** Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH** Biochimie et biologie moléculaire

(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** Biochimie et biologie moléculaire

(Unité Inserm 614)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD** Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario **TOSI** Biochimie et biologie moléculaire

(Unité Inserm 614)

M. Serguei **FETISSOV** Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

A mes parents,

Qui m'ont transmis la valeur du travail et grâce auxquels j'ai pu réaliser mes études.

Que cette réalisation soit témoin de ma sincère reconnaissance et qu'ils y trouvent
l'expression de ma profonde affection.

A mon grand frère Arnaud,

Qui m'a toujours accompagné et soutenu tout au long de mon parcours.

A Marion,

Qui m'a soutenu et qui a grandement participé à la réalisation de ce travail, qu'elle soit assurée de ma sincère reconnaissance et de mon amour pour elle.

A mes grands parents,

Pour leurs encouragements et leur présence, qu'ils soient ici témoins de ma sincère
admiration.

A ma famille,

Qu'ils soient tous assurés de mon affection.

A la mémoire de mon arrière grand père paternel, pharmacien à Tillières-sur-Avre.

A Marion et Maxime,

Qui ont grandement participé à la réussite de mes études ! Qu'ils soient assurés de ma
profonde reconnaissance et de mon amitié la plus sincère.

A mes amis,

Qui ont été présents et avec qui j'ai partagé tant de moments durant mes années d'études
qu'ils soient témoins de l'importance qu'ils représentent à mes yeux.

A Monsieur le Professeur Costentin,

Qui me fait l'honneur de diriger cette thèse ; qu'il trouve ici le témoignage de ma gratitude
pour sa disponibilité.

La qualité de son enseignement, l'enthousiasme à transmettre son savoir m'ont apporté le
goût de la pharmacologie et l'envie de l'entretenir tout au long de ma pratique
professionnelle en tant que pharmacien d'officine.

A Madame Isabelle Dubuc,

Que je remercie pour l'amabilité avec laquelle elle a accepté de juger cette thèse,
Qu'elle trouve dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de toute ma sympathie,
pour l'enseignement qu'elle m'a dispensé.

A Madame Caroline Mabilais Delaplassette,

A Monsieur Eric Mabilais,

Que je remercie pour la gentillesse avec laquelle ils ont accepté de juger ce travail.

Qu'ils reçoivent ici l'expression de ma plus affectueuse reconnaissance pour leur accueil
dans leur pharmacie tout au long de mes études, ainsi que l'enseignement de l'exercice de la
pharmacie d'officine.

Sommaire

Introduction.....	1
Partie 1 : L'Insomnie	2
I. Préambule.....	3
II. Définition	4
A. Physiologie du sommeil	4
1) Sommeil Orthodoxe.....	5
2) Sommeil paradoxal	5
B. Comment définir et caractériser l'insomnie.....	7
C. Approche diagnostique par le médecin généraliste	7
1) Démarche diagnostique en cas d'insomnie.	8
2) Diagnostiques de l'insomnie.	10
3) Conclusion :	11
III. Épidémiologie de l'insomnie.....	12
A. Prévalence de l'insomnie en France.....	12
B. Différences socio-démographique de la prévalence de l'insomnie.....	14
C. Conclusion.....	15
IV. Prise en charge thérapeutique des patients insomniaques.....	15
A. Stratégies thérapeutiques face aux diverses situations.....	15
B. Choix d'un médicament hypnotique	17
C. Critères de prescription d'un hypnotique	18
D. Choix du médicament hypnotique	19
E. Les erreurs à éviter	20
F. Information des patients sur le traitement par hypnotique	20
G. Sevrage des hypnotiques.....	21
V. Conclusion.....	22
Partie 2 : Enquête	23
I. Introduction	24
II. Pharmacie semi-urbaine.....	25
A. Données clés	25

B.	Relevé de données pour l'année 2011.....	26
1)	Noctamide [®] 2mg (lormetazepam).....	26
2)	Imovane [®] (zopiclone 7,5 mg).....	27
3)	Stilnox [®] (zolpidem 10mg).....	28
C.	Illustration des résultats.....	29
1)	Noctamide [®] 2mg (lormetazepam).....	29
2)	Imovane [®] (zopiclone 7,5 mg).....	31
3)	Stilnox [®] (zolpidem 10mg).....	33
III.	Pharmacie rurale.....	35
A.	Données clés.....	35
B.	Relevé de données pour l'année 2011.....	36
1)	Noctamide [®] 2mg (lormetazepam).....	36
2)	Imovane [®] (zopiclone 7,5 mg).....	37
3)	Stilnox [®] (zolpidem 10 mg).....	38
C.	Illustration des résultats.....	39
1)	Noctamide [®] 2mg (lormetazepam).....	39
2)	Imovane [®] (zopiclone 7,5 mg).....	40
3)	Stilnox [®] (zolpidem 10 mg).....	42
IV.	Synthèse.....	44
	Discussion.....	45
	Bibliographie.....	48

Introduction

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la France arrive en première position pour la consommation d'hypnotiques. Les somnifères ou hypnotiques, médicaments psychotropes destinés à lutter contre les troubles du sommeil, occupent le cinquième rang des médicaments les plus vendus en France. En 2002, l'assurance maladie (régime général) a remboursé pour un montant de 92 millions d'euros d'hypnotiques (35,3 millions de boîtes). D'après la HAS ces traitements médicamenteux ne devraient pas dépasser une durée de prescription supérieure à 4 semaines, aucun de ces médicaments n'a pour indication « insomnie chronique ».

Lorsqu'on évoque cette règle de prescription à un professionnel de santé qu'il soit le prescripteur ou le dispensateur il en résulte en général une réponse négative accompagnée d'un sourire évocateur.

L'objet de ce travail a pour but de déterminer si les règles de prescription de base sont appliquées ; d'essayer de déterminer le pourcentage des patients qui satisfont totalement ou partiellement cette législation.

❖ Ce travail comporte 2 parties :

- La première partie est un rappel succinct de la physiologie du sommeil, de l'insomnie et des principaux troubles du sommeil.
- La seconde partie rapporte une enquête effectuée dans 2 pharmacies (l'une semi-urbaine l'autre rurale) qui consiste à déterminer si les règles de prescription des hypnotiques sont appliquées. Ont été choisis les deux hypnotiques les plus fréquemment dispensés Stilnox® (Zolpidem) et Imovane®(Zopiclone) et une benzodiazépine utilisée comme hypnotique le Noctamide® (Lormetazepam).

Partie 1 : L'Insomnie

I. Préambule

L'adulte passe environ un tiers de sa vie (250.000 heures) à dormir, dont 20% de ce temps à rêver (sommeil paradoxal).

Les troubles du sommeil constituent, de l'avis de tous ceux qui se sont penchés sur cette question, un important problème de santé, tant par sa fréquence que par ses répercussions humaines, sociales et économiques. « Nous ne savons que trop, en effet, que la qualité de nos jours est dans le sillage de celles de nos nuits et réciproquement. »{1}

L'insomnie est en constante augmentation dans la plupart des pays occidentaux, selon la plupart des observateurs, alors que les consommations d'hypnotiques connaissent un essor croissant, une partie importante des personnes présentant une insomnie n'en parlent pas à leur médecin et les médecins à leur tour méconnaissent fréquemment ce trouble chez leurs patients. Cette situation a pu être qualifiée dès 1993 « d'épidémie de souffrants silencieux ».

La France n'échappe pas à cette situation, et même la consommation d'hypnotiques et d'anxiolytiques y est supérieure à celle de la plupart des autres pays occidentaux, à populations comparables, sans qu'une analyse approfondie de ce constat n'ait abouti à une explication convaincante. Cependant, les études de prévalence en population générale témoignent de la difficulté de cerner l'importance réelle de l'insomnie. Les données varient selon les critères choisis : insatisfaction liée au sommeil, symptômes de l'insomnie ou troubles en référence à une classification reconnue.

Les médecins généralistes sont sollicités au premier chef par cette question, les plaintes d'insomnie étant un motif typique de recours en soins primaires, ainsi que le suivi de la grande majorité des patients insomniaques.

II. Définition

A. Physiologie du sommeil

Le sommeil est constitué par la juxtaposition périodique de deux états distincts, le sommeil lent et le sommeil paradoxal, chacun étant défini par une phénoménologie particulière.

D'un point de vue fonctionnel on distingue la veille et le sommeil. La veille comporte l'éveil et le stade 1, alors que le sommeil se divise en sommeil orthodoxe (stades 2, 3 et 4) et en sommeil paradoxal. (Garma, 1994, « Le Sommeil Normal De L'homme », {2})

DESCRIPTION DES ETATS DE VEILLE ET DE SOMMEIL

- Stade 1 : Endormissement

L'endormissement ou stade 1, ne dure que quelques minutes, correspondant à la transition entre l'état de veille et le sommeil. Il s'observe également au cours de la nuit après des réveils transitoires. Souvent l'endormissement est précédé par des allers-retours stade 1 éveil, avant que le sommeil ne s'installe.

Le tonus musculaire diminue, les mouvements corporels sont rares à l'exception des possibles « myoclonies de l'endormissement », générales ou localisées, réveillant parfois le sujet. La respiration devient plus régulière; elle présente parfois des pauses de quelques secondes (apnées en général centrales), sans signification péjorative si elles sont peu nombreuses.

Des images et des sensations mentales de chute ou de flottement sont souvent associées aux myoclonies de l'endormissement.

Lors des éveils provoqués au cours du stade 1, l'activité mentale rapportée est en général très riche.

1) Sommeil Orthodoxe

- Stade 2 : sa première apparition est considérée comme le véritable début du sommeil.

Le dormeur est calme, sans mouvements observables.

- Les stades 3 et 4 constituent le sommeil lent profond (SLP), ou Slow Wave Sleep (SWS).

La respiration est régulière et profonde. Il n'y a pratiquement aucun mouvement.

C'est au cours de ces stades 3 et 4 de la première partie de la nuit que le sommeil est le plus profond et qu'il est le plus difficile de réveiller le dormeur. La personne réveillée au cours du stade 4 est le plus souvent dans un état de confusion, avec des capacités cognitives altérées, surtout si le réveil a été brusque. Lors des éveils en ces stades, l'activité mentale rapportée est souvent peu importante, non émotionnelle, souvent en relation avec des événements de la journée.

2) Sommeil paradoxal

Sommeil paradoxal (SP), ou phase de mouvements oculaires (PMO), ou Rapid Eyes Movement Sleep (REM Sleep)

Ce stade est paradoxal car il correspond à un état d'activation du système nerveux central contrastant avec une inhibition comportementale donnant l'impression d'une personne profondément endormie le sujet est dans un état d'hypotonie musculaire, pseudo paralytique : cela empêche que le rêve ne s'accompagne d'un passage à l'acte. Il s'oppose par toutes ses caractéristiques au sommeil classique lent. Au cours du SP, le cerveau est très actif et le corps inactif (sauf au niveau des yeux, qui présentent des mouvements rapides). La respiration devient plus rapide et irrégulière.

Les personnes réveillées en période de SP sont subjectivement bien présentes, reprenant vite pied dans la réalité. Les dormeurs réveillés après quelques minutes de SP rapportent, dans un assez grand nombre de cas (60 à 80 %), un récit de rêve.

Ces phases de rêves semblent contribuer à l'entretien de certaines formes de mémoire. Elles en constitueraient des « vaccinations de rappel » c'est là ou le « disque dur se grave ». Soulignons encore que l'humeur de nos jours est très vraisemblablement influencée par les rêves et plus encore par les cauchemars de nos nuits. Une restriction en SP pendant plusieurs nuits, comme le réalise l'usage de certains hypnotiques, se traduit par un rebond compensatoire à l'arrêt de ceux-ci. De là des nuits agitées, qui incitent volontiers à renouer avec le fauteur de troubles, ce qui accroît la dépendance et, partant, la consommation d'hypnotiques. De là cette réglementation de limiter la prescription à quatre semaines.

Les différents stades de sommeil se succèdent selon une loi générale s'appliquant à tous les mammifères adultes : le passage d'un stade à l'autre est réversible, sauf dans le cas du SP dont l'apparition ne peut se faire qu'après une phase de sommeil lent. Le sommeil de l'homme adulte ne comporte pas dans des conditions habituelles de passage direct de l'éveil au SP (sauf syndrome de Gelineau).

