



HAL
open science

Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de l'insomnie

Elies Seghir

► **To cite this version:**

Elies Seghir. Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de l'insomnie. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03553823

HAL Id: dumas-03553823

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03553823>

Submitted on 3 Feb 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THÈSE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Le 6 Juillet 2021

PAR

M. SEGHIR Elies

Né le 10/03/1994 à Marseille

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

Le rôle du Pharmacien dans la prise en charge de l'insomnie

JURY :

Président : Pr Philippe PICCERELLE

Membres : Dr Pierre-Henri VILLARD

Dr Ari BENHAMOU

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05

Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI, M. Guillaume HACHE
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Henri PORTUGAL, M. Philippe CHARPIOT
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT
M. Hervé KOVACIC

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON
Mme Carole SIANI

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

ATER

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Anne-Claire DUCHEZ
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Mélanie VELIER
----------------------------	--------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOGNOSIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC
---	---------------

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE Mme Frédérique GRIMALDI M. Joseph CICCOLINI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE PHARMACIE CLINIQUE	Mme Anaïs MOYON M. Florian CORREARD
---	--

ATER.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Anne RODALLEC
----------------------------------	-------------------

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO,
Pharmacien-Praticien hospitalier Mme

Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-
Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET,
Pharmacien titulaire

Mme Florence
LEANDRO, Pharmacien
adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE,
Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG,
Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 janvier 2020

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

A mon Président de Jury, Monsieur le Professeur Philippe PICCERELLE responsable du département bio-ingénierie pharmaceutique et professeur de pharmacie galénique, pharmacotechnie industrielle, biopharmacie et cosmétique, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et à qui je souhaite exprimer mon affection.

A mon directeur de thèse, M. Pierre-Henri VILLARD pour avoir accepté de diriger ce travail et permis la rédaction de ma thèse. Je tiens à vous remercier infiniment et à vous exprimer toute ma gratitude.

A mon ami le Docteur Ari BENHAMOU qui m'offre le privilège d'intégrer ce jury. Je n'oublie pas les moments passés ensemble dans la validation des examens comme dans les rattrapages. Merci de m'avoir fait le plaisir d'être présent ce jour.

Je souhaite dédier cette thèse à Papa et Maman dont les efforts et sacrifices me permette de rédiger cette thèse.

La pudeur m'a longtemps empêché de vous adresser ces quelques lignes. Et puis le temps passe et je réalise à quel point il est important de vous dire certaines choses. Du plus loin que je me souviens, mes souvenirs à vos côtés ont toujours été heureux, joyeux, plein de rires. Plein de tendresse et d'émotions également. Cette ambiance familiale si réconfortante, si rassurante, a rythmé ma vie. Ce destin, ce parcours, je vous le dois, sans votre soutien, votre implication, je ne serai pas où je suis aujourd'hui. Du fond du cœur merci pour tout.

A mon grand frère Brahim, grande source d'inspiration dont j'aime suivre les pas. Tu as toujours été présent, je te dois beaucoup et te remercie pour cela.

A mon petit frère Zakaria pour qui le parcours scolaire est atypique mais qui se bat d'une manière infatigable au quotidien. Sache qu'il n'y a jamais de succès sans échec et que nous sommes tous passés par ce que tu vis aujourd'hui au moins une fois dans notre vie.

A Fatima, t'avoir à mes côtés est un cadeau exceptionnel, j'en ai pleinement conscience. Depuis que nous sommes ensemble, je me sens mieux, apaisé, serein. J'ai cette sensation que je suis chanceux, que la vie m'offre ce qu'il a de plus beau. La sérénité, la réciprocité et l'amour. Le bonheur tout simplement. Merci de faire de moi un homme heureux.

Je tiens également à remercier toute la famille El Abdellaoui de me considérer comme faisant partie de leur famille, je me sens fier et honoré.

A mes amis de toujours et ceux rencontrés en chemin.

J'ai une pensée chaleureuse à toutes les personnes victimes d'injustices, les peuples opprimés et les personnes qui luttent contre la maladie.

Pour finir, je souhaite avoir une pensée particulière à un professeur qui n'est plus parmi nous, le Professeur Thierry Augier. Il est de ces hommes qui vous marquent par leur humilité, leur sagesse et leur conseil. Le professeur Augier a été présent dans mes moments difficiles, de doutes et m'a accompagné d'une façon dont je n'oublierai jamais. Adieu, grand Monsieur.

Rôle du Pharmacien dans la prise en charge de l'insomnie à l'Officine

Sommaire

Introduction.....	4
I. Physiologie du sommeil.....	4
I.1. Physiologie normale	4
I.1.1. Épidémiologie des troubles du sommeil	4
I.1.2. Cycle du sommeil.....	4
a. Les stades de sommeil lents	5
b. Le sommeil paradoxal	6
Faire enregistrer son sommeil en cas de trouble du sommeil.....	7
I.1.3. Rythme veille-sommeil	8
I.1.4. L'insomnie	10
I.2. Cause de trouble du sommeil	11
I.2.1. Physique	11
I.2.2. Pathologique.....	12
I.2.3. Environnement socio professionnel.....	13
I.3. Conséquences	15
I.3.1. Difficulté d'endormissement	15
I.3.2. Réveil nocturne.....	15
I.3.3. Fatigue diurne.....	16
I.3.4. Les autres troubles du sommeil.....	19
a. Le temps de sommeil	19
b. Les trop courts dormeurs	19
c. Les trop longs dormeurs.....	20
d. Conduite à tenir devant une plainte de sommeil.....	20
e. Diagnostic clinique	21
II. Prise en charge médicamenteuse	27
II.1. Les traitements thérapeutiques.....	27
II.2. Les traitements pharmacologiques	27
a. Les hypnotiques benzodiazépiniques :.....	29
b. Les hypnotiques non benzodiazépiniques	31
c. Les antidépresseurs.....	32
d. Les anti histaminiques	33
e. Les neuroleptiques	34
III. Prise en charge naturelle.....	35
III.1. Aromathérapie	35
III.2. Phytothérapie	37
III.3. Homéopathie	41
III.4. Le Yoga.....	44
III.5. La luminothérapie	48
III.6. La mélatonine	49
III.7. Le Donormyl.....	54

IV. Le pharmacien au comptoir	56
V. Conclusion	62
VI. Références bibliographiques / Sitographie	63

Introduction

Le sommeil est un régulateur de santé, à la fois cardio-vasculaire, métabolique et mentale.

En effet, il est indispensable au bon fonctionnement du corps et permet le renouvellement cellulaire. Il varie selon plusieurs facteurs : l'âge, l'humeur, l'état de santé mais aussi l'environnement extérieur.

Il apparaît que dès l'enfance le sommeil est un acteur fondamental dans la production d'hormones nécessaire au développement qui sont indispensables à la bonne croissance. On retrouve parmi elles, une hormone fondamentale permettant l'endormissement qui est l'hormone du sommeil, la mélatonine.

De tout temps, mais encore plus dans ce contexte sanitaire due à la COVID 19 les troubles du sommeil se font ressentir et sont particulièrement contraignant. Or le sommeil est une fonction biologique essentielle qui intervient dans la plupart des mécanismes de régulation des fonctions vitales.

D'après l'INSERM une personne sur trois est concernée par un trouble du sommeil. Ces troubles du sommeil sont nombreux on retrouve l'insomnie, l'apnée du sommeil, narcolepsie, parasomnies, syndromes des jambes sans repos entre autres.

L'insomnie chronique touche 16% de la population française et se caractérise par un manque de sommeil qui traduit un sommeil de mauvaise qualité entraînant des difficultés d'endormissements avec des réveils nocturne fréquent dans la nuit, ou des nuits trop courtes.

Par ailleurs, le sommeil à un impact direct sur l'activité quotidienne de l'individu. Les troubles du sommeil sont complexes et les causes sont nombreuses : c'est pourquoi ils demandent une approche personnalisée.

Nous verrons que le pharmacien dispose de nombreux éléments dans l'environnement de l'officine pour apporter une solution à ce problème via des traitements naturel ou encore de part des règles hygiéno-diététiques.

Enfin l'insomnie, par sa fréquence importante et ses répercussions néfastes sur notre organisme est un problème de sante publique dont la prise en charge en France passe trop souvent par la prescription de psychotropes.

I. Physiologie du sommeil

I.1. Physiologie normale

I.1.1. Épidémiologie des troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont-ils une épidémie ?

Devant la haute prévalence de plaintes dans la population générale et plus encore dans les groupes de patients présentant une maladie psychiatrique, certains ont pu se demander si cette plainte était réellement spécifique de trouble du sommeil.

L'utilisation des critères diagnostiques de classifications successives de troubles mentaux DSM et des classifications internationales des troubles du sommeil ont permis de réaliser des études nationales et internationales comparatives qui confirment la stabilité et la haute prévalence des principales maladies du sommeil : le syndrome d'apnées et l'insomnie.

Nous verrons comment ces maladies varient en fonction des critères sociodémographiques, professionnels et sont associées aux pathologies anxieuses et dépressives.

D'autres pathologies du sommeil comme les hyper-somnolences sont rares mais certains symptômes bien décrits comme la somnolence ou les éveils confusionnels sont très fréquents et ont parfois des conséquences sévères en santé publique.

I.1.2. Cycle du sommeil

Notre vie quotidienne est rythmée par les états de **veille et de sommeil**, deux états physiologiques fondamentaux.

Mais, notre sommeil n'est pas continu. Il est constitué de **plusieurs cycles successifs**, en moyenne **4 à 6 par nuit**.

Un cycle de sommeil dure environ **90 minutes** environ et est **composé de plusieurs types de sommeil** répartis entre :

- **Sommeil lent léger** ;
- **Sommeil lent profond** (très récupérateur) ;
- **Sommeil paradoxal** (période pendant laquelle nous rêvons)

Par ailleurs, la durée des périodes de sommeil ne sont pas les mêmes durant les cycles. En **début de nuit et jusqu'à 3-4 h du matin**, le **sommeil profond** est plus abondant. En revanche, la **seconde partie de la nuit** jusqu'au réveil est plus riche en **sommeil léger** et en **sommeil paradoxal**.

a. Les stades de sommeils lents

Le sommeil lent comporte différents stades :

- Les stades N1 et N2 qui correspondent au sommeil lent léger ;
- Le stade N3 qui correspond au sommeil lent profond.

Le stade N1 correspond au stade de l'endormissement durant laquelle l'activité du cerveau ralentit peu à peu, la personne somnole et n'a pas vraiment l'impression de dormir. Le stade N2, quant à lui, correspond au stade du sommeil confirmé, la personne dort. En une vingtaine de minutes le sommeil léger conduit au sommeil profond.

Durant le stade du sommeil profond (N3), le ralentissement de l'activité cérébrale s'amplifie. Sur un électro-encéphalogramme, le sommeil lent profond est caractérisé par des ondes lentes et amples. La personne dort profondément et est difficile à réveiller.

Au bout d'environ 60 à 75 minutes de sommeil profond, le sommeil paradoxal apparaît.

b. Le sommeil paradoxal

Au cours du sommeil paradoxal (appelé aussi sommeil à mouvements oculaires rapides, "Rapid eye movements" ou REM), l'activité cérébrale est plus intense et s'accompagne de mouvements oculaires.

Paradoxalement (d'où son nom), le corps est complètement inerte, avec une paralysie des muscles qui contraste avec l'intensité de l'activité du cerveau. Ce mécanisme "protecteur" nous empêche de nous lever pendant notre sommeil et de "vivre" nos rêves. Car c'est au cours de cette phase que nous rêvons.

Chez les personnes somnambules ce système protecteur ne fonctionne pas bien. C'est pourquoi, elles peuvent se déplacer durant leur sommeil.

Le sommeil paradoxal dure en moyenne 15 à 20 minutes.

Le sommeil sera de bonne qualité si les cycles se succèdent harmonieusement. A l'inverse, quand les cycles sont chamboulés ils entraînent des troubles du sommeil.

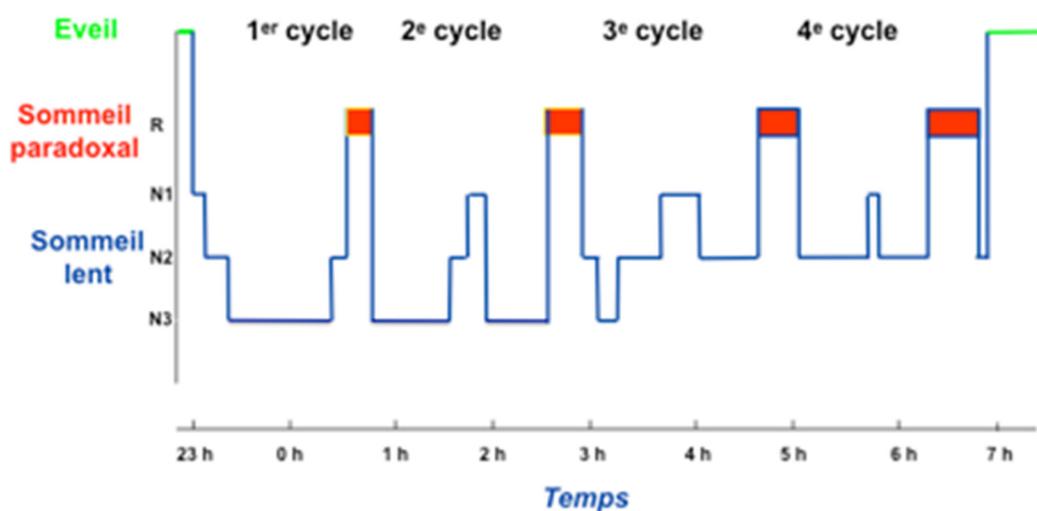


Schéma 1 : Cycle du sommeil

Faire enregistrer son sommeil en cas de trouble du sommeil

En cas de troubles du sommeil, par exemple en cas fatigue chronique, d'insomnies, de somnolence anormale ou de doute sur des apnées du sommeil, un enregistrement électrique peut être réalisé.

