

GESTION DES HYPNOSÉDATIFS EN UCDG

ANNEXE 7 DU DOCUMENT «GUIDE DE GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG – 2^{ÈME} ÉDITION» [1]

Cette fiche pratique est présentée à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du médecin ou du pharmacien.

2^{ème} édition

Auteurs :

Le Uyen Anh Hoang, M.D., médecin de famille, Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval, CISSS de Laval
Judith Gravel, pharmacienne, Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval, CISSS de Laval



Regroupement des Unités de Courte Durée Gériatriques
et des services hospitaliers de gériatrie du Québec

Révisure :

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal,
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Illustrations : Victoire K-Bezeau

GÉNÉRALITÉS : INCIDENCE ET DÉFINITION DE L'INSOMNIE CHRONIQUE

L'insomnie chronique est deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, autant dans la population générale que chez la personne âgée. Près de 20 % des personnes de 75 ans et plus ont un diagnostic d'insomnie chronique [2]. La population âgée représente 14 % de la population, mais consomme plus de 35 % des prescriptions d'hypnosédatives [2-4].

Selon le DSM-V®, l'insomnie chronique est caractérisée par la difficulté à amorcer le sommeil après plus de 30 minutes au lit (**insomnie initiale**), à maintenir le sommeil lorsque le patient prend plus de 30 minutes pour se rendormir (**insomnie de maintien**) et/ou à maintenir le sommeil matinal lorsque le patient se réveille 30-60 minutes avant l'heure prévue (**insomnie terminale**) [5]. L'**insomnie** peut être **aiguë** et de courte durée, c'est-à-dire moins de trois mois, par exemple lors d'un stress aigu ou d'une modification de l'environnement. Elle peut se résoudre à la disparition du stress ou s'il y a adaptation au milieu. Cependant, dans bon nombre de cas, l'insomnie perdure pendant plus de trois mois (et plus de trois fois par semaine), alors même que le facteur déclencheur a disparu; on parle alors d'**insomnie chronique**. Ces troubles du sommeil ont une répercussion sur le fonctionnement au quotidien en causant une sensation de somnolence diurne, fatigue accrue, une baisse de l'attention, de la concentration et des capacités cognitives. L'insomnie entraîne aussi l'apparition de symptômes affectifs (ex : irritabilité). Cette perturbation du sommeil ne doit pas être due à la prise d'une substance potentiellement stimulante, d'un autre trouble du sommeil (ex : syndrome de l'apnée du sommeil, syndrome des jambes sans repos, narcolepsie, parasomnie et trouble du rythme circadien) ou d'une maladie psychiatrique.

MODIFICATIONS DU SOMMEIL AU COURS DU VIEILLISSEMENT

Le besoin de sommeil chez la personne âgée change peu par rapport à un jeune adulte (6-8h/nuit). Cependant, le sommeil se redistribue sur 24 heures : le sommeil nocturne est plus léger et plus fragmenté. Deux tiers des personnes âgées font une sieste le jour pour compenser le déficit nocturne. Entre 77-88 % des personnes âgées se plaignent d'une diminution de l'efficacité du sommeil, c'est-à-dire du temps effectivement passé à dormir par rapport au temps passé au lit. Pour certaines personnes âgées, ces perturbations ne sont pas problématiques, mais pour d'autres, elles constituent une source d'anxiété et entraînent des répercussions importantes dans l'accomplissement des activités quotidiennes [3, 4, 6].

Tableau 1 : Spécificités des stades du sommeil chez la personne âgée [3, 4, 6]

Stade du sommeil	Spécificité chez la personne âgée
Éveil	Aucune
Endormissement	↑ Temps de latence avant endormissement
Sommeil lent: Stade 1 - Stade de transition entre l'éveil et le sommeil - Sommeil léger et instable - Mouvements lents des yeux	↑ Temps passé en stade 1 donc ↑ du sommeil léger et instable
Sommeil lent: Stade 2 - Sommeil intermédiaire et plus stable - Relâchement progressif du tonus musculaire	Sommeil plus instable et fragmenté d'éveils nocturnes
Sommeil lent: Stade 3 - Sommeil profond et réparateur - Relâchement soutenu du tonus musculaire	↓ Sommeil profond donc sommeil plus instable et fragmenté donnant impression de sommeil moins réparateur au lever
Sommeil paradoxal (Rapid Eye Movement Sleep ou REM sleep) : - Rêves vivides - ↑ de la variabilité de la fréquence cardiaque et respiratoire - Inhibition des muscles volontaires et atonie musculaire - Mouvements rapides des yeux	Peu de modifications (sauf âge très avancé ou démence)