B. Comment définir et caractériser l'insomnie.

Comme l'écrit le professeur Costentin {1} :

« Nombreuses sont les personnes qui souffrent d'insomnies au milieu de la nuit. De brefs réveils nocturnes sont physiologiques ; mais comme la pensée nocturne a une propension à l'enflure, à l'exagération, elle peut en majorer l'importance, alors qu'il ne s'agit encore que d'un modeste inconfort. Ce n'est pas parce qu'on entend sonner chaque heure de la nuit que l'on n'a pas trouvé le sommeil ; d'ailleurs le comble de l'insomniaque ne serait-il pas de rêver qu'il n'a pas fermé l'œil de la nuit ? »

L'insomnie se définit comme une insuffisance ressentie du sommeil, ou une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches.

L'observation doit porter sur l'ensemble du cycle sommeil-éveil, conçu comme un tout.

La notion même d'insomnie repose sur la plainte ou la description qui en est faite par le patient. Le diagnostic spécifique de l'insomnie est complexe ; en effet, l'insomnie peut être considérée en fonction de sa durée, de sa sévérité, de sa quantité ou de sa qualité et de la présence ou non de comorbidités.

C. Approche diagnostique par le médecin généraliste

Le recours à des hypnotiques ou à des agents facilitant le sommeil, pour ne pas être galvaudé, doit s'appuyer sur des critères précis pour définir l'insomnie.

L'insomnie comporte un retentissement diurne et une altération de la qualité de vie (études de prévalence comparant des populations insomniaques versus non insomniaques).

Du fait du retentissement de l'insomnie et de l'absence fréquente de plaintes fonctionnelles de la part des patients (environ 24 à 25 % seulement de ceux qui présentent un ou plusieurs symptômes d'insomnie expriment une plainte concernant leur sommeil.)

Devant un patient se plaignant d'insomnie, le problème doit être abordé pour lui-même ; il doit aussi être considéré en fonction de l'histoire personnelle et de l'environnement de ce patient.

L'insomnie se diagnostique essentiellement par une évaluation clinique comportant un entretien approfondi, au moyen d'une approche somatique, psychologique et environnementale, et d'une étude de l'historique du sommeil, remontant même à l'enfance du patient.

Les principaux paramètres cliniques de l'évaluation de l'insomnie sont :

- le temps de latence de l'endormissement ;
- la durée des éveils en cours de nuit ;
- le nombre de ces éveils nocturnes ;
- le réveil matinal prématuré ;
- le temps total de sommeil ;
- l'efficacité du sommeil ;
- l'état diurne : fatigue, hypersensibilité diffuse, troubles de l'attention, irritabilité, performances psychomotrices altérées.

L'index d'efficacité du sommeil se calcule de la façon suivante :

- temps (en minutes) passé au lit = délai entre l'heure du coucher et l'heure du lever ;
- temps (en minutes) total de sommeil = temps passé au lit – temps total d'éveil nocturne (incluant le délai d'endormissement, les durées d'éveils nocturnes et le délai entre l'éveil et le lever) ;
- index efficacité du sommeil = (temps total de sommeil/temps passé au lit) x 100 ;
- exemple : $320/450 \times 100 = 71,1 \%$.

Ce calcul n'a de sens qu'en tant que moyenne sur une période donnée (par ex. 15 jours).

La démarche diagnostique recommandée comporte les éléments suivants

1) Démarche diagnostique en cas d'insomnie.

1. Identifier la nature de la plainte, en considérant l'ensemble du cycle sommeil-éveil des 24 heures :

- type ; ancienneté et fréquence ; sévérité ;
- répercussions diurnes : fatigue, tension, irritabilité, altération de l'humeur, trouble de la concentration, de la mémoire, somnolence excessive ;
- traitements déjà utilisés pour dormir et éventuellement en cours ;
- temps passé au lit ; temps de sommeil ; besoin de sommeil habituel.

2. Préciser les facteurs physiques d'environnement, les rythmes de vie et de travail, les habitudes relatives au sommeil, les facteurs d'hyperstimulation (activités excitantes en fin de journée, substances entretenant l'éveil, etc.), l'existence d'événements déclenchant, sources possibles de soucis ou de stress.

3. Rechercher les symptômes évocateurs de troubles organiques du sommeil associés, dont apnées (notamment chez les personnes âgées), les mouvements périodiques des membres, le syndrome des jambes sans repos, en recueillant si besoin l'avis du conjoint.

4. Rechercher une pathologie associée, aiguë ou chronique :

- état douloureux ;
- troubles psychiques anxieux et/ou dépressifs ;
- troubles somatiques (cardiopathies, troubles respiratoires ou thyroïdiens, reflux gastro-œsophagien, neuropathies dégénératives, etc.).

5. Détecter l'usage de substances perturbant le sommeil : médicaments, psychostimulants, alcool, substances illicites.

6. Rechercher des croyances, représentations ou pensées parasites pouvant entraîner des conditionnements mentaux défavorables au sommeil (par ex. : lien entre « se mettre au lit » et « certitude de ne pas pouvoir s'endormir »).

Ce n'est qu'à l'issue de cette investigation clinique, que pourra être affirmée la réalité de l'insomnie.

2) Diagnostiques de l'insomnie.

- Le patient rapporte une ou plusieurs des plaintes suivantes :
 - difficulté à s'endormir
 - difficulté à rester endormi
 - réveil trop précoce
 - sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité

- Au moins un des symptômes suivants relatif au problème du sommeil nocturne est rapporté par le patient :
 - fatigue, méforme
 - baisse d'attention, de concentration ou de mémoire
 - dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire
 - instabilité d'humeur, irritabilité
 - somnolence diurne
 - baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative
 - tendance aux erreurs, accidents au travail ou lors de la conduite automobile
 - maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au manque de sommeil
 - préoccupations et soucis à propos du sommeil.

- Apprécier la sévérité de l'insomnie selon les critères suivants :

La sévérité de l'insomnie peut être appréciée selon les critères suivants : sa fréquence (nombre de mauvaises nuits hebdomadaires) et l'ampleur de son retentissement diurne :

Sévérité	Fréquence/semaine	Retentissement diurne
insomnie légère	1 nuit ou moins	retentissement minime
insomnie modérée	2 ou 3 nuits	fatigue, état maussade, tension, irritabilité
insomnie sévère	4 nuits ou plus	fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité, troubles de la concentration,

Certains jugent de la sévérité en fonction de la présence du nombre de paramètres perturbés : difficulté d'endormissement, réveils nocturnes avec incapacité à se rendormir, sommeil non réparateur.

Insomnie sévère : au moins deux paramètres, au moins trois fois par semaine sur un mois, avec séquelles diurnes.

Il est à retenir que :

- l'insomnie est avant tout une plainte subjective des patients ; bien que ceux-ci évaluent souvent mal leurs temps de sommeil ou d'éveil nocturne, le praticien doit déterminer ses stratégies en fonction de cette plainte ;
- l'appréciation du caractère transitoire de l'insomnie ne peut évidemment se faire qu'avec le recul ;

3) Conclusion :

Une classification utile au praticien doit prendre en compte :

- d'une part des critères diagnostiques portant sur l'ensemble du cycle éveil / sommeil ;
- d'autre part, les éléments du diagnostic différentiel, qui prennent en considération les éléments suivants :
 - La présence ou non d'un évènement déclenchant (insomnie réactionnelle ou non),
 - La présence ou non d'autres troubles du sommeil associés,
 - La présence ou non d'une comorbidité,
 - La consommation ou non de produits psychostimulants, licites ou non,
 - Le caractère aigu ou durable.

III. Épidémiologie de l'insomnie.

L'incidence annuelle de l'insomnie est inconnue ; les données existantes concernent la prévalence. Il s'agit de données subjectives et déclaratives, car il n'existe pas de données objectives sur l'épidémiologie de l'insomnie (réalisée à l'aide d'enregistrements du sommeil).

Lorsqu'une pathologie est clairement liée avec une classe pharmacologique, il est possible de déduire une prévalence à partir de la consommation médicamenteuse, c'est théoriquement le cas pour les hypnotiques. Le codage du médicament permet de connaître le nombre d'assurés ayant demandé le remboursement d'un psychotrope. En 2000, 24,5 % des assurés ou bénéficiaires du régime général ont obtenu le remboursement d'un psychotrope ; 17,4 % ont eu au moins un anxiolytique, 9,7 % un antidépresseur et 8,8 % un hypnotique {3}.

L'étude de Ohayon {4} indique que 10 % de l'échantillon (Selon un échantillon représentatif de la population adulte française n = 5 622) prend un médicament pour dormir : 37,9 % sont des hypnotiques et 50 % sont des anxiolytiques.

A. Prévalence de l'insomnie en France

La prévalence de l'insomnie en population générale adulte (plus de 15 ans ou de 18 ans selon les études) dépend des critères retenus pour définir l'insomnie. Les deux tiers de la population ont déjà connu un problème de sommeil {5}, mais seulement un cinquième à un quart expriment un trouble contemporain : sommeil insatisfaisant ou prise d'un médicament pour le sommeil avec un symptôme d'insomnie {6} {5} {7} {8}.

Auteurs, année	Date étude	Population étudiée	Définitions	Prévalence (homme/femme)
<i>Évaluation subjective de l'insomnie sans spécification des plaintes</i>				
Ohayon <i>et al.</i> , 1996 {6}	1993	Echant. Repr n = 5 622 ≥ 15 ans	Plainte d'insomnie : sommeil insatisfaisant ou prise d'un médicament pour des troubles ou une anxiété liée au sommeil	20,1 % (15,6 %/24,4 %)
Ohayon <i>et al.</i> , 2004 {9}	1993	Echant. Repr n = 5 622 ≥ 15 ans	Plainte d'insomnie symptomatique : plainte d'insomnie associée à au moins un symptôme d'insomnie*	18,6 % (14,5 %/22,4 %)
Cugy <i>et al.</i> , 2004 {10}	1988/98	Centres d'examen de santé, ≥ 18 ans n = 17 870 en 1998	« Avez-vous habituellement des troubles du sommeil ? »	Chiffres 1998 (21 %/28,6 %)
Quera-Salva <i>et al.</i> , 1991 {11}	1987	Echant. Repr n = 1 003 ≥ 15 ans	« Avez-vous actuellement des troubles du sommeil ? »	48 %
<i>Symptômes d'insomnie</i>				
Léger <i>et al.</i> , 2000 {5}	1997	Echant. Repr. n = 12 778 ≥ 18 ans	Expérience au moins une fois d'un symptôme d'insomnie*	73 % (68 %/78 %)
			Présence d'un symptôme* trois fois par semaine sur un mois	29 % (25 %/34 %)
Ohayon <i>et al.</i> , 1996 {222}	1993	Echant. Repr n = 5 622 ≥ 15 ans	Réveils nocturnes Endormissement > 30mn Réveil précoce (avant 5.00 am)	30 % 24,4 %/7,1 %
<i>Insomnie selon les critères de la DSM-IV (symptômes, fréquence, conséquences diurnes)</i>				
Ohayon, 2002 {12}	1993	Echant. Repr n = 5 622 ≥ 15 ans	État insomniacque : plainte d'insomnie symptomatique au moins un mois avec séquelles diurnes Diagnostic insomnie DSM-IV	12,7 % 5,6 %
Leger <i>et al.</i> , 2000 {5}	1997	Echant. Repr. n = 12 778 ≥ 18 :ans	Insomnie : au moins un symptôme*, au moins trois fois par semaine sur un mois, avec séquelles diurnes. Insomnie sévère : au moins deux symptômes*, au moins trois fois par semaine sur un mois, avec séquelles diurnes.	18,6 % (14,0 %/22,8 %) 9,3 % (6,3 %/12,0 %)
Leger <i>et al.</i> , 2002 {13}	1996	Echant. Repr. n = 8 625	Insomnie sévère	8 %

* Difficulté d'endormissement, réveils nocturnes avec incapacité à se rendormir, sommeil non réparateur ; Echant. Repr. : échantillon représentatif.