C'est l'enregistrement polysomnographique, terme barbare désignant un recueil de données électriques obtenues par :

- Des capteurs cérébraux pour un électroencéphalogramme ;
- Un détecteur de mouvement des yeux ;
- Un détecteur de la contraction musculaire fixé au niveau du menton.

Dans l'électrocardiogramme, les rythmes respiratoires et la saturation en oxygène du sang sont aussi enregistré et étudié par exemple pour mettre en évidence des apnées du sommeil.

Cet examen est généralement réalisé dans des centres du sommeil.

Ainsi seront précisées les heures de l'endormissement et des éveils, la durée totale du sommeil, l'enchaînement des différents stades, et surtout d'éventuels troubles.

Même si vous ne vous souvenez jamais de vos rêves et avez l'impression de dormir d'une traite, votre sommeil est donc un phénomène complexe, fait d'alternances de périodes calmes et d'autres plus actives... Que cela ne vous empêche évidemment pas de bien dormir !

I.1.3. Rythme veille-sommeil

Chez tous les mammifères, on distingue trois principaux états de vigilance, l'éveil, le sommeil lent et le sommeil paradoxal.

Sur le plan physiologique, les états de vigilance sont objectivés par un groupe de 3 variables : l'électrocardiogramme (EEG), le tonus musculaire postural représenté par l'électromyogramme (EMG) des muscles de la nuque ou de la houppe du menton, et les mouvements des yeux enregistrés sur l'électro-oculogramme (EOG).

Pendant l'éveil l'EEG est activé, c'est-à-dire de fréquence élevée et d'amplitude faible, l'EMG est d'amplitude forte, reflétant un tonus musculaire postural important, l'EOG traduit la présence de mouvements oculaires correspondant à l'exploration du champ visuel.

A l'entrée en sommeil lent, l'EEG se ralentit (se « synchronise »)

Parallèlement à la « profondeur » du sommeil, le tonus musculaire diminue et l'EOG ne montre que quelques mouvements oculaires lents. Dans l'ensemble le sommeil lent correspond à un ralentissement des fonctions nerveuses, système nerveux central et autonome : les rythmes cardiaques et respiratoire sont ralentis, la température centrale diminue, etc.

Pendant le sommeil paradoxal (SP), le système nerveux central est activé, comme en témoignent le tracé EEG désynchronisé et les mouvements oculaires rapides. En revanche, le tonus musculaire postural est aboli.

Ce qu'il faut retenir c'est que l'alternance entre différents états de vigilance, l'éveil, le sommeil lent et le sommeil paradoxal, repose sur des systèmes complexes, interconnectés et redondants, impliquant de multiples structures corticales et sous corticales, et de nombreux systèmes neurotransmetteurs dont les inhibitions ou activations vont promouvoir l'apparition d'un état de vigilance ou de sommeil voulu.

Deux théories viennent répondre à la question de savoir pourquoi nous dormons la nuit.

La première est la théorie de la récupération selon laquelle, le sommeil vise à rétablir l'équilibre physiologique interne (homéostasie) perturbé par l'activité de la veille.

La seconde explique que l'espèce humaine est programmée par un mécanisme d'horloge interne à dormir la nuit, mais que le sommeil n'est pas nécessaire. Wewer a montré, en effet, dès 1979, que si l'on reste éveillé plus longtemps, la durée du sommeil tend à être plus courte.

Ce qui viendrait soutenir l'idée que nous serions programmée à des cycles veilles sommeil de 24 heures, peu importe le temps de sommeil qui y est inclus.

Les variations de la température corporelle interne sont liées de très près aux cycles de veille/sommeil. Notre température corporelle baisse pendant la phase de sommeil et augmente fortement pendant la veille.

En l'absence de repère lumineux, on constate que la température corporelle ne s'accorde plus au sommeil ou à la veille. Cette désynchronisation nous montre qu'il y aurait plus d'une horloge circadienne dans l'organisme, et que plusieurs mécanismes seraient à l'origine du maintien de notre régularité.

I.1.4. L'insomnie



Dormir, c'est TOUT ce que je veux.

L'insomnie est la plus prévalente des pathologies du sommeil touchant entre 20% et 30% de la population adulte.

Il existe des classifications internationales qui ont permis d'harmoniser et de rendre comparable les données en y introduisant des critères de fréquence et de sévérité : souffre d'insomnie, la personne qui se plaint d'un trouble d'endormissement, de réveils nocturnes avec difficultés pour se rendormir, d'un réveil trop précoce le matin, ou d'un sommeil non-récupérateur :

- au moins 3x par semaine ;
- depuis au moins 1 à 3 mois ;
- avec des conséquences négatives sur la journée du lendemain.

L'insomnie touche en moyenne un Français adulte sur cinq et de manière plus fréquente les femmes, les veufs et les divorcés.

Il n'y a pas d'association indépendante de l'âge ou du sexe retrouvée entre l'insomnie et les catégories socioprofessionnelles.

I.2. Cause de trouble du sommeil

I.2.1. Physique

En moyenne, un être humain dort pendant un tiers de sa vie, soit environ 25 ans. C'est plus que le temps passé dans la voiture (autour de 4 ans).

Et pourtant, on a tendance à choisir son véhicule plus consciencieusement que son matelas... Paradoxe ? Non, méconnaissance : la plupart des dormeurs ignorent qu'une bonne partie de la qualité de leur sommeil (donc de leur récupération, donc de leurs performances physiques et intellectuelles) repose sur les vertus de leur literie.

Le sommeil et l'exercice physique ont une influence réciproque du fait de l'existence d'interactions complexes et bilatérales impliquant des processus à la fois physiologiques et psychologiques.

Pour un individu en bonne santé, la pratique d'une activité physique régulière est considérée comme bénéfique pour le sommeil tout en dépendant de nombreux facteurs, tels que le sexe, l'âge, le niveau de forme physique, la qualité du sommeil et les caractéristiques de l'exercice (durée, intensité, heure de pratique, environnement).

Sur la base de recommandations pratiques, un entraînement physique modéré de type aérobie pourrait être également prescrit comme un traitement non pharmacologique des troubles du sommeil, tels que l'insomnie et l'apnée du sommeil.

Les liens entre la qualité du sommeil et celle du matelas se jouent à plusieurs niveaux. D'abord, il y a le rôle de la literie dans le maintien du corps et son amortissement. Non seulement le poids est inégalement réparti dans l'organisme, mais l'on change en outre de position plusieurs dizaines de fois chaque nuit.

Pour le matelas, c'est donc un défi constant : il lui faut pouvoir compenser à la fois cette répartition et les modifications de la position, en soutenant plus fermement les zones légères et en atténuant le poids des zones plus lourdes.

Un bon matelas permet de trouver le bon équilibre, condition *sine qua non* pour adopter une position naturelle et confortable du corps et profiter ainsi d'un meilleur sommeil.

À l'inverse, un mauvais matelas peut avoir des conséquences sérieuses sur votre état physique. Les problèmes de maintien et d'amortissement favorisent les douleurs musculaires. Il n'est pas rare de se réveiller avec des courbatures et des « problèmes de dos » quand on dort sur une literie de piètre qualité ou trop ancienne – c'est d'ailleurs l'un des signes qu'il est temps d'en changer.

Un bon confort est donc essentiel à la qualité du sommeil, sachant qu'il dépend spécifiquement du dormeur : votre matelas idéal sera plus ou moins souple/ferme en fonction de votre corpulence et de vos besoins.

1.2.2. Pathologique

Certaines pathologies peuvent être responsables de l'insomnie.

Les causes organiques sont de plus en plus fréquentes à un âge avancé : les pathologies douloureuses (maladies rhumatismales comme la polyarthrite rhumatoïde ou la fibromyalgie), l'hyperthyroïdie, l'épilepsie, les cardiopathies, les troubles respiratoires, le reflux gastro-œsophagien, les neuropathies dégénératives (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer), etc.

L'insomnie peut être aussi associée à d'autres troubles du sommeil :

- le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) : il est défini par un nombre d'apnées (arrêt complet du flux aérien pendant plus de 10 secondes) ou d'hypopnées (réduction des flux aériens) supérieur à 10 par heure de sommeil.

Il est caractérisé par un ronflement sonore et une somnolence fréquente pendant la journée. La désaturation en oxygène engendrée par ce syndrome est responsable d'une mauvaise qualité de sommeil et de complications avec augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle durant le sommeil. Ce trouble du sommeil peut être la cause de l'insomnie.

- le syndrome des jambes sans repos (SJSR) : il est caractérisé par un besoin impérieux de bouger les jambes associé à des sensations désagréables dans les jambes : fourmillements, picotements, brulures. Il apparaît en particulier lors des périodes de repos ou d'inactivité. Ce trouble est calmé par le mouvement et en particulier la marche durant la nuit ce qui entraîne une insomnie.

1.2.3. Environnement socio professionnel

Le burn-out est un « syndrome psychologique » directement associé au monde professionnel. Il est alors considéré comme étant une réponse de l'organisme à un état de stress chronique au travail dont les conséquences personnelles, sociales ou familiales sont bien connues.

Des scientifiques français se sont intéressés de plus près au risque d'insomnie causé par le burn-out.

Une équipe de chercheurs français s'est alors penchée sur le lien potentiel entre le stress au travail, le burn-out et le risque d'insomnie.

Les données obtenues concernant la qualité du sommeil des personnes touchées par un burn-out montrent un état d'excitation supérieur à la normale durant leur sommeil.

Une fragmentation plus importante dans la durée du sommeil nocturne, des temps d'éveil plus fréquents, une efficacité du sommeil amoindrie ainsi que des mouvements oculaires plus rapides sont également observés.

L'étude s'est déroulée sur deux années (de 2012 à 2014).

L'analyse s'est basée sur un questionnaire permettant à la fois la mesure du burn-out du niveau d'exigences et de stress dans l'activité de travail, des symptômes dépressifs et anxieux ainsi que des perturbations du sommeil. Un examen médical (visite annuelle avec la médecine du travail) était également réalisé. Ainsi, près de 1 502 individus ont été inclus dans cette étude. La prévalence du burn-out mesurée était de 10,2 %.

Finalement, l'insomnie apparaît comme étant l'un des signes les plus pertinents d'un état de stress chronique.

En ce sens, les scientifiques suggèrent de porter davantage la prévention sur le risque d'insomnies dans le cadre de la prévention des Risques Psycho-Sociaux (RPS) en entreprise.

De plus, ils précisent que les individus déclarant un Burn-out ont davantage de risque de développer certains troubles mentaux comme les hallucinations, les troubles de la personnalité et du comportement par exemple.

I.3. Conséquences

I.3.1. Difficulté d'endormissement

Difficulté à s'endormir (insomnie d'endormissement) : Les personnes ont fréquemment des difficultés à s'endormir lorsqu'elles ne peuvent pas détendre leur esprit et elles continuent à penser et à s'inquiéter.

Parfois, l'organisme n'est pas prêt à s'endormir à une heure jugée habituelle pour s'endormir. C'est-à-dire que l'horloge interne de l'organisme n'est pas synchronisée avec le cycle de lumière et d'obscurité de la Terre, comme on peut l'observer dans de nombreux types de troubles du sommeil liés aux rythmes circadiens tels que le trouble de phase de sommeil retardée, le trouble du travail par postes et le décalage horaire.

I.3.2. Réveil nocturne

Il y a tout d'abord les réveils en début de sommeil, souvent liés à la colère, au stress ou à l'anxiété qui nous poussent à ruminer le soir.

Les réveils du petit matin peuvent être un signe de dépression.

Les réveils en milieu de nuit concernent la majorité des insomniaques. En cause, d'après les experts, des troubles comme l'apnée du sommeil, un reflux gastro-œsophagien, les bouffées de chaleur liées à la ménopause ou l'envie d'uriner chez les hommes âgés ayant des problèmes de prostate.

Une fois tout problème de santé écarté, la priorité est de consulter un psychothérapeute pour traiter d'éventuels troubles anxieux. Pas moins d'une dizaine de séances sont nécessaires, surtout si les crises d'anxiété cachent une dépression sous-jacente...

Si le médecin juge ces troubles sévères, il pourra prescrire en plus un traitement médicamenteux sur une courte période.

I.3.3. Fatigue diurne

La somnolence diurne se caractérise par un fort besoin de dormir en journée.

Ainsi, cette somnolence en journée peut toucher tout à chacun : l'étudiant qui se couche tard en période de révision, les jeunes parents dont le bébé ne fait pas ses nuits, les personnes âgées dont le cycle sommeil-éveil est plus chaotique...

Un Français sur 5 avoue ainsi somnoler au moins trois fois par semaine, même après une bonne nuit de sommeil. La somnolence est un phénomène normal à certains moments : à l'heure de la sieste, le soir avant de se coucher.

Mais si celle-ci est quasi quotidienne et survient à d'autres moments dans la journée, on parle alors de somnolence diurne excessive ou pathologique. Elle peut alors entraîner des difficultés au quotidien et parfois même des accidents.

Les symptômes de la somnolence diurne correspondent à un appel du sommeil : yeux qui piquent, paupières qui clignent, bâillements. La personne présente des troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire...