LES CAUSES DE L'INSOMNIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Les modifications du sommeil associées au vieillissement normal, bien que rendant ce sommeil plus vulnérable, ne mènent pas systématiquement à de l'insomnie [3]. Chez la personne âgée, l'insomnie est le plus souvent favorisée, voire déclenchée, par des problèmes de santé associés : médicaux, psychiatriques et/ou médicamenteux [4]. L'insomnie est souvent entretenue par des croyances erronées par rapport au sommeil ainsi que par des stratégies comportementales mal adaptées, menant au cours de la nuit à un état d'hyperactivation peu propice à l'endormissement et au maintien du sommeil. Pour traiter l'insomnie plus efficacement, nous vous proposons un questionnaire détaillé (annexe 3) qui permettra d'identifier et de corriger les éléments déclencheurs : facteurs environnementaux, croyances erronées, comportements mal adaptés, comorbidités médicales/psychiatriques et médicaments [7]. Les facteurs environnementaux, les croyances erronées et les comportements mal adaptés seront détaillés dans l'approche non pharmacologique (tableau 2).

L'insomnie est un symptôme fréquent de plusieurs maladies mais peut être aussi en être la cause. L'insomnie augmente le risque de mortalité, de subir un infarctus, de développer l'anxiété, la maladie cardiovasculaire et le diabète [8]. Lorsque le patient dort moins de 6h/nuit, il a une plus haute prévalence de souffrir d'hypertension, de troubles cognitifs et de dépression.

APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

Qu'importe la cause de l'insomnie, le premier traitement est toujours une approche non pharmacologique pour avoir une bonne hygiène du sommeil consistant à adopter des comportements propices au sommeil (tableau 2) [3, 4, 6, 9-11]. Pour traiter l'insomnie développée en milieu hospitalier, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et le CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ont développé une approche adaptée à la personne âgée [12]. Un journal de sommeil est suggéré pour mieux analyser le type d'insomnie, faire un lien avec certains stimulants et évaluer l'efficacité des traitements (annexe 2) [12]. Cette approche non pharmacologique peut être initiée par les soignants en milieu hospitalier, mais nécessite une bonne collaboration et communication entre les différents intervenants (médecins, infirmiers et infirmières de jour et de nuit, etc.). La plupart des conseils et stratégies énumérés ci-dessous s'inscrivent dans

l'approche de thérapie cognitivo-comportementale du traitement de l'insomnie (TCC-I) qui devrait être poursuivie à la sortie de l'hospitalisation. Si nécessaire, le patient peut être référé à un thérapeute spécialisé en TCC-I. Le format standard de la TCC-I comprend 6 à 8 sessions, à raison d'une session par semaine, en thérapie individuelle ou de groupe [7].

Tableau 2 : Stratégies cognitivo-comportementales à adopter en tenant compte des facteurs environnementaux et des habitudes de la personne âgée [3, 4, 6, 9-11]

Facteurs à considérer	Stratégies cognitivo-comportementales et d'hygiène de sommeil
Lumière	<ul style="list-style-type: none"> • Minimiser la lumière le soir et avant le coucher • Exposition à la lumière en journée ou luminothérapie avec lampe de 5000-10000 lux pour 30-90 min le matin.
Température inconfortable de la pièce et humidité	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter les températures extrêmes, en particulier, éviter de surchauffer la chambre (température optimale d'environ 18°C)
Bruit	<ul style="list-style-type: none"> • Minimiser le bruit, porter des bouchons d'oreilles si milieux bruyants • Musique douce avant l'endormissement pour diminuer l'anxiété et l'anticipation des conséquences d'une mauvaise nuit
Produits stimulants	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter menthe, chocolat, caféine (café, thé et liqueurs brunes) et nicotine 4-6 heures avant le coucher • Éviter la prise d'alcool 4 heures avant le coucher puisqu'il cause un sommeil fragmenté • Éviter les repas copieux 2 heures avant le sommeil et favoriser une collation légère en glucides • Éviter de boire trop de liquides en soirée car risque de nycturie
Exercices	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter de faire des exercices vigoureux 3-4 heures avant le sommeil • Favoriser des exercices de relaxation avant d'aller au lit (yoga, méditation, techniques de respiration, étirements, etc.) • Favoriser un bain chaud avant de se coucher
Passer trop de temps au lit	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter d'aller au lit trop tôt dans la soirée • Aller au lit seulement lorsque sentiment d'endormissement • Si impossible de s'endormir après 20 minutes ou réveil au cours de la nuit avec impossibilité de se rendormir en 20 minutes : se lever du lit, aller dans une autre pièce et faire des activités peu stimulantes (lecture, etc.). Revenir au lit uniquement lorsque sensation d'endormissement présente. • Respecter un horaire de sommeil régulier : se coucher mais surtout se lever à la même heure qu'importe le nombre d'heures dormies. Utiliser un réveille-matin si nécessaire. • Éviter de faire des siestes dans la journée. Si nécessaire avant 14 heures et pour une durée maximale de 30 minutes.
Regarder la télévision, lire ou travailler dans la chambre	<ul style="list-style-type: none"> • Réserver la chambre pour dormir et pour les activités sexuelles
Regarder le réveille-matin	<ul style="list-style-type: none"> • Cacher le réveille-matin
Anxiété et anticipation des conséquences d'une mauvaise nuit	<ul style="list-style-type: none"> • Corriger les croyances erronées par rapport au sommeil, en expliquant : <ul style="list-style-type: none"> - les modifications normales du sommeil avec l'âge (sommeil plus fragmenté et plus léger) - le besoin différent de sommeil d'une personne à l'autre (tout le monde n'a pas besoin de 8h de sommeil ; la durée importe moins que la qualité) - la capacité du sommeil à se réguler de lui-même les nuits suivantes afin de compenser les nuits de sommeil plus courtes (pas besoin de «rattraper les heures de sommeil perdues») - l'importance de ne pas dramatiser les conséquences d'un mauvais sommeil, de rationaliser les effets potentiels et les possibilités de s'y adapter pour maintenir les activités quotidiennes - l'importance de laisser ses tracas de côté au moment d'aller se coucher, si nécessaire, les consigner par écrit dans un journal personnel avant d'aller dormir - l'efficacité des approches non pharmacologiques et le bénéfice très limité des hypnotiques lorsqu'ils sont pris à long terme
Peu d'activités quotidiennes	<ul style="list-style-type: none"> • Marcher 30 min/jour

