

Insomnie

Conférences scientifiques

Offert par la Société canadienne du sommeil aux fins de la formation médicale continue des collègues médecins

Volume 1, Issue 1
2012

L'insomnie : Prévalence, fardeau et conséquences

Par CHARLES M. MORIN, Ph.D.

L'insomnie est un problème de santé publique important et coûteux. C'est l'une des affections les plus fréquentes en médecine de soins primaires. L'insomnie persistante représente un lourd fardeau en termes de santé pour les individus et la société en général, comme en témoigne son impact négatif sur la qualité de vie, le fonctionnement professionnel et la santé psychologique et mentale. Malgré ses conséquences négatives, l'insomnie est souvent ignorée et non traitée en raison de barrières importantes qui compliquent l'évaluation et la prise en charge de ce trouble. Dans le présent numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*, nous résumons les dernières données sur la nature de l'insomnie, sa prévalence, le fardeau qu'elle représente et les conséquences qu'elle entraîne pour la population canadienne, et nous abordons les questions clés liées à son évaluation et à son diagnostic.

Manifestations de l'insomnie – Comment la reconnaître et la diagnostiquer

L'insomnie est caractérisée par une insatisfaction de la qualité et de la durée du sommeil. Les symptômes subjectifs incluent : difficulté d'endormissement au coucher, réveils nocturnes avec incapacité à se rendormir, réveil matinal précoce ou sommeil non réparateur. Ces symptômes nocturnes entraînent généralement une fatigue diurne, un manque d'énergie, des problèmes liés aux fonctions cognitives (attention, mémoire) et des perturbations de l'humeur (dysphorie, irritabilité), qui peuvent être à l'origine d'une souffrance marquée et d'une altération du fonctionnement personnel, professionnel ou social^{1,2}. L'altération du fonctionnement diurne est souvent le motif principal pour lequel les personnes souffrant d'insomnie consultent.

Tableau clinique

Les symptômes d'insomnie ne sont pas mutuellement exclusifs. Par exemple, une personne peut avoir des difficultés d'endormissement ainsi que de maintien du sommeil. Dans une enquête canadienne récente³, l'association d'au moins deux symptômes (généralement difficultés à s'endormir et à rester endormi) était le tableau clinique le plus fréquent (47 %), suivi de l'insomnie initiale (28 %), de l'insomnie en milieu de nuit (15 %) et du réveil matinal précoce (10 %). Un sommeil non réparateur ou une mauvaise qualité de sommeil ont été rapportés par plus de deux tiers (37 %) des répondants, et la majorité (71 %) a rapporté un autre symptôme d'insomnie concomitant. Le type de problèmes peut également changer dans le temps. Les difficultés d'endormissement sont plus fréquentes au début de l'insomnie, alors que les problèmes de maintien du sommeil ou l'insomnie mixte d'endormissement et de maintien du sommeil sont plus fréquemment associés à une insomnie persistante.

Comorbidité avec d'autres troubles médicaux ou psychiatriques

L'insomnie peut se présenter comme un trouble en soi, mais plus fréquemment elle est associée à un autre trouble médical ou psychiatrique. La comorbidité psychiatrique est particulièrement élevée, notamment les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et l'abus de substances^{4,5}. Dans la *National Health Interview Survey* menée aux États-Unis en 2002, les personnes atteintes d'insomnie étaient au moins 5 fois plus susceptibles de souffrir d'anxiété ou de dépression que les personnes sans insomnie⁵. Il existe également des données indiquant un taux élevé de comorbidité entre l'insomnie et des affections médicales telles que la douleur, l'hypertension et l'insuffisance cardiaque congestive, le diabète et l'obésité^{5,6}.