Même après une nuit de sommeil, elle peut se réveiller en ayant la sensation de ne pas avoir assez dormi, d'être encore assoupie. Cela donne lieu à des endormissements involontaires répétés en journée que ce soit au volant, en cours, ou au travail... Ils engendrent des difficultés relationnelles et altèrent les compétences.

La somnolence diurne touche principalement les personnes en manque de sommeil. Elle concerne également celles qui prennent certains traitements médicamenteux (hypnotiques, anxiolytiques, antiépileptiques, antidépresseurs.), celles atteintes des mouvements périodiques des membres inférieurs (syndrome des jambes sans repos), de narcolepsie. La somnolence diurne peut survenir en raison d'autres maladies comme les troubles bipolaires, la maladie de Parkinson, le diabète ...

Le médecin généraliste interrogera alors le patient sur la quantité, la qualité de son sommeil et sur ses somnolences en journée. A quel moment se produisent-elles ? A quelle fréquence ? S'endort-il malgré lui ? Il existe divers outils ou échelles d'appréciation pour diagnostiquer l'intensité de ces somnolences diurnes. *"La principale est l'échelle d'Epworth. C'est un outil d'évaluation de la plainte selon 8 contextes. Par des questions, le patient est invité à noter de 0 à 3 la probabilité qu'il s'endorme en fonction du contexte cité"*, précise le psychiatre.

Si besoin, le patient peut également aller en unité de sommeil pour effectuer une polysomnographie. Il s'agit d'un enregistrement du sommeil sur une nuit ou 24h.

A l'aide d'électrodes, on enregistre l'activité cérébrale, musculaire et les mouvements oculaires afin d'identifier les phases du sommeil, les micro-réveils, les mouvements des membres inférieurs... Le patient est également invité à passer des tests itératifs de latence d'endormissement (TILE) sur une journée complète. *"Après avoir dormi dans le laboratoire la nuit, il est réveillé à 8h. Puis toutes les deux heures, pendant 20 mn, on l'emmène dans une chambre obscure et silencieuse pour observer au bout de combien de temps il s'endort"*, explique le Dr Juenet, psychiatre spécialiste du sommeil, exerçant à Meyzieu, dans le 69. Ce test est utile pour jauger la capacité à s'endormir et révéler certaines maladies comme la narcolepsie.

Le traitement varie en fonction de la cause. S'il s'agit, comme c'est généralement le cas, d'un manque chronique de sommeil, on recommande au patient de dormir plus longtemps ou de s'accorder une sieste l'après-midi, sans excéder 20 mn. L'idéal étant de la faire entre midi et 15h afin de ne pas perturber le sommeil nocturne. Si la somnolence diurne est due à la prise d'un traitement médicamenteux, celui-ci est, dans la mesure du possible, arrêté ou remplacé par un autre aux effets secondaires moins gênants.

Si une apnée du sommeil est responsable de ces endormissements en journée, il s'agit d'éviter l'obstruction des voies aériennes par le biais d'un petit appareil (orthèse) réalisé sur mesure et porté toutes les nuits. Autre solution, l'application d'une ventilation en pression positive continue (PPC) la nuit. Une machine dispense de l'air à travers d'un masque posé sur le visage.

Si la somnolence en journée est due à certaines maladies (hypothyroïdie, syndrome des jambes sans repos, maladie rénale chronique...), le traitement de la pathologie en elle-même, lorsqu'il est possible, permettra là encore d'améliorer les capacités d'attention et d'éveil en journée.

Enfin, pour les personnes souffrant de narcolepsie ou d'hypersomnie idiopathique, des psychostimulants peuvent être prescrits par le neurologue, ou un médecin spécialisé pour lutter contre l'endormissement involontaire.

La plupart des études qui s'y sont intéressées ont mis en évidence une association de l'insomnie avec des troubles anxio-dépressifs. Près d'un insomniaque sur deux souffrirait d'anxiété ou de dépression.

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)

C'est la deuxième pathologie du sommeil la plus fréquente. Elle répond également aux critères précis de classifications du sommeil

Qui intègre la preuve du diagnostic par une polygraphie ou une polysomnographie retrouvant un index d'apnées-hypopnées supérieur à 10 ou à 15 selon les études.

La prévalence du SAOS augmentant avec le surpoids et l'obésité, mais aussi avec l'âge.

I.3.4. Les autres troubles du sommeil

Il s'agit principalement du somnambulisme, dans une étude portant sur 20 000 cas, 29,2% rapportaient avoir eu dans leur vie un épisode de déambulation nocturne.

a. Le temps de sommeil

L'essentiel de la recherche épidémiologique sur le sommeil ces dernières années porte sur le temps de sommeil sur l'hypothèse qu'au-delà de la qualité, c'est la quantité de sommeil sur 24 heures qui est un déterminant de santé.

Il est évident qu'un sommeil de trop courte durée est associé à de nombreuses comorbidités. Mais le sommeil trop long semble aussi un indicateur de santé dégradée.

Des groupes de consensus se mettent en place pour tenter d'établir des recommandations sur les points suivants :

- Quel est le temps de sommeil normal en fonction de l'âge ?
- A partir de quelle limite peut-on envisager des risques pour la santé ?

b. Les trop courts dormeurs

On retrouve de plus en plus de résultats suggérant une association entre un sommeil de courte durée et des comorbidités majeures et une mortalité plus élevée. C'est en général en dessous de 6 heures par 24 heures qu'on parle de sommeil de trop courte durée.

Dans une autre étude réalisée en collaboration avec la CPAM de Paris chez 1048 sujets venant en visite de prévention dans les centres de santé, un temps de sommeil inférieur à 5 heures était associé à un risque relatif d'HTA de 1,8.

Les déterminants de ce temps de sommeil trop court sont : le travail posté ou en horaires décalés qui concerne 20% des travailleurs salariés, le temps de trajet domicile et le temps passé aux nouvelles technologies.

Ce qu'il faut retenir c'est qu'une restriction du temps de sommeil même sur une courte durée chez l'homme sain est susceptible de modifier les paramètres inflammatoires, endocriniens et vasculaires.

c. Les trop longs dormeurs

Il existe un risque démontré entre le fait de dormir plus de 9 heures par 24 heures et les risques d'obésité, de diabète de type 2, d'hypertension et d'autres risques cardiovasculaires.

Les personnes plus âgées, altérées par leur maladie commencent à passer plus de temps au lit. Concernant les jeunes adultes ou jeune professionnel, dormant trop ne sont pas significativement plus malades que les autres.

d. Conduite à tenir devant une plainte de sommeil

L'insomnie revêt différents aspects cliniques : soit il s'agit d'un problème aigu, lié à un événement de vie, des modifications de rituels de sommeil, des changements des rythmes biologiques tels que le jet lag lors de voyages transmériidiens ou des horaires décalés imposées par le travail.

L'insomnie est caractérisée par une plainte subjective de sommeil : difficultés à initier ou maintenir le sommeil, présence d'éveil précoce. La plainte subjective doit être présente au moins 3 fois par semaine, sur une période de trois mois en cas d'insomnie chronique alors que les conditions de sommeil sont satisfaisantes.

e. Diagnostic clinique

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et selon les recommandations internationales, le diagnostic repose sur une évaluation clinique : histoire de la plainte de sommeil, interrogatoire médical détaillé, histoire psychologique du patient et traitement utilisé.

La première étape s'effectue par le recueil des données cliniques et permet de définir la plainte d'insomnie, les conditions extérieures du sommeil, les particularités des rythmes veille-sommeil et les autres symptômes liés au sommeil.

L'entretien explore l'ensemble des symptômes diurnes rapportés par le patient ou son entourage et les conséquences observées sur la vie personnelle, sociale et professionnelle du patient. Il précise l'évolution de l'insomnie, ses facteurs déclenchants, ses facteurs de perpétuation et identifie des comorbidités médicales ou psychiatriques éventuelle, les traitements médicamenteux en cours, ou l'usage de substances toxiques.

L'entretien clinique est complété par un certain nombre de questionnaires médicaux et psychiatriques, et par un agenda du sommeil.

La sévérité de l'insomnie est évaluée sur la base de la fréquence de la plainte et de l'ampleur du retentissement diurne.

L'agenda du sommeil, outil fondamental, est rempli pendant deux semaines afin de caractériser les habitudes de sommeil et d'éveil et la variabilité d'un jour à l'autre. L'agenda permet la compréhension de la plainte de sommeil, son articulation avec les habitudes de sommeil et le suivi évolutif du traitement de l'insomnie.

Le recours à des explorations complémentaires, notamment en laboratoire de sommeil n'est systématique.

L'acétimétrie est indiquée dans le cadre de l'évaluation des rythmes circadiens. C'est un examen plus objectif que ne l'est l'agenda du sommeil. Il peut être très utile dans certaines populations où l'agenda est peu contributif (adolescent, personnes âgées), ou dans l'exploration de l'insomnie associée à une comorbidité psychiatrique telle que la dépression ou il existe des modifications du fonctionnement de l'horloge circadienne.

Le traitement de l'insomnie est nécessaire en raison de ses conséquences directes : souffrance psychique, dysfonctionnement la journée, consommation médicale ou risque d'accident. Sans oublier que, dans le plus long terme, l'insomnie représente un facteur de risque dépressif, de risque suicidaire plus élevé, ou encore sur le plan somatique d'hypertension artérielle, voire de cancer du sein.

Tout au long de la prise en charge, l'entretien et l'agenda du sommeil authentifieront l'évolution de la plainte subjective.

Dans tout type d'insomnie, la psycho-éducation est une première étape de la prise en charge, suivie par la proposition d'un programme thérapeutique adapté au patient, qui comprendra de façon plus ou moins combinée une prescription médicamenteuse et des interventions psycho-comportementales.

La place du médicament reste en théorie, limitée.

Les agents hypnogènes, avec ou sans prescriptions médicales (mélatonine, antihistaminiques, hypnotiques benzodiazépiniques ou apparentés, antidépresseurs, phytothérapie...) sont, en pratique courante, fréquemment utilisés.

Le choix du produit dépend des caractéristiques pharmacologiques du médicament, des caractéristiques de la plainte du patient, des comorbidités et de l'âge du patient. Si l'efficacité à court terme des hypnotiques est incontestable, leur utilisation aux longues cours n'est pas recommandée en raison de leur effet secondaire désormais connus.

L'association de traitement pharmacologique sur une courte période et de traitements comportementaux semble être la plus intéressante à long terme.

Les perspectives d'amélioration de la qualité du sommeil.

Comment améliorer la qualité du sommeil ? Il faudrait mettre l'accent sur l'amélioration de l'hygiène du sommeil, la mise en place d'une routine du coucher et le renforcement des « synchronisateurs circadiens »

En effet, favoriser des activités calmes avant le coucher et éviter l'exposition à des lumières intenses sont des conseils qui peuvent améliorer l'hygiène du sommeil. Il est donc conseillé d'adapter l'environnement de sommeil aux sensibilités particulières de la personne.

Par exemple chez les personnes atteintes d'autisme, des bruits minimes qui ne dérangent pas le reste de la famille (comme la circulation des véhicules dans la rue, les cliquetis de l'horloge, le bruit d'un lave-vaisselle etc.) peuvent entraver leur sommeil.

Le moment du coucher est souvent source d'angoisse chez les enfants ou les personnes atteintes de troubles du sommeil. Pour que la routine de mise au lit soit efficace, le rituel ne doit pas être long et les différentes étapes qui le composent doivent toujours se dérouler dans le même ordre. Exemple :

1. Je mets mon pyjama
2. Je me brosse les dents
3. Je vais aux toilettes
4. Je lis une histoire
5. Je vais au lit

Au cours de ce dernier siècle, les études ont confirmés le rôle primordial du sommeil dans la maturation cérébrale, la restauration tissulaire, les défenses immunitaires, l'acquisition du langage, le traitement de l'information, la consolidation en mémoire...

Or le stress est sans aucun doute la principale source des troubles du sommeil, responsable d'insomnie transitoires. On peut y ajouter l'anxiété, présente dans la dépression qui est le sentiment d'un danger.

La dépression, elle, est le résultat, la conséquence insidieuse d'un long processus de détérioration physique et psychique, ou l'on est abattu dans son corps et son esprit. Pour autant, une dépression ne vous tombe pas dessus brutalement d'un coup, c'est dans ce détail temporel que le pharmacien peut intervenir.

En effet ce dernier ne peut rien contre la dépression déclarée de son patient mais il a progressivement vu descendre la pente. En apportant une écoute, en aidant de n'importe quelle manière que cela est possible peut permettre au patient de ne pas plonger rapidement, ainsi soit de remonter la pente au mieux ou de continuer à la descendre mais moins brutalement ...

Calmants, somnifères et antidépresseurs

Les médicaments ont naturellement leur place pour essayer de venir à bout des difficultés d'endormissement ou de sommeil. Il n'empêche que recourir rapidement aux seuls médicaments n'est pas la solution.

Les somnifères et les benzodiazépines peuvent se révéler utiles, mais, à long terme, leurs inconvénients sont plus nombreux que leur avantage. Loin d'être des pilules miracles, ces médicaments ne doivent pas prioritairement viser le sommeil en tant que tel, mais venir après d'autres moyens qui aideront à favoriser un bon repos. Mais lorsque des mesures d'hygiène ne suffisent pas à préserver des nuits blanches, consulter son médecin traitant doit être rapidement une nécessité.

Il faut surtout essayer dans un premier temps de comprendre ce qui se passe, examiner son comportement par rapport à son sommeil.

