



Insomnie chronique

PAR MÉLANIE CARRIER PH.

B.Sc, B.Pharm

Plan de la présentation



Introduction au projet de recherche



Mécanismes de l'insomnie chronique



Évaluation de la plainte de sommeil



Thérapie cognitive-comportementale de l'insomnie



Détails du projet de recherche

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

SOUS LA DIRECTION DE CAROLINE SIROIS,
FACULTÉ DE PHARMACIE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Contexte de l'insomnie chronique

- Prescription des hypnotiques de longue durée
- Les hypnotiques classiques (benzodiazépines, hypnotiques en Z) peuvent causer des effets délétères à court et long terme
- Augmentation de la prescription de molécules à propriété sédatives, hors indication
- 2016 : On reconnaît la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie comme traitement de première intention pour l'insomnie chronique.
- 2025 : On tente de sevrer les benzodiazépines mais on prescrit encore autant d'hypnotiques. La TCC-i demeure très peu offerte/accessible/promue.

Qu'est-ce qu'on peut y faire?

Prise en charge actuelle : fragmentation du système

Psychologue (au privé)

- Longs délais, peu accessible
- Coûts
- Approche cognitivo-comportementale complète

Gestion des somnifères?
Évaluation médicale?

Première ligne (GMF)

Consultation médicale (15 à 30 min.)

1. Évaluation sommaire de la plainte
2. Prescription de somnifère au besoin
3. Somnifère : prise régulière,
prescription, échec au sevrage

Persistance des habitudes de sommeil
et croyances erronées

Comment le faire?

- Protocole : TCCi , version brève (BBTi), autres versions
- Place de l'évaluation?
- Clinique privée vs GMF
 - Accès au dossier médical
 - Accès au médecin traitant
 - « Gratuité »
- Cours de groupe vs individuel
 - Groupe : volet éducatif, soutien des pairs
 - Individuel : évaluation du sommeil, suivi... variabilité interindividuelle, adaptation du protocole

Objectifs

1. **Évaluer la faisabilité de l'implantation en GMF**
 - **Acceptabilité**
 - **Obstacles et leviers**
2. Évaluer l'efficacité de la thérapie
3. Décrire l'usage et la déprescription des somnifères
4. Recueillir des données sur l'hyperéveil

Insomnie chronique

DÉFINITION ET CONTEXTE

Insomnie chronique : définition

Difficulté à :

- Initier
- Maintenir
- Éveils précoces

Fréquence :

- $\geq 3x$ /semaine
- ≥ 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

L'insomnie en chiffres

34,6% des adultes canadiens ont eu des symptômes d'insomnie ≥ 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