Canadian Sleep Society (CSS)
Société Canadienne du Sommeil (SCS)

Présidente
Shelly K. Weiss, M.D.
Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Ancien présidente et Rédactrice, Insomnie – Conférences scientifiques
Helen S. Driver, Ph.D., RPSGT, DABSM
Université Queens
Départements de médecine et de psychologie
Laboratoire des troubles du sommeil,
Hôpital général de Kingston
Kingston, ON

Vice-présidente, Recherche
Célyne H. Bastien, Ph.D.
École de psychologie
Université Laval
Québec, QC

Vice-président, Activités cliniques
Charles Samuels, M.D., CCFP, DABSM
Centre du sommeil et de la performance humaine
Calgary, AB

Secrétaire / Trésorier
Reut Gruber, Ph.D.
Université McGill, Institut Douglas
Montréal, QC

Membre éloigné (Technologue)
Jeremy Gibbons, B.Sc., RPSGT
Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Membre éloigné (Technologue)
Natalie Morin, RPSGT
Ottawa, ON

Membre éloigné (Étudiant)
Christian Burgess
Département de la biologie des cellules et des systèmes
Université de Toronto
Toronto, ON

Membre éloigné (Étudiant)
Samar Khoury
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Centre d'études avancées en médecine du sommeil
Montréal, QC

Membre éloigné (Adhésions)
Glendon Sullivan, M.D.
Atlantic Health Sciences Centre
Saint John, NB

Membre éloigné (spécialité du médecin)
Judith A. Leech, M.D., FRCPC
The Ottawa Hospital Sleep Centre
Ottawa, ON

Membre éloigné (Dentaire)
Fernanda Almeida, DDS, M.Sc., Ph.D.
Université de Colombie-Britannique
Vancouver, C.-B.

Membre éloigné (Bulletin d'information et site Web)
Stuart Fogel, Ph.D.
Centre de Recherche
Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal
(CRIUGM)
Montréal, QC

Disponible sur Internet www.insomnieconferences.ca

Le contenu rédactionnel d'*Insomnie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par la Société canadienne du sommeil.

La prochaine édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) ne fera probablement plus de distinction entre l'insomnie primaire et secondaire, en raison du fait qu'il est souvent difficile de déterminer l'affection qui est la cause et celle qui est la conséquence, et cette relation peut également changer dans le temps. Par exemple, bien que l'insomnie puisse être un symptôme d'un autre trouble médical (douleur) ou psychiatrique (dépression), sa nature persistante peut également entraîner une dépression majeure et même exacerber des affections liées à la douleur. Les nouveaux critères proposés dans le DSM-5 pour établir le diagnostic d'insomnie sont présentés sur le site Web de l'*American Psychiatric Association*¹.

Anamnèse du sommeil

Le diagnostic de l'insomnie est fondé sur les symptômes cliniques, et une anamnèse détaillée du sommeil est nécessaire pour pouvoir établir un diagnostic précis. En raison de l'hétérogénéité des symptômes d'insomnie et de ses origines multiples, l'évaluation doit porter sur les éléments suivants⁷:

- La nature du problème d'insomnie, quand elle est apparue et les circonstances, la durée, la sévérité et l'évolution
- L'horaire de sommeil, les habitudes avant le coucher, le fonctionnement diurne
- Les facteurs médicaux et psychiatriques contributifs
- Les facteurs qui contribuent à réduire et à exacerber l'insomnie, l'utilisation de médicaments et de substances et les traitements actuels et antérieurs

Agenda du sommeil

L'agenda du sommeil est un outil utile pour compléter l'évaluation clinique de base et pour noter les progrès en cours de traitement. Un agenda typique (Tableau 1) comprend des informations relatives à l'heure du coucher, l'heure du lever et des estimations du temps d'endormissement, du nombre et de la durée des réveils et de la durée et de la qualité du sommeil⁸. Le patient doit remplir quotidiennement cet agenda, généralement lorsqu'il se lève le matin, avant et pendant le traitement.

Index de sévérité de l'insomnie

L'index de sévérité de l'insomnie⁹ est un autre outil utile que les patients peuvent remplir dans le cadre de leur évaluation initiale et pour documenter les résultats du traitement (Tableau 2). La polysomnographie n'est pas indiquée de façon routinière pour l'évaluation de l'insomnie. Elle est principalement indiquée pour les patients qui éprouvent une somnolence diurne excessive ou qui présentent des symptômes d'autres troubles, tel que l'apnée du sommeil ou les mouvements périodiques de membres pendant le sommeil.

Prévalence – Qui est atteint d'insomnie ?