B. Différences socio-démographique de la prévalence de l'insomnie

La prévalence de l'insomnie est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. En France, le ratio femme/homme est de 1,6 pour l'insomnie {6}{5}{7} et de 1,9 pour l'insomnie sévère {5}. Les études internationales font état d'un taux global de 13 {14} et 1,4 {12} et observent que la différence s'accroît avec l'âge. La prévalence de l'insomnie croît avec l'âge. En France, Léger et al. {5} observent un palier entre 25 et 34 ans tandis que Ohayon et Roth {Ohayon 2001 {15} l'observent après 45 ans. Les travaux de ces derniers montrent que lorsque le sujet avance en âge, sa durée de sommeil nocturne diminue avec une modification des horaires veille-sommeil, la latence d'endormissement et le temps passé au lit augmentent, mais le sentiment d'un sommeil non réparateur n'augmente pas {16}. De même, la fréquence de l'insatisfaction du sommeil augmente assez peu avec l'âge : de 12 % entre 15 et 44 ans à 15,5 % chez les plus de 75 ans. Les auteurs avancent l'hypothèse d'une désorganisation du rythme du sommeil où la diminution de la durée du sommeil serait compensée par des siestes au cours de la journée {17}. D'autres variables sont associées avec une prévalence supérieure de l'insomnie : être séparé, divorcé ou veuf, avoir un faible revenu ou un faible niveau d'éducation {18}. Les modèles multi variés relativisent ces effets. L'analyse multi variée de Léger et al. {5} sur données françaises, montrent que les effets de la profession et de l'état marital sont en grande partie expliqués par l'âge et le sexe. Dans l'analyse multi variée réalisée par Ohayon {5}, les variables significativement associées avec un sommeil insatisfaisant ou la prise d'un médicament pour le sommeil sont : un faible niveau de revenu, être une femme, avoir plus de 65 ans et être séparé, divorcé ou veuf.

C. Conclusion

La prévalence de l'insomnie dépend de la définition que l'on adopte. En France, entre 20 % et 30 % des adultes souffrent d'une insomnie que l'on qualifiera de faible à modérée soit parce que les symptômes sont peu nombreux, soit parce qu'elle est occasionnelle, soit parce qu'il y a peu de retentissement sur la vie quotidienne. Environ 10 % des adultes souffrent d'insomnie sévère (plusieurs symptômes, état chronique, retentissement sur la vie quotidienne). Les femmes sont plus concernées. En revanche, plusieurs études montrent que l'incidence de l'âge est, au moins en partie, expliqué par l'état de santé et les habitudes de sommeil.

IV. Prise en charge thérapeutique des patients insomniaques

A. Stratégies thérapeutiques face aux diverses situations

Ces stratégies impliquent en général non seulement l'instauration d'un traitement médicamenteux ou non, mais aussi l'établissement d'un programme de suivi comportant l'évaluation périodique des effets du traitement et un soutien psychologique constant.

L'instauration d'un traitement pour insomnie justifie une consultation consacrée uniquement à celle-ci. Selon les cas, soit l'insomnie est un symptôme associé à une autre pathologie, dont elle peut constituer un signal d'alarme, soit elle est à considérer comme une pathologie en elle-même.

Dans le premier cas, de loin le plus fréquent, le « traitement doit avant tout chercher à être étiologique ». Cela n'exclut pas de traiter l'insomnie pour elle-même, selon l'évaluation de sa chronicité et/ou de sa sévérité.

Dans tous les cas d'insomnie, avant toute autre initiative, il convient de s'assurer que quelques règles élémentaires d'hygiène du sommeil sont réunies.

Règles élémentaires d'hygiène du sommeil :

- Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes longues (> 1 h) ou trop tardives (après 16 h).
- Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.
- Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher.
- Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine.
- Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17 h.
- Éviter les repas trop copieux le soir.

Ces règles peuvent parfois suffire à restaurer le sommeil en cas d'insomnies légères et sans comorbidité. Toutefois, elles ne peuvent prétendre permettre à elles seules de résoudre un problème d'insomnie modérée ou sévère ; elles doivent alors être associées à d'autres mesures thérapeutiques.

En cas de difficultés d'endormissement :

- bien marquer le moment du réveil (douche, exercice physique, ambiance lumineuse forte)
- éviter la lumière forte et l'activité physique le soir.

En cas de réveil matinal trop précoce :

- ne pas traîner au lit quand on est réveillé.

Proposer, si nécessaire, un traitement symptomatique le plus léger possible :

- soit un « sédatif léger » (phytothérapie), bien qu'aucune étude n'apporte d'éléments permettant de les situer clairement en termes d'efficacité ; un simple effet placebo n'est ni à écarter, ni à dédaigner, même en l'absence de remboursement ;

- soit un hypnotique (doxylamine, benzodiazépine [BZD] ou apparenté aux BZD), pendant quelques jours, à la plus faible dose possible, choisi parmi celles qui sont connues pour induire le moins possible de retentissement sur la vigilance diurne. Quel que soit

l'hypnotique choisi, la plus faible dose efficace, individuelle, doit être recherchée et **prescrite pour une période clairement limitée, de quelques jours à 4 semaines maximum** (sauf pour le triazolam, dont la prescription est limitée à 2 semaines) incluant la période de diminution de la dose. Dans tous les cas de prescription d'hypnotique, le patient doit être informé des conditions du traitement, de ses effets indésirables possibles et des précautions à respecter.

B. Choix d'un médicament hypnotique

Les bénéfices et les risques du traitement par hypnotique sont à prendre en compte pour chaque patient.

Les effets indésirables possibles sont :

- d'une part, les effets résiduels diurnes : céphalées, troubles de l'équilibre, troubles de la mémoire, altération des performances psychomotrices et cognitives ;

- d'autre part, un rebond de l'insomnie à l'issue du traitement (le retour de l'insomnie à un degré plus sévère qu'avant traitement).

➤ Effets résiduels :

En ce qui concerne les effets résiduels, parmi leurs causes on notera: la nature du produit, la dose, le délai d'action et la demi-vie, l'âge et le sexe. La demi-vie à elle seule ne préjuge pas de l'intensité ou de la durée des effets résiduels.

Si un hypnotique doit être prescrit, il faut viser à ce que ses effets soient limités à la durée de la nuit suivant son ingestion. On doit commencer avec la plus faible dose possible, surtout chez le sujet âgé, qui nécessite des posologies plus faibles. On doit également éviter d'augmenter la dose trop rapidement, la marge thérapeutique de ces médicaments étant étroite, en sorte que les effets résiduels peuvent parfois devenir très importants lors d'un simple doublement de la dose.

➤ Effet rebond

En ce qui concerne l'effet rebond, il devrait pouvoir être limité ou évité par une prescription à la plus faible dose efficace et réduit par une diminution progressive de la dose.

C. Critères de prescription d'un hypnotique

Le prescripteur doit s'appuyer sur les éléments suivants :

- le profil d'insomnie du patient (insomnie d'endormissement, difficulté de maintien du sommeil ou réveil matinal prématuré) ;
- le délai d'action du produit (Tmax) et sa durée, liée à la dose utilisée et à sa demi-vie
- le risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes (éviter si possible de cumuler plusieurs médicaments psychotropes) ;
- l'état physiologique du patient (âge, état rénal et hépatique), qui conditionne sa sensibilité et la capacité d'élimination du produit ;
- le type d'activités susceptibles d'être pratiquées par le patient au décours de la prise du produit.

Il est recommandé que les hypnotiques soient prescrits seulement pour de courtes périodes, en accord avec les indications autorisées : **de quelques jours à 4 semaines maximum**, sauf pour le triazolam (2 semaines maximum), incluant la période de diminution de la dose. Le cumul de plusieurs médicaments à effet sédatif est à éviter.

Le changement d'un hypnotique par un autre n'est justifié que si le patient a des effets indésirables en rapport direct avec le produit utilisé, ou éventuellement dans le cadre d'un sevrage d'hypnotiques.

Il est recommandé aux médecins généralistes de réévaluer les prescriptions d'hypnotiques effectuées par un autre prescripteur, notamment chez les patients venant

d'effectuer un séjour en institution (hôpital, maisons de personnes âgées) et revenant à leur domicile, les conditions de sommeil pouvant fortement différer.

D. Choix du médicament hypnotique

Parmi les BZD et apparentés, **aucun produit n'a l'indication « insomnie chronique »**. Les produits à demi-vie courte ou moyenne doivent être préférés dans le but d'éviter ou de limiter les effets résiduels diurnes.

L'efficacité des traitements discontinus n'a pas été étudiée sur le long terme dans les insomnies chroniques. Les études existantes, réalisées uniquement pour le zolpidem et sur le court terme, manquent de puissance pour permettre de conclure formellement à leur efficacité.

- Les antidépresseurs, en tant que traitement de l'insomnie, bien qu'ils soient utilisés en pratique, n'ont pas fait la preuve de leur intérêt. Il n'est pas démontré que le rapport bénéfices/risques des antidépresseurs dans l'insomnie soit favorable, même si ce symptôme peut être amélioré dans le cadre d'un traitement d'une dépression.
- Parmi les antihistaminiques H1 bénéficiant de l'indication « insomnie », sous réserve des contre-indications et précautions décrites (effets anticholinergiques ou adrénolytiques alpha1), peuvent être utilisés chez l'adulte, mais sont à déconseiller chez le sujet âgé (effets atropiniques non négligeables) :
 - l'alimémazine (Théralène®) et la prométhazine (Phénergan®) ;
 - la doxylamine (Donormyl®)
- La phytothérapie : il n'a pas été prouvé pour la valériane d'efficacité supérieure à celle d'un placebo. En l'absence d'essais randomisés, l'innocuité de la mélisse, de l'oranger, du tilleul et de la verveine odorante ne peut être ni affirmée, ni infirmée. Si l'efficacité de ces substances reste incertaine, il peut néanmoins en être fait usage à titre de placebo.

E. Les erreurs à éviter

- Prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique.
- Associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques.
- Renouveler une ordonnance sans réévaluer la situation du patient.
- Méconnaître une dépression ou un autre trouble psychiatrique.
- Négliger un symptôme évocateur de syndrome d'apnées du sommeil (ronflements sonores, somnolence diurne, céphalées au réveil, excès de poids).
- Prescrire un hypnotique chez un insuffisant respiratoire
- Arrêter brutalement un traitement hypnotique.

F. Information des patients sur le traitement par hypnotique

Informers les patients sur la durée du traitement, le nécessaire respect de la dose prescrite, l'heure de la prise, le délai moyen d'action du produit prescrit, ses effets résiduels possibles et leur durée moyenne, notamment sur la vigilance et la mémoire (les avertissements mentionnés sur les notices accompagnant les produits peuvent être insuffisants) et les modalités d'arrêt. L'arrêt du traitement doit être prévu dès la prescription et les effets indésirables lors de l'arrêt sont à signaler aux patients. On doit également les informer de la nécessité d'éviter la conduite automobile et les travaux de précision et/ou présentant des risques (ex. conduite de machines, utilisation d'outils ou de véhicules) :

- en début de traitement (première semaine) ;
- en cas de somnolence, vertige ou manque de concentration.

L'absence de perception de ces sensations ne signifie d'ailleurs pas que les performances sont normales.

Des pictogrammes figurent sur les boîtes d'hypnotiques, indiquant les restrictions à observer pour la conduite automobile.

Au-delà de la période initiale du traitement, les patients doivent être informés du délai à respecter à partir de l'heure de la prise d'hypnotique pour pouvoir exercer des activités requérant une vigilance totale ; ils doivent aussi être conseillés pour adapter leurs comportements en fonction de ces activités.

G. Sevrage des hypnotiques

De manière générale, l'arrêt progressif des hypnotiques est requis, quelle que soit la durée du traitement, et plus particulièrement chez les utilisateurs au long cours. La durée du sevrage peut s'étendre sur plusieurs mois chez des utilisateurs de longue durée.

Pour prévenir ou limiter les effets d'un syndrome de sevrage, comme de l'effet rebond, il n'existe pas de protocole préétabli. Il est généralement conseillé de réduire les doses par paliers (de ¼ de comprimé). Le rythme de réduction des doses est à adapter à la situation de chaque patient, la durée des paliers étant fonction de l'ancienneté de la consommation d'hypnotique. Les mesures de renforcement du contraste veille-sommeil constituent un appoint utile. Parmi d'autres propositions :

- prescrire une utilisation intermittente pendant une durée de quelques semaines et changer périodiquement d'hypnotique, en utilisant des produits les moins susceptibles d'effets rebond et de sevrage (selon la dose et la demi-vie), puis éventuellement, des plantes.

- changer de forme galénique du même produit.

- utiliser un placebo.

Quelle que soit la modalité choisie, cette période doit être programmée avec le patient et nécessite un suivi attentif ainsi qu'un soutien psychologique constant, ce soutien étant à poursuivre après l'arrêt total de l'hypnotique.

V. Conclusion

La prise en charge d'un patient souffrant d'insomnie justifie de porter une attention spécifique au contexte de vie et d'activité, à l'ensemble du cycle veille-sommeil, aux pathologies éventuellement associées.

