



# Insomnie chronique

---

PAR MÉLANIE CARRIER PH.

B.Sc, B.Pharm

# Plan de la présentation

---



Mécanismes de l'insomnie chronique



Évaluation de la plainte de sommeil



Pause de 5 (-10) minutes



Traitement



Trucs et astuces

# Insomnie chronique : définition

---

## Difficulté à :

- Initier
- Maintenir
- Éveils précoces

## Fréquence :

- $\geq 3x$ /semaine
- $\geq 3$  mois

## +Impact diurne

- Fatigue
- Troubles de concentration, de l'humeur
- Irritabilité
- etc.

## Significatif :

- Initiation  $> 30$  min
- Éveil nocturne  $> 30$  min
- Éveil précoce  $> 60$  min

# Quiz

- 1) Parmi les hypnotiques suivants, lequel est le plus associé au risque de syndrome métabolique?
  - a. Quétiapine 25 mg
  - b. Mirtazapine 15 mg
  - c. Trazodone 100 mg
  
- 2) Quelle consigne prioritaire recommanderiez-vous à un patient qui dort 70% du temps passé au lit?
  - a. Se coucher et se lever à heure fixe pour régulariser l'horaire de sommeil
  - b. Quitter le lit après 20 minutes d'éveil, pour briser le conditionnement négatif
  - c. Réduire le temps passé au lit afin d'augmenter la pression de sommeil
  
- 3) Dans quelle situation la mélatonine est-elle la plus indiquée en première intention?
  - a. Un patient anxieux de 51 ans désirant éviter les somnifères.
  - b. Une femme de 24 ans ayant un retard de phase de sommeil et un TDAH.
  - c. Un patient dont on souhaite sevrer du zopiclone.

# L'insomnie en chiffres

---

**34,6%** des adultes canadiens ont eu des symptômes d'insomnie  $\geq 3$  fois/sem dans les 3 derniers mois

**70%** des patients présentent encore des symptômes après un an, et près de 50 % après trois ans

L'insomnie chronique touche **10-15%** des patients

Coûte  
**5010\$**/an/personne

L'insomnie multiplie par **2,27** le risque de dépression

# Conséquences de l'insomnie

## **Effets psychologiques**

- Irritabilité, ruminations, perte de motivation
- Risque accru de troubles anxieux et dépressifs

## **Effets physiques**

- Fatigue chronique, douleurs accrues
- Somnolence, affaiblissement du système immunitaire
- Maladies chroniques : diabète, obésité, maladies cardiovasculaires

## **Comorbidités (impact bidirectionnel)**

- L'insomnie aggrave plusieurs conditions médicales (douleur, TDAH, troubles digestifs...)
- Ces conditions aggravent en retour l'insomnie

## **Conséquences fonctionnelles**

- Absentéisme et présentéisme
- Baisse de performance, erreurs, accidents (incluant accidents de la route)

# Objectifs de traitement

---

**Augmenter la  
satisfaction du  
sommeil**

Diminuer les  
impacts physiques  
et psychologiques

Briser le cercle  
vicieux de  
l'insomnie

# Cas clinique – Mme Sirois

---



« Je dors juste 4 heures, docteur!  
Ça pas d'allure! »

Mme Sirois 62 ans vous demande de changer son somnifère qui n'est pas efficace.

- Médication actuelle : Citalopram 30mg (TAG), Lisinopril 20mg (HTA), Synthroid 125mcg, Trazodone 100mg (insomnie)
- Essais antérieurs de somnifères : mirtazapine 15mg et quetiapine 25mg (inefficaces), Ativan 1mg (sevré l'an dernier).
- Son dernier bilan sanguin est normal. TA à cible.
- Anxiété assez bien contrôlée (GAD-7=6).

# Cas clinique – Mme Sirois

---

Vous lui avez posé les questions suivantes :

- Faites-vous des siestes le jour?
- Avez-vous un horaire de sommeil régulier?
- Est-ce que votre chambre est propice au sommeil (luminosité, sons, bruits)?
- Faites-vous un peu d'activité physique tous les jours?
- Buvez-vous du café/thé après 12h00?

**Non**



# Mécanismes du sommeil

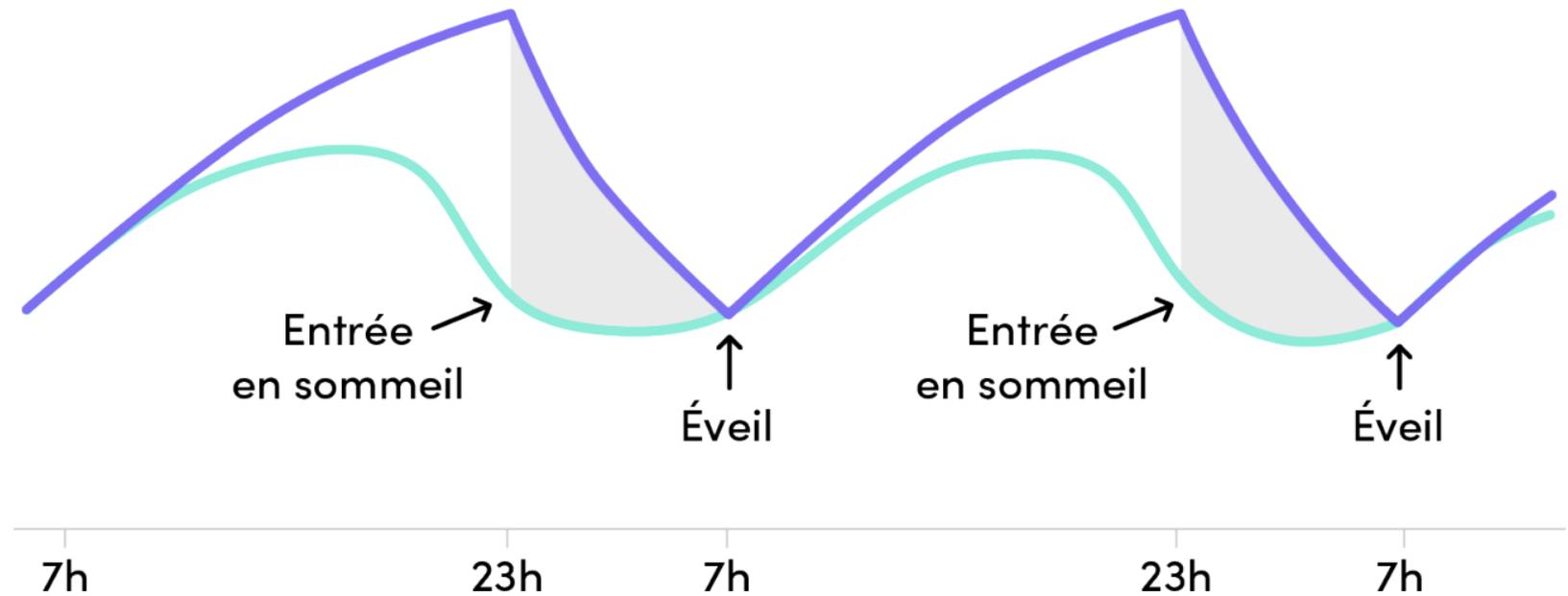
---

ET QUELQUES BRASSÉES DE LAVAGE...

