

Insomnie

Conférences scientifiques

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

Volume 1, Issue 2
2012

Prendre le contrôle de l'insomnie aiguë – rétablir des habitudes de sommeil saines

Par JAMES MacFARLANE, Ph.D., DABSM

Une proportion importante de la population souffre d'insomnie aiguë, laquelle peut être un signe avant-coureur d'un syndrome plus complexe lié au sommeil. Dans certains cas, l'insomnie peut être liée à l'apparition d'un trouble médical ou psychiatrique spécifique. Il existe souvent une combinaison de facteurs qui contribuent à des perturbations du sommeil et une évaluation exhaustive des 3 « P » (facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants) est un élément essentiel pour une prise en charge efficace. Un traitement doit être administré chez les patients qui rapportent une altération significative du fonctionnement diurne. Dans le présent numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*, nous examinons les différentes options thérapeutiques – pharmacologiques et non pharmacologiques – s'offrant au médecin traitant.

Qu'est-ce que l'insomnie aiguë ?

L'insomnie aiguë, parfois appelée « insomnie d'ajustement », ou « insomnie ponctuelle » est généralement d'apparition soudaine et de courte durée, ne durant pas plus de trois mois^{1,2}. Pendant cette période, l'individu peut avoir des difficultés à s'endormir, un sommeil fragmenté, des éveils nocturnes d'une durée accrue, un sommeil de courte durée et/ou un sommeil de qualité médiocre.

Pourquoi le traitement de l'insomnie est-il important ?

Dans de nombreux cas, une prise en charge appropriée de l'insomnie pendant la phase initiale peut prévenir son évolution vers des syndromes plus complexes liés au sommeil. Les épisodes récurrents d'insomnie non traitée peuvent favoriser le développement d'une insomnie plus chronique et réfractaire. Avec le temps, l'individu peut développer un type d'insomnie psychophysiologique (conditionnée), où les difficultés à dormir s'enracinent psychologiquement et physiologiquement et, par conséquent, se résorbent plus difficilement³. Des données suggèrent également que le lien existant entre l'insomnie et la dépression est bidirectionnel et que l'insomnie représente souvent un prodrome de la dépression. Il est maintenant clair que l'insomnie non traitée peut être un facteur déclencheur de la dépression chez les patients qui y sont prédisposés.

Une participation active du patient au processus de traitement est nécessaire afin que la prise en charge de l'insomnie soit la plus efficace possible. L'objectif du traitement est de fournir les outils et les suggestions les plus efficaces pour une prise en charge personnelle, avec un suivi régulier pour surveiller et évaluer la motivation et les progrès du patient. Les interventions pharmacologiques peuvent être des composantes importantes qui s'ajoutent aux stratégies non pharmacologiques.

Principes clés dans l'évaluation d'un problème d'insomnie

Les problèmes sous-jacents à l'insomnie sont souvent multifactoriels. Une évaluation exhaustive est nécessaire afin d'identifier quelle stratégie de prise en charge sera la plus efficace. Ceci peut être effectué de manière efficace dans le contexte de la pratique familiale. Les principes clés à garder en tête peuvent être classés en trois dimensions qui sont importantes à considérer, on les appelle aussi les « 3 P » : facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants (Figure 1).

Facteurs prédisposants

Pour souffrir d'insomnie, un individu doit dépasser un « seuil d'insomnie » théorique. Les facteurs prédisposants sont importants afin de déterminer dans quelle mesure un individu sera proche de ce seuil et s'il peut facilement le dépasser en étant exposé à un facteur déclencheur.

Les facteurs de risque statiques incluent l'âge, le sexe et la prédisposition génétique. On pense que de 20 à 50 % des personnes âgées souffriraient d'insomnie⁵⁻⁹. Dans une étude menée par Jaussent et ses collègues (N = 5886)⁸, plus de 70 % des sujets âgés ≥ 65 ans ont rapporté au moins un symptôme d'insomnie. Les femmes présentent également un risque significativement plus élevé de présenter des symptômes d'insomnie que les hommes³⁻¹⁰. Une méta-analyse de 29 articles réalisée par Zhang et Wing (N = 1 265 015)¹⁰ a révélé