L'insomnie est l'un des problèmes les plus fréquents en médecine de première ligne. Environ 20 % des patients en médecine de soins primaires rapportent d'importantes plaintes de sommeil¹⁰. L'insomnie touche tous les segments de la population, y compris les enfants et les personnes âgées. Bien que les estimations précises varient en fonction des définitions et de la méthodologie, environ 40 % des adultes (≥ 18 ans) rapportent

au moins un symptôme d'insomnie 3 fois par semaine, 20 % sont insatisfaits de leur sommeil et environ 10 à 13 % répondent aux critères de l'insomnie (Figure 1)^{8,11,12}.

L'insomnie est plus fréquente chez les femmes, les adultes d'âge moyen et les sujets âgés ainsi que les personnes dont la santé physique ou psychologique est mauvaise³. Les difficultés d'endormissement sont plus fréquentes chez les jeunes adultes, et les problèmes de maintien du sommeil deviennent plus fréquents chez les adultes d'âge moyen et chez les sujets âgés⁴. L'incidence de l'insomnie est également plus élevée parmi les membres de la famille au premier degré que dans la population générale, les mères et les filles étant les plus fréquemment affectées¹³. On ne sait pas précisément si ce lien familial est hérité par le biais d'une prédisposition génétique, appris par l'observation de modèles parentaux, ou le résultat d'une autre psychopathologie.

L'insomnie peut être un problème situationnel, récurrent ou persistant. Même chez les sujets atteints d'insomnie chronique, on note une variabilité d'une nuit à l'autre, une bonne nuit de sommeil alternant avec plusieurs nuits de sommeil perturbé. L'insomnie aiguë est généralement déclenchée par des événements stressants de la vie ou par des changements dans les horaires de sommeil et s'atténue lorsque l'événement déclencheur disparaît. Elle peut également être intermittente, avec des épisodes récurrents de difficultés à dormir associés à des événements stressants. Cependant, pour certaines personnes, peut-être celles qui sont plus vulnérables à l'insomnie, les difficultés à dormir persistent même après que la cause initiale a disparu. Des études longitudinales révèlent que près de 70 % des sujets atteints d'insomnie lors de l'évaluation initiale souffrent d'insomnie persistante un an plus tard, et 50 % continuent de souffrir d'insomnie trois ans plus tard^{14,15}. Il importe donc de traiter l'insomnie tôt après son apparition et ne pas présumer qu'un problème situationnel disparaîtra nécessairement avec le temps.

Fardeau et conséquences – Quel est le coût de l'insomnie ?

L'impact de l'insomnie persistante ne doit pas être sous-estimé. Des effets indésirables significatifs aux niveaux indi-

Figure 1. Statistiques canadiennes sur l'insomnie³

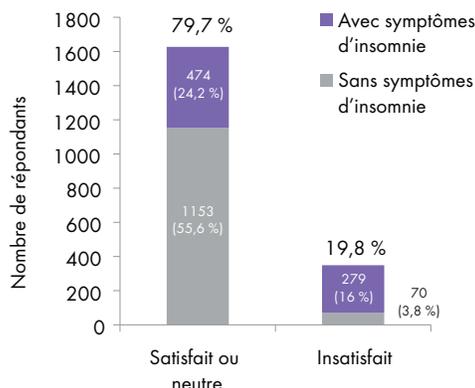


Tableau 1. Agenda consensuel du sommeil – modèle

	Exemple	Nom : _____						
Date d'aujourd'hui	4. 5. 2011							
1. À quelle heure êtes-vous allé(e) vous coucher ?	22h15							
2. À quelle heure avez-vous essayé de vous endormir ?	23h30							
3. Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous endormir ?	55 min							
4. Combien de fois vous êtes-vous réveillé(e), sans compter votre dernier réveil ?	3 fois							
5. Au total, combien de temps ces réveils ont-ils duré ?	1 heure 10 min							
6. À quelle heure vous êtes-vous finalement réveillé(e) ?	6h35							
7. À quelle heure vous êtes-vous levé(e) pour la journée ?	7h20							
8. Comment évalueriez-vous la qualité de votre sommeil ?	<input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne
9. Commentaires (si applicable)	J'ai un rhume							