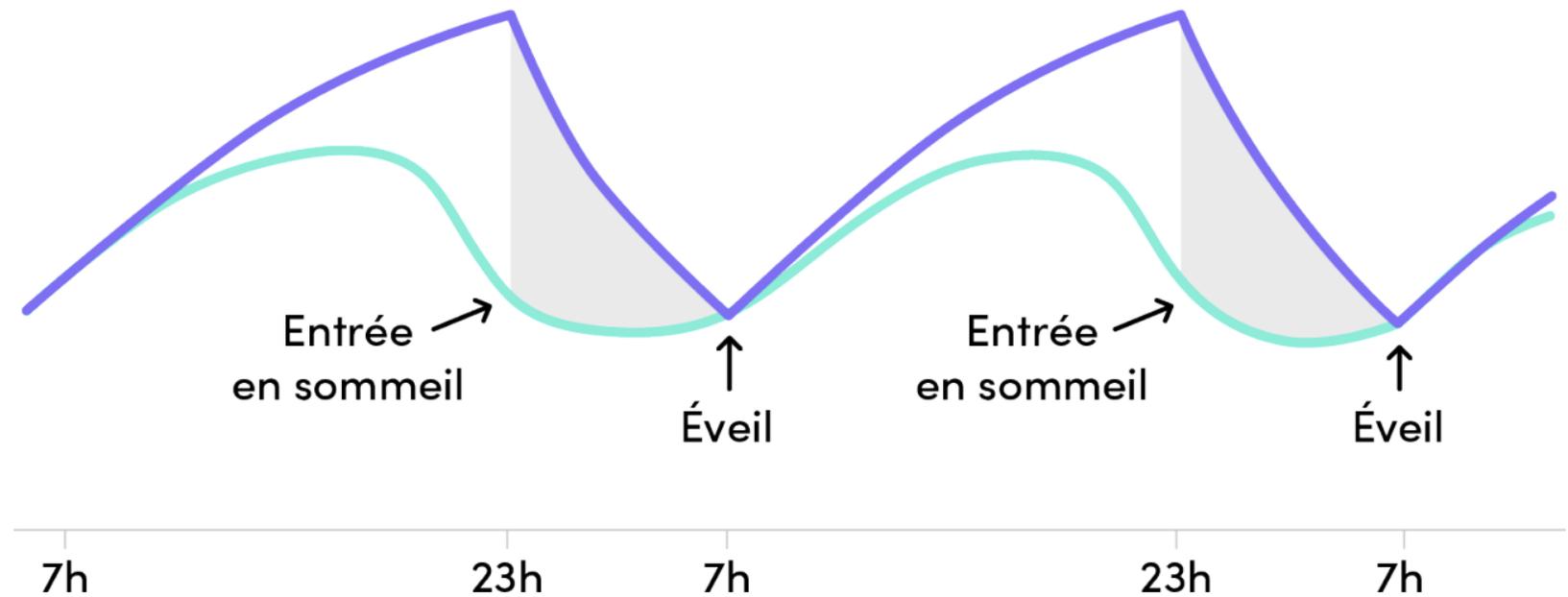
Mécanismes du sommeil

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 inquiète 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)

+

Difficulté à rediriger les pensées

+

Absence de période tampon avant le coucher

Thèmes principaux (selon mon expérience) :

- Inquiétudes personnelles ou pour l'entourage
- Anxiété liée à l'insomnie en cours
- Planification



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

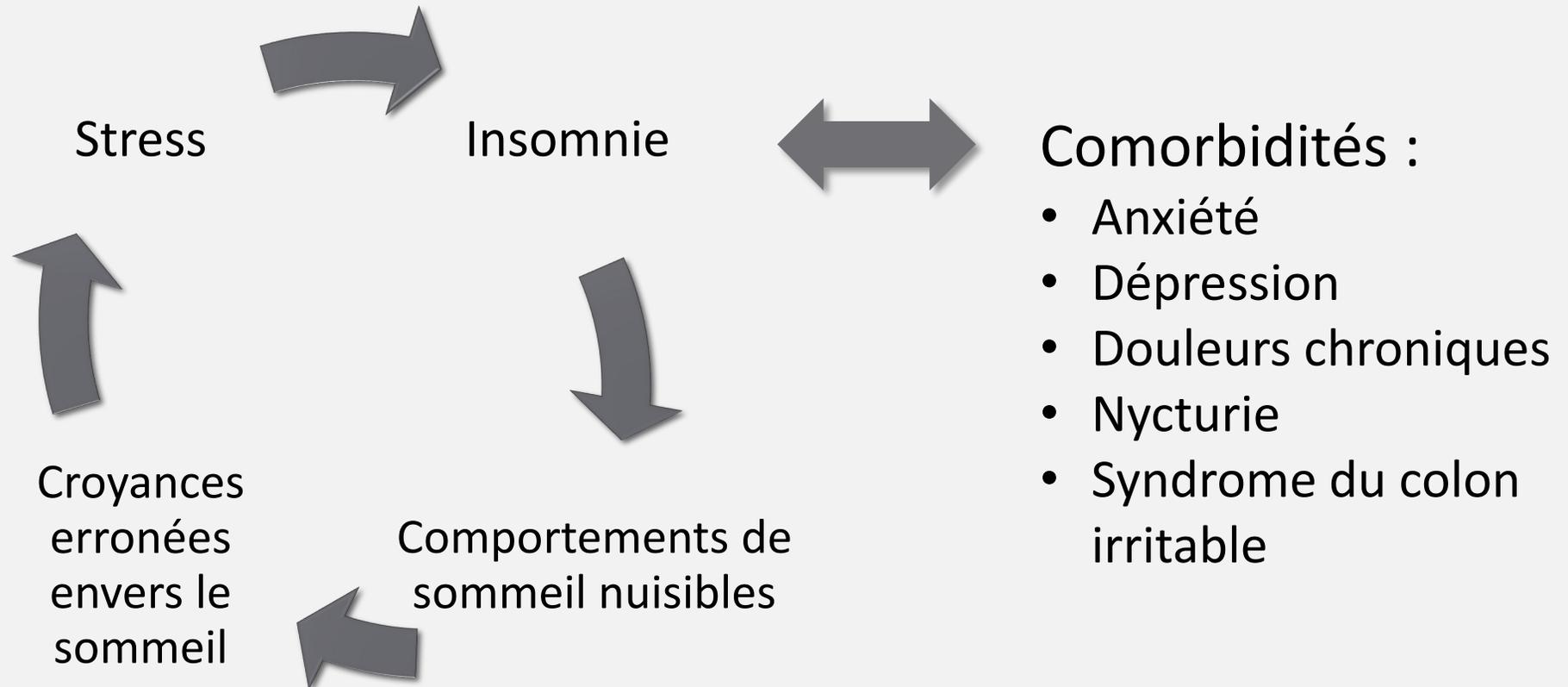
Facteurs précipitants

- 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

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 H₂O/NaCl
 - OMI?
 - HBP
 - Vessie hyperactive?
- Douleurs qui réveillent ou empêche l'endormissement :
- Symptômes respiratoires?
 - Congestion nasale, rhinite, 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**