APPROCHE PHARMACOLOGIQUE

Si l'insomnie persiste et perturbe le fonctionnement de la personne âgée malgré l'application des stratégies non-pharmacologiques et le traitement des comorbidités, on peut considérer l'ajout d'agents pharmacologiques. Le choix du médicament se fait en considérant six facteurs [13] :

- 1) type d'insomnie (difficulté d'endormissement, éveils fréquents, insomnie matinale)
- 2) comorbidités (ex. : symptômes anxio-dépressifs, trouble cognitif, symptômes comportementaux et psychiatriques reliés à la démence)
- 3) propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques du médicament
- 4) préférences du patient (approche naturelle versus approche traditionnelle)
- 5) profil d'innocuité du médicament
- 6) coût du médicament.



Lorsque le médecin débute un hypnotique, il doit viser la dose minimale efficace du médicament, encourager une prise intermittente plutôt que régulière et prescrire une durée de traitement la plus courte possible (idéalement < 2-4 semaines). Il est primordial de toujours viser à limiter l'utilisation des hypnotiques chez les personnes âgées, car elles sont plus à risque d'effets de somnolence résiduelle, de troubles mnésiques et de confusion aiguë, de troubles d'équilibre et de chutes [13-15].

Au Canada, parmi les médicaments qui sont officiellement reconnus par la Food and Drug Administration (FDA) pour traiter l'insomnie chez les adultes, on retrouve deux benzodiazépines (le témozépam (Restoril®) et le flurazépam (Dalmane)), deux hypnotiques non-benzodiazépines (le zopiclone (Imovane®) et le zolpidem (Sublinox®)) et un antidépresseur tricyclique (la doxépine à faible dose (Silenor®)) (tableau 4). Tous les autres médicaments (antidépresseurs, antipsychotiques, antihistaminiques, etc.) n'ont pas l'indication officielle dans l'insomnie, mais sont utilisés en pratique pour leur effet sédatif.

Dans la littérature, des lignes directrices cliniques existent pour le traitement de l'insomnie chez l'adulte. Par contre, il n'y a pas de consensus clairement établi pour le traitement de l'insomnie chez la personne âgée, encore moins chez la personne âgée atteinte de trouble neurocognitif majeur (TNM) [13-15].

Pour guider le clinicien dans son choix de médicament, nous vous proposons une approche divisée en 3 catégories, soit les médicaments à privilégier, les médicaments à considérer et les médicaments à éviter. Cette classification tient compte à la fois des données d'efficacité et des données d'innocuité démontrées dans la littérature (tableau 3).