Il n'est pas rare qu'à l'issue d'une consultation médicale le patient reçoit des ordonnances datées des mois suivants pour se voir délivrer ses hypnotiques sans être tenu de retourner voir le prescripteur.

Aussi, la prescription d'hypnotiques, ne doit-elle pas être banalisée, car si elle facilite le sommeil, elle ne règle pas réellement le problème de l'insomnie. Leur usage requiert des règles précises : dose minimale utile, limitation dans le temps, information du patient, modalités d'arrêt.

Une meilleure connaissance des situations pour lesquelles les hypnotiques sont prescrits et des caractéristiques des utilisateurs paraît hautement souhaitable.

Les alternatives au traitement médicamenteux, qui relèvent du registre éducatif ou cognitivo-comportemental, s'adressent principalement aux insomnies chroniques. Mais elles sont aujourd'hui peu développées en France, donc peu accessibles, et ne constituent dans ce contexte qu'une alternative assez théorique.

En conséquence :

- l'appropriation de certaines de ces techniques par les médecins généralistes pourrait être recommandée dans le cadre de leur formation, initiale ou continue, à condition qu'ils puissent dans leur activité dégager le temps nécessaire pour y consacrer des consultations spécifiques ;

- l'adaptation des conditions d'exercice des médecins généralistes est nécessaire. En effet, selon l'étude du ministère de la Santé, du Travail et du Budget, les consultations des médecins généralistes sont en moyenne d'une durée de 16 minutes. Il en résulte que dans cet intervalle de temps limité, le prescripteur peut difficilement respecter l'intégralité de ces recommandations.

Partie 2 : Enquête

I. Introduction

Ce travail a été réalisé au cours de l'année 2012 aux seins de deux pharmacies d'officine de quartier dans la région de Haute Normandie. Nous avons inclus les patients fidèles de ces officines en éliminant les clients de passage ; le critère de fidélisation à la pharmacie est leur domicile. (La distance kilométrique retenue a été de cinq pour la pharmacie semi-urbaine et de douze pour la pharmacie rurale.)

Les paramètres retenus pour chaque patient sont :

- L'âge,
- Le sexe,
- La quantité de boîtes dispensées dans l'année 2011.
- Les prescriptions d'hypnotiques dispensés dans l'année 2010
- La spécialité médicale du prescripteur (pour l'officine semi-urbaine).

Pour mémoire, les 3 hypnotiques sélectionnés ont un conditionnement prévu pour deux semaines de traitements (soit quatorze jours à la dose usuelle. Il est important de rappeler qu'il s'agit de comprimés sécables.)

La réglementation stipule : « un patient ne peut bénéficier d'une prescription supérieure à quatre semaines » ; néanmoins il est possible qu'un patient puisse bénéficier d'une nouvelle prescription de quatre semaines en raison de la persistance de ses troubles du sommeil ; et ceci deux à trois fois au cours de l'année 2011. (Dans la majorité des cas il s'agit d'une période continue, rare sont celles discontinues)

Au regard de cette réglementation et en tenant compte d'une certaine pratique clinique des prescripteurs nous avons dissocié dans notre étude trois période :

- Dispensation inférieure à quatre semaines.
- Dispensation entre quatre et seize semaines.
- Dispensation supérieure à seize semaines

II. Pharmacie semi-urbaine

A. Données clés

Il s'agit d'une pharmacie de banlieue, à proximité d'un centre ville.

Population	7000 habitants, 2800 foyers
Type de ménage le plus fréquent	Couples sans enfants = 35% des foyers
Revenu moyen par foyer	4200€ nets par mois
10% des foyers gagnent plus de...	7300€ nets par mois
Classement national en revenu par foyer	Environ 2000 ^{ème} sur 36717 communes

B. Relevé de données pour l'année 2011

1) Noctamide® 2mg (lormetazepam)

-Nombres de patients : 63

-Age minimum : 21 ans

-Age maximum : 93 ans

-Nombre d'hommes : 19 Moyenne d'âge des hommes : 56 ans

-Nombre de femmes : 44 Moyenne d'âge des femmes : 63 ans

-Nombre de semaine max délivrée pour un patient dans l'année : 48 semaines.

-Nombre de semaines de traitement dans l'année en moyenne par patient

-Total : 14.2

-Femmes : 8

-Hommes : 31

Rapport entre les patients ayant bénéficiés de 4 semaines ou moins de traitements et le nombre total en fonction de leurs classes d'âges :

-**19-39 ans** : 4/10 soit 40%

-**40-59 ans** : 11/21 soit 52.4%

-**60-79 ans** : 3/24 soit 12.5%

-**plus de 80 ans** : 2/8 soit 25%

Proportion des patients qui respectent la règle de prescription des 4 semaines

-**Moins de 4 semaines**: 20 soit 32%

-**Entre 4 et 16 semaines** : 23 soit 36%

-**Plus de 16 semaines** : 20 soit 32%

} 68% hors
recommandation

Les prescripteurs sont pour 73% d'entre eux des généralistes.

2) Imovane® (zopiclone 7,5 mg)

-Nombres de patients : 143

-Age minimum : 21 ans

-Age maximum : 93 ans

- Nombre d'hommes : 65 Moyenne d'âge des hommes : 57 ans

-Nombre de femmes : 78 Moyenne d'âge des femmes : 60 ans

-Nombre de semaine max délivrée pour un patient dans l'année : 100 semaines.

-Nombre de semaines de traitement dans l'année en moyenne par patient

-Total : 18,1

-Femmes : 20

-Hommes : 15

Rapport entre les patients ayant bénéficiés de 4 semaines ou moins de traitements et le nombre total en fonction de leurs classes d'âges :

-19-39 ans : 9/13 soit 69,2%

-40-59 ans : 20/40 soit 50%

-60-79 ans : 15/36 soit 41%

-plus de 80 ans : 1/15 soit 6,7%

Proportion des patients qui respectent la règle de prescription des 4 semaines

-Moins de 4 semaines : 44 soit 22%

-Entre 4 et 16 semaines:26 soit 25%

-Plus de 16 semaines:34 soit 33%

} 58% hors
recommandation

Les prescripteurs sont pour 76% d'entre eux des généralistes.

3) Stilnox® (zolpidem 10mg)

-Nombres de patients : 281

-Age minimum : 21 ans

-Age maximum : 93 ans

-Nombre d'hommes : 92 Moyenne d'âge des hommes 60 ans

-Nombre de femmes : 189 Moyenne d'âge des femmes 60 ans

-Nombre de semaine max délivrée dans l'année pour un patient: 72 semaines.

-Nombre de semaines de traitement dans l'année en moyenne par patient

-Total 11,6

-Femmes 12

-Hommes 11

Rapport entre les patients ayant bénéficiés de 4 semaines ou moins de traitements et le nombre total en fonction de leurs classes d'âges :

-19-39 ans : 27/38 soit 71%

-40-59 ans : 60/98 soit 61,2%

-60-79 ans : 44/98 soit 44,9%

-Plus de 80 ans : 16/47 soit 34%

Proportion des patients qui respectent la règle de prescription des 4 semaines

-Moins de 4 semaines : 148 soit 53%

-Entre 4 et 16 semaines: 72 soit 25%

-Plus de 16 semaines: 61 soit 22%

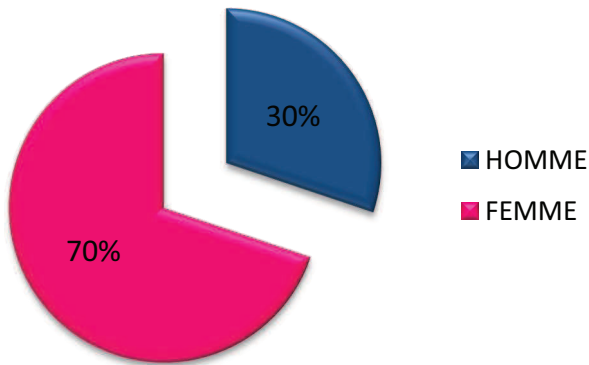
} 47% hors
recommandation

Les prescripteurs sont pour 93% d'entre eux des généralistes.

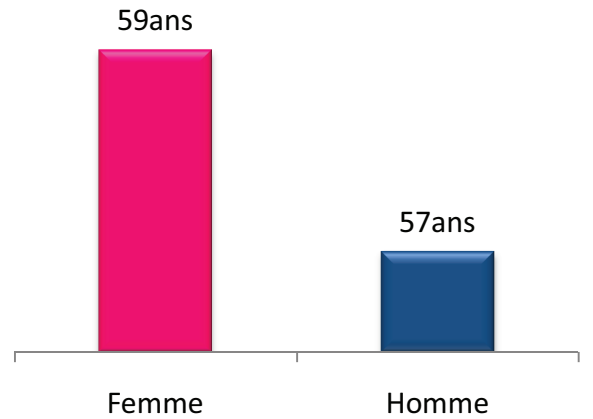
C. Illustration des résultats.

1) Noctamide® 2mg (lormetazepam)

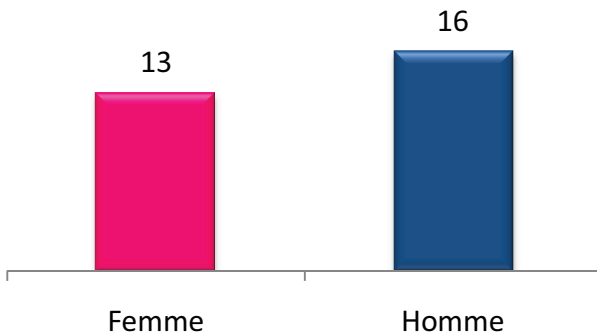
Répartition homme-femme 2011



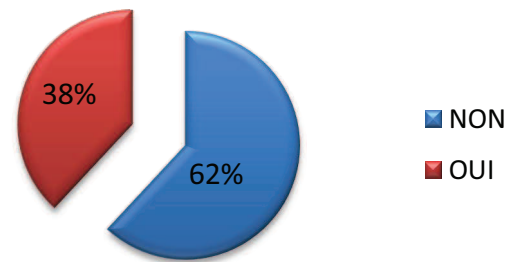
Age moyen en fonction du sexe



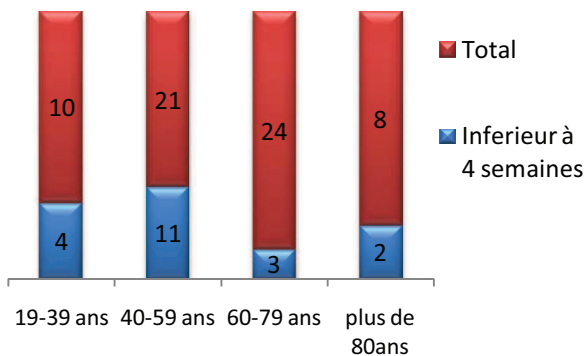
Nombre de semaine de traitement dans l'année en fonction du sexe



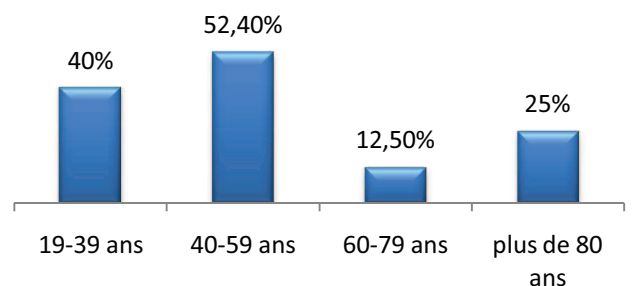
Proportion des patients qui ont déjà été traités en 2010



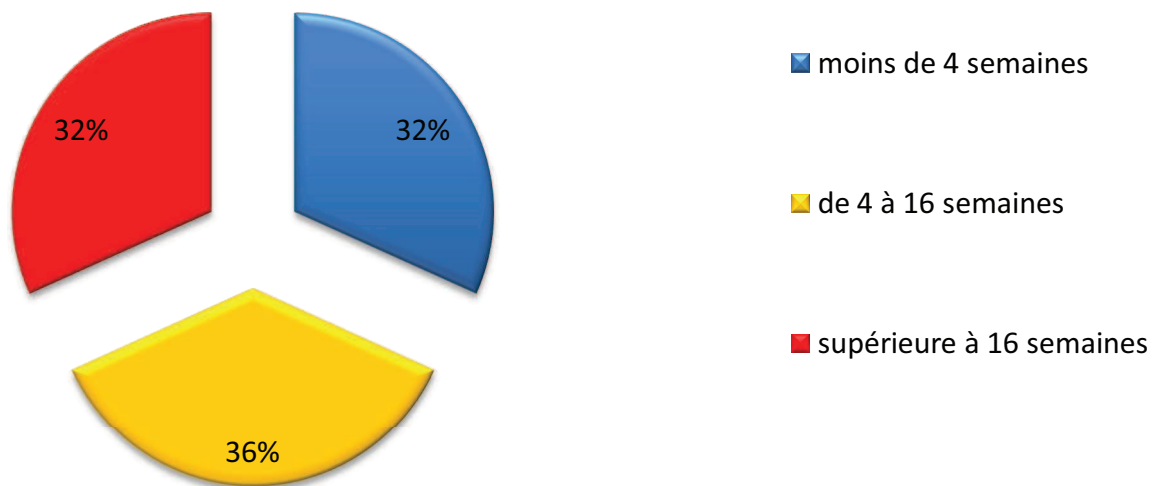
Rapport de ceux qui respectent la règle des 4 semaines en fonction des classes d'âge