Reproduit avec la permission de Carney CE et coll. Sleep. 2012;35(2):287-302. Copyright © 2012, Associated Professional Sleep Societies, LLC.

viduel et de la société ont été documentés dans plusieurs domaines^{4,10,16-19} :

- Psychosocial : baisse de qualité de vie et risque accru de dépression
- Professionnel : productivité réduite et incapacité accrue
- Économique : utilisation accrue du système de soins de santé
- Sécurité publique : augmentation des risques d'accidents dus à l'altération de la vigilance

Altération de la qualité de vie et du fonctionnement psychosocial

Les personnes atteintes d'insomnie présentent de plus grandes altérations subjectives du fonctionnement diurne, par rapport à celles qui ne souffrent pas d'insomnie. Ces atteintes incluent des problèmes d'attention et de mémoire, les perturbations de l'humeur, une plus grande difficulté à tirer plaisir des relations interpersonnelles, et un nombre plus élevé de jours d'incapacité de travail ou d'inaptitude à effectuer les activités de la vie quotidienne^{4,10,20}.

L'insomnie est associée à une altération des compétences cognitives, incluant l'attention, la mémoire et la vigilance, pouvant contribuer à une altération fonctionnelle significative au travail, à la maison, ou pendant la conduite automobile. Dans une étude canadienne menée par Daley et ses collaborateurs¹⁷, les sujets atteints d'insomnie ont rapporté des absences du travail plus fréquentes (absence 4,4 jours par an spécifiquement due à l'insomnie) et une réduction plus importante

de la productivité par rapport aux personnes qui dorment bien. Des taux plus élevés d'accidents parmi les sujets atteints d'insomnie ont également été associés à une baisse de la vigilance causée par un manque de sommeil cumulatif. Bien que l'absentéisme et les accidents ne puissent pas toujours être liés aux difficultés de sommeil (des troubles comorbides peuvent également contribuer à ces problèmes), ils représentent l'un des principaux motifs de consultations parmi les sujets souffrant d'insomnie¹¹.

Risque accru de troubles psychiatriques

Les données provenant d'études longitudinales indiquent que l'insomnie est un important facteur de risque de troubles psychiatriques, principalement la dépression majeure, l'anxiété et l'abus de substances^{21,22}. Les sujets atteints d'insomnie étaient près de 4 fois plus susceptibles de développer une dépression majeure d'apparition nouvelle au cours des 3,5 années suivantes comparativement aux personnes ne souffrant pas d'insomnie initialement. Les risques de développer des troubles anxieux et d'abus de substance étaient deux fois et sept fois plus élevés, respectivement²¹. Une revue systématique de 21 études longitudinales révèle que les personnes non déprimées atteintes d'insomnie présentaient un risque deux fois plus élevé de développer une dépression, comparativement aux personnes n'ayant pas de difficultés du sommeil²².

L'insomnie et la fatigue sont les deux symptômes résiduels les plus fréquents chez les patients traités pour la dépression²³, et ces symptômes résiduels peuvent augmenter le risque de

Tableau 2. Index de sévérité de l'insomnie (ISI)

Nom : _____ Date: _____

Pour chacune des questions ci-dessous, veuillez encercler le chiffre correspondant le plus précisément à vos habitudes de sommeil au cours du DERNIER MOIS.

1. Difficulté à s'endormir :

Aucune	Légère	Moyenne	Importante	Très importante
0	1	2	3	4

2. Difficulté à rester endormi(e) :

Aucune	Légère	Moyenne	Importante	Très importante
0	1	2	3	4

3. Problème de réveils trop tôt le matin

Aucune	Légère	Moyenne	Importante	Très importante
0	1	2	3	4

4. À quel point êtes-vous SATISFAIT(E)/insatisfait(e) de votre sommeil actuel ?

Très satisfait	Satisfait	Neutre	Insatisfait	Très insatisfait
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil PERTURBENT votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue diurne, capacité à fonctionner au travail/dans les tâches quotidiennes, concentration, mémoire, humeur)

Aucunement	légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

6. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont APPARENTES pour les autres en termes de détérioration de votre qualité de vie ?

Aucunement	légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

7. Jusqu'à quel point êtes-vous INQUIET(ÊTE)/préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil ou en souffrez-vous ?