— Propension homéostatique au sommeil (Processus S)

— Propension circadienne à l'éveil (Processus C)

■ Sommeil



## Physiologie du sommeil

# Architecture du sommeil

- 2 premiers cycles : sommeil profond > sommeil léger
- Cycles suivants : sommeil léger > REM > sommeil profond
- Variations selon le chronotype
- Ajustement des cycles selon :
  - les nuits précédentes
  - La médication
  - Les micro-éveils

Sommeil  
ininterrompu < 3h?

Sommeil très  
fragmenté en fin de  
nuit?



# Psychologie du sommeil

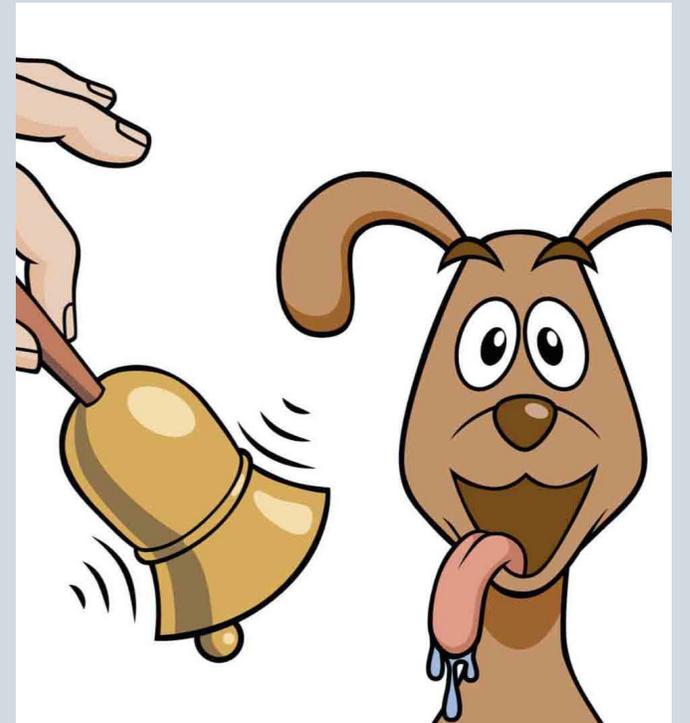
---

## Conditionnement lit-sommeil

« Lorsque vous passez beaucoup de temps au lit sans dormir, votre cerveau se remet en question. Est-ce que le lit est VRAIMENT fait pour dormir? Parce que moi, je fais plein d'autres choses! »

Efficacité de sommeil :  $\frac{\text{temps dormi}}{\text{temps passé au lit}} \times 100$

Cible : > 85%



# Psychologie du sommeil

Questionnaire spécifique :

Échelle de Croyances et Attitudes  
Concernant le Sommeil (CAS-16)

## Croyances erronées et anxiété

« J'ai besoin de 8 heures de sommeil pour être en forme »

« Si j'ai une nuit d'insomnie, j'annule mes engagements le lendemain »

« Je suis inquiet.e de perdre le contrôle sur mes habiletés à dormir »

« Il est rendu 2 heures et je ne dors pas encore!!! J'ai une grosse réunion, demain! »

« Je crois qu'il serait mieux de prendre une pilule pour dormir plutôt que d'avoir une mauvaise nuit de sommeil »

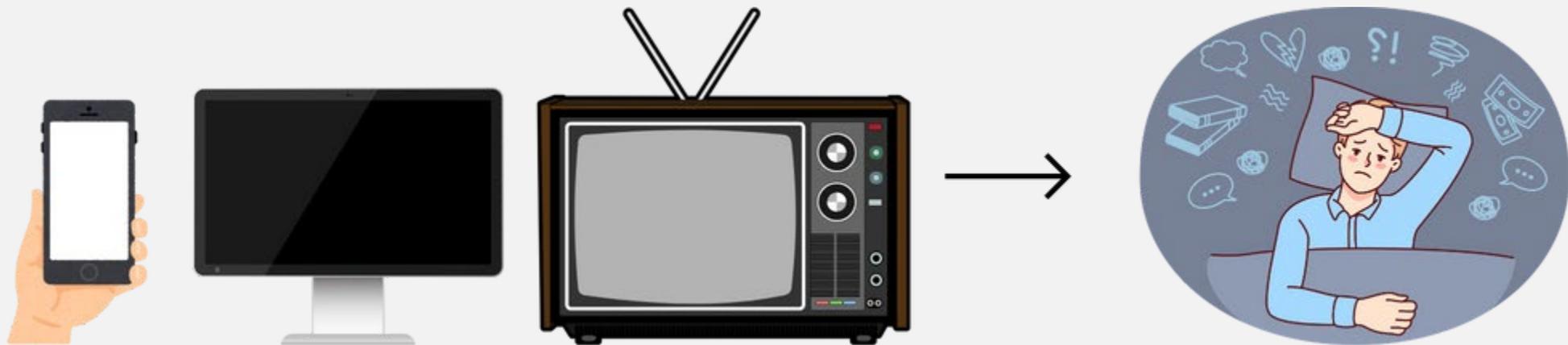
# Psychologie du sommeil

---

Ruminations (tendance à ressasser des pensées négatives à propos du passé et/ou du futur)

+

Difficulté à rediriger les pensées



# Pathologies comorbides à l'insomnie

---

Apnée obstructive  
du sommeil

Douleurs  
chroniques\*

Nycturie\*

Troubles  
psychiatriques  
(anxiété,  
dépression, SSPT)

Syndrome des  
jambes sans repos

Syndrome du  
colon irritable,  
RGO

Troubles  
respiratoires

Ménopause  
(bouffées  
vasomotrices)

\*Un sommeil léger peut en augmenter la perception!

# À garder en tête

---

- Autre trouble du sommeil :
  - Syndrome de retard de phase (TDAH, adolescents, « oiseaux de nuit », mélatonine!)
  - Troubles du rythme circadien (travail posté)
- Médicaments :
  - Cortisone
  - Antidépresseurs stimulants
  - Psychostimulants
  - Effet paradoxal de certains somnifères
  - (Médicaments qui augmentent l'AOS)