Pourcentage des patients qui respectent la règle des 4 semaines en fonction de leurs classe d'âge

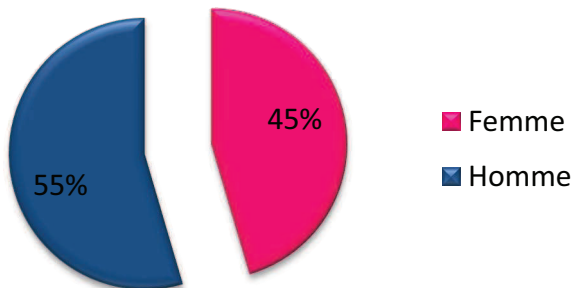


Proportion des patients au regard du respect de la règle de prescription des 4 semaines

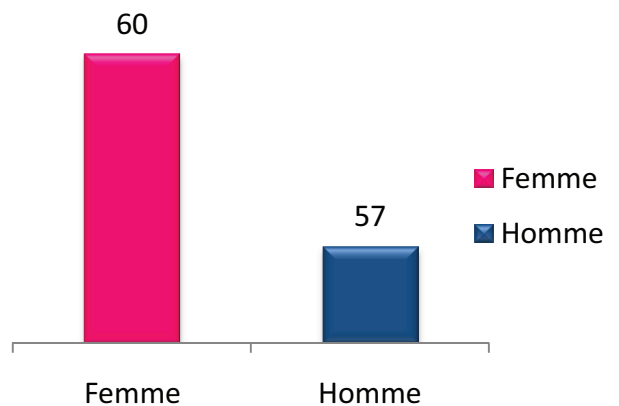


2) Imovane® (zopiclone 7,5 mg)

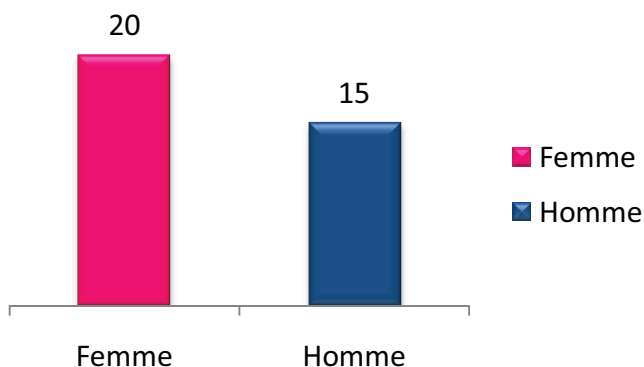
Répartition homme-femme 2011



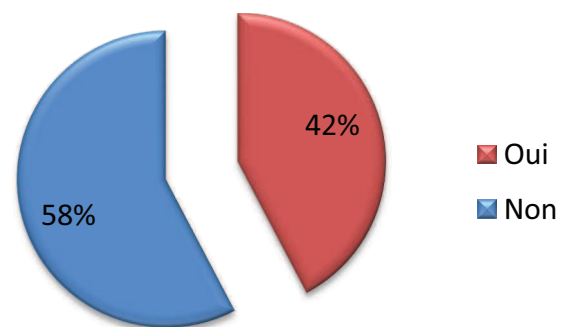
Age moyen en fonction du sexe



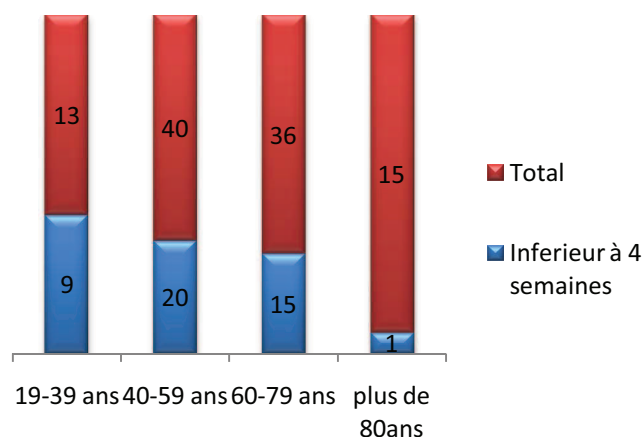
Nombre de semaine de traitement dans l'année en fonction du sexe



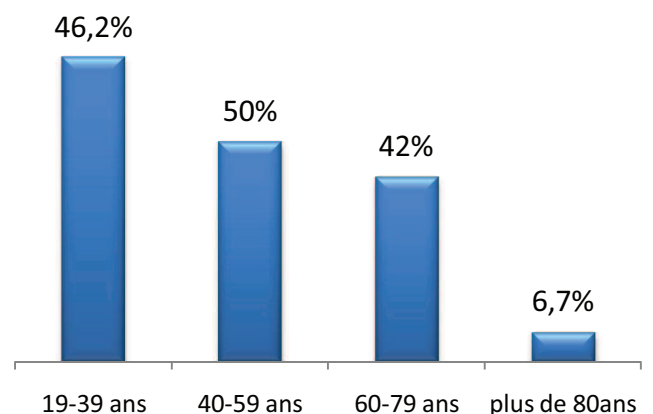
Proportion des patients qui ont déjà été traités en 2010



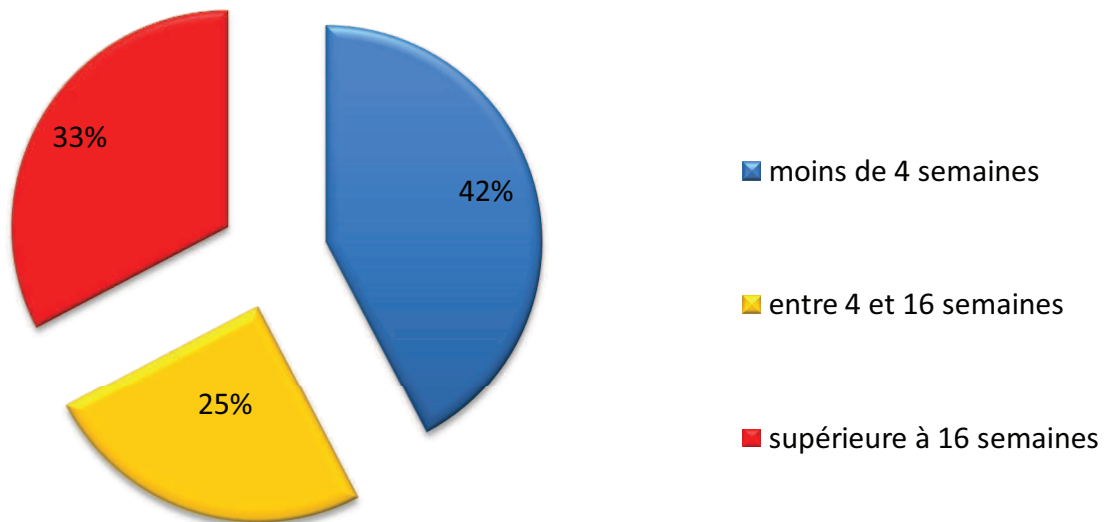
Rapport de ceux qui respectent la règle des 4 semaines en fonction des classes d'âge



Pourcentage des patients qui respectent la règle des 4 semaines en fonction de leurs classe d'âge

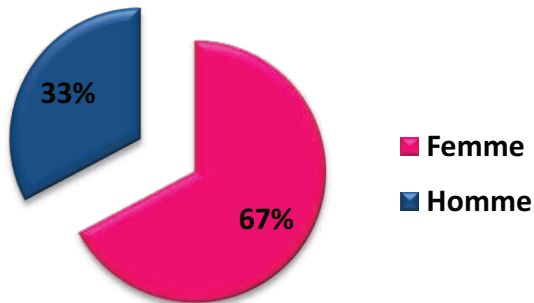


Proportion des patients au regard du respect de la règle de prescription des 4 semaines

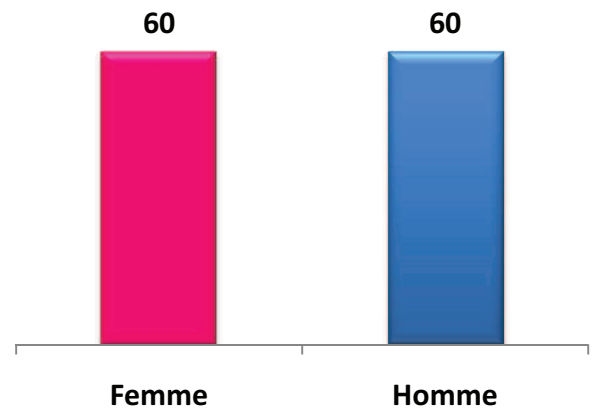


3) Stilnox® (zolpidem 10mg)

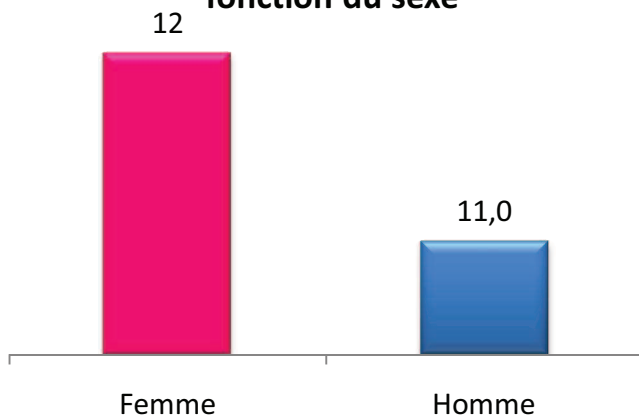
Répartition homme-femme 2011



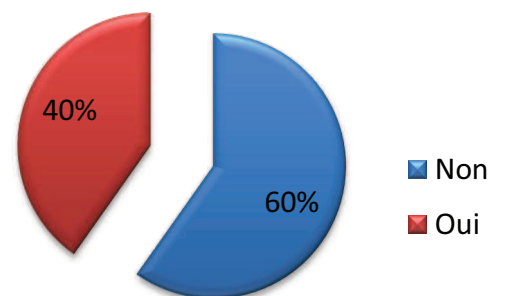
Age moyen en fonction du sexe



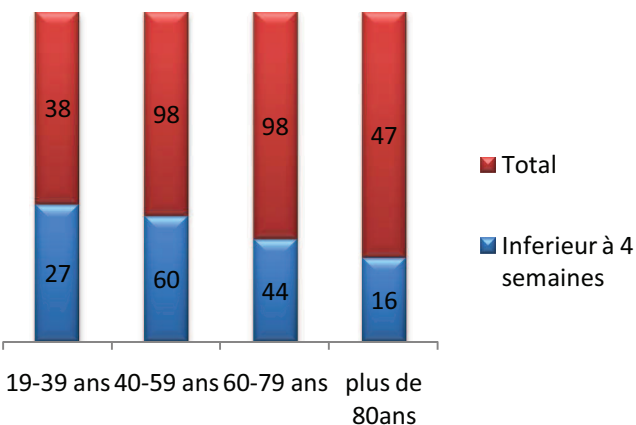
Nombre de semaine de traitement dans l'année en fonction du sexe



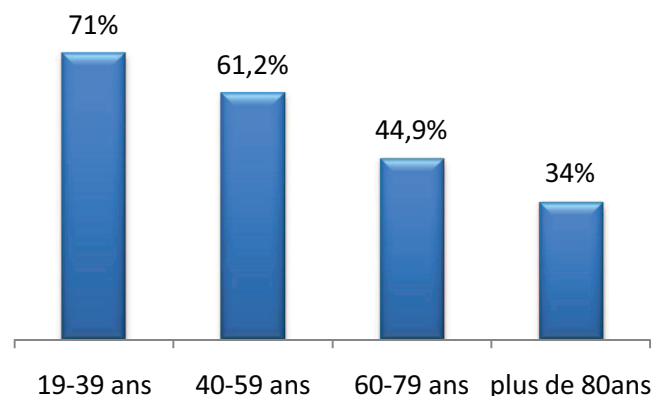
Proportion des patients qui ont déjà été traités en 2010



