

# Insomnie

## Conférences scientifiques

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

Volume 1, Issue 3  
2012

### Traiter l'insomnie chronique en médecine familiale – Identification et prise en charge précoces

Par JUDITH R. DAVIDSON, Ph.D., CPsych

**L'insomnie chronique, c'est-à-dire l'insomnie d'une durée d'au moins un mois, est un problème fréquent en médecine familiale. Les médecins de famille sont les plus aptes à identifier l'insomnie et à initier un traitement précoce. Dans le présent numéro d'Insomnie – Conférences scientifiques, nous examinons comment identifier et traiter efficacement l'insomnie chronique chez les adultes.**

Le médecin de famille est le professionnel de la santé qui est le premier à entendre parler des difficultés de sommeil d'un patient. On estime que 52 à 64 % des patients en médecine familiale ont des difficultés de sommeil et que 10 à 14 % souffrent d'insomnie sévère qui interfère avec le fonctionnement diurne<sup>1,2</sup>. L'insomnie est un problème qui ne se résout habituellement pas de lui-même<sup>3</sup>, et de nombreuses personnes en souffrent pendant des années sans obtenir une aide efficace. Les conséquences d'une insomnie persistante sur la qualité de vie du patient, son fonctionnement, le risque psychiatrique, l'incapacité de travail et l'utilisation des soins de santé sont considérables, comme le décrit Morin dans le premier article de cette série<sup>4</sup>. La médecine familiale est la plus apte à traiter l'insomnie et à prévenir ainsi les séquelles qu'elle entraîne.

#### Définition de l'insomnie chronique

Sur la base des principaux systèmes de classification diagnostique<sup>5,6</sup>, les aspects essentiels de l'insomnie sont les suivants : une difficulté à initier ou à maintenir le sommeil, ou un sommeil non réparateur malgré un environnement propice au sommeil, associés à une souffrance ou à une perturbation du fonctionnement diurne. L'insomnie « chronique » est une insomnie qui dure depuis plus d'un mois<sup>5</sup>.

#### Diagnostic de l'insomnie chronique

##### S'informer auprès des patients sur leur sommeil

Demander régulièrement aux patients comment ils dorment est un moyen idéal d'identifier des difficultés de sommeil à leur stade initial. Ceci sensibilise le patient à l'importance de bien dormir et permet d'administrer un traitement précoce et d'identifier certains des quelque 50 % d'individus qui souffrent d'insomnie persistante et n'en informent pas leur médecin<sup>7</sup>. Les patients peuvent hésiter à rapporter leur insomnie pour diverses raisons, incluant la notion que le médecin n'y attacherait pas d'importance ou se contenterait de leur prescrire des somnifères<sup>8</sup>.

#### Identifier l'insomnie

Il faut s'assurer que les difficultés de sommeil correspondent en fait à une insomnie et ne soient pas dues à une autre affection associée à des symptômes d'insomnie. Des difficultés de sommeil similaires peuvent se présenter avec la prise de certains médicaments (p. ex. les corticostéroïdes), une affection médicale (p. ex. l'hyperthyroïdie) ou un autre trouble du sommeil (p. ex., le syndrome des jambes sans repos, le syndrome des mouvements périodiques, les apnées du sommeil, le retard de phase du sommeil). L'insomnie est généralement accompagnée de fatigue, mais non de somnolence. Les patients qui sont somnolents sont plus susceptibles de souffrir d'un trouble du sommeil autre que l'insomnie. L'orientation vers un laboratoire du sommeil n'est pas utile pour l'évaluation de l'insomnie, à moins qu'un autre trouble du sommeil soit soupçonné.



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 (Technologue)

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

#### Représentant des membres (Technologue)

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](http://www.insomnieconferences.ca)

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

**Déterminez si les difficultés de sommeil sont susceptibles d'être dues à un trouble du sommeil autre que l'insomnie.** Identifiez les situations où il est probable que le patient s'endorme pendant la journée. S'il s'endort rarement ou s'il ne s'endort jamais pendant la journée, il est davantage probable qu'il souffre d'insomnie. S'endormir facilement ou s'assoupir dans des situations inappropriées (p. ex. en mangeant, en parlant ou en conduisant) suggère un autre trouble du sommeil.