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

Présidente

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

Ancienne présidente et Rédactrice,

Insomnie – Conférences scientifiques
Helen S. Driver, Ph.D., RPSGT, DABSM
Université Queens
Départements de médecine
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

Représentant des membres (Technologie)

Jeremy Gibbons, B.Sc., RPSGT
Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Représentant des membres (Technologie)

Natalie Morin, RPSGT
Ottawa, ON

Représentant des membres (Étudiant)

Christian Burgess
Département de la biologie des cellules et des systèmes
Université de Toronto
Toronto, ON

Représentant des membres (Étudiant)

Samar Khoury
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Centre d'études avancées en médecine du sommeil
Montréal, QC

Représentant des membres (Adhésions)

Glendon Sullivan, M.D.
Atlantic Health Sciences Centre
Saint John, NB

Représentant des membres (spécialité du médecin)

Judith A. Leech, M.D., FRCPC
The Ottawa Hospital Sleep Centre
Ottawa, ON

Représentant des membres (Dentaire)

Fernanda Almeida, DDS, M.Sc., Ph.D.
Université de Colombie-Britannique
Vancouver, C.-B.

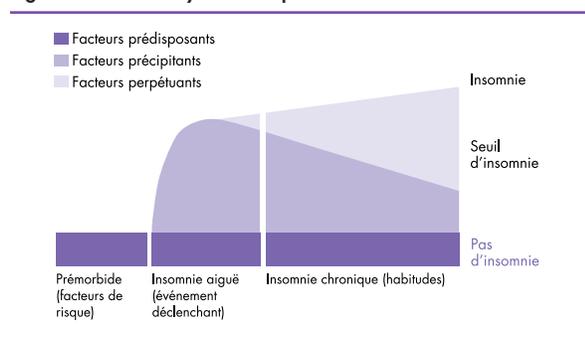
Représentant des membres

(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.

Figure 1. Facteurs ayant un impact sur l'insomnie¹⁸



un rapport de risque de 1,41 (intervalle de confiance à 95 % 1,28-1,55) pour l'insomnie chez les femmes comparativement aux hommes, et cette tendance était constante et progressive avec l'avancement en âge. En ce qui concerne la prédisposition génétique, les études ont révélé des taux d'hérédité de 31 à 55 %¹¹⁻¹³.

Les caractéristiques de la personnalité jouent également un rôle dans l'initiation de l'insomnie. Par exemple, une prédisposition à l'anxiété et une tendance à se faire du souci, une pensée circulaire et une hyperexcitation généralisée rendent certains individus plus sensibles à l'insomnie et ce, même lorsqu'ils ne sont soumis qu'à un élément déclencheur mineur.

Il est très important de prendre en considération les facteurs de risque modifiables lorsqu'on prend en charge l'insomnie aiguë. Ceux-ci incluent les stressors de la vie quotidienne, une mauvaise hygiène de sommeil, le travail à horaires rotatifs, la présence de comorbidités médicales (p. ex. douleur chronique) et de comorbidités psychiatriques (p. ex. anxiété, dépression). Une évaluation précise de tous les facteurs qui prédisposent certaines personnes à l'insomnie permettra d'identifier plus facilement les options thérapeutiques les plus appropriées.

Facteurs précipitants

Le facteur le plus fréquemment associé au déclenchement de l'insomnie est la détresse émotionnelle. On peut éprouver une telle détresse dans le contexte d'un deuil, de difficultés relationnelles, de la perte d'un emploi, d'une charge financière accrue ou de stressors particuliers (examens scolaires, projets professionnels, etc.). Les personnes ayant des facteurs prédisposants seront plus sujettes à souffrir d'insomnie. Il est important de déterminer quand les difficultés de sommeil ont débuté et si l'événement déclencheur est résolu. Lorsqu'un patient ne se souvient pas d'un événement précipitant spécifique, l'évaluation d'autres facteurs, tels que des changements au niveau de la médication (type, dosage), peuvent s'avérer des indices importants. L'apparition de l'insomnie peut également être associée à la survenue d'un trouble médical ou psychiatrique, ou d'un autre trouble du sommeil primaire. Dans ce cas également, l'identification d'un facteur précipitant influencera la stratégie de gestion du problème.