# Chronisation de l'insomnie

---

## Facteurs prédisposants

- Âge
- Femme
- ATCD familiaux
- Labilité émotionnelle

## Facteurs précipitants

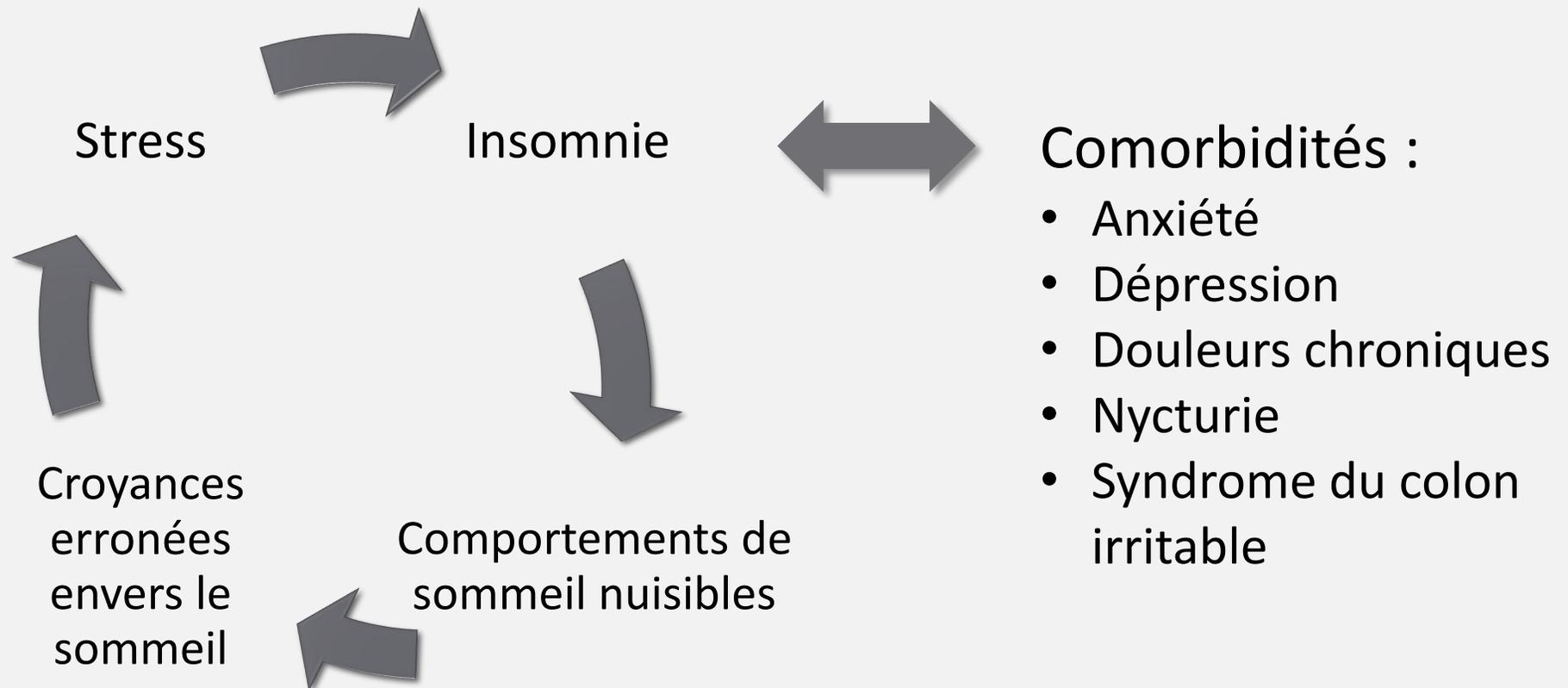
- Deuil
- Séparation
- Stress important

## Facteurs perpétuants

- Habitudes nuisibles de sommeil
- Croyances erronées envers le sommeil
- État d'hyperéveil

# Le cercle vicieux de l'insomnie chronique

---



# Questionner l'insomnie

“QUESTIONNER LE  
SOMMEIL SANS  
PLAINTE DU PATIENT?  
JE N’OSE PAS!”

“C’EST TROP LONG!”

“QUE FAIRE AVEC  
TOUTES CES  
INFORMATIONS?”

# Évaluer la sévérité de l'insomnie

Interprétation score ISI-7 :

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie subclinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

## Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI-7)

Nom: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune      Légère      Moyenne      Très      Extrêmement

0              1              2              3              4

b. Difficultés à rester endormi(e):

0              1              2              3              4

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0              1              2              3              4

2. **Jusqu'à quel point êtes-vous SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E) de votre sommeil actuel?**

Très Satisfait      Satisfait      Plutôt Neutre      Insatisfait      Très Insatisfait

0              1              2              3              4

3. **Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil PERTURBENT votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?**

Aucunement      Légèrement      Moyennement      Très      Extrêmement

0              1              2              3              4

4. **À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont APPARENTES pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?**

Aucunement      Légèrement      Moyennement      Très      Extrêmement

0              1              2              3              4

5. **Jusqu'à quel point êtes-vous INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil?**

Aucunement      Légèrement      Moyennement      Très      Extrêmement

0              1              2              3              4

# Cas clinique – Mme Sirois

---

Dort 4 heures sous trazodone 100mg

Médication actuelle : Citalopram 30mg (TAG), Lisinopril 20mg (HTA), Synthroid 125mcg, Trazodone 100mg (insomnie)

Son dernier bilan sanguin est normal.

Anxiété bien contrôlée. TA à cible

**Bonne hygiène du sommeil**

**Score ISI-7=15/28**



# De quelles informations a-t-on besoin?

---

## Paramètres du sommeil :

- Délai d'endormissement
- Durée ET fréquence des éveils nocturnes
- Éveil précoce

## Causes sous-jacentes :

- Pathologies comorbides
- Symptômes nocturnes
- Médication du patient

# Symptômes nocturnes

---

- Nycturie :
  - Fréquence :
  - Réveillé.e par l'envie?
  - Consommation liquidienne : le jour et > 18h
  - OMI? Conso NaCl :
  - HBP, vessie hyperactive?
- Douleurs qui réveillent ou empêche l'endormissement :
- Symptômes respiratoires?
  - Congestion nasale, rhinite, allergies
  - Respiration buccale
  - Dyspnée, toux, oppression, ronflements, étouffements, RGO
  - Céphalées au réveil
- Mouvements des membres (SJSR, MPM) :
- Bouffées vasomotrices, sudation :

## Facteurs perpétuants

- **Habitudes nuisibles au sommeil**
- Croyances erronées envers le sommeil
- État d'hyperéveil

- 
- Heure de coucher
  - Routine 1h avant le coucher
  - Habitudes lors des éveils nocturnes
  - Regarde l'heure la nuit?
  - Heure du dernier éveil
  - Routine après dernier éveil
  - Siestes

## Facteurs perpétuants

- Habitudes nuisibles au sommeil
- **Croyances erronées envers le sommeil**
- État d'hyperéveil

## 5 grand thèmes

---

- Attentes irréalistes sur les besoins de sommeil ou le fonctionnement diurne
- Mauvaises attributions des causes de l'insomnie
- Perceptions exagérées des conséquences de l'insomnie
- Conceptions erronées des pratiques bénéfiques pour le sommeil
- Inquiétudes excessives et sentiment de perte de contrôle

## Facteurs perpétuants

- Habitudes nuisibles au sommeil
- **Croyances erronées envers le sommeil**
- État d'hyperéveil

- J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé(e) et bien fonctionner pendant la journée.
- 
- Je crains que l'insomnie chronique puisse avoir des conséquences sérieuses sur ma santé physique.
  - Je suis inquiet(ète) de perdre le contrôle sur mes habiletés à dormir.
  - Lorsque je me sens irritable, déprimé(e) ou anxieux(se) pendant la journée, c'est surtout parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.
  - Sans une nuit de sommeil adéquate, je peux à peine fonctionner le lendemain.
  - J'évite ou j'annule mes engagements (travail, famille, loisirs) après une mauvaise nuit de sommeil.