### Reconnaître l'insomnie comorbide

L'insomnie chronique peut survenir conjointement à l'anxiété, la dépression, d'autres troubles du sommeil et diverses affections médicales. Le remplacement du terme « insomnie secondaire » par le terme « insomnie comorbide » constitue un progrès dans la conceptualisation de l'insomnie<sup>69</sup>. La nécessité d'une intervention précoce dans les cas d'insomnie comorbide ainsi que d'insomnie sans comorbidité est un point clé. Il n'est pas nécessaire de retarder le traitement de l'insomnie jusqu'à la résolution de l'autre affection. Comme cela est décrit dans la section suivante, le traitement de choix de l'insomnie chronique est la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I). Cette thérapie améliore le sommeil chez les personnes qui souffrent d'insomnie conjointement à divers problèmes médicaux et psychiatriques, incluant une douleur chronique, une dépression, un cancer, une cardiopathie et autres<sup>10</sup>. La TCC-I peut également entraîner une amélioration de certaines affections comorbides, notamment la douleur chronique et la dépression<sup>11,12</sup>.

**La désignation de l'insomnie chronique comme « primaire » ou « secondaire » n'est plus nécessaire.** Lorsque l'insomnie coexiste avec d'autres affections médicales ou psychiatriques, il est généralement difficile d'établir laquelle est apparue initialement – l'insomnie ou l'autre affection – et elles ont des effets réciproques. Le traitement recommandé pour l'insomnie chronique est le même, quelles que soient les comorbidités.

### Traitement de l'insomnie chronique

Contrairement à l'insomnie aiguë, l'insomnie chronique est probablement maintenue par des facteurs qui sont différents des déchencheurs initiaux de la difficulté de sommeil. Bien que des événements stressants de la vie soient généralement présents lors du déclenchement de l'insomnie, on pense que l'hyperactivité et les difficultés de sommeil sont maintenues par des facteurs comportementaux et cognitifs. Ces facteurs sont la cible d'interventions efficaces pour résoudre l'insomnie chronique.

### Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie

#### Qu'est-ce que la TCC-I?

La TCC-I, le traitement de première intention recommandé pour l'insomnie chronique<sup>13-15</sup>, comprend l'enseignement aux patients d'une série de stratégies afin que les processus biologiques – homéostatiques et circadiens – liés au sommeil puissent s'accomplir sans interférence. Ceci implique la restriction du temps au lit (thérapie de restriction de sommeil), en associant le lit et la chambre au sommeil

(thérapie de contrôle du stimulus), et des techniques cognitives et comportementales, afin de permettre la dé-excitation (techniques de relaxation et thérapie cognitive du sommeil). Les professionnels qui ont été formés à la médecine comportementale du sommeil offrent des séances de TCC-I individuelle ou de groupe. Ces professionnels sont généralement des psychologues, mais les techniques peuvent être appliquées par des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières et d'autres professionnels de la santé. Des essais randomisés et contrôlés ont montré que la TCC-I est efficace chez les adultes, y compris les patients âgés et les patients atteints d'affections comorbides<sup>16</sup>. Des études longitudinales (d'une durée de deux ans au maximum) montrent des effets bénéfiques durables<sup>17</sup>. Pour certains patients, le recours à la TCC-I n'est pas réaliste ou approprié, en particulier ceux qui ne se sentent pas suffisamment bien pour appliquer les procédures.

#### La TCC-I peut-elle être utilisée en médecine familiale?

Comme le montre une étude écossaise réalisée par Espie et ses collaborateurs<sup>18</sup>, la TCC-I est efficace lorsqu'elle est administrée par des infirmières dans des centres de médecine familiale. Au Canada, les équipes de santé familiale, les réseaux de soins primaires et les centres de santé communautaire sont des contextes idéaux pour administrer la TCC-I. La présence d'un spécialiste en médecine comportementale du sommeil au sein de l'équipe est idéale, mais cela n'est pas toujours possible.