Facteurs perpétuants

Les facteurs perpétuants impliquent souvent une interaction complexe entre les facteurs comportementaux, émotionnels et cognitifs. Les éléments cognitifs et émotionnels peuvent être difficiles à gérer sans thérapies ni techniques spécialisées. Cependant, de nombreux problèmes comportementaux peuvent être identifiés et modifiés relativement facilement.

Stratégies de prise en charge

Un traitement actif de l'insomnie n'est nécessaire que lorsque les difficultés de sommeil ont un impact négatif important sur les

activités diurnes. Quel que soit le type de traitement, les principaux objectifs du traitement sont les suivants :

- Améliorer la qualité et la durée du sommeil
- Améliorer les altérations du fonctionnement diurne liées à l'insomnie

L'utilisation d'un agenda du sommeil

Comprendre les habitudes et les horaires de sommeil d'un patient qui souffre d'insomnie est une première étape importante pour identifier la stratégie thérapeutique la plus efficace. Un exemple d'un agenda du sommeil simple est disponible dans le premier numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*¹⁴. Dans un contexte de médecine familiale, il est fréquent que le patient informe le médecin de ses difficultés de sommeil seulement à la fin du rendez-vous. À ce moment, le médecin peut remettre une copie de l'agenda du sommeil au patient en lui demandant de le remplir quotidiennement (généralement le matin au lever) pendant une période de 1 à 2 semaines. Une visite de suivi peut être cédulée lorsque le patient quitte le bureau du médecin avec son agenda.

Il s'agit de la première démarche vers l'implication du patient dans le processus de traitement. Lors de la prochaine visite, le médecin peut évaluer le problème d'insomnie à l'aide de l'agenda dûment rempli et identifier des solutions possibles. À l'occasion, certains patients mentionneront qu'ils ont identifié la source de leurs difficultés de sommeil en effectuant cet exercice. Cet agenda fournit également au médecin des données sur la sévérité, la régularité des horaires de sommeil et les facteurs aggravants.

Évaluation continue

Dans la mesure du possible, quel que soit le type de traitement initié, une évaluation clinique doit être effectuée régulièrement toutes les quelques semaines et/ou mensuellement jusqu'à ce que le problème d'insomnie se soit résorbé ou semble être stable, puis par la suite, à tous les 6 mois, puisque le taux de récurrence de l'insomnie est élevé¹⁵. Lorsqu'un traitement unique, ou qu'une combinaison de traitements, s'est avéré inefficace, d'autres thérapies comportementales, pharmacologiques ou combinées¹⁶ doivent être envisagées. Il peut également s'avérer nécessaire de revoir le patient afin de réévaluer la présence de problèmes comorbides qui auraient été occultés.

Que sont les réactions comportementales ?

Lorsque les patients commencent à souffrir d'insomnie, ils font souvent des ajustements rapides dans le but de compenser pour la perte de sommeil. Ces comportements compensatoires nuisibles (Tableau 1) deviennent souvent des facteurs perpétuants qui maintiennent le patient au-dessus du seuil d'insomnie¹⁷. La correction de ces comportements nuisibles représente la première étape dans la gestion du problème.

Bien qu'un agenda du sommeil soit le moyen le plus efficace pour documenter ces comportements compensatoires nuisibles, une anamnèse précise du sommeil permet souvent d'identifier la plupart d'entre eux. Ceci représente une autre étape dans laquelle le patient peut être impliqué dans le processus de prise en charge. Consigner ces informations dans un agenda du sommeil et, par la suite, implanter des modifications comportementales (Tableau 1) sont les éléments les plus importants de la prise en charge initiale et à long terme de l'insomnie.

La durée totale idéale de sommeil doit être estimée et le temps passé au lit doit être limité à cette durée idéale. Il est important de choisir une heure idéale pour se lever et de s'y conformer strictement, même pendant les fins de semaine et les vacances.