## Facteurs perpétuants

- Habitudes nuisibles au sommeil
- Croyances erronées envers le sommeil
- **État d'hyperéveil**

# Facteurs déclencheurs ou aggravants

---

Anxiété, SSPT

Insomnie chronique

AOS, SJSR

TDAH

Maladies fonctionnelles

Hyperthyroïdie

Ménopause



*Fight, flight or freeze*  
(Stress, hyperéveil)

Profil patient  $\Sigma >> P\Sigma$ :

- Insomnie
- AOS
- Fibromyalgie
- SSPT
- SCI
- Migraine
- Dyspepsie fonct.
- Tachycardie SV

- Ménopause
- TDAH



*Digest and chill*  
(Digestion, relaxation)

Fonctions Para $\Sigma$  :

- Sommeil réparateur
- Réparation cellulaire
- Digestion
- Immunité
- Régulation émotions
- Mémoire
- Satiété
- Régulation inflamm.

Équilibre du  
système  
nerveux  
autonome

# Que dit votre hamster la nuit?

---

- Causes principales (selon mon expérience)
  - Inquiétudes personnelles ou pour l'entourage
  - Plusieurs pensées sans lien
  - Anxiété liée à l'insomnie en cours
  - Planification

# Cas clinique – Mme Sirois

---

Évaluation de l'insomnie

Pas de symptôme nocturne

Peu de ruminations, capable de rediriger ses pensées

Médication adéquate

Patiente un peu difficile à questionner sur ses habitudes de sommeil



# Journal du sommeil

---

- Utile mais pas toujours nécessaire
- La satisfaction du patient envers du sommeil en dit long
- Permet de :
  - calculer l'efficacité du sommeil
  - Préciser les patients qui ont de la difficulté à répondre à nos questions
  - Avoir un meilleur portrait lorsqu'il y a beaucoup de variabilité d'une nuit à l'autre
- Peut même nuire au patient à un certain moment
- Formats
  - Papier, PDF, Excel, appli en anglais (CBTi coach)



# De quelles informations a-t-on besoin?

---

## Habitudes de sommeil :

- Rester au lit sans dormir
- Ruminations/capacité à rediriger les pensées
- Variabilité de l'horaire de sommeil

## Croyances et attitudes envers le sommeil :

- « Je suis inquiet de perdre le contrôle sur mon sommeil »

## État d'hyperéveil

- Absence de somnolence diurne
- Proche-aidant
- Syndrome de stress post-traumatique, anxiété
- Apnée du sommeil, syndrome du colon irritable, fibromyalgie, migraine,

# Cas clinique – Mme Sirois

---

## Évaluation de l'insomnie

- Routine 1h avant le coucher : écoute la télé
- Habitudes lors des éveils nocturnes : reste au lit
- Croyances envers le sommeil :
  - Besoin de 8 heures de sommeil pour être reposée
  - Préfère prendre une pilule pour dormir que d'avoir une mauvaise nuit de sommeil



# Cas clinique – Mme Sirois

---

Analyse des habitudes de sommeil :

1. Passe trop de temps au lit sans dormir :  
conditionnement négatif
2. Routine du soir non-optimale, peut nuire à  
l'endormissement
3. Ses croyances peuvent perpétuer l'insomnie



Pause-~~café~~

---

# Hypnosédatifs

---

AGIR SANS NUIRE

# Hypnosédatifs : une question de cible

---



GABA-A  
Benzodiazépines  
Hypnotiques en Z



H1/M/5HT/α1  
Benadryl©  
Remeron©\*  
Seroquel©\*  
Desyrel©\*  
Silenor©  
\* À faible dose



OREX1-2  
DORAs  
(Dayvigo©,  
Quviviq©,  
suvorexant à venir)



MT1-2  
Mélatonine

# GABA-A

## Benzodiazépines (BZD) et hypnotiques en Z

- Efficaces!
- Associés à des troubles cognitifs et démence
  - ≠ causalité
  - Dose et durée -dépendant

## BZD

- Initiation et maintien du sommeil
- Ont leur place dans le traitement aigu si anxiété
- Altèrent l'architecture du sommeil

## Hypnotiques en Z

- Initiation : zopiclone
- Maintien : zolpidem, eszopiclone
- Peuvent causer des parasomnies, amnésie antérograde, diminution vigilance

## Molécules

### BZD :

- **Ativan© (lorazepam)** 
- **Serax© (oxazepam)** 
- **Restoril© (temazepam)**  
 
- Rivotril© (clonazepam)
- Lectopam© (bromazepam)

### Hypnotiques en Z :

- Imovane© (zopiclone)
- Sublinox© (zolpidem)
- **Lunesta© (eszopiclone)**  

 Bonne innocuité

 Bonne efficacité

# Histamine H1

---

- Pourquoi, à faible dose?
- H1=tolérance rapide, sauf pour doxepine
- « Dirty drugs »
  - Mirtazapine : gain de poids, bouche sèche
  - Quetiapine : gain de poids, troubles métaboliques même à faible dose!
- Efficacité?
- Peuvent exacerber le SJSR!
- Doxepine à très faible dose (Silenor©)

## Molécules

### Antidépresseurs :

- Remeron© (mirtazapine)
- Desyrel© (trazodone)
- **Silenor© (doxépine)**  

### Antipsychotiques

- Seroquel© (quetiapine)

 Bonne innocuité

 Bonne efficacité

# OREX 1 et 2

---

Dual orexin receptors antagonists (DORAs)

Mécanisme d'action :

- inhibition de l'orexine, promoteur d'éveil
- ≠ sédation

Innocuité et efficacité maintenues à 12 semaines et +

Efficacité? Patient-type?

Prescription : ne pas cesser l'hypnosédatif initial!

- Ajouter jusqu'à amélioration du sommeil (1-2 semaines)
- Diminuer l'hypnosédatif initial graduellement

## Molécules

- Quiviviq© (daridorexant) 
- Dayvigo© (lemborexant)
- Suvorexant à venir

 Bonne innocuité

 Bonne efficacité

# Mélatonine

---

Naturel oui, MAIS...

Sécrétion endogène :

- Dose physiologique : **0,6mg**
- Sécrétée **1 à 2 heures** avant le coucher

N'est pas mieux qu'un hypnotique en insomnie chronique

→ ne cible pas les comportements de sommeil

Indications :

- Retard de phase, décalage horaire, travail posté
- Démence (à haute dose)

# Mélatonine

---

MT1 = inhibition activité NSC → Sédation

MT2 = synchronisation horloge circadienne

<b>Dose</b>	<b>Effet principal</b>	<b>Récepteurs activés</b>
<b>0,1 à 0,5 mg</b>	Imitation de la mélatonine physiologique, effet chronobiotique (MT2 surtout)	MT2 > MT1
<b>1 à 2 mg</b>	Activation de MT1 et MT2, effet mixte (synchronisation et léger effet sédatif)	MT1 ≈ MT2
<b>≥ 3 mg</b>	Surcharge possible, effets extra-pharmacologiques (demi-vie prolongée, somnolence résiduelle), perte de spécificité circadienne	MT1 + MT2, possible saturation

# Choisir un hypnotique

---

Efficacité de la molécule (une question de confiance)

Réponse et tolérance aux essais antérieurs

Attention aux comorbidités

- AOS
- SJSR
- Obésité/trouble alimentaire/troubles métaboliques

Effet cumulatif des effets indésirables avec les autres médicaments du patient (patient frêle)

Type d'insomnie (initiation, maintien)

On devrait avoir prévu l'arrêt avant d'initier le traitement.

