



Endormez-vous rapidement – réveillez-vous re-vigoré !

Tanja Schütt, PhD

Différentes causes incluant le stress et une consommation de médias accrue entraînent une diminution voire une absence totale de sécrétion de mélatonine endogène, suivie de problèmes d'endormissement. D'après l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA), si 1 mg de mélatonine est pris peu de temps avant le coucher « la mélatonine aide à réduire le temps d'endormissement ». Des doses plus élevées chez des sujets par ailleurs en bonne santé ne sont pas corrélées à un effet plus important.

Avez-vous bien dormi ? En temps de crise, on entend rarement une réponse totalement sereine, « Oui merci, parfaitement bien ! ». L'anxiété provoque du stress et le stress peut, à son tour, provoquer des troubles du sommeil. Une supplémentation en mélatonine peut réduire le temps d'endormissement. L'Autorité européenne de sécurité des aliments a publié un rapport approfondi à ce sujet.

La Commission européenne a demandé à l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) d'établir ce rapport d'experts scientifiques pour évaluer l'efficacité de la mélatonine [1]. Le rapport était essentiellement fondé sur les données de trois méta-analyses qui incluaient 46 études avec un total de plus de 1000 participants. Certaines des questions abordées dans ce rapport étaient les suivantes :

- La prise de mélatonine a-t-elle un effet positif sur la latence d'endormissement chez des sujets par ailleurs en bonne santé ?
- Quelle dose devrait être recommandée pour atteindre l'effet souhaité de diminution de la latence d'endormissement ?

Contexte

À tout âge, un sommeil réparateur est essentiel pour le bien-être et la performance du lendemain. L'American Sleep Foundation recommande entre 7 et 9 heures de sommeil par nuit chez un adulte en bonne santé [2]. Une durée de sommeil inférieure à la durée recommandée est associée à un risque accru d'obésité, de diabète, d'hypertension artérielle, de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de stress psychologique fréquent et de mortalité globale.

En temps de crise telle que la pandémie actuelle de coronavirus, le nombre de patients cherchant de l'aide à la pharmacie pour des troubles du sommeil augmente. Beaucoup de personnes sont confrontées à de profonds changements – l'anxiété provoque du stress et le stress peut entraîner des troubles du sommeil. De plus, la crise mondiale entraîne des changements de rythmes de travail et de loisirs. La consommation de médias augmente sensiblement et une personne travaillant actuellement depuis son domicile est souvent assise face à un écran jusque tard dans la soirée. Cela peut entraîner une diminution significative ou une absence totale de sécrétion de mélatonine.

Néanmoins, à l'instar d'une mauvaise qualité de sommeil ou d'un sommeil fragmenté, les troubles du sommeil surviennent également indépendamment des crises et touchent particulièrement les personnes âgées, car les niveaux de mélatonine diminuent progressivement avec l'âge. De nombreux autres facteurs, tels que le changement d'heure ou une modification du rythme jour-nuit chez les travailleurs par rotations par exemple, peuvent en outre avoir une influence négative sur la sécrétion de mélatonine et donc, sur la qualité du sommeil.

La mélatonine, aussi appelée hormone du sommeil, est par conséquent un facteur significatif dans un processus complexe. Un déficit est associé à des altérations du sommeil qui peuvent nuire à la qualité de vie.

En cas de déficit en mélatonine, une supplémentation est-elle pertinente ?

Une méta-analyse a montré une réduction significative de la latence d'endormissement chez des sujets en bonne santé

qui n'avaient pas de troubles du sommeil [3]. Après la prise de mélatonine, le temps d'endormissement a diminué de 3,9 minutes en comparaison avec le placebo (IC à 95 % : -5,3 à -2,6).

Une autre méta-analyse a étudié les effets de la prise de mélatonine chez des sujets atteints de troubles primaires du sommeil, c.-à-d. des troubles du sommeil chez des personnes par ailleurs en bonne santé (4). On a observé ici une réduction significative de la latence d'endormissement après administration de mélatonine de 11,7 minutes en comparaison avec le placebo (IC à 95 % : -18,2 à -5,2).

Une troisième méta-analyse a inclus des sujets avec ou sans troubles du sommeil [5]. Lorsque 12 études avec 172 sujets étaient prises en considération, l'administration de mélatonine réduisait significativement la latence d'endormissement de 3,9 minutes en comparaison avec le placebo (IC à 95 % : -2,5 à -5,4). Si les deux études les plus petites avec un total de 14 sujets étaient écartées (en raison de valeurs aberrantes dans la série de données ou d'une hétérogénéité des données), la latence d'endormissement était alors réduite de 7,4 minutes (IC à 95 % : -5,1 à -9,8).

Quelle quantité de mélatonine est nécessaire pour réduire la latence d'endormissement ?

Les doses de mélatonine utilisées dans les études examinées allaient de 0,1 à 100 mg. Une méta-analyse a montré une réduction statistiquement significative de la latence d'endormissement chez des sujets en bonne santé après la prise de mélatonine pour toutes les doses examinées dans la fourchette > 1 mg jusqu'à 10 mg en comparaison avec le placebo (<1 mg, cinq études ; 1-3 mg, 10 études ; 4-5 mg, six études ; 6-10 mg, sept études).

Lorsque l'effet de la supplémentation en mélatonine chez les sujets atteints de troubles primaires du sommeil était considéré, la fourchette de dose de 1-3 mg (six études) était

supérieure aux fourchettes de doses <1 mg (deux études) et 4-5 mg (sept études) [4].

Résumé

Le Groupe scientifique sur les produits diététiques, la nutrition et les allergies (NDA) a mis en évidence une relation de cause à effet entre la prise de mélatonine et une réduction de la latence d'endormissement chez des sujets par ailleurs en bonne santé. De l'avis du groupe d'experts, l'affirmation suivante reflète les connaissances scientifiques : « La mélatonine aide à réduire le temps d'endormissement ». Pour atteindre cette réduction, 1 mg de mélatonine devrait être pris peu de temps avant le coucher. Des doses plus élevées n'apportent pas d'amélioration supplémentaire de l'effet sur la latence d'endormissement.

Références bibliographiques

1. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA) (2011): Scientific Opinion on the substantiation of a health claim related to melatonin and reduction of sleep onset latency (ID 1698, 1780, 4080) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006. European Food Safety Authority, Parma, Italy.
2. Sleep Foundation: www.sleepfoundation.org.
3. Buscemi N et al. Melatonin for treatment of sleep disorders. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2004 Nov;(108):1-7. doi: 10.1037/e439412005-001.
4. Buscemi N et al. The efficacy and safety of exogenous melatonin for primary sleep disorders. A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2005 Dec;20(12):1151-8. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0243.x.
5. Brzezinski A et al. Effects of exogenous melatonin on sleep: a meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2005 Feb;9(1):41-50. doi: 10.1016/j.smrv.2004.06.004.

Conflit d'intérêts : T. Schütt est employé chez Sanofi.

Divulgations : Rédaction médicale et publication financées par Sanofi-Aventis Deutschland GmbH.

Information sur le manuscrit

Soumis le: 20.11.2020

Accepté le: 24.12.2020

Publié le: 16.08.2021