Aucunement	légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

Lignes directrices pour l'attribution de scores/l'interprétation :

Additionnez le score des 7 items = _____ (Les scores varient de 0 à 28)

0-7 = Absence d'insomnie cliniquement significative; 8-14 = Insomnie subclinique;

15-21 = Insomnie clinique (Sévérité moyenne); 22-28 = Insomnie clinique (sévère)

Copyright © Morin, C.M. (1993, 1996, 2000, 2006).

récidive d'épisodes dépressifs dans le futur. Des études cliniques récentes sur l'insomnie comorbide avec la dépression majeure ont démontré que l'ajout d'un traitement ciblant spécifiquement les symptômes d'insomnie a produit des résultats supérieurs à ceux obtenus avec un traitement axé sur la dépression uniquement^{24,25}. Bien que les données ne soient pas aussi probantes pour la morbidité médicale que pour la morbidité psychiatrique, au moins deux études longitudinales ont démontré que l'insomnie chronique augmente le risque à long terme de problèmes cardiovasculaires^{6,26}.

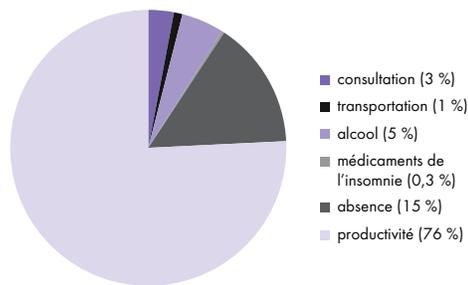
Fardeau économique

L'insomnie chronique entraîne un fardeau économique important pour le système de soins de santé et pour la société en général. Une étude longitudinale menée auprès de 6599 personnes actives (40 à 45 ans) en Norvège¹⁹ a révélé que l'insomnie était un important

prédicteur d'une incapacité permanente de travail (rapport de côtes (*odds ratio*) = 4,56), même après ajustement pour plusieurs facteurs confondants (p. ex. antécédents de congés d'invalidité et congés de maladie, durée du sommeil).

Une étude récente menée par Daley et ses collaborateurs¹⁶ a estimé le coût annuel total de l'insomnie dans la province du Québec seule à 6,6 milliards de dollars. Ce chiffre incluait les coûts directs associés aux consultations médicales et aux produits utilisés pour favoriser le sommeil (médicaments d'ordonnance et en vente libre et alcool), ainsi que les coûts indirects entraînant une perte de ressources (absentéisme et productivité réduite) associés à l'insomnie. Les coûts annuels moyens par personne (coûts directs et indirects associés) étaient de 5010 \$ pour les personnes souffrant d'un syndrome d'insomnie et de 1431 \$ pour celles atteintes de symptômes d'insomnie, par rapport à 424 \$ pour les personnes qui dormaient

Figure 2. Fardeau économique de l'insomnie



Les coûts indirects de l'insomnie (absentéisme/productivité) sont 10 fois plus élevés que les coûts directs des traitements de l'insomnie.

Reproduit avec la permission de Daley et coll. *Sleep*. 2009;32(1):55-64. Copyright © 2009, Associated Professional Sleep Societies, LLC.

bien. Le fardeau de la maladie en termes d'impact néfaste sur la perte de ressources (coûts indirects) était 10 fois plus élevé que les coûts directs associés au traitement de l'insomnie (i.e. consultations médicales, médicaments, etc. ; Figure 2). Ainsi, d'énormes sommes d'argent sont dépensées chaque année pour améliorer le sommeil, mais des sommes bien plus importantes sont perdues pour l'insomnie non traitée.

Le tableau 3 décrit les caractéristiques des personnes souffrant d'insomnie et le fardeau économique associé à cette maladie.