#### La TCC-I est davantage qu'une hygiène du sommeil.

Lorsque l'insomnie devient chronique, la plupart des patients suivent déjà étroitement les règles suivantes pour une bonne hygiène du sommeil (p. ex., éviter la caféine, dormir dans une pièce sombre et dans un lit confortable et faire de l'exercice mais pas trop tard dans la journée). Cela n'est pas suffisant. L'hygiène du sommeil, en soi, comme traitement de l'insomnie chronique n'est pas appuyée par des données probantes<sup>14</sup>.

#### Que faire lorsqu'on ne peut pas offrir une TCC-I?

Les médecins de famille peuvent suivre une formation en TCC-I, mais ils n'ont souvent pas le temps d'offrir cette thérapie dans leur bureau. Dans ce cas, il est raisonnable de donner aux patients des conseils comportementaux succincts fondés sur les principes de la TCC-I. En plus de fournir ces conseils par écrit, l'idéal est de les expliquer aux patients pour qu'ils comprennent comment les appliquer, et de leur fournir une aide dans l'application de ces stratégies, qui apparaissent simples mais nécessitent certains efforts (Tableau 1).

En plus de ces conseils, un agenda du sommeil peut être utile (voir l'exemple d'un agenda consensuel du sommeil dans le premier numéro de *Insomnie – Conférences scientifiques*)<sup>4</sup>. Ceci permet aux patients de voir comment leur sommeil répond à ces stratégies du sommeil. Il est utile de leur demander de remplir un agenda du sommeil « initial » pendant une semaine. Examinez les variations des heures de coucher et de lever consignées dans l'agenda, afin d'adapter vos conseils sur ces points à la lumière de ces informations. Les informations consignées dans les agendas du sommeil ultérieurs peuvent ensuite être comparées à celles de l'agenda initial.

Vous pouvez aider les patients à établir une heure initiale appropriée de coucher et de lever en estimant tout d'abord

**Tableau 1 : Stratégies fondées sur la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I) et justification de leur utilisation**

Stratégie fondée sur la TCC-I	Justification
N'allez pas vous coucher trop tôt. Restez éveillé(e) tard.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide à développer votre besoin homéostatique de sommeil et s'oppose à la stratégie improductive qui consiste à aller vous coucher tôt pour gagner davantage de sommeil.</li> </ul>
Maintenez une heure de lever constante 7 jours sur 7, quel que soit le nombre d'heures que vous avez dormi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Régule le rythme circadien du sommeil.</li> </ul>
Votre lit est fait pour y dormir. Levez-vous lorsque vous ne dormez pas. Allez dans une autre pièce. Retournez dans votre lit lorsque vous avez sommeil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforce l'association du lit et de la chambre avec le sommeil et la somnolence.</li> </ul>
Prenez des mesures pour chasser les pensées qui défilent dans votre tête. Utilisez des techniques de relaxation ou l'imagerie visuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduit l'hyperactivité et facilite l'endormissement.</li> <li>Les exercices de relaxation doivent être effectués en début de soirée et non au lit.</li> <li>L'imagerie visuelle peut être utilisée au lit pour écarter les problèmes de l'esprit et les pensées qui défilent.</li> </ul>

leur nombre d'heures de sommeil par nuit pendant la période initiale. Demandez-leur de choisir une nuit représentative dans leur agenda initial du sommeil. Pour cette nuit, estimez le temps total passé au lit (temps à partir du coucher jusqu'au lever) et soustrayez le temps pendant lequel ils sont restés éveillés. C'est une estimation du temps de sommeil. Vous pouvez ensuite suggérer aux patients de ne rester au lit que pendant ce temps + 30 minutes (fenêtre de sommeil initiale). Ne fixez pas ce chiffre au-dessous de 5 heures. Les patients choisissent une heure de lever qu'ils pourront maintenir 7 jours sur 7, et l'heure de coucher est ensuite fixée en fonction de la fenêtre de sommeil initiale. Envoyez les patients chez eux avec leur agenda du sommeil vierge et les stratégies indiquées ci-dessus, et prévoyez un rendez-vous de suivi une semaine plus tard pour évaluer leurs progrès. Avertissez-les de la possibilité d'une somnolence excessive durant les premiers jours d'application de cette procédure et mettez-les en garde contre la somnolence au volant.