# Cas clinique – Mme Sirois

---

Trazodone :

1. Efficacité :
  - Faible, variable
  - Même mécanisme d'action que essais antérieurs
2. Innocuité : passable
3. Valeur : choix Rx peu intéressant, TCCi nécessaire
4. Autres options Rx?



# Hypnosédatifs : une question de cible

---



GABA-A  
Benzodiazépines  
Hypnotiques en Z



**H1/M/5HT/α1**  
Benadryl©  
Remeron©\*  
Seroquel©\*  
Desyrel©\*



OREX1-2  
DORAs  
(Dayvigo©,  
Quviviq©,  
suvorexant à venir)



MT1-2  
Mélatonine



# Déprescription des hypnosédatifs

---

Médecin:

« J'ai l'impression de vous nuire si je n'aborde pas avec vous votre prise d'Ativan [...] »

« Voici un plan de sevrage graduel. Prenez votre temps mais faites-ça vite! »

Noté au dossier 

# Taux de réussite du sevrage BZD/Zdrugs

---

## **EMPOWER**

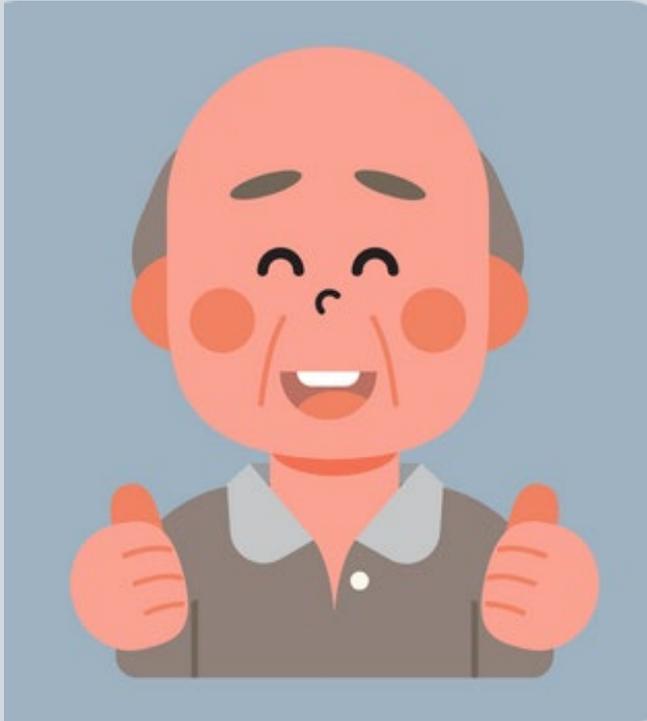
Une intervention éducative pouvait conduire à l'arrêt des benzodiazépines chez 27 % des participants après six mois, contre 5 % dans le groupe témoin

## ***Randomized Clinical Trial of Supervised Tapering and Cognitive Behavior Therapy to Facilitate Benzodiazepine Discontinuation in Older Adults With Chronic Insomnia***

85 % des patients ayant reçu une combinaison de sevrage supervisé et de TCC-I étaient exempts de benzodiazépines après l'intervention initiale, comparativement à 48 % pour ceux ayant suivi uniquement le sevrage supervisé

# Cas clinique – M. Turcotte

---



M. Turcotte 78 ans vient vous voir pour un bilan de santé.

Vous révisez sa liste de médicaments et il prend encore clonazepam 0,5mg tous les soirs pour dormir.

L'an dernier, il n'était pas ouvert à le diminuer.

Il dort super bien et n'a aucun effet secondaire!

Vous décidez de lui en reparler.

**« Si vous dormez bien, peut-être que vous n'en avez plus besoin, M. Turcotte. Que diriez-vous de diminuer tranquillement la dose? Voici le calendrier que je vous propose... »**

# Cas clinique – M. Turcotte

---



Quel calendrier suggérez-vous?

- A. Diminution de 25% par mois jusqu'à cesser
- B. Diminution q2sem pour 18 semaines selon le document *Vous êtes à risque* de l'IUGM
- C. Diminution de 50% puis réévaluation
- D. Peu importe, mais j'ajouterais de la mélatonine

SEMAINES	PLAN DE SEVRAGE							✓
	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	
1 et 2	●	●	●	●	●	●	●	
3 et 4	●	●	●	●	●	●	●	
5 et 6	●	●	●	●	●	●	●	
7 et 8	●	●	●	●	●	●	●	
9 et 10	●	●	●	●	●	●	●	
11 et 12	●	●	●	●	●	●	●	
13 et 14	●	●	●	●	●	●	●	
15 et 16	×	●	×	×	●	×	●	
17 et 18	×	×	×	×	×	×	×	

### Légende

 Pleine dose
  La moitié de la dose
  Le quart de la dose
  Aucune dose



# Vous êtes à risque

Vous prenez un sédatif-hypnotique

- Alprazolam (Xanax®)
- Bromazepam (Lectopam®)
- Clorazépate
- Chlordiazépoxide-amitriptyline
- Clidinium-chlordiazépoxide
- Clobazam
- Clonazépam (Rivotril®, Klonopin®)
- Diazépam (Valium®)
- Estazolam
- Flurazépam
- Loprazolam
- Lorazépam (Ativan®)
- Lormétazépam
- Nitrazépam
- Oxazépam (Serax®)
- Quazépam
- Temazépam (Restoril®)
- Triazolam (Halcion®)
- Eszopiclone (Lunesta®)
- Zaleplon (Sonata®)
- Zolpidem (Ambien®, Intermezzo®, Edluar®, Sublinox®, Zolpimist®)
- Zopiclone (Imovane®, Rhovane®)

## Déprescription des hypnosédatifs

1. Évaluer d'abord ce qui pourrait causer l'échec au sevrage :
  - Symptômes nocturnes persistants
  - Mauvaises habitudes de sommeil
  - État d'hyperéveil
  - Comorbidités non stabilisées
2. Les adresser avant de débiter le sevrage et/ou les garder en tête durant le suivi

# Déprescription des hypnosédatifs

Le sevrage doit être progressif, individualisé et supervisé.

- S'inspirer/débuter avec le calendrier sur 18 semaines de *Bien dormir sans médicament / Vous êtes à risque - Hypnotiques*

Devrait être combiné à une approche comportementale/cognitivo-comportementale pour maximiser les chances de succès.

**Toute réduction, même partielle, mérite d'être soulignée.**

Éviter de simplement remplacer un hypnosédatif par un autre.