Conclusion

L'insomnie est un problème de santé publique important et fréquent. Elle peut être un trouble indépendant, mais elle se manifeste plus souvent en comorbidité avec d'autres troubles médicaux ou psychiatriques. Elle est souvent une affection persistante qui peut entraîner

Tableau 3. Les personnes souffrant d'insomnie :

- sont deux fois plus susceptibles d'être des femmes
- ont probablement un membre de leur famille au premier degré souffrant d'insomnie
- présentent un risque deux fois plus élevé de développer une dépression
- sont deux fois plus susceptibles de devenir anxieuses
- sont sept fois plus susceptibles de développer un trouble d'abus de substances ou d'alcool
- présentent un risque accru de morbidité cardiovasculaire
- présentent un risque accru (rapport de côtes [odds ratio] de 4,5) d'incapacité permanente de travail
- Coûtent 5000 \$ par année en absentéisme et en baisse de productivité comparativement à 424 \$ pour les personnes dormant bien

des conséquences négatives à long terme pour la santé mentale et physique. Il est donc important de reconnaître et de traiter l'insomnie de façon précoce afin de réduire la morbidité psychosociale et médicale.

Le Dr Morin est professeur de psychologie et directeur du Centre d'études des troubles du sommeil, Université Laval, Québec. Il détient également la Chaire de recherche du Canada sur les troubles du sommeil.

Références

1. American Psychiatric Association. *DSM-5 Development: M 00 Insomnia Disorder*. Available at: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=65>. Accessed February 16, 2012.
2. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*, 2nd ed. Westchester (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2005.
3. Morin CM, LeBlanc M, Bélanger L, Ivers H, Merette C, Savard J. Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. *Can J Psychiatry*. 2011;56(9):540-548.
4. Roth T, Jaeger S, Jin R, Kalsekar A, Stang PE, Kessler RC. Sleep problems, comorbid mental disorders, and role functioning in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2006;60(12):1364-1371.
5. Pearson NJ, Johnson LL, Nahin RL. Insomnia, trouble sleeping, and complementary and alternative medicine: Analysis of the 2002 national health interview survey data. *Arch Intern Med*. 2006;166(16):1775-1782.
6. Suka M, Yoshida K, Sugimori H. Persistent insomnia is a predictor of hypertension in Japanese male workers. *J Occup Health*. 2003;45(6):244-250.
7. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet*. 2012 Jan 19. [Epub ahead of print]
8. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, et coll. The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*. 2012;35(2):287-302.
9. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. 2001;2(4):297-307.
10. Simon GE, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997;154(10):1417-1423.
11. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Grégoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med*. 2006;7(2):123-130.
12. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002;6(2):97-111.
13. Dauvilliers Y, Morin CM, Cervena K, et coll. Family studies in insomnia. *J Psychosom Res*. 2005; 58(3):271-278.
14. Morphy H, Dunn KM, Lewis M, Boardman HF, Croft PR. Epidemiology of insomnia: A longitudinal study in a UK population. *Sleep*. 2007;30(3):274-280.
15. Morin CM, Bélanger L, LeBlanc M, et coll. The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study. *Arch Intern Med*. 2009;169(5):447-453.
16. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire JP, Savard J. The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*. 2009;32(1):55-64.
17. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire JP, Savard J, Bailargeon L. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Med*. 2009;10(4):427-438.
18. National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. *Sleep*. 2005;28(9):1049-1057.

19. Sivertsen B, Overland S, Pallesen S, et coll. Insomnia and long sleep duration are risk factors for later work disability. The Hordaland Health Study. *J Sleep Res.* 2009;18(1):122-128.
20. Fortier-Brochu E, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM. Insomnia and daytime cognitive performance: a meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2012;16(1):83-94.
21. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry.* 1996;39(6):411-418.
22. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, et coll. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord.* 2011;135(1-3):10-19.
23. Nierenberg AA, Keefe BR, Leslie VC, et coll. Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(4):221-225.
24. Fava M, McCall WV, Krystal A, et coll. Eszopiclone co-administered with fluoxetine in patients with insomnia coexisting with major depressive disorder. *Biol Psychiatry.* 2006;59(11):1052-1060.
25. Manber R, Edinger JD, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Kuo TF, Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep.* 2008;31(4):489-495.
26. Mallon L, Broman JE, Hetta J. Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: a 12-year follow-up study of a middle-aged Swedish population. *J Intern Med.* 2002;251(3):207-216.