Deux à quatre rendez-vous de suivi peuvent être nécessaires, avec une modification de la fenêtre de sommeil en fonction des progrès des patients dans la consolidation de leur sommeil ou dans « l'efficacité de leur sommeil » (i.e. pourcentage du temps de sommeil par rapport au temps passé au lit). L'heure du lever demeure généralement constante et l'heure du coucher est fixée plus tôt lorsque l'efficacité du sommeil augmente. Le tableau 2 présente les lignes directrices conventionnelles prescrites pour modifier l'heure du coucher. À la base, à mesure que le sommeil devient plus profond, la fenêtre de sommeil est élargie, généralement de 15 minutes à la fois. Ceci continue jusqu'à ce que le sommeil profond soit suffisamment long pour permettre aux patients de se sentir reposés et de bien fonctionner pendant la journée. Lorsque les patients constatent une amélioration de leur sommeil et sont confiants de leur capacité à bien dormir, ils sont généralement suffisamment motivés pour maintenir la qualité de leur sommeil par l'application de ces stratégies, sans aide supplémentaire.

## Pharmacothérapie

La pharmacothérapie est une option thérapeutique pour l'insomnie situationnelle aiguë. Cependant, l'insomnie aiguë évolue parfois vers une insomnie chronique, et le patient continue de dépendre des médicaments. Bien que les médecins de famille soient conscients des problèmes associés à l'usage à long terme des agonistes des récepteurs des benzodiazépines (BDZ) et encouragent les initiatives visant à réduire la dépendance à ces médicaments<sup>19</sup>, ils sont parfois sans alternatives. Cette section traite des médicaments qui sont potentiellement efficaces dans le traitement de l'insomnie qui est devenue chronique, et des stratégies visant à aider les patients à arrêter les hypnotiques prescrits à long terme.

### Agonistes des récepteurs des BDZ

Comme le décrit MacFarlane<sup>20</sup>, les agonistes des récepteurs des BDZ sont actuellement le traitement pharmacologique standard de l'insomnie. Ce groupe inclut les BDZ traditionnels et les sédatifs-hypnotiques non benzodiazépines : le zopiclone (disponible depuis quelques années), le zolpidem (disponible récemment sous forme sublinguale), le zaléplon (n'est plus disponible au Canada) et l'eszopiclone (non disponible au Canada). La question de savoir si l'on devrait utiliser les agonistes des récepteurs des BDZ pendant plus de 4 semaines fait l'objet de débats. Des études d'impact indiquent que les sédatifs-hypnotiques non benzodiazépines, en particulier l'eszopiclone, offrent une efficacité continue après 6 mois d'utilisation chaque soir sans entraîner de dépendance physique<sup>21</sup>.

Un aspect important à prendre en considération lorsqu'on prescrit un agoniste des récepteurs des BDZ est l'innocuité. Leurs effets indésirables peuvent inclure des étourdissements, de la somnolence, une amnésie, des symptômes gastro-intestinaux, des problèmes d'équilibre et ils peuvent être responsables d'accidents de la route<sup>15</sup>. Ces effets indésirables sont particulièrement susceptibles de se manifester avec

**Tableau 2 : Modification de l'heure du coucher en fonction de l'efficacité du sommeil**

Efficacité du sommeil	Modification de l'heure du coucher
< 85 %	15 minutes plus tard
85 % à 89 %	Pas de modification
90 % à 94 %	15 minutes plus tôt
≥ 95 %	30 minutes plus tôt