Le monde change et les facteurs empêchant d'amener le sommeil se sont multipliés, la télévision, Les réseaux sociaux ou encore les jeux vidéo... Autant de facteur qui augmentent le niveau de vigilance et l'excitation.

Les médicaments ont naturellement leur place pour essayer de venir à bout de difficultés d'endormissement ou de sommeil. Il n'empêche que recourir rapidement aux seuls médicaments n'est pas la solution.

Les somnifères et les benzodiazépines peuvent se révéler utiles mais, à long terme, leurs inconvénients sont plus nombreux que leur avantage.

Contre les troubles du sommeil, les somnifères sont souvent le premier recours alors qu'ils devraient être le dernier. Loin d'être des pilules miracles, ces médicaments ne doivent pas prioritairement viser le sommeil en tant que tel, mais venir après d'autres moyens qui aideront à favoriser un bon repos. Mais lorsque des mesures d'hygiène ne suffisent pas à préserver de nuits blanches, consulter son médecin traitant doit être rapidement une nécessité.

Il faut surtout essayer dans un premier temps de comprendre ce qui se passe, examiner son comportement par rapport à son sommeil, pour cela il faut se poser les bonnes questions :

- Est-on suffisamment fatigué de sa journée ?
- A-t-on mis de l'ordre dans sa tête avant de se coucher ?
- Est-on préoccupé ?
- A-t-on pris des excitants qui nous maintiennent en éveil ?

Certaines personnes utilisent la télévision de façon très intensive, d'autres sont accro aux jeux vidéo ou sur internet. Ces activités de loisirs nécessitent une concentration parfois élevée et augmente le niveau de vigilance.

Si les somnifères favorisent le sommeil, ils ne s'attaquent pas à la cause de l'insomnie. Dans tous les cas, le traitement de l'insomnie passe par l'identification et la prise en charge de ses causes.

Quand les somnifères n'existaient pas encore, beaucoup de gens s'alcoolisaient pour tenter d'oublier leurs déboires.

Disponible sur le marché sur prescription médicale, les premiers somnifères et psychotropes datent des années 1950, après la guerre.

La Belgique et la France sont championnes dans leur consommation.

Évaluation et diagnostic

L'évaluation de l'insomnie repose sur une information fouillée concernant la plainte, son historique, les facteurs de déclenchement.

Les traitements actuels et antérieurs seront passés en revue. Le mode de vie, les habitudes de sommeil, les stress éventuels seront repérés ainsi que les comorbidités éventuelles. Une hétéro-anamnèse est conseillée.

Les questionnaires spécifiques du sommeil et à l'insomnie, à la fatigue, sont fort utiles ainsi qu'une évaluation de l'anxiété et de la dépression.

II. Prise en charge médicamenteuse

II.1. Les traitements thérapeutiques

L'approche thérapeutique de l'insomnie est multifactorielle et intègre les divers aspects de la problématique ainsi que les comorbidités éventuelles. Ce processus thérapeutique fait suite à une évaluation fouillée et devra être adapté aux besoins du patient. Il s'agit donc d'une intervention personnalisée et sur-mesure. Le mode de vie ainsi que les habitudes alimentaires seront revus si nécessaire.

Cette approche peut être pharmacologique ou non ou combiner les deux.

II.2. Les traitements pharmacologiques

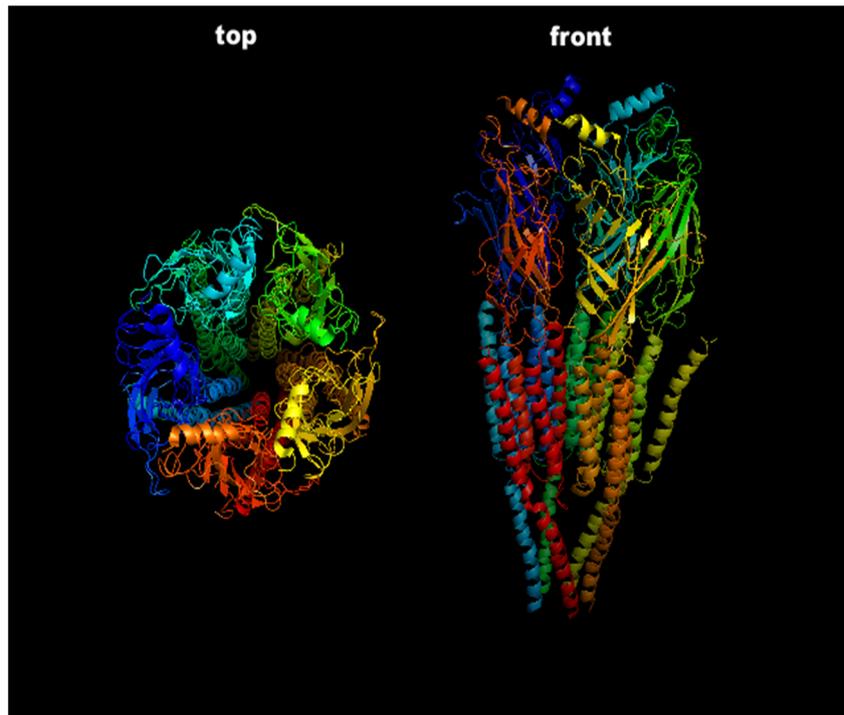
Les récepteurs GABA sont des récepteurs canaux des membranes des neurones qui sont activés par fixation de l'acide γ -aminobutyrique. Ces récepteurs ionotropes ont une grande importance en physiologie des mammifères, le GABA étant le principal neurotransmetteur inhibiteur dans le cerveau.

Le récepteur GABA est composé de cinq sous-unités glycoprotéiques, comprenant chacune entre 450 et 550 acides aminés, qui s'organisent de façon pseudo-symétrique autour d'un pore de conduction des ions chlorures (et bicarbonates). Chaque sous-unité comporte un domaine extra-membranaire contenant les sites de fixation du GABA et d'autres effecteurs, et un domaine hydrophobe membranaire qui définit le pore.

Après fixation de deux molécules de GABA, un changement de conformation du récepteur est transmis au pore qui le fait passer d'un état fermé vers un état ouvert, ce qui a pour conséquence de le rendre perméable aux ions chlorures.

Ces derniers s'engouffrent dans la cellule et l'hyperpolarise. Cette hyperpolarisation rend le passage d'une vague de potentiel d'action.

C'est pour cette raison que le GABA est un neurotransmetteur dit inhibiteur.

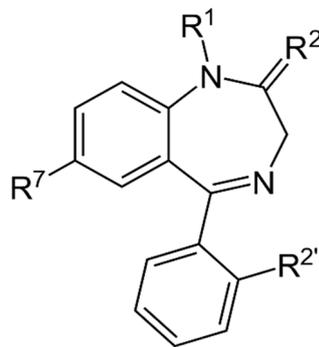


Organisation tridimensionnelle du GABA

Les médicaments ont été le traitement de première intention de l'insomnie pendant de nombreuses années. Plus récemment, leur efficacité et leur indication à long terme dans l'insomnie chroniques sont discutées, voire controversées.

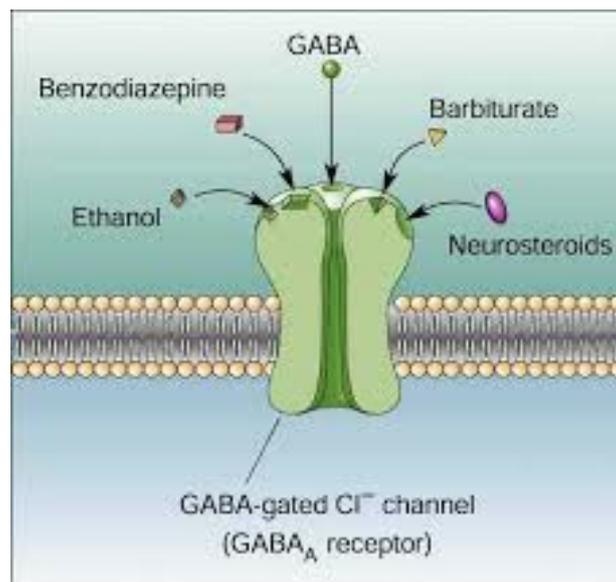
Les thérapeutiques pharmacologiques de l'insomnie comprennent les hypnotiques, les antidépresseurs sédatifs, les antihistaminiques, les neuroleptiques à faible dose.

a. Les hypnotiques benzodiazépiniques :



Les benzodiazépines (BZD) sont une classe de composés organiques formés d'un cycle benzénique fusionné à un cycle diazépine. On classe aussi parmi les benzodiazépines, les thiénodiazépines, qui à la différence d'avoir un cycle benzène, possèdent un cycle thiophène.

Les benzodiazépines agissent au niveau du récepteur GABA et sont des agonistes du récepteur aux benzodiazépines.



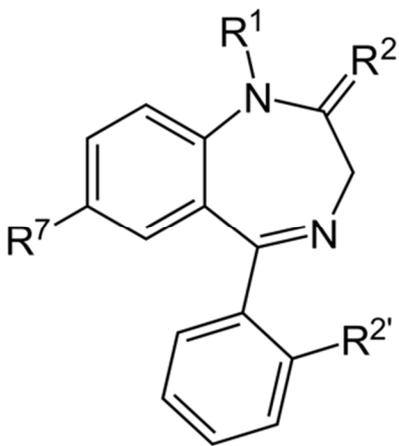
Récepteur GABA

Ces molécules améliorent le temps de sommeil et sa continuité en raccourcissant la latence d'endormissement et en diminuant les éveils.

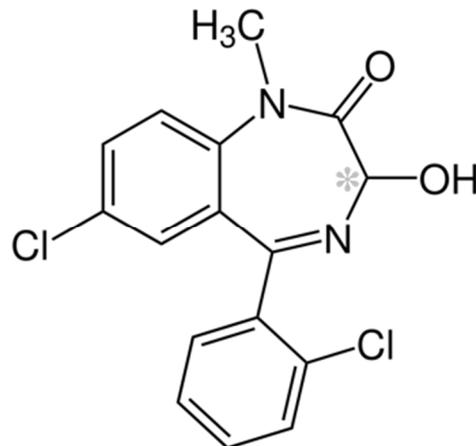
Les benzodiazepines réduisent le sommeil profond au profit du stade deux de sommeil.

Ces molécules ont des effets indésirables tels une sédation diurne avec somnolence, troubles cognitifs et de mémoire, insomnies de rebond à l'arrêt du traitement. Elles ont également un effet néfaste sur les troubles respiratoires liés au sommeil.

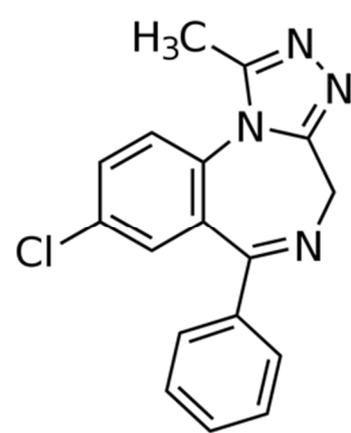
On retrouve parmi elle :



Bromazepam



Lormetazepam



Alprazolam

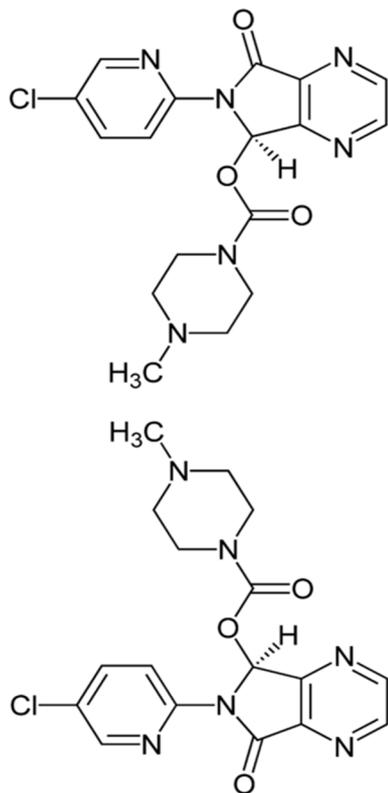
b. Les hypnotiques non benzodiazépines

Ils appartiennent à des familles chimiques différentes : ce sont les dérivés cyclopyrrolone (zopiclone), imidazopyridine (zolpidem) et pyrazopyridine (zaleplon).

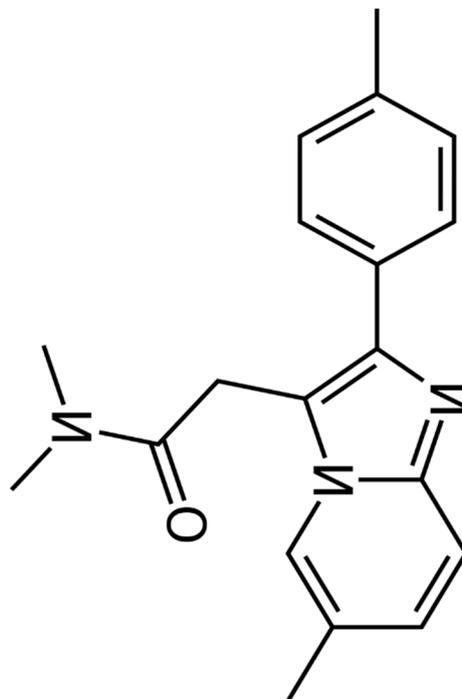
Toutes fois ces molécules ont le même mécanisme d'action que les benzodiazépines et agissent donc au niveau du système GABA. Ces hypnotiques se caractérisent par des demi-vies d'élimination courte ou ultra courte et sont donc des inducteurs puissants du sommeil.