RÉSUMÉ D'INTÉRÊT CONNEXE

L'agenda consensuel du sommeil : standardiser l'auto-surveillance prospective du sommeil

CARNEY CE, BUYSSE DJ, ANCOLI-ISRAEL S, EDINGER JD, KRISTAL AD, LICHSTEIN KL, MORIN CM.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE : Présenter un agenda du sommeil élaboré consensuellement par des experts, standardisé et soumis à des patients.

MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS : Les agendas du sommeil du groupe d'experts initial composé de 25 participants à la *Pittsburgh Assessment Conference* (1) ont été recueillis et examinés. Un petit sous-groupe d'experts a formé un comité et a examiné les agendas compilés. Les éléments jugés essentiels ont été inclus dans un agenda du sommeil principal et ceux jugés optionnels ont été retenus pour la création d'un agenda plus détaillé. Les éléments optionnels seront disponibles dans d'autres versions. Les versions principale et optionnelle à l'état de projet avec un questionnaire d'évaluation ont été envoyées aux membres de la *Pittsburgh Assessment Conference*. On a tenu compte des suggestions du groupe et les agendas à l'état de projet ont été soumis à six groupes de discussion composés de personnes dormant bien, de personnes souffrant d'insomnie et de personnes souffrant d'apnée du sommeil. Les données ont été résumées par thèmes et les projets d'agenda ont été modifiés conformément aux suggestions faites par les groupes de discussion. Les projets d'agenda modifiés ont été évalués par un autre groupe de discussion et soumis à des analyses par le programme Lexile. Les analyses par le programme Lexile ont suggéré que les instructions dans l'agenda principal sont d'un niveau de lecture de sixième année et l'agenda principal est rédigé selon un niveau de lecture de troisième année.

CONCLUSIONS : L'agenda consensuel du sommeil est le produit d'une collaboration entre des experts de l'insomnie et des utilisateurs potentiels. L'adoption d'un agenda du sommeil standard pour l'insomnie facilitera les comparaisons entre les études et fera progresser ce domaine. L'agenda proposé se veut être un document évolutif qui doit encore être testé, amélioré et validé.

Sleep. 2012;35(2):287-302.

CONFÉRENCES À VENIR

9 au 13 juin 2012

SLEEP 2012 : 26^e réunion annuelle des associations des professionnels du sommeil (Associated Professional Sleep Societies, LLC)

Boston (MA)

RENSEIGNEMENTS : site Web : <http://www.sleepmeeting.org>
Tél. : (630) 737-9700
Fax : (630) 737-9789

11 juin 2012 - 17h00 à 20h30

Réunion annuelle de la Société canadienne du sommeil

Boston Public Library, 700 Boylston St., Boston (MA) 02116

4 au 8 septembre 2012

21^e Congrès de la Société européenne de recherche sur le sommeil Paris (France)

RENSEIGNEMENTS : site Web : <http://www.congrex.ch/esrs2012>
Tél. : +41 61 686 77 77
Fax : +41 61 686 77 88

20 octobre 2012

Sleep CME day: "Doc, I Can't Sleep!" - Insomnia and Disturbed Sleep

Présenté par la Société canadienne du sommeil et la Continuing Professional Development (CPD) Office, Université Queens Kingston (ON)

4 au 7 octobre 2013

6^e conférence de la Société canadienne du sommeil Halifax (NS)

RENSEIGNEMENTS :

site Web : <http://www.canadiansleepsociety.com>

Le D^r Morin a reçu un soutien à la recherche de Merck et sanofi-aventis et a agi en tant que consultant/conseiller pour Novartis et Valéant.

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement *Insomnie - Conférences scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse info@snellmedical.com. Veuillez vous référer au bulletin *Insomnie - Conférences scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus.

La version française a été révisée par Charles M. Morin, Ph.D., Montréal.

Cette activité est appuyée par un don à but éducatif offert par

Valeant Canada

©2012 La Société canadienne du sommeil, qui est exclusivement responsable du contenu de cette publication. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire, mais sont celles de l'établissement qui en est l'auteur et qui se fonde sur la documentation scientifique existante. Édition : SNELL Communication Médicale Inc. avec la collaboration de la Société canadienne du sommeil. Tout recours à un traitement thérapeutique décrit ou mentionné dans *Insomnie - Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques reconnus au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.