Facteurs déclencheurs ou aggravants

Anxiété, SSPT

Insomnie chronique

AOS, SJSR

TDAH

Maladies fonctionnelles

Hyperthyroïdie

Ménopause

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,

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

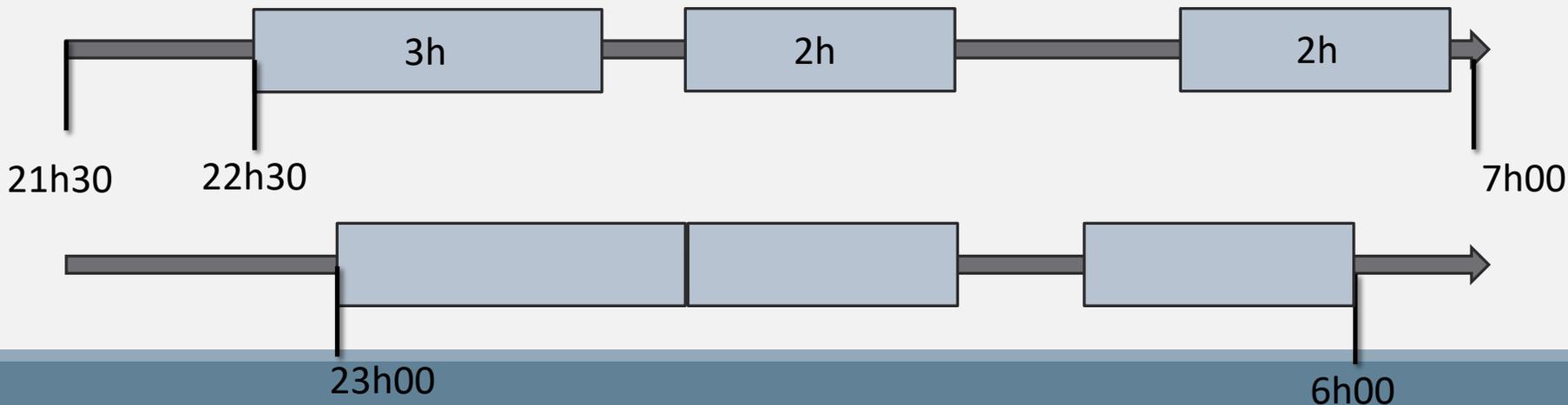
*Progrès visibles en 2 à 3 semaines environ

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. »



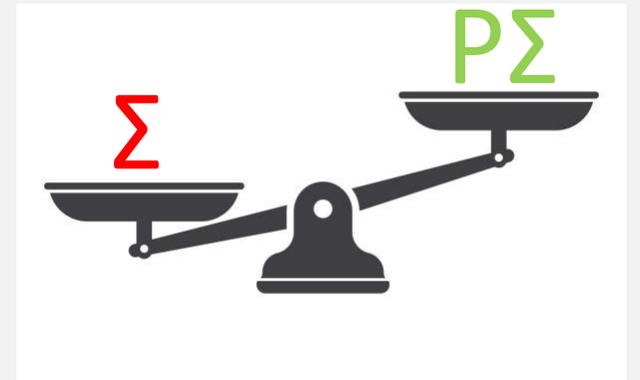
1. Calculer le temps dormi et établir l'heure du lever avec le patient

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



Éducation

- Comment fonctionne le sommeil?
 - Architecture
 - Rythme circadien
 - Pression homéostatique
 - Conditionnement lit-sommeil
- Qu'est-ce qu'on considère « normal » par rapport au sommeil et à l'énergie le jour?
- Impact de leurs habitudes de vie/sommeil sur ces points

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

Projet de recherche

Recrutement des participants et consentement

- **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)

Durée du projet :
1 an ou
150 patients

Journal du sommeil
Consommation de somnifère
ISI-7, CAS-16, HADS, Epworth
Variabilité de la fréquence cardiaque

Idem à rencontre initiale
+
Satisfaction participants/médecins

Rencontre initiale

- Évaluation (questionnaires + journal du sommeil)
- Enseignement sur les bases du sommeil et explications des comportements nuisibles identifiés
- Élaboration du plan de traitement et remise des consignes initiales
- Modification de la pharmacothérapie et communication avec le médecin référent si nécessaire

Dernière rencontre (après 3 à 6 rencontres)

- Analyse du journal du sommeil
- Retour sur le traitement : comportements nuisibles initiaux et stratégies efficaces
- Préparation aux futurs épisodes d'insomnie aiguë
- Délégation du reste de la déprescription au pharmacien communautaire, si applicable



Journal du sommeil
3^e rencontre :
Idem à rencontre initiale

Rencontres de suivi (3 à 6 rencontres)

- Analyse du journal du sommeil et ajustement des consignes comportementales
- 2^e rencontre : Retour sur les explications données à la 1^{ère} rencontre et discussion sur les croyances et attitudes envers le sommeil et les saines habitudes de vie
- Suivi de la déprescription du somnifère, si applicable

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



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

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 débuter le sevrage et/ou les garder en tête durant le suivi