Ils sont indiqués en cas d'insomnie aiguë et/ou transitoires. Leur indication en cas d'insomnie chronique sont actuellement controversées vu les problèmes de tolérance et de dépendance observés.

Zopiclone



Zolpidem



c. Les antidépresseurs

Certains antidépresseurs sédatifs sont utilisés pour leur activité hypno sédatrice. Ils n'entraînent pas de tolérance ni de dépendance. Il s'agit de l'amitriptyline, de la miansérine et de la mirtazapine, les plus connues et délivrées en officine.

Cependant ces antidépresseurs ont des effets indésirables (effets anticholinergiques, toxicité cardiaque...) et sont donc à utiliser de préférence chez les patients anxieux ou déprimés.

Les antidépresseurs sont largement prescrits en cas d'insomnie bien qu'ils ne soient pas homologués pour cette utilisation et que les preuves de leur efficacité ne soient pas définitives. Cela pourrait être lié aux inquiétudes vis-à-vis des médicaments hypnotiques. Les psychothérapies telles que la TCC.

Les thérapies comportementales et cognitives dites TCC sont un éventail de différentes approches thérapeutiques qui combinent l'exposition, la mise à distance des pensées par des techniques de relaxation ou de pleine conscience, le travail sur les obsessions, l'affirmation de soi, etc.

Elles sont connues pour aider à traiter l'insomnie, mais leur disponibilité est limitée. Par conséquent, des médicaments alternatifs, comme les antidépresseurs (utilisés pour traiter la dépression) et les antihistaminiques (utilisés pour traiter les allergies), sont parfois tentés. Il est important d'évaluer les données relatives à l'utilisation non homologuée de ces médicaments.

Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action des antidépresseurs les plus fréquemment retrouvés est essentiellement l'inhibition de la recapture des monoamines, qu'il s'agisse de la noradrénaline, de la sérotonine, ou encore de la dopamine.

On observe également pour la plupart d'entre eux une diminution de la dégradation de ces amines, un blocage du rétrocontrôle inhibiteur, une action au niveau du second

messenger (probablement l'action commune de beaucoup d'antidépresseurs), ainsi qu'une action post-synaptique.

Actuellement d'autres médicaments commercialisés, mettent en avant d'autres mécanismes d'action. Ces médicaments peuvent être non seulement des IRSs mais aussi agissent sur différents sous types de récepteurs (antagoniste 5-HT_{2C}) ou bien encore des antagonistes des récepteurs alpha 2 telle la mirtazapine.

Si ces mécanismes d'action modifient la libération des neuromédiateurs, ils ne peuvent pas expliquer complètement l'effet pharmacodynamique des antidépresseurs en clinique.

d. Les anti-histaminiques

La plupart des antihistaminiques ont des propriétés sédatives qui ont été documentées dans des études anciennes. Étant donné leurs effets indésirables, notamment la somnolence diurne, ils ne sont pas à privilégier.

L'oxomémazine (Toplexil®) est un sirop antihistaminique H₁ indiqué dans le traitement des toux non productives gênantes en particulier à prédominance nocturne.

C'est un sirop antihistaminique H₁ ayant des propriétés antitussives, sédatives, antiallergiques et des effets anticholinergiques.

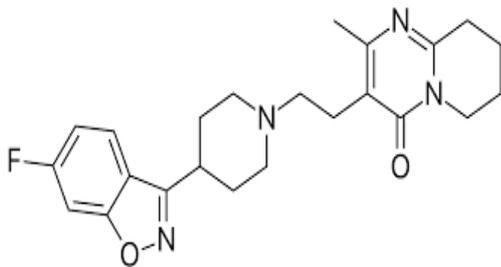
C'est pourquoi il est aussi contre-indiqué chez les personnes souffrant de glaucome à angle fermé et de troubles uréthro-prostatiques.

Ainsi de par ses propriétés antihistaminiques, le sirop à base d'oxomémazine peut être utilisé pour traiter une insomnie chez certaines personnes en dehors de ses indications antitussives.

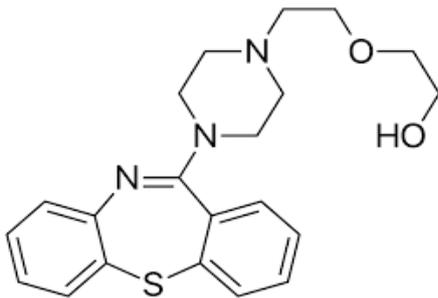
Tout comme les antihistaminiques H₁ sédatifs, l'oxomémazine favorise la somnolence diurne et des précautions d'emploi doivent donc être prises notamment pour les conducteurs et les utilisateurs d'engins.

e. Les neuroleptiques

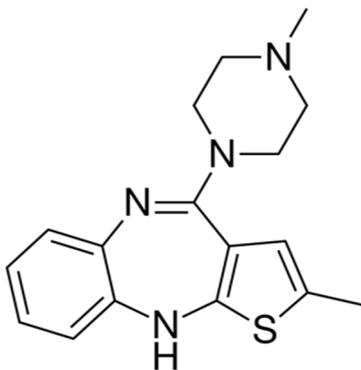
Étant donné les effets sédatifs de beaucoup de neuroleptiques comme la risperidone, la quetiapine ou l'olanzapine, ils sont également prescrits pour traiter l'insomnie. Leur effet secondaire étant importants, ils sont à utiliser avec parcimonie et en priorité chez les patients psychotiques.



Risperidone : Akhatisie, parkinsonisme, sedation, grippe, variation du poid et hyperprolactilemie.



Quetiapine : Tachycardie, constipation, problème de concentration, effet anticholinergiques (bouche sèche, somnolence, confusion...)



Olanzapine : Gain de poids, somnolence, hyperglycemie, hyperprolactilemie

III. Prise en charge naturelle

III.1. Aromathérapie



L'Aromathérapie

Qu'est-ce que l'aromathérapie ?

Elle désigne de manière générale l'utilisation des composés aromatiques des plantes, la plupart du temps sous forme d'huiles essentielles (très souvent obtenues par distillation), dans une optique de prévention et de soulagement de certains troubles ainsi que de bien-être et d'apaisement.

Elle se distingue de la phytothérapie par le fait que cette dernière discipline exploite les divers principes actifs de l'ensemble des plantes : tiges, feuilles, fleurs.

L'usage aromatique des plantes est très ancien - les Égyptiens y avaient déjà recours en 4 000 av. J.C. pour l'embaumement des morts - même si les premières études sur la définition précise de l'aromathérapie et ses effets ne remontent qu'à la fin du 19^e siècle.

L'aromathérapie est une méthode thérapeutique à base d'huile essentielle (HE).

Les HE sont obtenus à partir soit de la distillation des plantes aromatiques par entraînement à la vapeur d'eau soit par un pressage mécanique de l'épicerpe pour les agrumes (zestes d'orange, citron). Les HE sont des produits très concentrés et très actifs, il est donc inutile d'en prendre de grandes quantités. Les différents modes d'utilisation des HE sont par voie externe lors d'un massage, dans le bain, par la diffusion et par voie orale.

Dans le traitement de l'insomnie, différentes HE sont disponibles à travers les différents modes d'utilisation : par voie externe deux ou trois HE différentes peuvent être mélangées et appliquées à raison d'une à deux gouttes trente minutes avant le coucher sur le plexus solaire (région entre le nombril et le sternum) en réalisant un massage. Les différentes HE qui peuvent être utilisées possèdent des actions sur le stress, l'anxiété et l'insomnie :

- HE de lavande officinale (*Lavandula officinalis*) - HE de basilic (*Ocimum basilicum*)
- HE néroli (*Citrus aurantium* var *amara*)
- HE de marjolaine (*Origanum majorana*)
- HE de camomille noble (*Chamaemelum nobile*)
- HE de mandarine (*Citrus reticulata*)

Les HE sont aussi utilisés par voie orale en utilisant une goutte d'HE de camomille noble et une goutte de basilic sur un comprimé neutre le soir au coucher.

Certaines HE peuvent diffuser grâce à des diffuseurs électriques et être utilisées de la façon suivante :

10 gouttes d'HE de lavandin super (*Lavandula x burnatii* « Super ») additionné de 10 gouttes d'HE de camomille noble plus 10 gouttes d'HE de mandarine puis verser le tout dans un diffuseur et laisser diffuser pendant 15 minutes juste avant le coucher [97]. Il est intéressant de noter qu'un mélange déjà prêt à pulvériser de 12 HE existe (spray PuresSENTIEL sommeil®).

Enfin dans le bain, les HE peuvent aussi être utilisées en réalisant ce mélange : 15 gouttes d'HE de mandarine ajouté de 10 gouttes d'HE de camomille noble additionné de 10 gouttes d'HE de lavandin super dilués dans un support de dispersion pour le bain puis verser le tout dans un bain tiède, tous les soirs si nécessaire. Il a aussi été développé un mélange de 12 HE pour le bain (bain PuresSENTIEL sommeil®).

Cependant les HE sont des produits très concentrés et très actifs. C'est pourquoi en conseil à l'officine, les HE sont contre-indiquées à la femme enceinte ou allaitante, aux enfants de moins de 7 ans, aux personnes ayant des antécédents d'allergies aux composants des HE ainsi qu'aux personnes ayant des antécédents de convulsions (épileptiques) ou d'asthme.

III.2. Phytothérapie

La phytothérapie désigne le traitement fondé sur les extraits de plantes et les principes actifs naturels. Ce mot vient du grec « *phytos* » qui signifie plante et « *therapeuo* » qui signifie soigner. C'est l'une des formes de traitement mes plus anciennes qui continue à jouer un rôle important en Afrique et en Asie par l'usage de plantes médicinales

En phytothérapie traditionnelle, les plantes peuvent être utilisées fraîches ou, beaucoup plus fréquemment, sèches. C'est en général une partie bien précise de la plante qui est employée, en conformité avec les préconisations des pharmacopées (racine, feuille, fleurs, etc.)

La phytothérapie présente un grand intérêt pour le pharmacien d'officine dans le traitement d'une insomnie légère. En effet, elle ne présente pas les effets secondaires et le risque de dépendance des médicaments psychotropes.

Nous allons voir d'une part les plantes utilisées dans les troubles du sommeil, puis les différentes formes galéniques utilisées en phytothérapie et enfin quelques spécialités employées en phytothérapie dans le traitement de l'insomnie.

Les plantes employées dans les troubles du sommeil sont des plantes aux propriétés sédatives (calmantes) telles que la valériane, la passiflore, l'aubépine, l'eschscholtzia et le houblon.

Pour la valériane



On utilise le rhizome (tige souterraine) et les racines. Les principaux constituants sont des sesquiterpènes dont l'acide valérénique, des monoterpènes et des valépotriates. Les propriétés sédatives de la valériane seraient dues à la synergie de ses composants, notamment l'acide valérénique et les valépotriates.

C'est une plante sédative et relaxante, particulièrement indiquée pour réduire l'activité nerveuse : anxiété, palpitations, ... C'est pourquoi on l'utilise pour traiter l'anxiété (nervosité, agitation) ainsi que pour soulager les insomnies liées à l'anxiété et au stress car elle facilite l'endormissement.

On peut noter que plusieurs études semblent indiquer qu'elle permet d'améliorer la qualité du sommeil et de faciliter l'endormissement ce qui en fait une plante de choix dans le traitement de l'insomnie.

En effet, seule la valériane semble avoir une efficacité supérieure au placebo sur la qualité subjective du sommeil.

Concernant la passiflore



On utilise la partie aérienne pour ses propriétés sédatives. Les principaux constituants sont des flavonoïdes, des hétérosides cyanogénétiques et du maltol. L'effet anxiolytique semble dû à une benzoflavone. C'est une plante sédative et antispasmodique. C'est pourquoi la passiflore est recommandée en cas de fragilité nerveuse et d'irritabilité. Elle améliore aussi l'endormissement.

Pour l'aubépine



Les parties utilisées sont les sommités fleuries. Les principaux constituants sont des flavonoïdes, des triterpènes et des pro-anthocyanes. L'aubépine a une propriété sédative et cardiaque.

On attribue aux flavonoïdes et aux pro-anthocyanes une action de normalisation du rythme cardiaque et de la pression artérielle. L'aubépine est employée pour atténuer les troubles liés à la nervosité tels qu'irritabilité et sensation de palpitations cardiaques.

Elle peut aussi être utilisée pour prévenir les troubles du sommeil.

Les plantes sont traditionnellement utilisées sous formes de tisanes. Les tisanes peuvent être préparées selon deux procédés : l'infusion et la décoction. L'infusion est obtenue en plongeant la plante séchée dans de l'eau qui vient de bouillir.

La durée de contact varie de 5 à 15 minutes. On l'utilise surtout pour les parties fragiles comme les feuilles et les fleurs. La décoction est préparée en plongeant une plante fraîche ou séchée dans de l'eau froide que l'on porte à ébullition pendant 10 à 20 minutes. Elle est utilisée pour les racines, écorces, tiges et fruits.

Les substances extraites par ces procédés sont celles solubles dans l'eau. Les substances huileuses, ne sont quasiment pas extraites dans les tisanes. Il s'agit de méthodes simples d'utilisation, qui ont leurs adeptes. Cependant il est nécessaire d'administrer une quantité importante d'eau lors de la prise de tisane qui peut obliger la personne à se lever durant la nuit pour aller aux toilettes.

Ainsi en dehors des tisanes, les plantes peuvent être utilisées sous d'autres formes qui sont plus faciles à l'usage. Il existe des extraits de plantes qui sont des préparations obtenues à partir de trempage dans un liquide (solvant).