Tableau 3 : Approche pharmacologique

MÉDICAMENTS À PRIVILÉGER

- Mélatonine
- Benzodiazépines conjuguées (lorazépam, oxazépam, témozépam)
- Hypnotiques non-benzodiazépines (zopiclone, zolpidem)
- Antidépresseurs sédatifs (trazodone, mirtazapine)

MÉDICAMENTS À CONSIDÉRER

- Antipsychotiques atypiques (quétiapine, olanzapine)
- Antidépresseur tricyclique (doxépine à très faible dose, 3 et 6 mg/comprimé)

MÉDICAMENTS À ÉVITER

- Antihistaminiques (ex. diphenhydramine, dimenhydrinate, doxylamine)
- Antidépresseurs tricycliques (ex. amitriptyline, nortriptyline, désipramine)
- Benzodiazépines oxydées (ex. clonazépam, flurazépam)

La mélatonine figure en 1^{ère} ligne dans l'algorithme proposé en raison de son profil d'innocuité. Au Canada, la mélatonine est un produit de santé naturel qui est commercialisé sous différentes formulations : les comprimés à libération immédiate, les comprimés à libération prolongée (forme CR) et les caplets à double action. Les études ont démontré l'efficacité de la mélatonine dans le traitement de l'insomnie primaire chez les adultes de 55 ans et plus [16, 17]. Elle diminue la latence d'endormissement et augmente la qualité du sommeil, sans modifier l'architecture du sommeil et causer des effets secondaires importants tels que rencontrés avec les «*hypnotiques en Z*» et les benzodiazépines [16, 17]. Basée sur l'hypothèse de la diminution de sécrétion endogène de la mélatonine chez la personne âgée, la mélatonine, par son effet chronobiotique, s'avère alors un choix de traitement sécuritaire qui comporte peu de risques comparativement aux autres options de traitement disponibles [15]. De plus, elle représente une option de traitement chez la personne âgée présentant un trouble du sommeil paradoxal (REM Sleep Behavior Disorder) et une inversion du cycle éveil-sommeil (par exemple en délirium)[10, 17, 18]. Chez la personne âgée atteinte de démence et vivant en institution (CHSLD), l'efficacité de la mélatonine 2.5 à 5 mg die est augmentée en la combinant à la luminothérapie d'une durée de 30-120 min avec une lampe de 2000-10000 lux [19-21]. Lorsque les conditions le permettent, si le patient a de la somnolence diurne, favoriser l'exposition à la lampe le matin et si le patient tend à vouloir se coucher tôt le soir, privilégier l'exposition à la lampe en après-midi.

Par leur efficacité, les hypnotiques en Z et les benzodiazépines conjuguées sont une option valable pour traiter l'insomnie chez l'adulte. Cependant, chez la personne âgée, leur usage est potentiellement inapproprié (critères de Beers [22]). D'ailleurs, une méta-analyse d'envergure a clairement démontré qu'il y a deux fois plus de risque que ces hypnotiques causent des effets secondaires plutôt que d'améliorer leur trouble de sommeil (NNT = 13 et NNH=6) [23].

Pour éviter les effets secondaires connus et rapportés avec les hypnotiques en Z et les benzodiazépines, certains antidépresseurs peuvent être utilisés pour leur effet sédatif. Les deux antidépresseurs dits «*sédatifs*» sont la trazodone et la mirtazapine à faible dose (≤ 15 mg/jour). Leur effet sédatif s'explique par un blocage des récepteurs histaminiques (H1) et des récepteurs sérotoninergiques (5 HT2). Ils ne présentent pas de risque de dépendance ou d'insomnie rebond à l'arrêt, mais peuvent causer des effets secondaires tels que de l'hypotension orthostatique et un allongement de l'onde QT qui sont des effets non négligeables chez la personne âgée. De plus, la quasi-totalité des études d'efficacité de ces deux antidépresseurs ont été réalisées chez des patients souffrant d'insomnie et présentant des symptômes dépressifs. La littérature est très pauvre pour démontrer l'efficacité de ces deux antidépresseurs chez des patients souffrant d'insomnie primaire (sans symptômes dépressifs) [21, 24, 25]. Cependant, seule la trazodone à faible dose (50 mg HS) a démontré une efficacité statistiquement significative dans l'insomnie chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer modérée à sévère [26].

Tout comme les antidépresseurs sédatifs, les antipsychotiques atypiques tels que la quétiapine (Seroquel) et l'olanzapine (Zyprexa) peuvent être considérés dans le traitement de l'insomnie. Ces derniers n'ont pas l'indication officielle dans le traitement de l'insomnie, mais sont utilisés en pratique pour leur effet sédatif. La majorité des études ont démontré une efficacité chez des patients souffrant d'insomnie et présentant des comorbidités psychiatriques. Pour les patients souffrant d'insomnie primaire (sans symptôme psychiatrique), seule la quétiapine repose sur des études cliniques de démonstration. Plusieurs effets secondaires sont possibles, notamment, l'hypotension orthostatique, l'allongement de l'onde QT, les troubles métaboliques, les symptômes extra-pyramidaux et les effets anticholinergiques. Rappelons également l'augmentation du risque de mortalité (cardiaque et toute cause) si ces médicaments sont utilisés régulièrement pour une période de ≥ 12 semaines chez des patients atteints de démence. Il est donc important de pondérer les risques et les bénéfices avant d'initier l'un de ces médicaments chez la personne âgée [27, 28].