Après que le patient ait restreint le temps qu'il passe dans son lit à sa fenêtre de sommeil initiale pendant 1 semaine, l'heure du coucher est modifiée sur la base de l'efficacité du sommeil.

les BDZ à longue durée d'action. Les agonistes des récepteurs des BDZ, quel que soit leur type, soulèvent de graves préoccupations en matière de sécurité chez les personnes âgées. L'altération cognitive et psychomotrice associée à ces médicaments expose les patients âgés à un risque élevé de chutes, d'ataxie et de problèmes mnésiques. Dans une méta-analyse réalisée par Glass et ses collaborateurs<sup>22</sup>, l'utilisation de sédatifs-hypnotiques a significativement amélioré la qualité du sommeil, la durée totale de sommeil et le nombre de réveils nocturnes comparativement à un placebo chez les personnes âgées ≥ 60 ans. Cependant, l'augmentation associée des effets cognitifs et psychomoteurs indésirables ainsi que de la fatigue diurne associée à l'utilisation de sédatifs a remis en question le rapport risque/bénéfice. L'utilisation de sédatifs-hypnotiques non benzodiazépiniques a été associée au somnambulisme et à d'autres comportements complexes durant le sommeil, en particulier lorsqu'ils sont pris à des doses élevées, ou en association avec d'autres dépresseurs du système nerveux central<sup>23</sup>.

Certaines études de cas ont soulevé la question du potentiel d'abus des sédatifs-hypnotiques non benzodiazépiniques<sup>24</sup>. Bien que ces médicaments puissent donner lieu à des abus, des études comportementales auprès de personnes souffrant d'insomnie suggèrent qu'ils ne favorisent pas les abus<sup>23</sup> et entraînent un plus faible risque de dépendance que les hypnotiques benzodiazépiniques traditionnels<sup>15,25</sup>. Bien que les sédatifs-hypnotiques non benzodiazépiniques soient probablement associés à une tolérance et à une dépendance moins élevées que les BDZ, il est conseillé de faire preuve de précaution pour les deux classes de médicaments.

#### Utilisation intermittente

L'utilisation des sédatifs-hypnotiques non benzodiazépiniques pas à tous les soirs peut être une stratégie efficace dans un contexte de médecine familiale chez les patients qui, pour diverses raisons, ne sont pas capables d'utiliser des stratégies comportementales ou pour ceux qui souffrent sporadiquement d'insomnie. Plusieurs essais randomisés et contrôlés sur l'utilisation du zolpidem pas à tous les soirs (p. ex. 3 à 5 soirs par

semaine) ont montré une amélioration du sommeil supérieure à celle avec le placebo et comparable à celle avec l'utilisation du zolpidem à tous les soirs<sup>26,27</sup>. Ces stratégies ne sont pas associées à une insomnie de rebond entre les prises, ni à une augmentation de l'usage de ces médicaments. Lorsque les participants à l'étude souffrant d'insomnie reçoivent des directives sur le nombre de comprimés qu'ils peuvent prendre par semaine, ils en prennent presque toujours un moins grand nombre<sup>28</sup>. Les patients peuvent utiliser des stratégies comportementales pour les nuits où ils ne prennent pas le médicament. Il n'existe pas d'études sur l'utilisation intermittente d'autres sédatifs-hypnotiques non benzodiazépiniques et il ne semble pas qu'il y ait d'études à long terme (au-delà de 6 mois) sur l'utilisation pas à tous les soirs des hypnotiques de tout type.