# Cas clinique – M. Turcotte

---



- Évaluer d'abord les habitudes de sommeil, symptômes nocturnes et comorbidités.
- Identifier les problèmes potentiels qui pourraient survenir durant le sevrage.
- Puisque Ativan bien toléré, diminution q2sem pour 18 semaines selon le document *Vous êtes à risque* de l'IUGM
- Lors des suivis :
  - Féliciter le patient
  - Questionner les paramètres de sommeil : stabilité?
  - Apparition de symptômes nocturnes ?
  - Ajuster le calendrier au besoin

M. Turcotte est content, il est rendu à 25% de la dose et veut attendre avant de rediminuer. Vous êtes très fier de son progrès, vous l'encourager à poursuivre à son rythme, quand il sera prêt.

# Thérapie cognitivo- comportementale

---

LA COMBINAISON EST LA CLÉ

# Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie

---

- Efficacité de 70-80%
  - Les stratégies de contrôle des stimuli et restriction du sommeil sont les plus efficaces
  - Détérioration possible suivant une bonne amélioration initiale
  - Psychologue nécessaire si besoin plus large au niveau psychologique, traumas, fortes croyances concernant le sommeil, maladie bipolaire
- \*Traumas psychologiques : être à l'affût

# Hygiène du sommeil

Mesure inefficace  
lorsqu'utilisée seule

- Maintenir des horaires réguliers
- Créer un environnement propice au sommeil
- Éviter les stimulants et substances perturbatrices
- Éviter les repas lourds avant le coucher
- Limiter l'exposition à la lumière bleue le soir
- Éviter les siestes prolongées
- Intégrer une routine de détente avant le coucher
- Pratiquer une activité physique régulière
- S'exposer à la lumière naturelle en journée

# Contrôle des stimuli

N'être au lit que pour le sommeil et les relations sexuelles

- Éviter télé, bureau de travail, activités calmes au lit

Sortir du lit après 20 minutes sans dormir

- Prévoir un endroit douillet où s'installer hors de la chambre
- Prévoir des activités calmes
- Revenir au lit au retour de la somnolence

\*Progrès visibles en 2 à 3 semaines environ

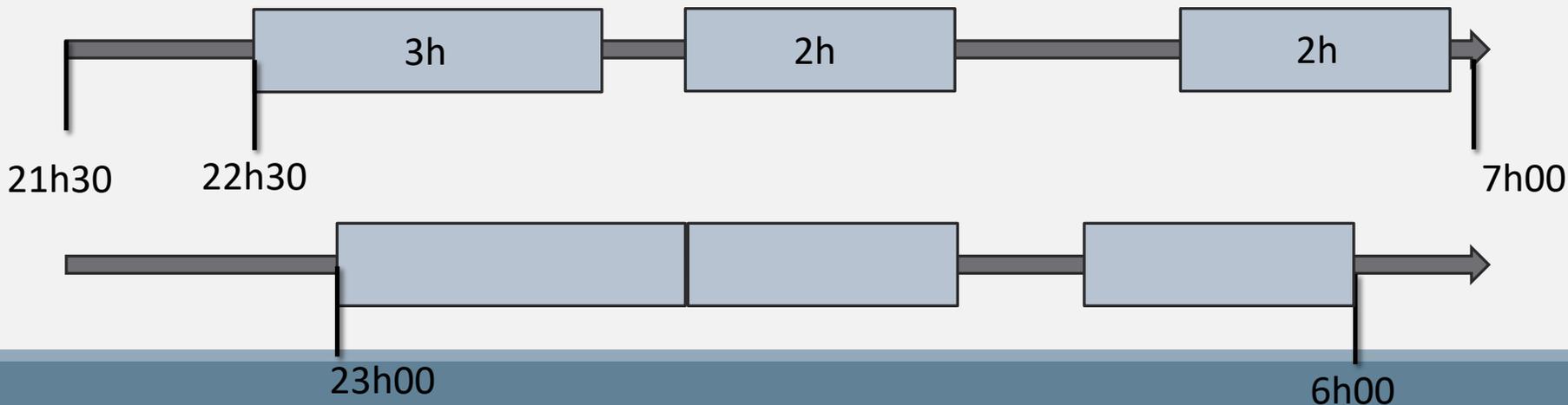
# Restriction du sommeil

---

- Peut faire peur!
- Augmente le sommeil profond et améliore la continuité du sommeil
- Progrès visibles en 2 semaines environ
- Peut augmenter la somnolence durant 1 à 2 semaines
- Contre-indications : épilepsie, maladie bipolaire, métiers avec risque si somnolence diurne, anxiété/dépression non contrôlée.s
- Nécessite un suivi serré auprès du patient q1-2sem

# Restriction du sommeil

« En regardant votre journal du sommeil, je remarque que vous passez 9,5 heures dans votre lit, mais que vous n'en dormez que 7. »



1. Calculer le temps dormi et établir l'heure du lever avec le patient

2. Restreindre la fenêtre de temps au lit au temps dormi + 30 min

3. Si efficacité  $\geq 90\%$ , augmenter la fenêtre de 15 min/sem jusqu'à stabilisation.

# Méditation pleine conscience

---

- 5 minutes 3 fois par jour (le jour!)
- Guidée ou non, body scan, etc.
- Peut être fait durant les activités quotidiennes
- Peut être remplacé par
  - Visualisation, respirations, contemplation
- Rediriger ses pensées sans s'en vouloir
- Adapter l'activité à l'intensité de l'anxiété du patient

# Restructuration cognitive

---

Identifier et remettre en question les pensées négatives ou irréalistes liées au sommeil

Les remplacer par des croyances plus réalistes et apaisantes.

Réduit l'anxiété liée au sommeil et favorise un état mental plus propice à l'endormissement.

Outil : Questionnaire *Croyances et attitudes envers le sommeil* (CAS-16)

\*Non essentiel dans la plupart des cas

# TCCi + hypnotosedatifs ?

---

- Insomnie aigue sur chronique :
  - Souvent difficile de suivre les consignes comportementales
  - Sx anxiodépressifs à surveiller
- Gestion de l'hypnotosedatif durant thérapie comportementale
  - Si molécule bien tolérée, pas d'urgence à sevrer. Améliorer les habitudes de sommeil d'abord, sauf si patient est motivé à sevrer.
  - Si molécule inefficace et détresse psychologique : substituer, stabiliser, sevrer

# Cas clinique – Mme Sirois

---



- Expliquer à Mme Sirois de quelle façon ses habitudes de sommeil perpétuent son insomnie, même si elle prend un somnifère.
- Discuter des mesures comportementales et voir ce qui serait acceptable pour elle :
  - Modifier la fenêtre de temps passée au lit
  - Se lever après 20 min sans dormir
  - Éviter les siestes malgré l'augmentation de la somnolence
- Trazodone :
  - puisque bien toléré, attendre l'amélioration de son sommeil (3 semaines) puis diminuer la dose ad dose minimale efficace ou cesser

# Trucs et astuces

---

TESTÉS ET APPROUVÉS ;)