Finalement, la doxépine (Silenor) à faible dose (3 et 6 mg) est une option possible. Cet antidépresseur tricyclique détient l'indication officielle pour traiter l'insomnie de maintien. Les études n'ont montré aucune différence sur le plan de l'innocuité entre les adultes et les personnes âgées de plus de 65 ans [29]. Cependant, les personnes âgées avec des

atteintes cognitives ont été exclues de ces études. Étant un médicament avec un effet anticholinergique reconnu, il faut être prudent lors de sa prescription. De plus, la doxépine n'est pas remboursée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

L'hypnotique idéal présenterait aucune modification de l'architecture du sommeil, une efficacité démontrée autant chez l'adulte que chez la personne âgée et aucun effet secondaire. Malheureusement, il n'existe aucun médicament répondant à ces critères. C'est pourquoi le clinicien doit individualiser son approche et toujours pondérer les risques et les bénéfices avant d'initier un hypnotique chez la personne âgée.

Tableau 4 : Médicaments A PRIVILÉGIER dans le traitement de l'insomnie [22, 30-39]

Nom	Dose cible chez la personne âgée *	Début d'action	Durée d'action	Principaux effets secondaires	Impact sur le sommeil/ architecture du sommeil	Commentaires
PRODUITS DE SANTÉ NATURELS						
Mélatonine Capsule ouvrable ou comprimé sécable ou à dissolution rapide de 1, 3, 5, 10 mg Capsule CR de 5 ou 10 mg Caplet à double action (libération immédiate et prolongée) de 10 mg	1-10 mg Formulation régulière pour ↓ temps de latence du sommeil Formulation CR utile pour ↓ éveils nocturnes	Rapide (20-30 min) (formulation immédiate)	Courte (T½ = 0.5-1h) (formulation immédiate)	<ul style="list-style-type: none"> • Étourdissements ↓ vigilance ou de l'équilibre 	↓ temps de latence Effet inconsistant sur l'architecture du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • La sécrétion de la mélatonine endogène survient la nuit et est inhibée par la lumière du jour. Sa sécrétion nocturne diminue avec l'âge. • La mélatonine exogène régularise le rythme circadien en mimant l'effet de la mélatonine endogène. • Indication dans l'insomnie chez l'enfant atteint de troubles neurologiques et l'insomnie liée au décalage horaire • Indication chez la personne âgée dans l'insomnie primaire et le trouble du sommeil paradoxal (REM Sleep Behavior Disorder) • Pas de toxicité ou d'effets secondaires graves (sauf ↑TA chez patients prenant un bloqueur des canaux calciques) • Peu dispendieux
BENZODIAZÉPINES						
Lorazépam (Ativan®) Comprimé sécable 0,5 mg, 1 mg, 2 mg	0,25 mg-1 mg	Intermédiaire (30-60 min)	Intermédiaire (T½ = 10-20 h)	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de l'équilibre • Amnésie antérograde • Réactions paradoxales (agitation, insomnie) 	↓ Temps de latence ↓ Éveils nocturnes	<ul style="list-style-type: none"> • Témazépam : indication officielle dans l'insomnie. • Lorazépam et Oxazépam : sans avoir l'indication officielle, ils sont utilisés dans l'insomnie vu leurs propriétés sédatives et anxiolytiques.
Oxazépam (Serax®) Comprimé sécable 10 mg, 15 mg, 30 mg	5-15 mg	Lent (45-60 min) (Prendre 1 à 2 h avant le coucher)	Intermédiaire (T½ = 5-20 h)	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnie rebond à l'arrêt • Dépendance 	↓ stade 3 et REM sleep ↑ stade 2	<ul style="list-style-type: none"> • Propriétés anticonvulsivantes et myorelaxantes • Métabolisme par conjugaison (non altéré par l'âge). Autres benzodiazépines : métabolisme par oxydation qui ↓ avec l'âge : ↑ risque d'accumulation.