Il est possible que le patient ne prenne plus ses repas à des heures régulières ; dans ce cas, on devrait lui conseiller de

Tableau 1. Comportements compensatoires nuisibles et ajustements comportementaux proactifs correspondants dans les cas d'insomnie

Facteurs perpétuant l'insomnie	Facteurs allégeant l'insomnie
Se coucher plus tôt et passer plus de temps au lit	Réduire le temps passé au lit pour une durée totale de sommeil idéale
Se lever plus tard les jours où l'on ne travaille pas/ne va pas à l'école	Se lever à des heures régulières, même les fins de semaine et les jours de congés
Sieste diurne	Éviter les siestes
Consommation accrue de caféine pendant la journée	Réduire la consommation de caféine, ne consommer aucun produit à base de caféine après midi
Consommation accrue d'alcool le soir	Éviter l'alcool
Diminution des activités sociales	Manger à des heures régulières
Activités physiques réduites en raison de la fatigue diurne	Améliorer sa condition physique en pratiquant régulièrement des activités physiques

retourner à un horaire de repas régulier. Bien que la sieste puisse être une habitude culturelle, et une bonne stratégie pour certains travailleurs ayant des horaires rotatifs, elle doit être éliminée chez les patients qui souffrent d'insomnie. Enfin, il faut encourager les patients à recommencer (ou à commencer) à participer à un programme de conditionnement physique, étant donné que l'exercice a un effet bénéfique sur le sommeil et l'humeur¹⁸.

Pharmacothérapie

Plusieurs médicaments sont approuvés par Santé Canada pour la gestion de l'insomnie (Tableau 2)¹⁹. Le traitement pharmacologique doit être accompagné de notices éducatives sur les points suivants :

- Objectifs du traitement et attentes vis-à-vis de celui-ci
- L'innocuité et la sécurité
- Événements indésirables potentiels et interactions médicamenteuses
- Autres modalités de traitement (thérapies cognitives et comportementales)
- Potentiel d'escalade des doses
- Insomnie de rebond

Les patients doivent être suivis régulièrement (à des intervalles de quelques semaines initialement), afin d'évaluer l'efficacité du traitement en cours, ses effets indésirables possibles et la nécessité de le poursuivre.

Tableau 2. Médicaments indiqués pour le traitement de l'insomnie au Canada¹⁹

Benzodiazépines	Hypnotiques-sédatifs non benzodiazépiniques
• Flurazépam	• Zopiclone
• Nitrazépam	• Zolpidem
• Témazépam	
• Triazolam	

Chez certains patients, les médicaments sédatifs-hypnotiques standards n'ont pas d'effet bénéfique. Cela peut indiquer la présence d'autres troubles du sommeil primaires (p. ex., apnée obstructive, syndrome des jambes sans repos), d'un trouble de l'humeur préexistant ou émergent (p. ex., dépression) ou d'un trouble d'anxiété généralisée.

Principes du traitement pharmacologique

Il est généralement recommandé de débiter la pharmacothérapie à la dose efficace la plus faible et de poursuivre le traitement sur une courte période (i.e. < 7 jours). L'utilisation à long terme d'agents hypnotiques n'est pas conseillée, en raison du potentiel de dépendance et de tolérance. Cependant, il y a des situations et des circonstances spécifiques où l'utilisation d'hypnotiques à long terme peut être appropriée.

Les benzodiazépines (BDZ) sont devenues le traitement de choix de l'insomnie dans les années 1960 et demeurent un traitement primaire de l'insomnie^{15,20-24}. Cette classe de médicaments comprend des agents à courte durée d'action, à durée d'action intermédiaire et à longue durée d'action. Il existe d'importantes différences pharmacodynamiques et pharmacocinétiques entre les diverses préparations, ce qui entraîne de grandes variations au niveau de l'action clinique et du profil d'effets indésirables^{22,23}. Certaines données indiquent que les BDZ diminuent la latence du sommeil et prolongent significativement la durée totale du sommeil. Les résultats d'une méta-analyse réalisée par Holbrook et ses collaborateurs²³ ont montré que les BDZ étaient associés à une diminution de la latence du sommeil de 4,2 minutes et une augmentation de la durée du sommeil de 61,8 minutes comparativement au placebo. Cependant, l'utilisation à long terme des BDZ est souvent associée au développement d'une tolérance, et selon la durée d'action, à un risque accru de sédation/d'étourdissements diurnes, d'altération des fonctions psychomotrices, de perturbations cognitives/de la mémoire et d'insomnie et d'anxiété de rebond^{19,20,24,25}.