# Ressources supplémentaires

---

- Article MedActuel à venir en juin
- TCC Montréal : nouveau guide TCi
- Mon site web [cliniquecirca.ca](http://cliniquecirca.ca) onglet Professionnels de la santé
- Document *Bien dormir sans médicament*



# Ruminations

---

TCC bien sûr, mais aussi :

Rediriger les pensées

- Alphabet des animaux
- Décompte 100, 97, 94, 91...
- Technique des 5 sens

*Worry time* ou « le BON moment pour s'en faire »

# Vivre le moment présent, c'est payant!

---

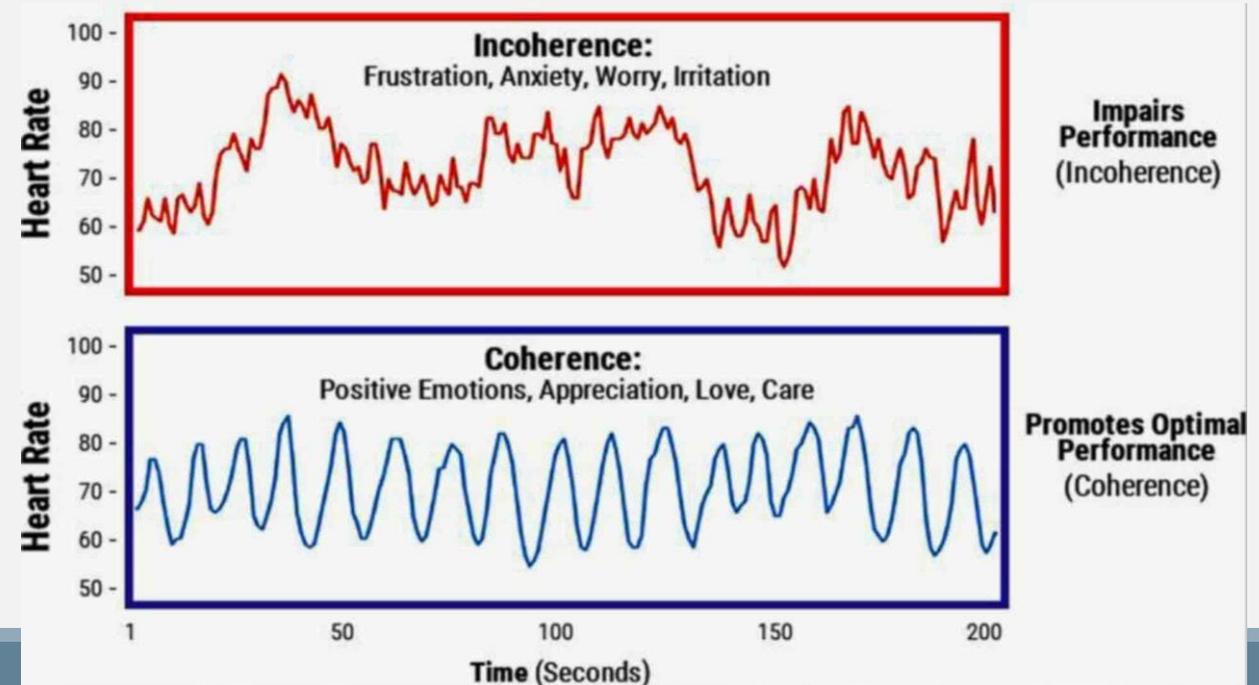
Méditation pleine conscience

Cohérence cardiaque et autres respirations abdominales lentes

Relaxant musculaire progressive

Visualisation

Prières





# Activités calmes

---

Avant le coucher ou lors des éveils prolongés la nuit :

- Lecture
- Mots-croisés
- Sudoku
- Casse-tête
- Tricot simple
- Plier une brassée de lavage
- Écouter de la musique ou un podcast
- Autre tâche manuelle simple



Nom du patient / de la patiente : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_



## Vos symptômes d'insomnie peuvent être améliorés sans médicaments

L'insomnie est un problème fréquent. Il est essentiel de mettre en place des stratégies sans médicaments pour régler le problème. En persistant, ces méthodes s'avèrent plus efficaces et plus sécuritaires que les médicaments pour améliorer le sommeil chez de nombreuses personnes.

- Des études ont démontré que les personnes qui prennent des somnifères ne dorment que légèrement plus et mieux que celles qui n'en prennent pas.
- Les somnifères peuvent avoir des effets secondaires importants, auxquels les personnes âgées sont particulièrement vulnérables.
- Par exemple, ils peuvent provoquer de la confusion et des problèmes de mémoire. Ils doublent le risque de chutes et de fractures de la hanche et ils accroissent également le risque d'accident de la route. Ils augmentent aussi le risque de ressentir de la fatigue durant la journée.

- Exposez-vous à la lumière du jour le matin tout en évitant les lumières vives le soir
- Faites de l'exercice durant la journée, mais évitez l'activité physique vigoureuse dans les quelques heures qui précèdent le coucher
- Attendez au moins 3 à 4 heures après votre dernier repas avant d'aller vous coucher
- Évitez la consommation d'alcool qui a un effet négatif sur le sommeil
- Évitez la consommation de boissons contenant de la caféine (ex: café, thé, boissons gazeuses, boissons énergisantes), particulièrement en après-midi
- Si vous faites des siestes, limitez-les à une durée maximale de 20 minutes, avant 15h l'après-midi**
- Gardez la chambre à coucher sombre, froide et silencieuse
- Réservez le lit pour le sommeil et les activités sexuelles**
- Réservez une heure pour vous détendre avant l'heure du coucher et instaurer un rituel avant d'aller au lit sans écrans (télévision, tablette, téléphone)
- Prenez une douche ou un bain tiède durant 10 minutes, 1 à 2 heures avant de vous coucher
- Allez au lit seulement lorsque vous vous sentez en état de somnolence**
- Si vous êtes incapable de dormir en moins de 20 minutes, sortez du lit pour faire une activité peu stimulante comme colorier, lire ou faire des mots cachés jusqu'à ce que vous sentiez à nouveau les signes d'endormissement**
- Tournez les horloges et réveille-matins dans votre chambre qui peuvent générer du stress par rapport au temps passé au lit sans dormir
- Éteignez votre téléphone, mettez-le en mode avion ou sortez-le de votre chambre pour éviter tout dérangement durant la nuit
- Levez-vous toujours à la même heure le matin (même si vous n'avez pas bien dormi) pour favoriser l'établissement d'une routine d'endormissement**
- Autre :

**!** Retournez chez votre médecin si : vos symptômes ne s'améliorent pas ou s'ils s'intensifient.

Prescripteur / prescriptrice : \_\_\_\_\_



Consultez nos ressources :