Nom	Dose cible chez la personne âgée *	Début d'action	Durée d'action	Principaux effets secondaires	Impact sur le sommeil/ architecture du sommeil	Commentaires
Témazépam (Restoril®) Capsule ouvrable 15 mg, 30 mg	15 mg	Lent (45-60 min) (Prendre 1 à 2 h avant le coucher)	Intermédiaire (T½ = 10-20 h)			<ul style="list-style-type: none"> Potentiellement inappropriées chez les personnes âgées (Critères de Beers)[#]
HYPNOTIQUES NON-BENZODIAZÉPINES (ou Hypnotiques en Z)						
Zopiclone (Imovane®) Comprimé sécable 3,75 mg, 5 mg, 7,5 mg	3,75 -5 mg	Rapide (15-30 min) Prendre juste avant le coucher)	Intermédiaire 8h et plus (T½ = 7h)	<ul style="list-style-type: none"> Goût métallique (15-30 %) Xérostomie (2 %) Céphalées Insomnie rebond à l'arrêt 	↓ Temps de latence ↑ Temps total du sommeil ↓ Éveils nocturnes	<ul style="list-style-type: none"> Zopiclone et Zolpidem : indication officielle dans l'insomnie Pas de propriété anxiolytique, anticonvulsivante ni myorelaxante. Potentiellement inappropriés chez personnes âgées (Critères de Beers) # Avantages vs benzodiazépines : modifient moins les stades du sommeil, moins de potentiel d'abus/ dépendance, moins de symptômes de sevrage à l'arrêt Inconvénients vs benzodiazépines : potentiel d'interactions (CYP3A4), coûts car non couverts par RAMQ
Zolpidem (Sublinox®) Comprimé SL à dissolution rapide Non sécable Ne pas croquer ou écraser 5 mg, 10 mg	5 mg	Rapide (15-30 min) (Prendre juste avant le coucher)	Courte 6-8h (T½ = 1,75-4h)	<ul style="list-style-type: none"> Céphalées (7 %) Étourdissements Problèmes de coordination Parasomnies 		
ANTIDÉPRESSEURS SÉDATIFS						
Trazodone (Desyrel®) Comprimé sécable 50 -100 -150 mg	25-100mg	Intermédiaire (30-60 min)	Intermédiaire (T½ = 7-10 h)	<ul style="list-style-type: none"> Xérostomie Vision brouillée HTO Priapisme ↑QT 	↓ Temps de latence ↑ Temps total du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> Indication non officielle dans l'insomnie Efficacité dans l'insomnie vu son effet sédatif Pas de dépendance ou de potentiel d'abus Peu d'impact sur l'architecture du sommeil Effets anticholinergiques à dose > 100-150 mg/jour
Mirtazapine (Remeron® et Remeron RD®) Comprimé sécable de 15-30-45 mg Comprimé dissolution rapide non sécable de 15, 30, 45 mg	7,5-15 mg	Intermédiaire (30-60 min)	Longue (T½ = 20-40h) Utile pour insomnie matinale	<ul style="list-style-type: none"> Xérostomie ↑ appétit Gain de poids Sédation diurne ↑QT 		<ul style="list-style-type: none"> Indication non officielle dans l'insomnie Efficacité dans l'insomnie vu effet sédatif lorsqu'utilisée à faible dose (≤ 15 mg/jour) Peut causer ou exacerber un SIADH (Critères de Beers)[#]

*En général, la dose cible chez la personne âgée doit correspondre au tiers ou à la moitié de la dose sédatif habituelle chez l'adulte.

Critères de Beers [22]: Éviter usage prolongé (> 90 jrs) chez personne âgée. Augmentent le risque de délirium, chutes et fractures.

Tableau 5 : Médicaments POUVANT ÊTRE CONSIDÉRÉS dans le traitement de l'insomnie [22, 29, 33, 34, 36-38]

Nom	Dose cible chez la personne âgée *	Début d'action	Durée d'action	Principaux effets secondaires	Impact sur le sommeil	Commentaires
ANTIPSYCHOTIQUE ATYPIQUE						
Quétiapine (Seroquel®) Comprimé sécable de 25, 50, 100, 200, 300 mg	6,25- 200 mg	Rapide (20-30 min)	Courte (T½ = 6-10h)	<ul style="list-style-type: none"> • HTO • ↑ QT • Troubles métaboliques • Dyskinésie tardive 	Amélioration du sommeil (phase améliorée non précisée dans les études)	<ul style="list-style-type: none"> • Indication non officielle dans l'insomnie • Effet sédatif relié au blocage des récepteurs histaminiques (H1) et sérotoninergiques (5HT2) • À considérer chez personne âgée avec symptômes comportementaux et psychiatriques reliés à la démence (SCPD) • Efficace dans l'insomnie avec présence de comorbidités psychiatriques • Avis de Santé Canada : ↑risque de mortalité cardiovasculaire et de mortalité toute cause si usage régulier pendant ≥ 12 semaines chez patients avec démence. Considérer risques vs bénéfiques • Tolérance possible à l'effet sédatif
ANTIDÉPRESSEUR TRICYCLIQUE						
Doxépine (Silenor®) Comprimé de 3 et 6 mg	3-6 mg	30 min	Longue (T½ = 15-30h)	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion • Somnolence résiduelle diurne • Pas d'effets anticholinergiques significatifs 	↓ Éveils nocturnes ↑ Temps total du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Indication officielle dans l'insomnie • Effet sédatif relié au blocage des récepteurs histaminiques (H1) • Études cliniques ont inclus des p. âgées sans atteinte cognitive • Profil d'innocuité comparable au placebo dans les essais cliniques • Avantages en lien avec la faible dose utilisée : pas d'effets anticholinergiques significatifs, pas de gain de poids, pas d'HTO • Effets anticholinergiques à dose > 6 mg/jour • Pas de dépendance ni de parasomnie vs les BZD et les hypnotiques non-BZD • Potentiel d'interactions (CYP 2D6, 2C19) • N'est pas couvert par la RAMQ