#### Antidépresseurs sédatifs

Il existe des risques pour la sécurité associés à l'usage des antidépresseurs sédatifs, tels que la trazodone, la doxépine, l'amitriptyline et la mirtazapine, même à faibles doses. Les recherches sont peu nombreuses sur l'efficacité et l'innocuité liées à la dose de ces médicaments chez les patients non déprimés. Les effets indésirables peuvent inclure de la somnolence, des étourdissements, une confusion, des effets anticholinergiques, une hypotension orthostatique, un gain pondéral, des anomalies de la conduction cardiaque et le priapisme<sup>23</sup>. En général, on pense que ces médicaments présentent plus de risques pour les patients souffrant d'insomnie que les agonistes des récepteurs des BDZ<sup>9</sup>, et sont associés à des taux plus élevés d'arrêt du traitement<sup>15</sup>.

#### Autres agents

Les patients prennent souvent des médicaments en vente libre, tels que le dimenhydrinate, ou des aides au sommeil à base d'antihistamine contenant de la diphenhydramine ou de la doxylamine. Ces médicaments peuvent causer de la somnolence, mais il y a peu de données probantes indiquant qu'ils sont utiles pour l'insomnie chronique<sup>29</sup>. La mélatonine à libération prolongée peut être utile et sûre pour l'insomnie, bien que peu d'études à long terme auprès de patients d'âges différents soient disponibles<sup>30</sup>, et elle n'est pas commercialisée dans cette forme au Canada. La mélatonine standard (libération immédiate), si elle est prise à des heures adéquates, peut réduire le décalage horaire et aider les personnes ayant des horaires rotatifs à dormir pendant la journée<sup>31</sup>. Cependant, elle ne s'est généralement pas avérée utile pour l'insomnie chronique. Le rameltéon est un agoniste des récepteurs de la mélatonine qui s'est montré prometteur dans le traitement de l'insomnie d'endormissement chronique<sup>32</sup>. Cependant, il n'est pas disponible au Canada.

#### Retrait graduel des hypnotiques

Les patients finissent parfois par prendre des hypnotiques pendant des dizaines d'années. Pour sevrer les patients des agonistes des récepteurs de BDZ, il est important de réduire progressivement la dose de médica-

ment, afin de prévenir l'insomnie de rebond. Ceci est particulièrement vrai pour les BDZ. Idéalement, le retrait graduel doit être associé à une TCC-I, ou au moins à des conseils comportementaux, pour que les patients sachent quelles mesures prendre pour dormir pendant et après la période de retrait. Morin et ses collaborateurs<sup>33</sup> ont conclu qu'une approche structurée limitée dans le temps permet d'aider efficacement les patients à réduire la dose et la fréquence d'utilisation des BDZ. Un calendrier de retrait graduel du médicament associé à une TCC-I a été plus bénéfique que l'une ou l'autre de ces mesures seules : 85 % des patients utilisant un calendrier de retrait graduel et une TCC-I sont parvenus à arrêter avec succès leur BDZ comparativement à 48 % qui ont reçu un calendrier de retrait graduel seul et 54 % qui ont reçu une TCC-I seule.

#### Étude d'un cas pris en charge par une équipe de santé familiale

Suzanne âgée de 59 ans s'est présentée au bureau de son nouveau médecin de famille parce qu'elle souffrait d'insomnie et qu'elle voulait pouvoir dormir sans prendre de médicaments. Elle ne se rappelait pas à quelle date ses difficultés de sommeil avaient commencé. Cependant, elle prenait du témazépam (60 mg) et de l'alprazolam (1 mg) depuis environ 22 ans. Suzanne souffrait également d'une douleur chronique et prenait de l'oxycodone.

Le médecin de famille et le pharmacien faisant partie de l'équipe soignante ont informé Suzanne sur les BDZ et lui ont prescrit un calendrier journalier de retrait graduel des BDZ. La dose du médicament ayant la demi-vie la plus courte (témazépam) a été diminuée graduellement sur une période de 8 semaines jusqu'à l'arrêt complet du médicament. Puis, la dose d'alprazolam a été réduite dans les mêmes conditions jusqu'à l'arrêt complet du médicament. Suzanne a reçu un appui sous la forme de conseils comportementaux relatifs au sommeil, notamment il lui a été recommandé de maintenir un horaire de lever constant et de sortir de son lit lorsqu'elle ne dort pas. Vers la fin du calendrier de retrait graduel, Suzanne a participé à un programme de TCC-I de groupe comprenant 6 séances. Elle dormait bien à la fin du programme et avait maintenu un bon sommeil sans médicaments lors d'un suivi à 6 mois.