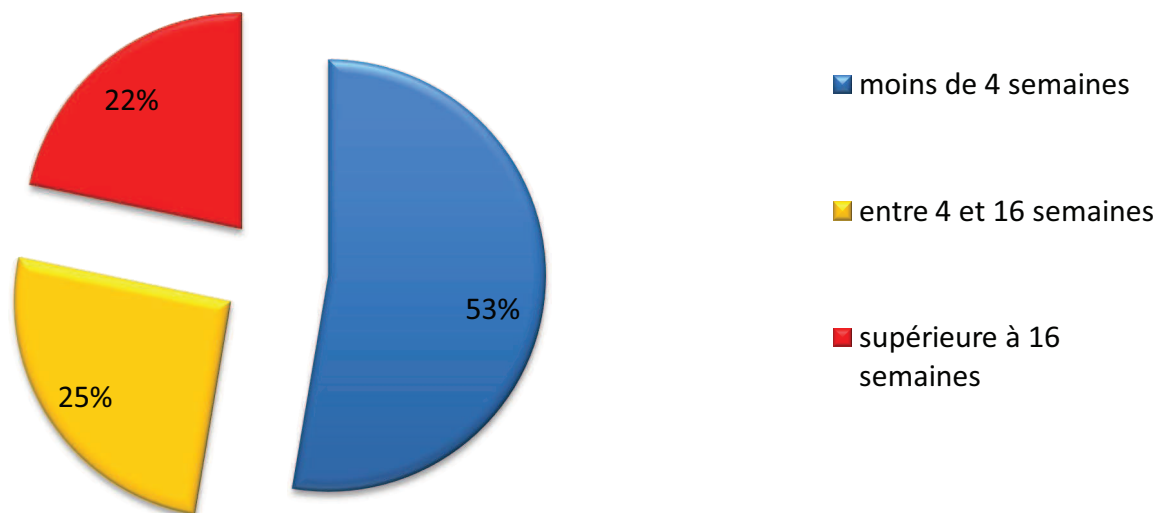
Rapport de ceux qui respectent la règle des 4 semaines en fonction des classes d'âge



Pourcentage des patients qui respectent la règle des 4 semaines en fonction de leurs classe d'âge



Proportion des patients au regard du respect de la règle de prescription des 4 semaines



III. Pharmacie rurale

A. Données clés

Population	4500 habitants, 2100 foyers
Type de ménage le plus fréquent	Célibataires = 40% des foyers
Revenu moyen par foyer	2400€ nets par mois
10% des foyers gagnent plus de...	4800€ nets par mois
Classement national en revenu par foyer	Environ 16600 ^{ème} sur 36717 communes

B. Relevé de données pour l'année 2011

1) Noctamide® 2mg (lormetazepam)

Résultat non interprétable en raison d'un effectif de patient trop faible.

-Nombres de patients : 17

-Age minimum : 33 ans

-Age maximum : 75 ans

-Nombre d'hommes : 5 Moyenne d'âge des hommes : 60 ans

-Nombre de femmes : 12 Moyenne d'âge des femmes : 61 ans

-Nombre de semaine max délivrée dans l'année pour un patient : 44 semaines.

-Nombre de semaine de traitement dans l'année

-Total : 10,3

-Femmes : 11,6

-Hommes : 7,2

Rapport entre les patients ayant bénéficiés de 4 semaines ou moins de traitements et le nombre total en fonction de leurs classes d'âges :

-19-39 ans : 1/1

-40-59 ans : 5/6

-60-79 ans : 5/9

-Plus de 80 ans : 1/1

Proportion des patients qui respectent la règle de prescription des 4 semaines

-Moins de 4 semaines : 12 soit 71%

-Entre 4 et 16 semaines : 0

-Plus de 16 semaines : 5 soit 29%

2) Imovane® (zopiclone 7,5 mg)

-Nombres de patients : 168

-Age minimum : 19 ans

-Age maximum : 95 ans

-Nombre d'hommes : 68 Moyenne d'âge des hommes 52 ans

-Nombre de femmes : 100 Moyenne d'âge des femmes 59 ans

-Nombre de semaine max délivrée dans l'année pour un patient : 72 semaines.

-Nombre de semaine de traitement dans l'année en moyenne par patient

-Total : 11,9

-Femmes : 11,7

-Hommes : 12,1

Rapport entre les patients ayant bénéficiés de 4 semaines ou moins de traitements et le nombre total en fonction de leurs classes d'âges :

-19-39 ans : 22/30 soit 73%

-40-59 ans : 40/70 soit 57%

-60-79 ans : 21/53 soit 39%

-Plus de 80 ans : 3/15 soit 20%

Proportion des patients qui respectent la règle de prescription des 4 semaines

-Moins de 4 semaines : 86 soit 51%

-Entre 4 et 16 semaines: 42 soit 25%

-Plus de 16 semaines: 40 soit 24%

} 49% hors
recommandation

3) Stilnox® (zolpidem 10 mg)

-Nombres de patients : 194

-Age min 18 ans

-Age max 95 ans

-Nombre d'hommes : 67 Moyenne d'âge des hommes : 61 ans

-Nombre de femmes : 127 Moyenne d'âge des femmes : 62 ans

-Nombre de semaine max délivrée dans l'année pour un patient: 72 semaines.

-Nombre de semaine de traitement dans l'année en moyenne par patient

-Total 13,5

-Femmes 13,4

-Hommes 13,5

Rapport entre les patients ayant bénéficiés de 4 semaines ou moins de traitements et le nombre total en fonction de leurs classes d'âges :

-19-39 ans : 16/22 soit 73%

-40-59 ans : 39/57 soit 68%

-60-79 ans : 31/85 soit 36%

-Plus de 80 ans : 8/29 soit 27%

Proportion des patients qui respectent la règle de prescription des 4 semaines

-Moins de 4 semaines : 94 soit 49%

-Entre 4 et 16 semaines : 41 soit 21%

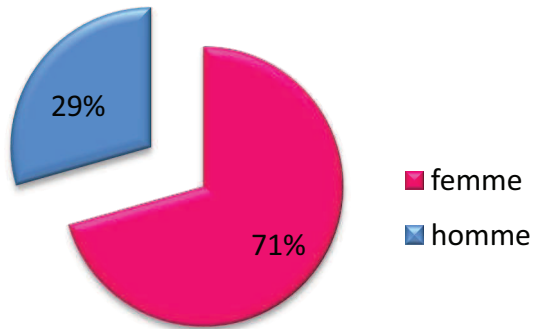
-Plus de 16 semaines : 59 soit 30%

} 51% hors
recommandation

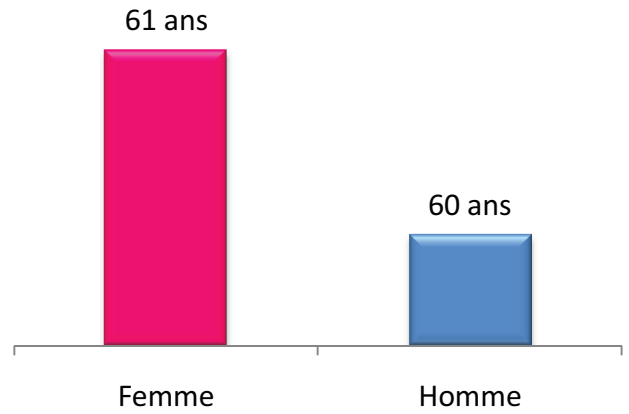
C. Illustration des résultats.

1) Noctamide® 2mg (lormetazepam)

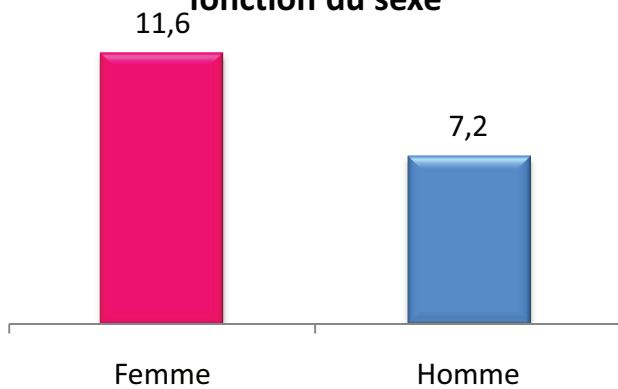
Répartition homme - femme



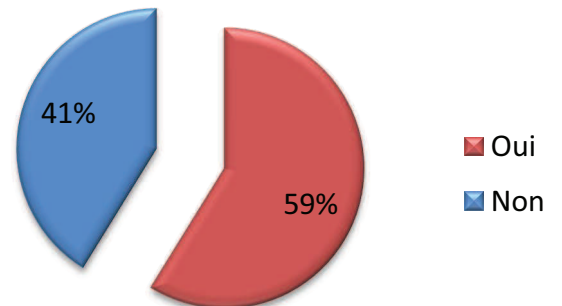
Age moyen en fonction du sexe



Nombre de semaine de traitement dans l'année en fonction du sexe



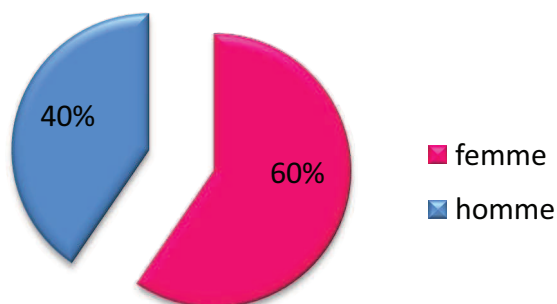
Proportion des patients qui ont déjà été traité en 2010



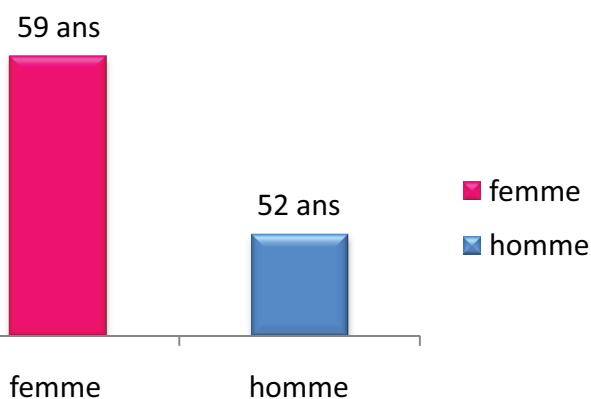
Pharmacie rurale

2) Imovane® (zopiclone 7,5 mg)

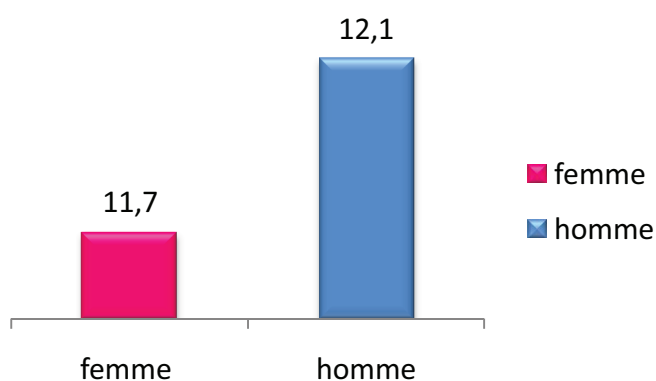
Répartition homme - femme



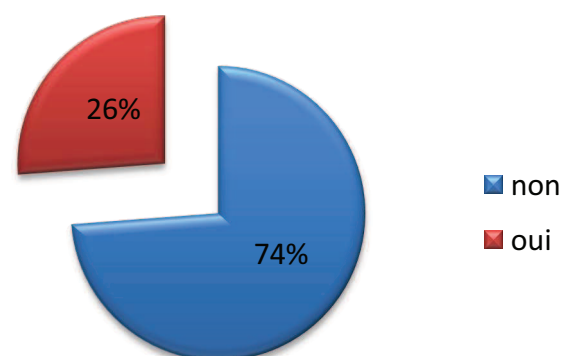
Age moyen en fonction du sexe



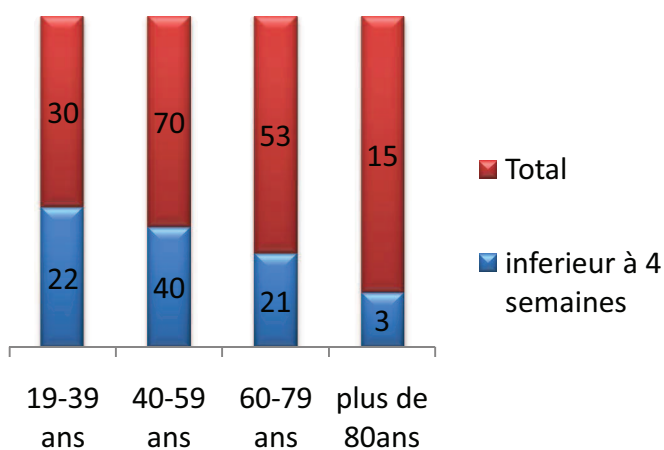
Nombre de semaine de traitement dans l'année en fonction du sexe