*En général, la dose cible chez la personne âgée doit correspondre au tiers ou à la moitié de la dose sédatrice habituelle chez l'adulte.

Pour usage sédatif : Quétiapine (Séroquel®) > Olanzapine (Zyprexa®) > Risperidone (Risperdal®).

N.B. L'aripiprazole (Abilify®) n'a pas de propriétés sédatives mais plutôt stimulantes.

Médicaments A ÉVITER dans le traitement de l'insomnie

Les médicaments en vente libre pour l'insomnie contiennent tous un **antihistaminique de première génération** comme la diphenhydramine (Benadryl®, Nytol®, Dormex®, Sleep-Ez®, Unisom SleepMelts®) ou la doxylamine (NyQuil®, Unisom SleepTabs®). On les utilise dans l'insomnie pour leur effet sédatif. Ils sont à éviter chez la personne âgée en raison de leurs effets hautement anticholinergiques (Critères de Beers [22]). Ils entraînent également d'autres effets indésirables non négligeables tels que de la sédation diurne et des étourdissements. De plus, leur usage est contre-indiqué dans plusieurs pathologies, notamment le glaucome, l'hypertrophie bénigne de la prostate, les maladies cardiaques et l'asthme [33, 34, 36-39].

Les **antidépresseurs tricycliques** tels que l'amitriptyline (Élavil®) et la doxépine > 6 mg (Sinéquan®) sont également à éviter chez la personne âgée en raison de leurs effets anticholinergiques significatifs (Critères de Beers [22]). Ils entraînent également de la sédation diurne et de l'hypotension orthostatique.

Les benzodiazépines telles que le flurazépam (Dalmane®), le diazépam (Valium®) et le clonazépam (Rivotril®) ne sont pas des options de traitement, car elles sont toutes à risque d'accumulation chez la personne âgée puisqu'elles sont métabolisées par voie oxydative

(métabolisme altéré avec l'âge). Les unes présentent soit un haut degré de liposolubilité (traversent facilement la barrière hémato-encéphalique), les autres présentent une très longue demi-vie d'élimination. Par exception, le clonazépam (Rivotril®) peut être envisagé dans le traitement de parasomnies, telles que le trouble du comportement en sommeil paradoxal (TCSP). En somme, **les benzodiazépines recommandées chez la personne âgée sont : le lorazépam (Ativan®), l'oxazépam (Serax®) et le témazépam (Restoril®).**

Sevrage des benzodiazépines

Les éléments essentiels **pour réussir l'arrêt des benzodiazépines (BZD)** sont multiples :

- 1) établir un lien de confiance avec la personne âgée
- 2) impliquer le patient dans la décision de sevrer ou cesser la BZD, préciser sa motivation
- 3) prendre soin d'évaluer les expériences antérieures de sevrage
- 4) évaluer la consommation réelle de benzodiazépines
- 5) individualiser la démarche de sevrage



Pour éviter des symptômes de retrait trop rapide, **un sevrage graduel est recommandé lorsque la benzodiazépine est consommée régulièrement depuis plus de 3 semaines.** L'arrêt brusque d'une BZD peut produire un syndrome d'abstinence qui survient environ 1-2 jours pour les BZD à courte demi-vie, ou environ 5-10 jours (jusqu'à 21 jours) pour les BZD à longue demi-vie suivant l'arrêt du médicament [40].

Différentes méthodes et calendriers de sevrage existent dans la littérature, mais **règle générale, il est recommandé de diminuer de 10 à 25 % la dose aux 1 à 2 semaines.** Toutefois, certaines situations cliniques aiguës (ex. : delirium, chutes multiples, hypersomnolence) nécessitent un sevrage plus rapide. Le clinicien doit alors adopter une méthode de sevrage plus agressive en début (ex. réduire de 50 % la dose de BZD) et/ou raccourcir les paliers de sevrage (< 1 sem.). Après cette réduction importante, il réévalue la situation clinique et ralentit la vitesse de sevrage suivant la règle générale (\downarrow 10 à 25 % q 1-2 sem). La pratique en milieu hospitalier permet d'assurer un suivi et une surveillance des patients de façon plus étroite qu'en milieu ambulatoire [41, 42].