Les sédatifs-hypnotiques non benzodiazépiniques – le zolpidem et le zopiclone – ont été introduits dans la pharmacopée dans les années 1980 comme alternatives aux BDZ. Bien que ces médicaments soient structurellement différents, car le noyau benzénique traditionnel n'est pas fusionné à un noyau diazépiniq, ils se lient au récepteur des benzodiazépines (récepteur GABA-A [acide gamma amino butyrique]). La principale différence est la spécificité de la liaison. Les nouveaux agents non benzodiazépiniques se lient à des sous-types spécifiques du récepteur des benzodiazépines, fournissant ainsi un effet désiré très spécifique, tout en minimisant la possibilité d'événements indésirables. La demi-vie d'élimination généralement plus courte de ces composés réduit également la possibilité de symptômes matinaux résiduels s'apparentant à la gueule de bois. De plus en plus de données suggèrent que ces médicaments auraient une efficacité équivalente, sinon supérieure, pour favoriser le sommeil et auraient un profil d'innocuité généralement supérieur²⁴⁻²⁸. Cependant, ces médicaments sont associés à un risque de dépendance (psychologique ou physique) et à des effets indésirables incluant des étourdissements, de la somnolence résiduelle, une altération de la coordination, des céphalées et des hallucinations^{29,30}. Le zolpidem et le zopiclone sont approuvés pour une utilisation à court terme (i.e. 7 à 10 jours consécutifs) seulement^{29,30}.

Le tableau 3 présente une liste de médicaments sur ordonnance, incluant des antidépresseurs, des antipsychotiques et des antihistaminiques, et les raisons pour lesquelles ils doivent être prescrits avec prudence. Ces recommandations indiquent pourquoi ces médicaments ne sont pas recommandés pour le traitement de l'insomnie aiguë.

Tableau 3. Risques liés aux médicaments couramment prescrits dans la prise en charge de l'insomnie aiguë

Composé	Raisons pour lesquelles la prudence est nécessaire
Antidépresseurs : mirtazapine, fluvoxamine, agents tricycliques	Absence relative de données dans les cas d'insomnie Le gain pondéral peut être problématique avec la mirtazapine
Amitriptyline	Absence relative de données dans les cas d'insomnie Effets indésirables, p. ex., gain pondéral lié à la dose Les effets anticholinergiques peuvent être gênants
Antihistaminiques : Chlorphéniramine	Absence relative de données dans les cas d'insomnie Risque excessif de sédation diurne, d'altération de la fonction psychomotrice et d'effets anticholinergiques
Antipsychotiques	Absence relative de données dans les cas d'insomnie Risque inacceptable d'effets anticholinergiques et toxicité neurologique Absence relative de données dans les cas d'insomnie Coût inacceptable et risque de toxicité métabolique (p. ex., hypercholestérolémie, hyperglycémie, gain pondéral), de comportements psychotiques
Benzodiazépines	Risque excessif de sédation diurne et d'altération de la fonction psychomotrice (le lorazépam a une longue demi-vie, mais une courte durée d'action en raison de sa redistribution rapide dans les tissus) Absorption très lente : $T_{max} \sim 180$ min Risque inacceptable de perturbations de la mémoire, d'insomnie de rebond et d'anxiété de rebond

Thérapie à court terme (< 7 nuits consécutives)

La pharmacothérapie à court terme peut aider à briser le cercle vicieux de l'insomnie et aider les patients à effectuer les modifications comportementales suggérées. Le tableau 4 présente les recommandations concernant la pharmacothérapie de première ligne et les options de deuxième

ligne sur la base du niveau de preuve associé à leur efficacité et leur innocuité^{2,24,29-33}.

Thérapie intermittente à long terme

Une pharmacothérapie intermittente auto-administrée par le patient selon ses besoins peut être utilisée pour réduire le nombre d'éveils nocturnes et éviter la rechute. Souvent, les patients s'endorment plus facilement seulement en sachant qu'ils disposent d'un hypnotique s'ils en ont besoin. On peut leur recommander de limiter leur utilisation du médicament en fonction de leurs besoins (< 3 fois/semaine), en cas d'épisodes occasionnels d'insomnie, afin de prévenir la réapparition d'un patron chronique.