Le programme de retrait des hypnotiques piloté par notre équipe de santé familiale inclut le patient, le médecin de famille, le psychologue et le pharmacien. Nous avons constaté que le programme donne d'excellents résultats, mais seulement lorsque le patient adopte des stratégies comportementales (TCC-I).

#### Conclusion

Jusqu'à deux tiers des patients dans un contexte de médecine familiale ont des difficultés de sommeil, et 12 % souffrent d'insomnie sévère qui interfère avec leur

fonctionnement. Étant donné qu'un nombre significatif de patients sont peu enclins à signaler leurs difficultés de sommeil sans y être invités, les médecins devraient les interroger sur leur sommeil dans le cadre des soins habituels.

Lorsque l'insomnie est chronique, l'intervention de choix est la TCC-I. Si cette modalité n'est pas disponible ou impossible à appliquer, il serait approprié de donner aux patients des conseils comportementaux fondés sur les principes de la TCC-I. L'utilisation intermittente des sédatifs-hypnotiques non benzodiazépines, tels que le zolpidem ou le zopiclone, peut être utile. La mélatonine à libération prolongée et le rameltéon se sont montrés prometteurs pour l'insomnie chronique, mais ils ne sont pas disponibles actuellement au Canada. Un calendrier de retrait graduel lent et supervisé est très utile pour les patients qui arrêtent l'utilisation à long terme de leur hypnotique, en particulier lorsqu'il s'agit de BDZ traditionnels. Lorsque le retrait graduel est conjugué à une TCC-I, il est probable qu'il soit réussi. La TCC-I entraîne une amélioration du sommeil qui se maintient longtemps après la fin de l'intervention.

---

La D<sup>re</sup> Davidson est professeure adjointe (auxiliaire), Département de psychologie et professeure adjointe, Oncologie, Queen's University, et psychologue de l'Équipe de Santé Familiale de Kingston, Ontario. Elle désire remercier la D<sup>re</sup> Barbara Parker, la D<sup>re</sup> Adina Birenbaum et Peet de Villiers, PharmD, pour leurs commentaires utiles.

---

#### Références

1. Simon GE, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1417-1423.
2. Terzano MG, Parrino L, Cirignotta F, Ferini-Strambi L, Gigli G, Rudelli G. Studio Morfeo: insomnia in primary care, a survey conducted on the Italian population. *Sleep Med*. 2004; 5:67-75.
3. Morin CM, Bélanger L, LeBlanc M, Ivers H, Savard J, Espie CA et coll. The natural history of insomnia: A population-based 3-year longitudinal study. *Arch Intern Med*. 2009;169:447-453.
4. Morin CM. L'insomnie : Prévalence, fardeau et conséquences. *Insomnie – Conférences scientifiques*. 2012;1(1):1-6.
5. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*, 2nd Edition. Westchester: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
6. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. Sleep-wake disorders, Insomnia Disorder, Proposed Revision and Rationale. 2012. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=65>. Accessed March 20, 2012.
7. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med*. 2006;7:123-130.
8. Davidson JR, Feldman-Stewart D, Brennenstuhl S, Ram S. How to provide insomnia interventions to people with cancer: insights from patients. *Psycho-Oncology* 2007;16:1028-1038.
9. 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.
10. Smith MT, Huang MI, Manber R. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring in the context of medical and psychiatry disorders. *Clin Psychol Rev*. 2005; 25:559-592.