Après évaporation du solvant (eau, alcool, éther), on obtient un extrait dont la consistance sera fluide, molle ou sèche. Les avantages des extraits de plantes sont d'avoir une teneur précise et connue en principe actif à la différence des tisanes ce qui va éviter une variabilité d'action de la plante.

Les extraits seront plus concentrés en constituants actifs qu'une simple poudre de la plante ce qui permet d'en limiter la quantité à absorber. Les extraits secs sont utilisés sous forme de gélules ou de comprimés. Cependant dans les extraits certaines molécules sont détruites ou évaporées par l'ébullition. Il existe aussi des suspensions intégrales de plantes fraîches (SIPF) qui préservent l'intégralité des principes actifs de la plante. Les plantes fraîches sont congelées dans l'azote liquide, broyées et mises en suspension dans l'alcool à 30°.

III.3. Homéopathie



L'homéopathie ou homœopathie (du grec ὅμοιος / *hómoios*, « similaire » et πάθος / *páthos*, « souffrance » ou « maladie ») est une pratique pseudo-scientifique de médecine alternative inventée par Samuel Hahnemann en 1796. La croyance sur laquelle se base l'homéopathie est celle d'une possibilité de soigner un patient en diluant très fortement les substances qui, si elles étaient concentrées, provoqueraient des symptômes similaires à ceux qu'il rencontre. Au-delà d'un certain nombre de dilutions, les remèdes homéopathiques sont dépourvus de principes actifs

Le conseil du pharmacien en homéopathie

L'homéopathie ne présente pas d'effet secondaire nuisible, il n'y a aucune interaction avec d'autres médicaments ou aliments. Les médicaments sont bien tolérés et peuvent être administrés à toutes les personnes (enfant, femme enceinte, sujet âgé).

Il n'y a pas de risques de surdosage ni de dépendance à la différence des benzodiazépines. La seule contre-indication à l'homéopathie est l'utilisation de teinture mère chez la femme enceinte car elle contient de l'alcool.

L'homéopathie ne provoquant aucun risque de somnolence diurne ou de dépendance, cette thérapeutique est à proposer en premier lieu.

Dans le traitement de l'insomnie occasionnelle, différentes souches homéopathiques pourront être prises suivant les symptômes à la posologie de 5 granules au coucher, à répéter une ou plusieurs fois avant l'endormissement et/ou en cas de réveil nocturne. Les granules devront être pris à distance des repas soit 30 minutes ou 2 heures après ainsi qu'à distance du thé, de la menthe et de la cigarette pour avoir une bouche propre et permettre une meilleure absorption. Les souches homéopathiques indiquées dans le traitement de l'insomnie que le pharmacien peut conseiller sont les suivantes :

- **Aconitum napellus 15 CH** : est indiqué lorsque le réveil se produit vers 1h du matin accompagné de palpitations, d'une sensation d'avoir chaud et d'une certaine anxiété, qui peut être motivé par un cauchemar.

- **Argentum nitricum 9 CH** : pour des patients ayant un comportement de nature précipitée (par exemple des commerciaux toujours pressés).

- **Arnica montana 9 CH** : est conseillé pour un endormissement difficile en raison d'efforts physiques inhabituels.

- **Cocculus indicus 9 CH** : est à proposer pour les personnes souffrant de décalage horaire.

- **Coffea cruda 9 CH ou Coffea tosta 9 CH** : sont utilisés lorsque l'endormissement est gêné car la personne ne peut s'empêcher de penser.

- **Gelsemium 7 CH** : est indiqué en cas d'insomnie par anxiété d'anticipation (par exemple des étudiants à la veille d'examens).
- **Ignatia amara 9 CH** : est à proposer lorsque l'anxiété provoque une sensation d'impossibilité de respirer à fond.
- **Kalium bromatum 9 CH** : est utilisé dans les endormissements difficiles et les terreurs nocturnes.
- **Nux vomica 15 CH** : pour des personnes dont l'endormissement est gêné par une colère récente et/ou lorsqu'il existe un réveil nocturne vers 3h du matin suivi d'une anxiété importante.
- **Stramonium 9 CH** : est indiqué dans les cauchemars.

Des spécialités peuvent aussi être conseillées. Elles sont composées d'une ou plusieurs de ces souches homéopathiques et sont ainsi indiquées en cas d'insomnie occasionnelle. On peut citer parmi ces spécialités :

- **Homéogène 46®** : boîte de 60 comprimés. Médicament homéopathique utilisé dans les troubles légers du sommeil.
- **L 72®** : flacon de 30 ml. Médicament homéopathique traditionnellement utilisé dans les troubles mineurs du sommeil et les troubles liés à l'anxiété et à l'hyperexcitabilité (émotivité, nervosité...).
- **Sédatif PC®** : boîte de 40 ou de 90 comprimés. Médicament homéopathique utilisé dans le traitement de l'irritabilité, de la nervosité, des troubles du sommeil et autres troubles légers liés à l'anxiété et à l'émotivité.
- **Quiétude®** : sirop, flacon de 200 ml. Médicament homéopathique utilisé dans le traitement de la nervosité passagère ou des troubles du sommeil chez l'enfant.

III.4. Le Yoga



Posture Yoga

L'insomnie se traduit par des difficultés d'endormissement ou des réveils multiples durant la nuit ou par un réveil trop précoce le matin. Il y a différentes méthodes pour lutter contre les troubles du sommeil.

Notamment, en prohibant les excitants, comme l'alcool, le café, les cigarettes, Essayer d'avoir une hygiène de vie saine en mangeant un dîner léger, en lisant avant de vous endormir, en mettant votre téléphone sur mode avion, et surtout essayer de ne plus penser à votre journée ou à celle qui va arriver.

Pour cela, pratiquer le yoga qui est, entre autres, une alternative saine pour vous aider à vous relaxer et retrouver votre quiétude, juste avant de vous endormir. Vous pouvez écouter une musique douce et relaxante, tout en pratiquant. Et concentrez-vous sur votre respiration et la musique. Je vous conseille aussi de faire les deux dernières postures du diaporama, directement sur votre lit. Comme cela, vous n'aurez pas peur de vous endormir sur votre tapis de yoga.

Alors, pour retrouver un sommeil apaisé, essayez de faire les 16 postures de yoga ci-dessous.

- Vous pouvez enchaîner les postures comme sur le diaporama, c'est un cours de yoga pour lutter contre les insomnies.
- Restez 1 à 3 minutes sur la posture. Pensez à bien respirer.

Lorsque nous pratiquons ce type de relaxation, nous prenons tout d'abord conscience que nos muscles se relâchent progressivement, que notre respiration ralentit et généralement que notre corps relâche au fur et à mesure ses tensions.

Cette première étape est celle de la relaxation physiologique.

Une fois obtenue cette détente profonde, nous aurons la sensation que nous nous retirons petit à petit du monde sans en perdre toutefois le contact avec lui. Les stimulations du monde extérieur ne perturberont plus notre corps ni notre esprit. Cet état de non-réaction est appelé pratyahara. Expérimenter cet état nous permet de calmer notre esprit et de réagir avec moins d'intensité aux expériences douloureuses ainsi qu'aux pensées négatives et aux émotions.

III.4. Acupuncture



L'acupuncture est un système thérapeutique dont les origines historiques sont très liées avec la tradition médicale chinoise. L'acupuncture consiste en une stimulation de zones précises de l'épiderme : les « points d'acupuncture ». Les techniques de stimulation des points d'acupuncture sont effectuées avec des moyens divers : des aiguilles le plus souvent, mais aussi d'autres moyens physiques (mécaniques, électriques, magnétiques, thermiques, lumineux) ou physico-chimiques.

En acupuncture, le terme insomnie inclut différents problèmes tels l'incapacité à trouver facilement le sommeil, la tendance à s'éveiller au cours de la nuit, l'agitation au cours du sommeil, le fait de se réveiller trop tôt le matin ou d'avoir son sommeil perturbé par des rêves.

Dans le cadre du système des méridiens, l'insomnie est due à la rupture de la relation entre le Yin et le Yang. La détente mentale, le repos et la nuit font partie du Yin. L'activité mentale et physique ainsi que le jour font partie du Yang.

Le Yin et le Yang doivent être en harmonie et s'écouler l'un dans l'autre en un cycle quotidien, de façon harmonieuse. Le Yin réduit l'activité mentale (Yang) et freine sa tendance à l'emballement le soir venu alors que le Yang permet le réveil et lutte contre sa tendance à l'inertie le matin venu.

Le sommeil s'explique donc, en MTC, par ce mouvement d'alternance et d'équilibre entre les phases croissantes et décroissantes du Yin et du Yang. L'insomnie est causée soit par un Yang trop actif ou un Yin insuffisant (ou les deux à la fois).

Le traitement des problèmes de sommeil purs est généralement très rapide. Si le problème est bien identifié, chez certaines personnes, deux séances d'une trentaine de minutes peuvent se révéler suffisantes pour retrouver le sommeil.

Quelques séances supplémentaires sont toutefois nécessaires pour les personnes dont les troubles sont anciens. Mais le résultat en vaut la peine, ce peut être magique pour toutes les personnes qui souffrent de ce type de problèmes depuis des années, sans trouver la solution à leurs soucis.

Pour bénéficier le plus longtemps possible des effets positifs de l'acupuncture, il est essentiel d'adopter, dans le même temps, une bonne hygiène de vie.

III.5. La lumphothérapie

Il s'agit du traitement par la lumière du jour. Comme nous l'avons vu précédemment, la lumière est un synchroniseur des rythmes circadiens.

Ainsi, l'apport de lumière du jour à certains moments de la journée et le fait de l'éviter à d'autres moments permet de resynchroniser les rythmes veille/sommeil.

Un éclairage du matin entraîne une avance de phase du sommeil et un éclairage du soir un retard de phase. Lors de la lumphothérapie, la personne doit s'exposer près d'une lampe ayant une intensité lumineuse supérieure à 2000 lux (un bureau bien éclairé est de 300 à 500 lux).

Il est recommandé d'avoir une exposition lumineuse de 10 000 lux au niveau des yeux, durant 30 à 60 minutes. La personne reste à proximité de la lampe durant la séance et peut continuer ses activités (lire, écrire) en gardant les yeux ouverts sans fixer la source lumineuse. Les indications médicales de la lumphothérapie sont :

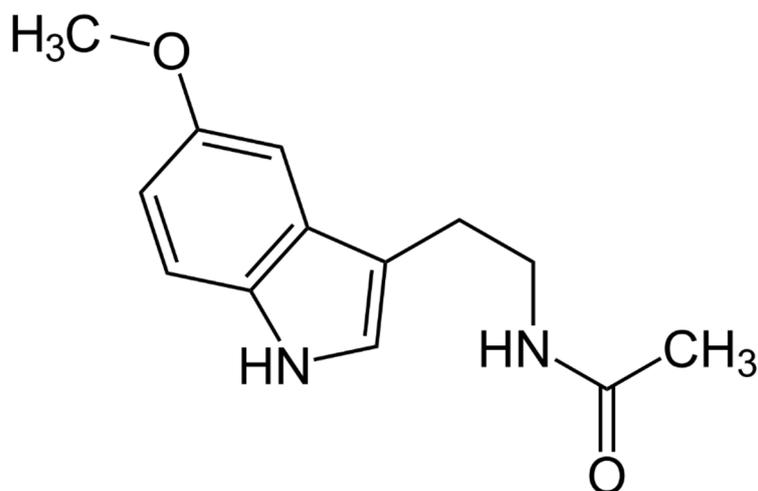
- le syndrome de retard de phase : le patient présente un retard de phase et il se plaint de difficultés d'endormissement ainsi que de difficultés pour se réveiller. L'exposition à une source lumineuse intense le matin va permettre de déclencher un pic de mélatonine plus tôt dans la soirée. De plus il est conseillé d'éviter la lumière en fin de journée (lunettes de soleil) et de diminuer la lumière le soir.

- le syndrome d'avance de phase : le patient présente une avance de phase et il se plaint d'endormissement trop tôt dans la soirée et d'éveils au milieu de la nuit. L'exposition à une source lumineuse intense en fin de journée permet de décaler le pic de mélatonine plus tard dans la journée. De plus il est conseillé d'éviter la lumière du jour trop intense le matin.

- le travail de nuit : les travailleurs devront s'exposer à la lumière dans la soirée et éviter la lumière le matin et en fin de poste.

- le décalage horaire (jet lag) : lors d'un voyage vers l'ouest, le voyageur s'exposera le soir et évitera la lumière le matin. Lors d'un voyage vers l'est, le voyageur s'exposera le matin et évitera la lumière le soir

III.6. La mélatonine



Structure de la mélatonine

La mélatonine ou N-acétyl-5-méthoxytryptamine, souvent dénommée hormone du sommeil, est surtout connue comme étant l'hormone centrale de régulation des rythmes chronobiologiques en étant synthétisée surtout la nuit. Cette neurohormone synthétisée à partir d'un neurotransmetteur, la sérotonine qui dérive elle-même du tryptophane. Elle est sécrétée par la glande pinéale (dans le cerveau) en réponse à l'absence de lumière.