Thérapie à long terme

L'utilisation à long terme d'hypnotiques peut être indiquée chez les patients souffrant d'insomnie sévère ou réfractaire ou souffrant d'une maladie comorbide chronique. La médication à long terme peut également être utile chez les patients ayant d'importants antécédents familiaux d'insomnie et/ou souffrant d'insomnie apparue durant l'enfance. Cette médication peut être prescrite à chaque soir, de façon intermittente (p. ex. 3 soirs par semaine), ou au besoin. Son administration à long terme doit faire l'objet d'un suivi régulier, d'une évaluation constante de l'efficacité, de la surveillance des événements indésirables et d'une évaluation des troubles comorbides d'apparition nouvelle ou de l'exacerbation des troubles comorbides existants. Lorsque c'est possible, on doit également faire l'essai de la thérapie cognitive-comportementale durant la pharmacothérapie à long terme.

Tableau 4. Pharmacothérapies fondées sur le niveau le plus élevé de preuve à l'appui de leur efficacité et de leur innocuité^{2,24,29-33}

Première ligne :		
Zolpidem	10 mg	$T_{max} \sim 30+$ minutes (1,4 heures) $T_{1/2} \sim 2$ à 3 h (gamme 1,6-6,7 heures)
Zopiclone	5 mg, 7,5 mg	$T_{max} \sim 30+$ minutes (< 2 heures) $T_{1/2} \sim 4$ à 6 heures
Témazépam	15 mg, 30 mg	$T_{max} \sim 2$ à 3 heures $T_{1/2} \sim 8$ à 10 heures
Deuxième ligne :		
Trazodone*	50-100 mg	$T_{max} \sim 60+$ minutes (retardé avec la consommation d'aliments - T_{max} jusqu'à 2,5 heures) $T_{1/2} \sim 8$ à 10 heures

*C'est un niveau de preuve modéré et son niveau d'utilisation actuel appuie son usage comme médicament de deuxième ligne

Tableau 5. Produits « naturels » pour lesquels il existe des données probantes variables à l'appui de leur utilisation comme hypnotiques³⁴⁻³⁶

L-tryptophan	500 mg à 2000 mg (la dose la plus courante est 1000 mg)	Les données à l'appui de son efficacité sont variables et insuffisantes Peut être demandé par les patients qui recherchent un agent de source « naturelle »
Mélatonine	0,3 à 6 mg	Il existe certaines données à l'appui de la mélatonine à libération prolongée
Valériane	400 à 1000 mg	Certaines similitudes (bien que non identique) avec les benzodiazépines en termes de mécanisme d'action

Autres médicaments pour l'insomnie

De nombreux patients recherchent des alternatives « naturelles » à la médication pour l'insomnie, que l'on trouve souvent dans les magasins d'aliments naturels. Certains des traitements naturels de l'insomnie les plus courants sont présentés au tableau 5.

Il existe également de nombreux produits sans ordonnance disponibles en vente libre utilisés comme aides au sommeil (Tableau 6). Cependant, leur innocuité est incertaine et il y a peu de données probantes démontrant leur efficacité comme hypnotique^{15,34-38}. Par exemple, les antihistaminiques causent une somnolence, mais sont associés à des effets indésirables tels que l'agitation, des effets anticholinergiques (p. ex. bouche sèche, rétention urinaire), des effets de gueule de bois matinale et le développement d'une tolérance après plusieurs nuits consécutives d'utilisation.

Bien que les antidépresseurs sédatifs (Tableau 3) aient été utilisés à faible dose pour traiter l'insomnie, peu de recherches ont été faites sur leur utilisation chez des patients non déprimés qui souffrent d'insomnie. De plus, les effets indésirables associés à ces médicaments peuvent être plus fréquents que ceux associés aux agonistes des BDZ³⁹.

Tableau 6 : Produits en vente libre utilisés comme aides au sommeil

Produit	Dose	Problèmes d'innocuité
Diphenhydramine	25 à 50 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'effets secondaires anticholinergiques graves (en particulier chez le sujet âgé) • Somnolence diurne résiduelle • Baisse des fonctions cognitives
Dimenhydrinate	25 à 50 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Bouche sèche • Vision trouble • Constipation • Rétention urinaire
Doxylamine	25 à 50 mg	<p>Ces produits ne sont pas conçus pour un usage à long terme et une tolérance aux effets sédatifs se développe probablement rapidement (~3 jours)</p> <p>Le dimenhydrinate n'est pas approuvé au Canada comme aide au sommeil</p>