11. 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.
12. Vitiello MV, Rybarczyk B, Von Korff M, Stepanski EJ. Cognitive behavioral therapy for insomnia improves sleep and decreases pain in older adults with co-morbid insomnia and osteoarthritis. *J Clin Sleep Med*. 2009;5:355-362.
13. Infobanque AMC : Guides de pratique clinique (GPC). Disponible à : <http://www.cma.ca/ressourcescliniques/guidedepatique>. Recherche « Insomnia » (en anglais seulement). Guideline for Adult Primary Insomnia : Diagnosis to Management. Date de consultation : 23 juillet 2012
14. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008;4(5):487-504.
15. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, Argyropoulos SV, Baldwin DS, Bateson AN et coll. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol*. 2010;24(11):1577-1600.
16. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*. 2006;29(11):1398-1414.
17. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;281(11):991-999.
18. Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther*. 2001;39:45-60.
19. Siriwardena AN, Apekey T, Tilling M, Dyas JV, Middleton H, Ørner R. General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(4):731-737.
20. MacFarlane J. Prendre le contrôle de l'insomnie aiguë – rétablir des habitudes de sommeil saines. *Insomnie – Conférences scientifiques*. 2012;1(2):1-6.
21. Walsh JK, Krystal AD, Amato DA, et coll. Nightly treatment of primary insomnia with eszopiclone for six months: effect on sleep, quality of life, and work limitations. *Sleep*. 2007;30(8):959-968.
22. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, et coll. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005;331(7526):1169.
23. Roth T, Roehrs T. Pharmacotherapy for insomnia. *Sleep Med Clin*. 2010;5:529-539.
24. Cimolai N. Zopiclone: Is it a pharmacologic agent for abuse? *Can Fam Physician*. 2007;53(12):2124-2129.
25. Hajak G, Müller WE, Wittchen HU, Pittrow D, Kirch W. Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: A review of case reports and epidemiological data. *Addiction*. 2003;98(10):1371-1378.
26. Hajak G, Cluydts R, Allain H, et coll. The challenge of chronic insomnia: is non-nightly hypnotic treatment a feasible alternative? *Eur Psychiatry*. 2003;18(5):201-208.
27. Krystal AD, Erman M, Zammit GK, Soubrane C, Roth T; ZOLONG Study Group. Long-term efficacy and safety of zolpidem extended-release 12.5 mg, administered 3 to 7 nights per week for 24 weeks, in patients with chronic primary insomnia: A 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, multicenter study. *Sleep*. 2008;31(1):79-90.
28. Perlis ML, McCall WV, Krystal AD, Walsh JK. Long-term, non-nightly administration of zolpidem in the treatment of patients with primary insomnia. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(8):1128-1137.
29. Mendelson WB, Roth R, Cassella J, et coll. The treatment of chronic insomnia: drug indications, chronic use, and abuse liability. *Sleep Med Rev*. 2004;8(1):7-17.
30. Wade AG, Ford I, Crawford G, et coll. Nightly treatment of primary insomnia with prolonged release melatonin for 6 months: a randomized placebo controlled trial on age and endogenous melatonin as predictors of efficacy and safety. *BMC Med*. 2010;8:51.
31. Revell VL, Eastman CI. How to trick mother nature into letting you fly around or stay up all night. *J Biol Rhythms*. 2005;20(4):353-365.
32. Mayer G, Wang-Weigand S, Roth-Schechter B, Lehmann R, Staner C, Partinen M. Efficacy and safety of 6-month nightly ramelteon administration in adults with chronic primary insomnia. *Sleep*. 2009;32(3):351-360.
33. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Valières A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2):332-342.

## CONFÉRENCES À VENIR

20 octobre 2012

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

Présenté par la Société canadienne du sommeil (SCS) et par le bureau de formation professionnelle continue (FPC), Queen's University  
Kingston, Ontario

4 au 7 octobre 2013

### 6<sup>e</sup> Conférence de la Société canadienne du sommeil

Halifax, Nouvelle-Écosse

RENSEIGNEMENTS :

Site web: <http://www.canadiansleepsociety.com>

La D<sup>re</sup> Davidson a déclaré qu'elle n'a aucune divulgation à faire en relation 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](mailto: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 la D<sup>re</sup> Davidson.

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.