Julius Axelrod, biochimiste américain né en 1912 a, à partir de nombreuses expériences, découvre le rôle de la mélatonine et de la glande pinéale sur le cycle du sommeil et les autres rythmes circadiens. En temps normal, la mélatonine est sécrétée la nuit uniquement (avec un pic de sécrétion à 5 heures du matin chez l'humain, et en moyenne, car sa production est inhibée par la lumière). Elle gère (en partie) les rythmes circadiens. Les variations quotidiennes du taux de mélatonine de l'organisme ne sont pas qu'une réponse passive aux variations de luminosité du monde environnant : il est également couplé à un (ou plusieurs) stimulateur(s) endogène (horloge circadienne). Chez les mammifères le principal stimulateur circadien est situé dans le noyau supra chiasmatique (NSC) du cerveau, un ensemble bilatéral de neurones situé dans l'hypothalamus antérieur.

De nombreux animaux utilisent la variation de la durée de la production de la mélatonine comme repère biologique de la saison.

Chez des animaux comme l'homme, le profil de la mélatonine est affecté par la différence de la longueur de la nuit de l'été par rapport à l'hiver.

Ce changement de durée de sécrétion sert ainsi de signal biologique pour l'organisation des fonctions saisonnière dépendante de la durée du jour (photopériodique) comme la reproduction, certains comportements, la croissance du pelage chez les animaux dépendant des saisons. Cette hormone est sécrétée à la fois par les animaux diurnes et nocturnes.

Alors que les ventes explosent depuis cinq ans, la Société de recherche en médecine du sommeil vient de mettre au point des recommandations pour limiter le mésusage de cette hormone du sommeil.

Présentée - à tort - comme un « médicament miracle » et parée de toutes les vertus, la mélatonine a rempli les rayons des pharmacies dès son lancement dans les années 1990.

Elle y est toujours vendue sans ordonnance sous la forme d'un complément alimentaire ou sur prescription médicale au-delà de 2 mg. Mais « l'hormone de la nuit » a été plus ou moins boudée par la recherche. Les rares études menées pour mesurer son efficacité ont montré qu'elle peut améliorer le sommeil dans des situations particulières, à condition de respecter une heure de prise et un dosage précis.

La mélatonine végétale du laboratoire UNAE

La mélatonine UNAE provient de la fermentation d'un extrait de parties aériennes de luzerne (*Medicago sativa*) et de l'algue chlorelle (*Chlorella vulgaris*). Il s'agit donc de phytomélatonine. Toutes les substances nocives ou susceptibles de l'être, et l'ensemble des ingrédients pouvant générer des polluants ont été exclus de la formulation.

Ce complément alimentaire du laboratoire UNAE dosé à 1,8 mg de mélatonine naturelle par gélule assure ainsi une excellente efficacité en toute sécurité. Cette expertise scientifique a permis de mettre au point cette nouvelle forme de mélatonine à partir de végétaux sélectionnés avec une extrême rigueur.

Sans gluten, sans produits laitiers, sans allergènes, ce complément alimentaire à base de mélatonine végétale naturelle convient à tous. Il est parfaitement compatible avec les régimes végétariens et végétaliens ainsi qu'avec le mode de vie vegan.

Cette nouvelle technologie surfe ainsi sur les tendances bio du moment. Et pourtant !

La mélatonine du laboratoire ne peut pas bénéficier de la certification « agriculture biologique ».

Le seul obstacle pour y accéder réside dans la nature de l'enveloppe de la gélule, élaborée à base d'un composé naturel et végétal, le pullulan. Le choix de cette option innovante pénalise ainsi le laboratoire, car le cahier des charges de la labélisation bio ne la prévoit pas encore à ce jour.

La plupart des compléments alimentaires présents sur le marché contiennent une forme synthétique de mélatonine, fabriquée par synthèse à partir de sources pétrochimiques le plus souvent. Le processus est non seulement polluant, mais il ne permet pas d'obtenir de la mélatonine 100% pure. On peut donc parfois y retrouver plusieurs résidus chimiques. Ces derniers peuvent générer des effets indésirables et sont néfastes pour l'environnement.

Les inhibiteurs de libération de la mélatonine

L'excès d'exposition à la lumière artificielle et le manque d'exposition à la lumière naturelle :

Nous passons beaucoup de temps à l'intérieur des habitations, ce qui nous prive d'un niveau d'exposition idéal à la lumière naturelle. Elle seule peut pourtant mettre un terme à la sécrétion de mélatonine. La concentration sanguine reste ainsi élevée et génère une somnolence en cours de journée.

Le soir venu, nos réserves de mélatonine et notre capacité de production sont alors déjà bien entamées. Nous pouvons alors avoir du mal à trouver le sommeil et subir de nombreux réveils nocturnes, par manque de mélatonine. À long terme, cette situation peut laisser place à des troubles du sommeil marqués

L'exposition à la lumière bleue des écrans :

La lumière bleue émise par les écrans LED des ordinateurs, télévisions et smartphones atténue la production de mélatonine. Il est ainsi important d'éviter de s'y exposer dans l'heure qui précède le coucher.

La production de mélatonine peut également être perturbée en cas d'exposition pendant la nuit à une lumière, même de très faible intensité. Il est ainsi préférable de ne pas dormir avec une veilleuse, et de bien fermer ses volets pour ne pas être exposé à la pollution lumineuse de la ville.

Travail de nuit et décalage horaires :

Les personnes qui travaillent de nuit, comme les professionnels de santé par exemple, sont exposées aux lumières artificielles qui altèrent leur sécrétion de mélatonine. Ses pics de production sont alors plus faibles et retardés.

Ce type de perturbations est particulièrement marqué chez les voyageurs qui traversent plusieurs fuseaux horaires sur un temps court. Le simple fait de décaler ses horaires de sommeil le week-end peut toutefois les induire également, dans une moindre mesure.

De mauvaises habitudes alimentaires :

La lumière n'est pas le seul paramètre qui exerce une influence sur notre production de mélatonine, puisque l'alimentation intervient également.

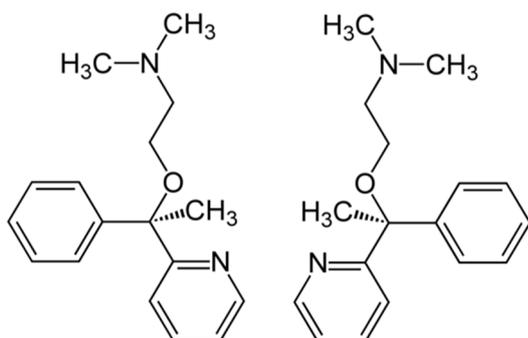
La mélatonine est synthétisée à partir d'un neurotransmetteur, la sérotonine. Celle-ci dérive d'un acide aminé essentiel, le tryptophane. L'organisme n'est pas en mesure de produire ce précurseur de façon autonome, et nous sommes donc tributaires de nos apports alimentaires. Le tryptophane est présent dans les produits riches en protéines comme le poisson, la viande, les œufs, les produits laitiers, les légumineuses, les céréales complètes, les graines et les noix. Les bananes sont par ailleurs réputées pour leur teneur élevée en tryptophane. La synthèse de mélatonine requiert également de bons niveaux de magnésium, un statut suffisant en vitamines B et elle est ralentie en cas de déficit en acides gras oméga-3 dans les membranes cellulaires.

Une alimentation variée, équilibrée et suffisamment riche en tryptophane est donc essentielle à la production de mélatonine. Les modes de consommation actuels, qui font la part belle aux aliments industriels, sont appauvris en nutriments essentiels et ne permettent pas toujours de bénéficier d'apports suffisants.

Un traitement à l'adolescence peut être envisagé si le manque de sommeil a des répercussions graves à l'école ou en famille.

Ainsi, nous retrouvons souvent des prescriptions de mélatonine sous forme de préparation magistrales prescrites par les médecins avec la mention « en l'absence d'alternative thérapeutique existante.

III.7. Le Donormyl



La doxylamine est un antihistaminique H1 de première génération ; il est utilisé pour le traitement des allergies, des insomnies légères ainsi que des nausées induites par la grossesse.

Aujourd'hui les antihistaminiques de première génération ne sont plus utilisés en première intention pour traiter les allergies, on leur préfère les antihistaminiques de deuxième et troisième génération spécifiques des récepteurs H1 périphériques supprimant ainsi l'effet sédatif généralement non souhaitée lors du traitement d'allergies.

C'est pourquoi la doxylamine n'est aujourd'hui indiquée qu'en traitement de l'insomnie occasionnelle. La doxylamine, aux propriétés sédatives importantes réduit le délai d'endormissement et évite les réveils nocturnes.

Un traitement à base de doxylamine ne nécessite aucune ordonnance, cependant une prolongation du traitement au-delà de cinq jours nécessite l'avis d'un médecin.

La prise de doxylamine altère le niveau de vigilance et augmente le risque de chute. Elle rend inapte au travail domestique et professionnel, ainsi qu'à la conduite de tout véhicule.

La doxylamine est classée « A » au niveau de sa sécurité fœtale par le guide de référence Briggs sur le risque fœtal et néonatal.

On a coutume de dire que la doxylamine ne provoque ni dépendance ni accoutumance mais cela reste à vérifier.

Les antihistaminiques H₁, ou antagoniste des récepteurs H₁ en réduisant les effets de l'histamine. Les antihistaminiques de première génération ne sont pas spécifiques des récepteurs périphériques, ils agissent donc également sur les récepteurs H₁ du système nerveux central.

IV. Le pharmacien au comptoir

Véritable acteur de santé de proximité, présent dans près de 21 327 officines en France, le pharmacien assure de nombreuses responsabilités qui ne cessent d'évoluer.

L'étude « Avenir Pharmacie » réalisée auprès de 414 pharmaciens titulaires d'officine et 1001 patients sur l'ensemble du territoire, entre le 21 février et le 6 mars 2018, s'est intéressée à « **l'expérience patient en pharmacie** ». Les chiffres sont on ne peut plus révélateurs : pour 73% des patients, le pharmacien est avant tout un professionnel de santé. Il est même considéré comme le professionnel de santé le plus facilement accessible (63% des patients), devant le médecin (33%) et l'infirmier (4%).

Près de 9 patients sur 10 font confiance à leur pharmacien pour leur donner des conseils appropriés en cas d'urgence. L'officine continue d'être un pôle de santé incontournable du système de santé français.

Ces dernières années, et dans l'axe du plan « Ma Santé 2022 », la profession a connu un élargissement de ses missions. Le rôle du pharmacien ne se limite plus à la délivrance de médicaments, mais inclut également des conseils et des entretiens personnalisés avec les patients, la conduite de bilans partagés en coordination avec les autres professionnels de santé ou encore des actes de dépistage et de vaccination, sans parler des évolutions à venir.

Grâce à ces avancées, le patient bénéficie d'une meilleure prise en charge et d'un meilleur accompagnement dans le suivi de son traitement, le maintien de son capital santé, son bien-être et la prévention des maladies.

Pour accomplir son rôle le pharmacien dispose de nombreux outils :

Le dossier pharmaceutique (DP) créé en 2007 est un outil à disposition du pharmacien permettant de sécuriser la dispensation des médicaments en détectant les traitements redondants et en limitant les risques d'interactions médicamenteuses. Ce service a évolué en 2016 pour permettre de suivre la couverture vaccinale. Il permet aussi de gérer et de prévenir les ruptures d'approvisionnement, les rappels et retraits de lots de médicaments et de suivre les alertes sanitaires. Tous ces services contribuent à la bonne dispensation des médicaments aux patients. A terme, les données du DP devraient alimenter le dossier médical partagé (Art. L1111-23 du CSP).

Le dossier médical partagé (DMP), lancé en 2019, contient des informations de santé du patient avec l'historique des soins, les comptes rendus hospitaliers, les résultats d'examens, les antécédents médicaux, les allergies... C'est un véritable carnet de santé numérique. Il peut être créé directement en ligne, en pharmacie ou en CPAM. Les pharmaciens bénéficient de nombreuses solutions permettant la création des DMP depuis leur Logiciel de Gestion d'Officine (LGO). Certains LGO intègrent aussi des fonctions relatives aux nouvelles missions du pharmacien.

La loi traitant de l'organisation et de la transformation du système de santé prévoit l'ouverture automatique du DMP à partir de l'été 2021 ainsi que son alimentation par les professionnels de la santé du travail. Le DMP existe sous forme d'application mobile téléchargeable sur l'App Store ou Google Play Store et permet aux patients de :

- Consulter ses informations de santé ;
- Visualiser les actions réalisées sur son DMP ;
- Gérer les accès à son DMP ;
- Enrichir son DMP en y ajoutant les données utiles à son suivi médical.

Devant une prescription d'hypnotiques, le pharmacien doit apporter des conseils spécifiques pour la dispensation de ces médicaments.

Il est nécessaire de renseigner la personne sur les précautions d'emploi à prendre lors de la prise d'hypnotiques. Les médicaments doivent être pris juste avant le coucher.

Il est bien entendu important de respecter la prescription et de ne jamais augmenter les doses sans l'avis du médecin. De même une personne qui utilise des hypnotiques de façon chronique qui émet le souhait d'arrêter son traitement, doit en parler à son médecin pour pouvoir réaliser un arrêt progressif.

Aussi, il est important de préciser aux personnes le risque de somnolence ou un manque de concentration et qu'elles doivent éviter la conduite automobile et de machines. Enfin le pharmacien, peut rappeler au patient les règles d'hygiène du sommeil qui ont sûrement été vues lors de la consultation médicale et lui remettre une fiche qui les rappelle.

Il est de la responsabilité du pharmacien de s'assurer de la bonne conformité de l'ordonnance d'hypnotiques qui lui est présentée.

C'est le cas du zolpidem qui depuis peu est rentré dans la classification des stupéfiants.