Conclusion

Une évaluation et une prise en charge efficaces de l'insomnie aiguë peuvent prévenir le développement d'un type plus problématique d'insomnie psychophysologique et chronique. L'évaluation implique l'identification des stressors spécifiques ou d'autres facteurs environnementaux qui ont probablement déclenché l'insomnie. Il est important d'évaluer comment le patient s'adapte à ce stressor, puisqu'il est probable que l'insomnie persiste jusqu'à la résolution du problème ou à l'ajustement à ce dernier. Des croyances et comportements compensatoires peuvent se développer rapidement, et peuvent entraîner le développement d'un type plus chronique d'insomnie (> 3 mois) si le patient n'est pas pris en charge efficacement.

Le fait d'aider les patients à identifier les facteurs qui perpétuent l'insomnie, avec un agenda du sommeil ou une anamnèse détaillée du sommeil, est un élément essentiel du processus de prise en charge. Il faut informer les patients quant aux comportements qui peuvent provoquer une hyperexcitation, altérer le processus normal d'endormissement et du maintien du sommeil et/ou modifier les influences circadiennes normales sur le cycle veille-sommeil. Lorsque les patients ont commencé à effectuer les changements comportementaux nécessaires, on peut envisager d'utiliser des sédatifs-hypnotiques à courte durée d'action. Ils doivent être informés que ces médicaments ne seront utilisés que pour accroître temporairement ou pour accélérer les bénéfices des modifications comportementales et psychologiques qui devraient être maintenues après la fin du traitement.

Bien qu'il soit important de traiter l'insomnie de façon précoce, une prise en charge à long terme est essentielle⁴⁰. Les stratégies de prise en charge de l'insomnie chronique seront traitées dans le prochain numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*.

Le D^r MacFarlane est professeur adjoint de pédiatrie et de psychiatrie à l'Université de Toronto et Directeur de l'enseignement et consultant clinique pour MedSleep (Réseau de cliniques – www.medsleep.com).

Références

1. American Academy of Sleep Medicine. *ICSD-2 - International Classification of Sleep Disorders*, 2^e éd: Diagnostic and coding manual. Westchester (Illinois): American Academy of Sleep Medicine; 2005.