# Prescription des mesures comportementales

Ajouter l'heure du coucher et du lever, si discuté

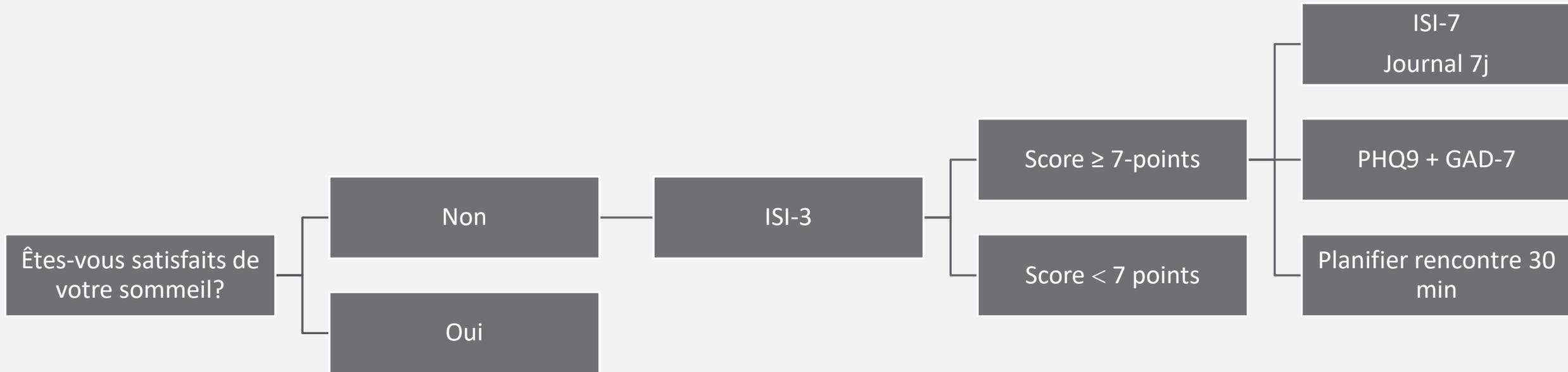
# Poser la question sur le sommeil : OUI!

---

1. Êtes-vous satisfaits de votre sommeil?
2. Non? → ISI-3
3. Score ISI-3 significatif? ISI-7 + Journal 7j + PHQ9 + GAD-7
4. Rencontre 30 min
  1. Questionner en fonction du type d'insomnie

# Êtes-vous satisfaits de votre sommeil?

---



# Rencontre de 30 min

---

## PHQ-9 et GAD-7 :

- Exclure anxiété/dépression non contrôlée.s
- Mieux orienter le traitement

## ISI-7 et journal du sommeil : type d'insomnie

- Initiation
- Maintien
- Éveils précoces
- Sommeil non récupérateur malgré absence de déficit de sommeil

# Questionner en fonction du type d'insomnie

---

	Quantifier
Initiation	Délai endormissement >30 min?
Maintien	Durée, quantité, fréquence Sommeil fragmenté en 2 <sup>e</sup> portion de nuit?
Éveil précoce	Temps avant heure habituelle du lever/alarme
<b>+ Variabilité de l'horaire de sommeil</b>	

# Questionner en fonction du type d'insomnie

	Quantifier	Symptômes?
<b>Initiation</b>	Délai	Absence de somnolence Ruminations SJSR Douleurs
<b>Maintien</b>	Durée Quantité Fréquence	Nycturie (fréquence, cause l'éveil ou non?) Stimuli sensoriels, conjoint Ruminations Douleurs Dyspnée/toux/RGO
<b>Éveil précoce</b>	Temps avant heure prévue	Idem

# Questionner en fonction du type d'insomnie

---

	Quantifier	Symptômes	Gestion par le patient?
<b>Initiation</b>			Routine 1h avant le coucher (activités, écrans, luminosité) Reste au lit/se lève
<b>Maintien</b>			Reste au lit/se lève Activité stimulante (écrans) Ruminations : capacité à rediriger les pensées
<b>Éveil précoce</b>			Idem

# Questionner en fonction du type d'insomnie

---

	Quantifier	Symptômes?	Gestion par le patient?	Prise de somnifère?
Initiation				Heure de prise (délai avant l'heure du coucher)
Maintien				Prise durant la nuit
Éveil précoce				Durée de l'effet

	Quantifier	Symptômes?	Gestion par le patient?	Prise de somnifère?
Initiation	Délai endormissement	Absence de somnolence Ruminations SJSR Douleurs	Routine 1h avant le coucher/écrans  Reste au lit/se lève	Délai avant l'heure du coucher
Maintien	Durée, quantité, fréquence  Sommeil fragmenté en 2 <sup>e</sup> portion de nuit?	Nycturie (fréquence, cause l'éveil ou non?) Stimuli sensoriels Ruminations Douleurs Dyspnée/toux/RGO	Reste au lit/se lève  Activité stimulante (écrans)	Prise durant la nuit
Éveil précoce	Temps avant heure habituelle du lever/alarme	Idem	Idem	Durée de l'effet

**+ Variabilité de l'horaire de sommeil**

# Quiz

---

1. Parmi les hypnotiques suivants, lequel est le plus associé au risque de syndrome métabolique?
  - a. **Quétiapine 25 mg**
  - b. Mirtazapine 15 mg
  - c. Trazodone 100 mg

La quétiapine, même à faible dose, est associée à une prise de poids, une dyslipidémie et une résistance à l'insuline. Ce profil la rend plus à risque de contribuer à un syndrome métabolique que la mirtazapine ou la trazodone, bien que celles-ci puissent aussi entraîner une prise de poids.

# Quiz

---

2. Quelle consigne prioritaire recommanderiez-vous à un patient qui dort 70% du temps passé au lit?
- a. Se coucher et se lever à heure fixe pour régulariser l'horaire de sommeil
  - b. Quitter le lit après 20 minutes d'éveil, pour briser le conditionnement négatif
  - c. Réduire le temps passé au lit afin d'augmenter la pression de sommeil**

Une efficacité <85 % indique un excès de temps éveillé au lit. La priorité est de restreindre le temps au lit pour augmenter la pression de sommeil. Quitter le lit après 20 min aide aussi, mais n'adresse pas ce déséquilibre global.

# Quiz

---

3. Dans quelle situation la mélatonine est-elle la plus indiquée en première intention?
- a. Un patient anxieux de 51 ans désirant éviter les somnifères.
  - b. Une femme de 24 ans ayant un retard de phase de sommeil et un TDAH.**
  - c. Un patient dont on souhaite sevrer du zopiclone.

La mélatonine est plus efficace dans les troubles du rythme circadien, comme le syndrome de retard de phase, particulièrement chez les jeunes adultes et les patients TDAH. Son efficacité dans l'insomnie chronique non circadienne ou en substitution d'un hypnotique est limitée.

# « Évaluation de la faisabilité et de l'efficacité d'un service de thérapie comportementale de l'insomnie (TCi) dirigé par un pharmacien en GMF »

---

PROJET DE RECHERCHE

# Projet de recherche

---

Durée du projet :  
1 an ou

Recrutement des participants et consentement

150 patients

- **Médecins**
- Patients

Processus :

- Même formulaire de référence (pas de pression sur les patients)
- Inclusions : adultes, critères d'insomnie chronique
- Exclusions : épilepsie, MAB, anxiété/dépression non contrôlée.s, travail posté, traumatisme crânien récent ou avec séquelles

Traitement :

- Évaluation + suivi q2sem x 3-6 suivis
- Mesure de la variabilité de la fréquence cardiaque
- Questionnaire de satisfaction des participants (**médecins** et patients)