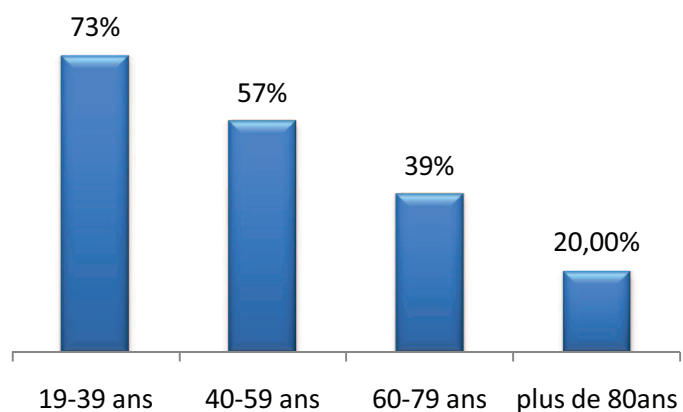
Proportion des patients qui ont déjà été traité en 2010



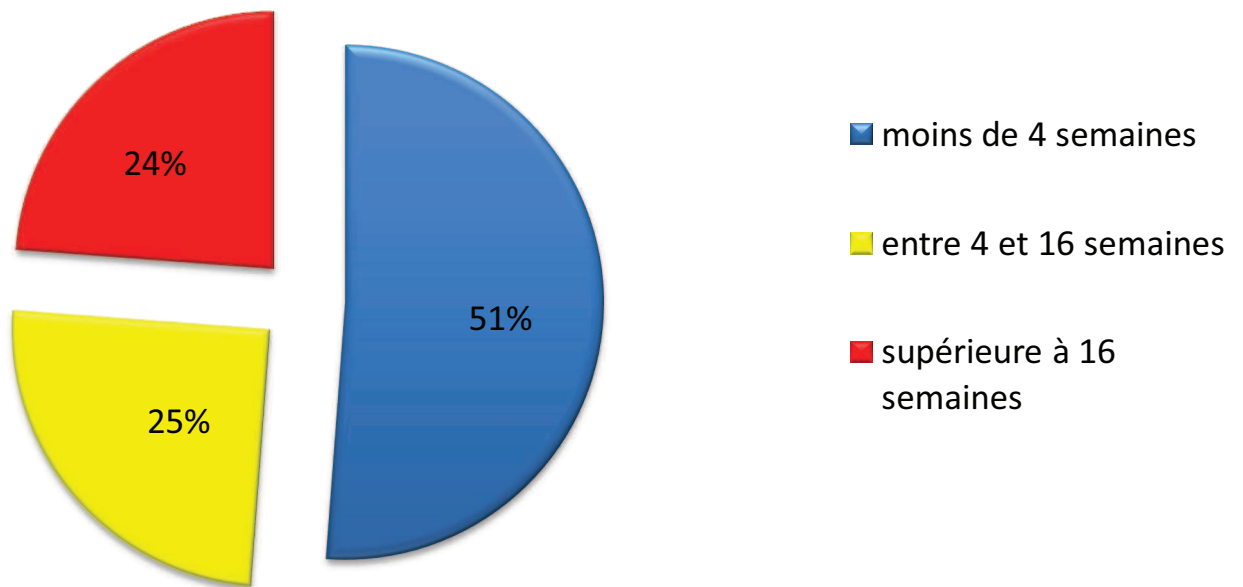
Rapport de ceux qui respectent la règle des 4 semaines en fonction des classes d'age



Pourcentage des patients qui respectent la règle des 4 semaines en fonction de leurs classe d'age

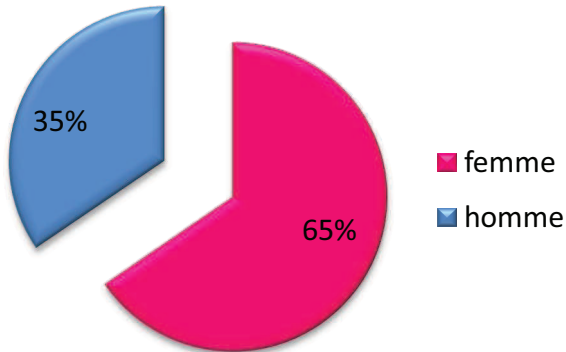


Proportion des patients au regard du respect de la règle de prescription des 4 semaines

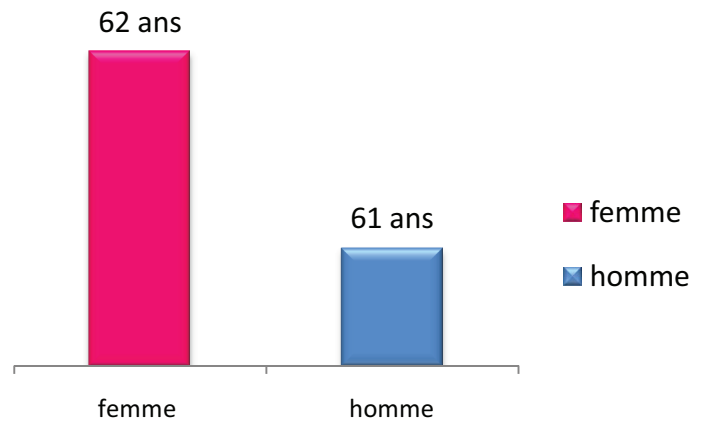


3) Stilnox® (zolpidem 10 mg)

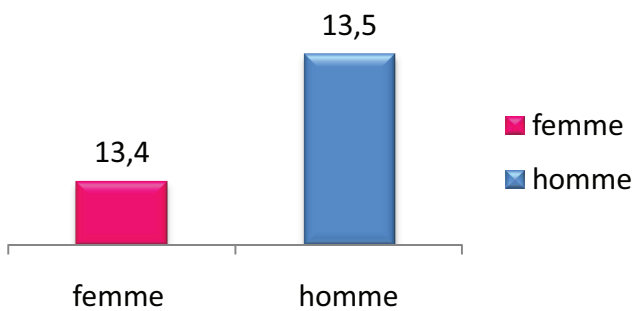
Répartition homme - femme



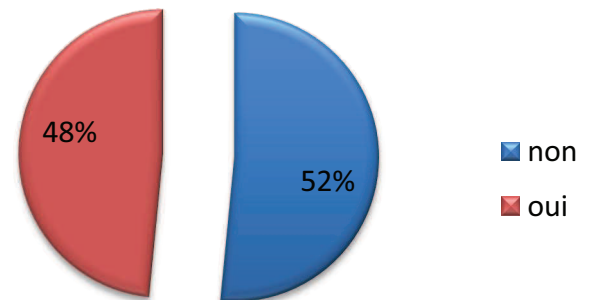
Age moyen en fonction du sexe



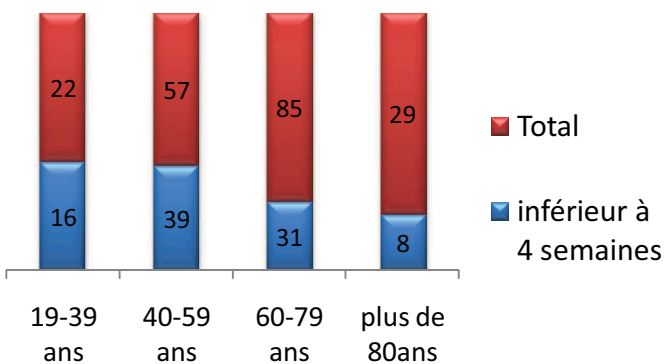
Nombre de semaine de traitement dans l'année en fonction du sexe



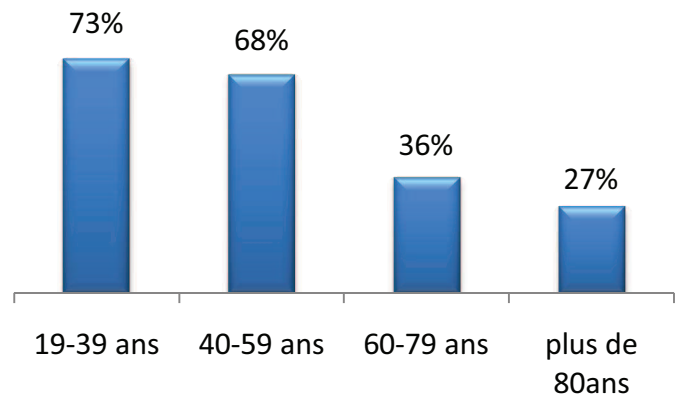
Proportion des patients qui ont déjà été traité en 2010



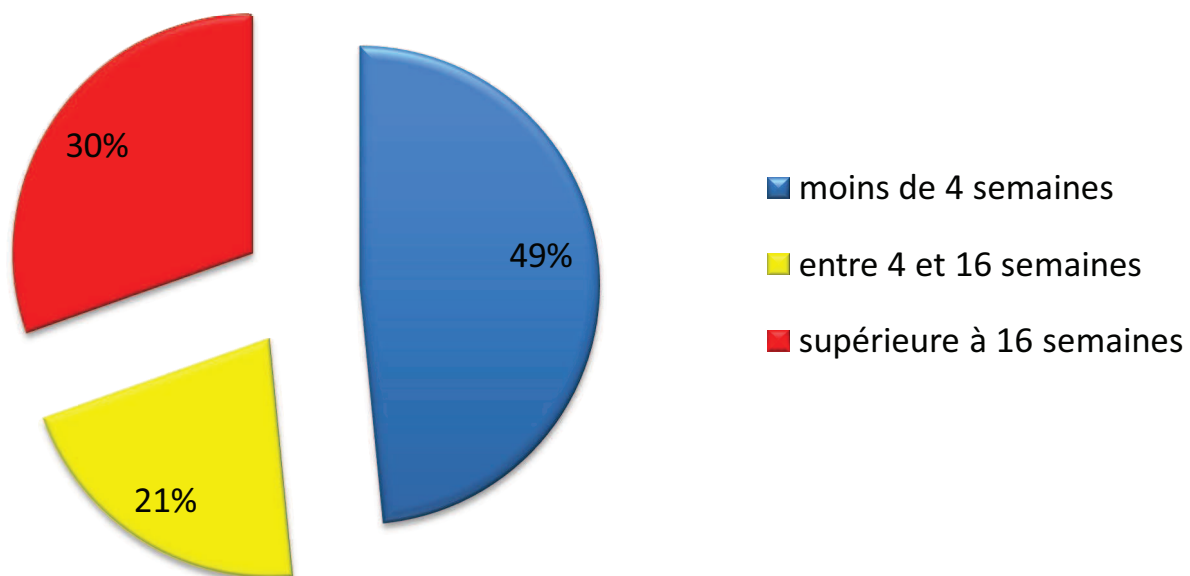
Rapport de ceux qui respectent la règle des 4 semaines en fonction des classes d'age



Pourcentage des patients qui respectent la règle des 4 semaines en fonction de leurs classe d'age



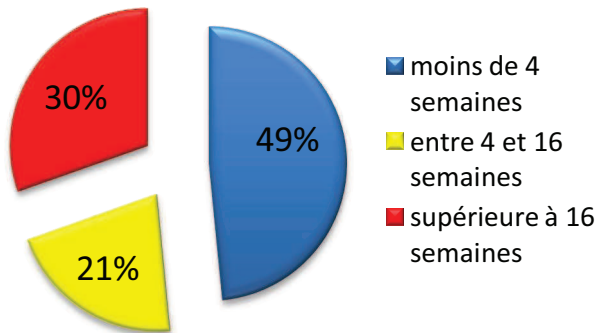
Proportion des patients au regard du respect de la règle de prescription des 4 semaines