Extrait des obligations en manière de prescription :

La prescription de **stupéfiants et spécialités apparentées** doit se faire sur une ordonnance sécurisée. Outre les mentions devant figurer sur les ordonnances de tout médicament, vous devez indiquer en toutes lettres : la quantité prescrite, les unités thérapeutiques par prise, les doses ou les concentrations de substances, etc. (art. R.5132-5 et 29 du Code de la santé publique).

L'ordonnance est exécutée dans sa totalité si elle est présentée au pharmacien **dans les 3 jours** suivant sa date d'établissement. Au-delà de ce délai, la délivrance sera limitée à la durée restant à courir.

Une nouvelle prescription de stupéfiants ne peut ni être établie, ni être exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement, par une mention expressément portée sur l'ordonnance (art. R.5132-33 du Code de la santé publique).

C'est au pharmacien situé en bout de chaîne de vérifier à ce qu'il n'y ait pas de chevauchement et de s'assurer des bonnes posologies.

Les insomnies représentent un motif de demande de conseils en officine. En cas d'insomnie récente, un traitement et des recommandations d'hygiène de vie peuvent être conseillés par le pharmacien d'officine.

Devant toute plainte d'insomnie, le pharmacien peut délivrer les conseils pour améliorer l'hygiène de vie qui favorise le sommeil.

La nuit que l'on va passer se prépare déjà durant la journée :

Il est donc nécessaire d'éviter les excitants après 16 heures (café, thé, soda à base de cola, vitamine C, tabac). En effet les excitants retardent l'endormissement et augmentent les réveils nocturnes. Chez les personnes sensibles à la caféine, elle peut réduire le temps de sommeil total qui devient plus léger et moins riche en sommeil lent profond.

Il est conseillé de pratiquer une activité sportive modérée régulière telle que la course à pied, la piscine, la marche, suivie de relaxation comme des massages pour favoriser l'endormissement. Toutefois il faut éviter de pratiquer des activités sportives dans les 4 à 5 heures précédant le coucher.

Il est nécessaire d'éviter les siestes ou de réduire leur durée chez les personnes insomniaques car les siestes de l'après-midi d'une durée de 15 à 20 minutes permettent de maintenir la vigilance pour le reste de la journée. Ainsi lorsque des siestes de plus de 20 minutes sont effectuées par des insomniaques, elles « empiètent sur le capital sommeil » de la nuit et favorisent l'insomnie de la première partie de la nuit car l'organisme sera reposé et aura du mal à s'endormir.

Durant le soir

Il est préférable d'éviter les repas lourds, copieux et difficiles à digérer, ce qui implique de bien se nourrir au petit-déjeuner et au déjeuner. De plus certains aliments favorisent le sommeil alors que d'autres ont au contraire un effet éveillant.

Le professeur Damien LEGER explique que « le sucre ou les aliments sucrés favorisent un assoupissement dans la demi-heure ou l'heure qui suit. » Ainsi les sucres lents et un petit dessert sucré sont à favoriser au dîner. Alors que les protéines ont un effet stimulant sur l'éveil et leur digestion a tendance à augmenter la température corporelle, ce qui va à l'inverse des conditions d'endormissement. L'apport en protéine sera donc limité le soir et le repas de midi sera le plus favorable à un morceau de viande.

Aussi il est nécessaire que le dîner ne soit pas trop tardif jusqu'à deux heures avant le coucher. L'alcool est aussi à limiter le soir car il favorise l'endormissement mais il entraîne des réveils nocturnes en deuxième partie de nuit. Enfin, le chocolat noir peut aussi perturber le sommeil.

En effet, il contient de la théobromine qui est une molécule voisine de la caféine.

Se relaxer avant l'heure du coucher et ne pas mobiliser l'attention juste avant le coucher. Ainsi, l'activité physique et intellectuelle est à favoriser en première partie de journée mais à proscrire après 17 heures. De même le fait de regarder la télévision au lit stimule le cerveau et est fortement déconseillé.

De plus les douches ou bains chauds sont à éviter avant le coucher car la température corporelle baisse pendant la nuit ce qui va à l'encontre de la physiologie du sommeil.

Les heures de coucher et de lever doivent être régulières y compris le week-end afin de synchroniser le rythme veille-sommeil. Cependant la personne doit aller se coucher seulement lorsqu'elle a sommeil (bâillements, yeux qui piquent). De plus lorsqu'elle se réveille le matin avant le réveil, il lui est conseillé de se lever et de ne pas essayer de se rendormir.

L'environnement de la chambre

Les facteurs environnementaux c'est à dire l'aménagement de la chambre sont aussi des éléments importants pour améliorer la qualité du sommeil.

Choisir une bonne literie est important pour assurer un bon sommeil ainsi que l'entretien de celle-ci : l'aération, le nettoyage et le change régulier des draps, comme vu plus haut sur notre étude.

L'obscurité la plus complète possible est vivement conseillée dans la chambre. Les volets et rideaux doivent être fermés pour éviter que des sources lumineuses venant de l'extérieur (enseigne clignotante, lampadaire, lever du jour...) viennent perturber le sommeil. De même il est nécessaire d'éteindre les lumières de veille des appareils électroniques présents dans la chambre comme les télévisions, ordinateurs, portables.

Le bruit nocturne provoque aussi des perturbations du sommeil. Afin de les limiter, le téléphone doit être éloigné de la chambre et des boules Quies® peuvent être utilisées pour être au calme notamment pour les personnes habitant dans les villes, près de routes passantes.

Enfin la température de la chambre doit se situer entre 18 et 20°C pour aider au sommeil. Si elle est trop haute ou trop basse, elle trouble le sommeil. Une fiche sur les mesures d'hygiène du sommeil peut être distribuée aux patients.

En cas d'insomnie légère et d'insomnie due à une mauvaise hygiène du sommeil, le rappel de ces règles peut suffire à retrouver un sommeil de qualité. Dans les cas d'insomnies liées à un évènement (deuil, maladie, soucis.), des mesures thérapeutiques peuvent être mises en œuvre.

V. Conclusion

L'insomnie est une plainte qui reste difficile à appréhender. La connaissance de sa physiopathologie est loin d'être connue de façon exhaustive.

Nous avons vu que le sommeil est un besoin vital qui peut être perturbé de différentes façons. L'insomnie est le trouble du sommeil le plus fréquent et les Français sont de grands consommateurs d'hypnotique

L'utilisation des hypnotiques ne doit pas excéder quelques jours à 4 semaines car leur utilisation à long terme entraîne une majoration des effets secondaires et l'apparition d'une dépendance. Parmi les hypnotiques sur le marché depuis de nombreuses années, aucun ne peut être utilisé de façon chronique à cause de ses effets secondaires et de la diminution de son efficacité.

De plus face à une plainte d'insomnie le pharmacien peut prendre en charge le patient grâce à des alternatives aux hypnotiques.

Dans une insomnie aiguë, il peut apporter des conseils d'hygiène du sommeil grâce à des fiches ainsi qu'une médication officinale appropriée au patient (homéopathie, phytothérapie, aromathérapie...).

Chez un patient se plaignant d'insomnie chronique, le pharmacien va délivrer des conseils, lui fournir un agenda du sommeil et le diriger vers le médecin. Enfin le pharmacien a aussi un rôle de conseils dans la dispensation de médicaments sur prescription.

VI. Références bibliographiques / Sitographie

Professeur MICHEL BILLIARD, LE GUIDE DU SOMMEIL.
Comment bien dormir – Guide Odile Jacob, octobre 2007.

Maryse GILDA-BLAQUIERS, LE SOMMEIL EN QUESTION, Ellipses Edition, 1999.

Docteur M. THIRION- Docteur MJ CHALLAMEL, LE SOMMEIL, LE REVE ET L'ENFANT.

De la naissance à l'adolescence, Albin Michel, Edition Albin Michel, 1995 ,1999,2002.

GANTOIS LAETITIA, Thèse d'exercice : LE SOMMEIL ET L'INSOMNIE DU NOURRISSON, CONSEIL A L'OFFICINE, 30 octobre 2007.

Dr JEAN-CLAUDE HOUDRET, BIEN SE SOIGNER PAR HOMEOPATHIE, Edition SOLAR 2002.

BILLIARD M, LE SOMMEIL NORMAL ET PATHOLOGIQUE. Masson, 1994

JUNG CG. ESSAI D'EXPLORATION DE L'INCONSCIENT, Gallimard, 1964.

LAFON ROBERT, VOCABULAIRE DE PSYCHOPEDAGOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT, Quadriga, septembre 2001.

Dr. Jean VALAT, Université de Montpellier II. 1. LE SOMMEIL ET LE REVE. TROUBLES DU SOMMEIL ET PSYCHOPHARMACOLOGIE DE LA VIGILANCE. Consulte le 15/07/20.

Images

<https://www.insphy.com/A-17640-qu-est-ce-que-l-aromatherapie-notre-definition.aspx>

https://www.opinion-internationale.com/2019/07/08/au-dela-des-guerres-de-corporation-lhomeopathie-quand-meme-et-a-bonnes-doses_63561.html

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Mélatonine>

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Doxylamine#/media/Fichier:\(±\)-Doxylamine_Enantiomers_Structural_Formulae.png](https://fr.wikipedia.org/wiki/Doxylamine#/media/Fichier:(±)-Doxylamine_Enantiomers_Structural_Formulae.png)

https://www.pharmashopi.com/donormyl-15-ml-comprime-xml-704_722_25414-3659.html

<http://marlenefoucheypsychologue.e-monsite.com/blog/les-troubles-du-sommeil/l-insomnie.html>

<https://www.plantes-et-sante.fr/articles/plantes-medicinales/1702-comment-utiliser-la-valeriane>

<https://www.jardiner-malin.fr/fiche/passiflore-entretien.html>

<https://www.energetiqueplantes.com/systeme-circulatoire/978-feuilles-cheval-chevaux-aubepine-3760064390505.html>

Internet :

https://fr.wikipedia.org/wiki/Plante_medicinale

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Phytotherapie>

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Homéopathie>

<https://acupuncturemaca.ca/acupuncture-rive-sud-montreal/insomnie/>

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Acupuncture>

<https://www.cosmopolitan.fr/,retrouver-le-sommeil-avec-l-acupuncture,1905188.asp>

https://www.doctissimo.fr/html/sante/mag_2001/mag0914/dossier/sa_4565_acupuncture_10questions.htm#

https://www.doctissimo.fr/html/psychologie/bien_dormir/ps_6205_sommeil_cycles.htm

https://fr.wikipedia.org/wiki/Rythme_circadien

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Mélatonine>

<https://www.lematelas365.com/blog/importance-matelas-bon-sommeil/>

<https://sante.lefigaro.fr/article/sommeil-des-recommandations-pour-un-bon-usage-de-la-melatonine/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1769449315002538>

[https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-épinière-et-des-nerfs/troubles-du-sommeil/insomnie-et-somnolence-diurne-excessive-sde](https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-epiniere-et-des-nerfs/troubles-du-sommeil/insomnie-et-somnolence-diurne-excessive-sde)

https://www.doctissimo.fr/html/psychologie/bien_dormir/ps_7546_sommeil_besoins_sondage.htm

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Doxylamine>

<https://www.sante-sur-le-net.com/stress-travail-burn-out-insomnies/>

<https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/medicaments>

<https://www.unae.fr/boutique/melatonine-naturelle/melatonine-naturelle-vegetale>

https://fr.wikipedia.org/wiki/Récepteur_GABAA

Serment de Galien

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés
- D'actualiser mes connaissances
- 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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession
- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens
- De coopérer avec les autres professionnels de santé

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.

Résumé :

Selon une étude de l'INSERM publiée en 2017 plus de 13% des 25-45 ans considère que dormir est une perte de temps. Pourtant notre existence est rythmée par une alternance d'état de veille et sommeil qui forme un équilibre. Le sommeil n'est pas une nécessité mais un besoin vital.

Il est indispensable et intervient dans tous les processus de développement, de la naissance à la fin de vie.

Cependant, il apparaît au cours de la vie que cet équilibre ne suit pas une logique exacte. En effet bien souvent le sommeil n'est pas forcément fait de cycle régulier et harmonieux.

En effet, plusieurs troubles peuvent venir perturber le sommeil empêchant donc une bonne récupération, le repos et entraînant diverses conséquences délétères dans la vie de l'individu.

Ces troubles vont se manifester de différentes manières et entraîner une prise en charge globale et personnalisée.

Les troubles les plus courants sont essentiellement l'insomnie qui fera l'objet de notre étude dans ce mémoire, qui représente à peu près 20% de la population.

Dans l'insomnie on retrouve en premier lieu des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes qui peuvent survenir plusieurs fois dans la nuit, mais également des personnes présentant une fatigue diurne qui va se manifester par un état de faiblesse et des bâillements.

Dans la plupart des cas ces troubles du sommeil, dont l'insomnie feront l'objet de prescriptions par le médecin de traitement pharmacologique. Parmi elles on retrouve la prescription d'hypnotiques aussi appelés somnifères, d'anti-dépresseurs, d'anti-histaminiques ainsi que certains neuroleptiques. Ces médicaments présentant une sédation importante bénéficient pour la plupart de règles de prescriptions particulières et sont donc à utiliser avec précautions.

En effet, le pharmacien joue un rôle central dans la détection, le conseil et l'orientation éventuel chez le médecin. Celui-ci permettra une prise en charge optimisée et adaptée au problème.

Par ce fait, le pharmacien dispose d'éléments dans l'environnement de l'officine afin de pouvoir proposer une solution à ces troubles.

Un des atouts du pharmacien sera de proposer une alternative à un traitement médicamenteux notamment les somnifères quand cela est possible.