2. Alberta Medical Association. *Toward Optimized Practice (TOP) Adult Insomnia: Diagnosis to Management Clinical Practice Guidelines*. MacFarlane JG & Samuels C (co-présidents); 2010.
3. Drake CL, Roth T. Predisposition in the evolution of insomnia: evidence, potential mechanisms and future direction. *Sleep Med Clin*. 2006;1:333-349.
4. Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev*. 2010;14:35-46.
5. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep*. 1995;18(6):425-432.
6. Maggi S, Langlois JA, Minicuci N, et coll. Sleep complaints in community-dwelling older persons: prevalence, associated factors, and reported causes. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(2):161-168.
7. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *Am J Med*. 2006;119(6):463-469.
8. Jausse J, Dauvilliers Y, Ancelin M-L, et coll. Insomnia symptoms in older adults: associated factors and gender differences. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(1):88-97.
9. Newman AB, Enright PL, Manolio TA, Haponik EF, Wahl PW. Sleep disturbance, psychosocial correlates, and cardiovascular disease in 5201 older adults: the Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45(1):1-7.
10. Zhang B, Wing YK. Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep*. 2006;29(1):85-93.
11. Gehrman PR, Meltzer LJ, Moore M, et coll. Heritability of insomnia symptoms in youth and their relationship to depression and anxiety. *Sleep*. 2011;34(12):1641-1646.
12. Drake CL, Friedman NP, Wright KP Jr, Roth T. Sleep reactivity and insomnia: genetic and environmental influences. *Sleep*. 2011;34(9):1179-1188.
13. Hublin C, Partinen M, Koskenvuo M, Kaprio J. Heritability and mortality risk of insomnia-related symptoms: epidemiologic study in a population-based twin cohort. *Sleep*. 2011;34(7):957-964.
14. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, et coll. The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*. 2012;35(2):287-302.
15. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M; American Academy of Sleep Medicine. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia. *J Clin Sleep Med*. 2008;4(5):487-504.
16. Zavesicka L, Brunovsky M, Horacek J, et coll. Trazodone improves the results of cognitive behaviour therapy of primary insomnia in non-depressed patients. *Neuro Endocrinol Lett*. 2008;29(6):895-901.
17. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 1987;10(4):541-53.
18. Reid KJ, Baron KG, Lu B, Naylor E, Wolfe L, Zee PC. Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep Med*. 2010;11(9):934-940.
19. Santé Canada. Somnifères autorisés au Canada. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2009/2009_161-list-fra.php. Date de consultation. 20 juin 2012.
20. European Medicines Agency. Guideline on medicinal products for the treatment of insomnia. 17 février 2011.
21. Neutel CI, Patten SB. Sleep medication use in Canadian seniors. *Can J Clin Pharmacol*. 2009;16(3):e443-e452.
22. Greenblatt DJ. Benzodiazepine hypnotics: sorting the pharmacokinetic facts. *J Clin Psychiatry*. 1991;52(Suppl):4-10.
23. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ*. 2000;162(2):225-233.
24. Montplaisir J, Hawa R, Moller C, et coll. Zopiclone and zaleplon vs benzodiazepines in the treatment of insomnia: Canadian consensus statement. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2003;18:29-38.
25. Lader M. Rebound insomnia and newer hypnotics. *Psychopharmacology (Berl)*. 1992;108(3):248-255.
26. Wheatley D. Prescribing short-acting hypnotics: current recommendations from a safety perspective. *Drug Saf*. 1992;7(2):106-115.
27. Terzano MG, Rossi M, Palomba V, Smerieri A, Parrino L. New drugs for insomnia: comparative tolerability of zopiclone, zolpidem and zaleplon. *Drug Saf*. 2003;26(4):261-282.
28. Greenblatt DJ, Roth T. Zolpidem for insomnia. *Expert Opin Pharmacother*. 2012;13(6):879-893.
29. VMeda Valeant Pharma Canada Inc. Sublinox* (zolpidem tartrate) monographie de produit. Date de préparation : 15 juillet 2011.
30. sanofi-aventis Canada. Imovane® (zopiclone) monographie de produit. Date de révision : 13 octobre 2011.
31. Sepracor Pharmaceuticals. Restoril® (temazepam) monographie de produit. Date de révision : 26 juin 2009.
32. Valeant Canada. Trazorel® (trazodone) monographie de produit. Date de préparation : 15 avril 2005.
33. Staner L, Danjou P, Luthringer R. A new sublingual formulation of zolpidem for the treatment of sleep-onset insomnia. *Exp Rev Neurotherapeutics*. 2012;12(2):141-53.
34. Melatonin. Natural Medicines Comprehensive Database [Internet]. Stockton (CA): Therapeutic Research Faculty; C1995-2012. Melatonin; [cité le 30 mars 2012]; Disponible à : www.naturaldata.com.
35. L-tryptophan. Natural Medicines Comprehensive Database [Internet]. Stockton (CA): Therapeutic Research Faculty; C1995-2012. L-tryptophan; [cité le 30 mars 2012]; Disponible à : www.naturaldatabase.com.
36. Valerian. Natural Medicines Comprehensive Database [Internet]. Stockton (CA): Therapeutic Research Faculty; C1995-2012. Valerian; [cité le 30 mars 2012]; Disponible à : www.naturaldatabase.com.
37. Morin CM, Koetter U, Bastien C, Ware JC, Wooten V. Valerian-hops combination and diphenhydramine for treating insomnia: a randomized placebo-controlled clinical trial. *Sleep*. 2005;28(11):1465-1471.
38. Reeder CE, Franklin M, Bramley TJ. Current landscape of insomnia in managed care. *Am J Manag Care*. 2007;13(5 Suppl):S112-S116.
39. James S, Mendelson WB. The use of trazodone as a hypnotic. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(6):752-755.
40. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet*. 2012;379(9821):1129-41.

CONFÉRENCE À VENIR

4 ou 7 octobre 2013

6^e conférence de la Société canadienne du sommeil

Halifax (NS)

RENSEIGNEMENTS :

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

Le Dr MacFarlane a déclaré qu'il n'a aucune divulgation à faire en association avec le contenu de cette publication.

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 Lynda Bélanger, Ph.D., Québec.

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

Meda Valeant Pharma Canada Inc.

©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.