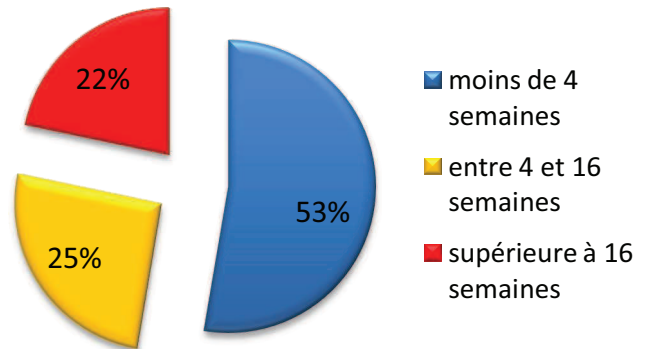
IV. Synthèse

Proportion des patients au regard du respect de la règle de prescription des 4 semaines :

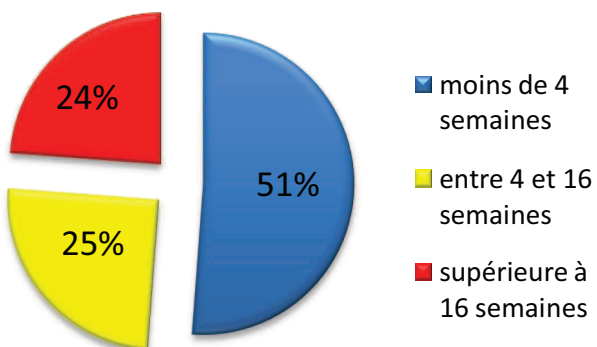
Stilnox 10mg pharmacie rurale



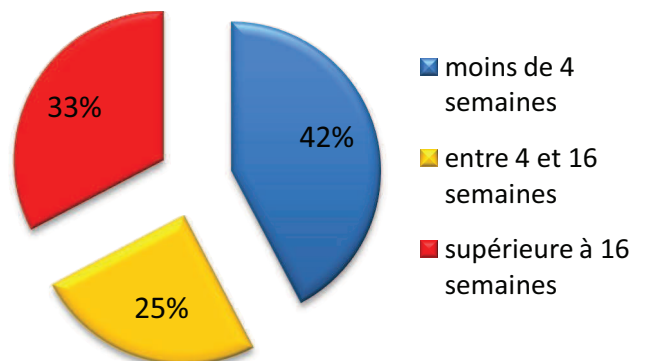
Stilnox 10mg phie semi-urbaine



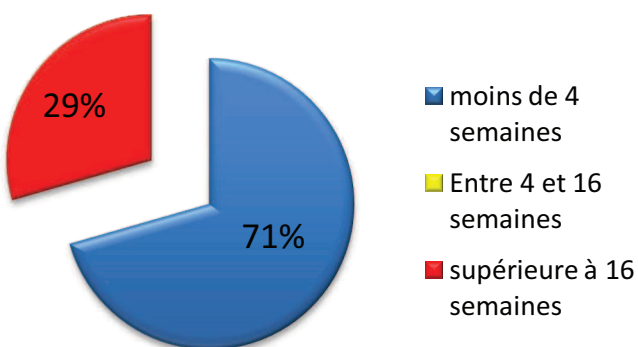
Imovane 7,5 mg pharmacie rurale



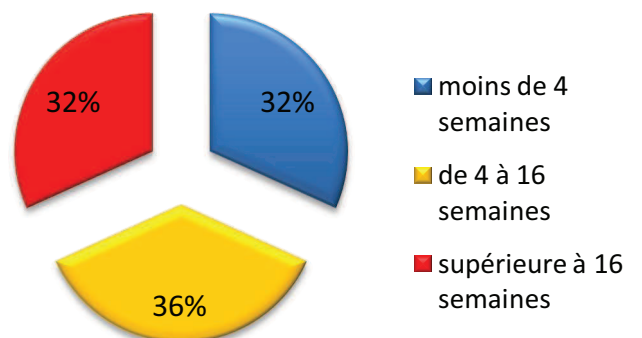
Imovane 7,5mg pharmacie semi-urbaine



Noctamide 2mg pharmacie rurale



Noctamide 2mg pharmacie semi-urbaine



Discussion

Concernant le Zolpidem et le Zopiclone, soit les médicaments hypnotiques les plus prescrits aujourd'hui, on note peu de différences en terme d'usage entre le milieu semi-urbain et le milieu rural. La prescription de la Benzodiazépine ne déroge pas à cette règle ; on notera toutefois que sa consommation est nettement inférieure à celle des deux autres molécules. En effet, bien qu'il existe de nombreuses différences entre une patientèle d'une pharmacie semi-urbaine et celle d'une pharmacie rurale, nos résultats concernant la prescription de ces trois hypnotiques, diffèrent peu d'une pharmacie à une autre.

D'autre part, s'il est commun de dire que les prescriptions d'hypnotiques sont assez systématiquement renouvelées par leurs prescripteurs, cette thèse tend à relativiser cette assertion.

Ainsi :

- ❖ Pour le Zolpidem et le Zopiclone (les « 2Z ») :
 - Nous pouvons conclure que la réglementation est strictement respectée pour près d'un patient sur deux
 - Chez un patient sur quatre on observe une prescription pour une durée de traitement plus longue que les quatre semaines recommandées ; ce qui correspond à un traitement d'une durée de quatre à seize semaines dans l'année
 - Enfin, nous pouvons constater qu'un patient sur quatre pilote son sommeil de manière épisodique tout au long de l'année, grâce à un inducteur médicamenteux et pouvant aller jusqu'à sa prise quotidienne.

- ❖ Concernant la benzodiazépine :
 - Nous pouvons conclure que la réglementation est respectée pour près d'un tiers des patients.
 - Un autre tiers obtient une prescription pour une durée de traitement plus longue que la prescription des quatre semaines ; ce qui correspond à un traitement d'une durée de quatre à seize semaines dans l'année.

- Enfin le dernier tiers des patients consomme de manière épisodique tout au long de l'année cette molécule et peut même aller, jusqu'à sa prise quotidienne.

Ces résultats nous permettent également d'observer que l'âge du patient est une variable importante ; pour les « ZZ » l'observance de cette réglementation décroît avec le vieillissement, on ne saurait conclure ainsi concernant la benzodiazépine. D'autre part, l'âge moyen des patients reste relativement le même quelque soit la molécule prescrite et le milieu dans lequel celle-ci a été délivrée.

Notre étude révèle que quelque soit la zone géographique, les femmes consomment davantage d'hypnotiques que les hommes, information non surprenante sachant que la population féminine est plus sujette aux troubles du sommeil.

En constatant que la délivrance de ces traitements est constante d'un mois sur l'autre (information extraite uniquement de la pharmacie semi-urbaine), nous ne pouvons conclure à une prédominance de l'insomnie à certaines périodes de l'année.

Pour ce qui est de l'analyse du milieu dans lequel évolue le patient, on peut noter dans le cadre de notre étude que la proportion de patients souffrant d'insomnie en milieu semi-urbain (7 %) est assez similaire à celle du milieu rural (8,4 %). Le niveau social du milieu rural étudié est moins élevé que celle de la clientèle de la pharmacie semi-urbaine, nous constatons que la consommation d'hypnotiques est plus importante pour la zone géographique la moins aisée. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Ohayon {5} sur le lien entre le niveau de revenus d'un individu et l'insomnie.

Enfin, si l'on constate que la réglementation est généralement respectée quelque soit le lieu, cette étude met en évidence que 50 % des patients consommaient déjà des hypnotiques l'année précédente.

Ceci nous amène à nous poser deux questions :

- 1) Ces molécules forment-elles des abonnés chroniques, avec une pharmacodépendance ?

- 2) les benzodiazépines doivent-elles rester sur le marché des hypnotiques sachant que les patients ayant reçu une benzodiazépine sont nettement plus enclins à ne pas respecter la règle de prescription des quatre semaines ?

Bibliographie

***1. Costentin Jean,**

Les médicaments du cerveau – de la chimie de l'esprit aux médicaments psychotropes.
Ed odile Jacob 01/01/1993

***2. Garma L.** Clinique de l'insomnie. 1994,PUF. Paris.

***3. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N et**

al. Médicaments psychotropes: consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. Rev Méd Ass Mal, 2003 ; 34 (2) : 75-84

***4. Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P.**

Sujets âgés, habitudes de sommeil et consommation de psychotropes dans la population française. L'Encéphale, 1996 ; 22(5) : 337-50

***5. Léger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C et al.** Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. J Sleep Res. 2000 Mar; 9(1):35-42

***6. Ohayon MM.** Epidemiological study on insomnia in the general population. Sleep. 1996 Apr; 19(3 Suppl): S7-15.

***7. Ohayon MM, Lemoine P.**

Répercussions diurnes de l'insomnie dans la population générale française. L'Encéphale, 2004 ; 30 : 222-7

8. Cugy D, Penide D, Paty J, Balan J *et al.
Prévalence de la plainte relative aux troubles
du sommeil : suivi de 205 347 sujets de 1988 à
1998 .L'Encéphale, 2004 ; 30 : 228-35

***9. Quera-Salva MA, Orluc A, Goldenberg
F, Guilleminault C.** Insomnia and use of
hypnotics: study of a French population. *Sleep.*
1991 Oct; 14(5): 386-91.

10. Cugy D, Penide D, Paty J, Balan J *et al.
Prévalence de la plainte relative aux troubles
du sommeil : suivi de 205 347 sujets de 1988 à
1998 .L'Encéphale, 2004 ; 30 : 228-35

***11. Quera-Salva MA, Orluc A, Goldenberg
F, Guilleminault C.** Insomnia and use of
hypnotics: study of a French population. *Sleep.*
1991 Oct; 14(5): 386-91.

***12. Ohayon MM.** Epidemiology of insomnia:
what we know and what we still need to learn.
Sleep Med Rev. 2002 Apr;6(2):97-111.

***13. Léger D, Guilleminault C, Bader G,
Levy E *et al.*** Medical and socio-professional
impact of insomnia. *Sleep* 2002; 25(6): 625-9

15. Hauri PJ. Can we mix behavioral therapy
with hypnotics when treating insomniacs ?
Sleep 1997 Dec;20(12):1111-8.

***14. Walsh J, Ustun TB.** Prevalence and
health consequences of insomnia. *Sleep*
1999;22(SUPPL. 3):S427-36.

16. Ohayon MM, Roth T. What are the contributing factors for insomnia in the general population ? J Psychosom Res. 2001 Dec; 51(6): 745-55.

***17. Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P.** Sujets âgés, habitudes de sommeil et consommation de psychotropes dans la population française. L'Encéphale, 1996 ; 22(5) : 337-50

***18. Bixler EO, Kales A, Soldatos CR, Kales JD, Healey S.** Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. Am J Psychiatry 1979;136(10):1257-62.

19. Foley DJ, Monjan A, Simonsick EM, Wallace RB *et al. Incidence and remission of insomnia among elderly adults: an epidemiologic study of 6,800 persons over three years. Sleep. 1999 May 1; 22 Suppl 2: S366-72.

18. Pallesen S, Nordhus IH, Nielsen GH, Havik OE *et al. Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. Sleep 2001;24(7):771-9.

RESUME:

Les somnifères ou hypnotiques, médicaments psychotropes destinés à lutter contre les troubles du sommeil occupent le 5^e rang des médicaments les plus vendus en France. La réglementation actuelle stipule qu'un patient ne peut bénéficier d'une prescription supérieure à quatre semaines. Cette étude rapporte 866 patients traités au cours de l'année 2011 ayant bénéficié d'une prescription des deux hypnotiques les plus fréquemment dispensés : Zolpidem (Stilnox[®]) ou Zopiclone (Imovane[®]) et une benzodiazépine utilisée comme hypnotique : Lormetazepam (Noctamide[®]). Cette population de Haute-Normandie est pour partie semi-urbaine et pour l'autre rurale. Nous nous efforçons de rapporter si cette règle de prescription est bien appliquée et nous concluons à un respect partiel de celle-ci.

A l'occasion de cet exposé, nous faisons un rappel sur la physiologie du sommeil, l'insomnie, et expliquons l'intérêt d'une telle réglementation.

MOTS CLES :

- Insomnie
- Sommeil
- Hypnotique
- Règle de prescription
- Quatre semaines
- Zolpidem
- Zopiclone
- Lormetazepam