Comment effectuer le sevrage ?

- 1- Déterminer en accord avec le patient l'objectif à atteindre (**sevrage complet ou partiel**) en considérant sa raison d'utilisation (hypnotique, anxiolytique)
- 2- Choisir la méthode de sevrage :
 - a. **Directe** (à partir de la BZD déjà utilisée)
 - b. **Par substitution** (remplacer la ou les BZD utilisées par une BZD à plus longue demi-vie en dose équivalente)

En milieu ambulatoire, la méthode de sevrage directe est privilégiée chez la personne âgée. Si le patient consomme une benzodiazépine avec une longue demi-vie (ex. clonazépam, flurazépam), elle présente l'avantage de réduire le risque ou l'intensité des symptômes de sevrage lorsqu'elle est cessée rapidement. Ces symptômes sont : insomnie, anxiété, palpitations, tremblements, sudation, dysphorie, agitation, nausées, douleur abdominale ad état psychotique, delirium, convulsions et coma.

En milieu hospitalier, chez la personne âgée, on favorise la méthode par substitution par une BZD à demi-vie intermédiaire soit le lorazépam ou l'oxazépam à dose équivalente/comparable. Il est préférable de procéder à une substitution à dose équivalente avec une BZD en comprimé plutôt qu'en capsule facilitant ainsi la diminution en fractionnant le comprimé.

- 3- Établir la vitesse de sevrage (calendrier de sevrage) en considérant par ordre d'importance :
 - a. Le contexte clinique
 - b. La dose
 - c. La durée d'utilisation
 - d. La demi-vie d'élimination
 - e. La raison d'utilisation : insomnie, anxiété
 - f. La sévérité du problème
 - g. La personnalité et croyances

Si échec ou présence de symptômes de retrait, revenir à l'étape précédente et reprendre la démarche ultérieurement. A la reprise, considérer de ralentir le sevrage soit en réduisant le pourcentage de diminution de dose ou en prolongeant les paliers/étapes de sevrage.

Pour prévenir les rechutes, s'assurer d'un suivi étroit du patient (sur moyen à long terme), rappeler les mesures non pharmacologiques efficaces (stratégies cognitives, comportementales, éducatives), rappeler les risques de la médication, identifier les périodes à risque de rechutes (ex. : retour à domicile, plaintes d'insomnie lors de visite chez le médecin de famille), éviter les tentations en s'assurant de retirer du domicile tout hypnotique utilisé antérieurement. Dans les cas de sevrage difficile, il faut considérer de référer le patient pour une TCC-I auprès d'un thérapeute spécialisé. En effet, la participation à des sessions de TCC-I au cours du sevrage permet d'augmenter considérablement le taux de succès (plus de 80 %, contre 50 % en cas de sevrage sans TCC-I) [43].

En tout temps, le clinicien doit maintenir une **approche souple et individualisée** dans l'application de la démarche de sevrage de la benzodiazépine. Il doit fournir du soutien à la personne âgée, car ses inquiétudes, conceptions et croyances reliées au sommeil et à l'insomnie sont omniprésentes [42, 43].

CAS CLINIQUE

Madame Hing Somnee, âgée de 76 ans, unilingue chinoise, est amenée à l'urgence par son fils unique car depuis 1 semaine, elle tousse, est fiévreuse (39°C), dyspnéique (respiration à 24/min et saturation à 90 %), somnolente et confuse. Après avoir questionné et examiné Madame en présence de son fils, l'urgentologue ordonne un bilan d'investigation qui démontre une leucocytose, une anémie inflammatoire, une insuffisance rénale aiguë et une pneumonie du lobe inférieure gauche. Il lui prescrit des traitements d'inhalothérapie, un corticostéroïde et un antibiotique IV et cesse l'hydrochlorothiazide (re : IRA et hypotension).

Le bilan comparatif de la pharmacienne à l'urgence démontre que Madame souffre d'insomnie chronique depuis des années et qu'elle achetait en vente libre de la diphenhydramine 25 mg (Sleep-Ez®) qu'elle utilisait 2-3 fois/sem lorsqu'elle était trop fatiguée par le manque de sommeil. Suite au décès de son mari il y a 1 an, cette insomnie a augmenté et son médecin lui a prescrit du clonazépan (Rivotril®) 0,25 mg HS PRN. Madame a fini par le prendre à tous les jours et depuis trois mois, elle a doublé sa dose vu la perte d'efficacité, et elle rajoute même parfois son Sleep-Ez®. Son fils ne note aucun symptôme dépressif ou anxieux chez sa mère.

Approche initiale

Vu sa somnolence à l'urgence, le clonazépan est diminué rapidement à 0,25 mg HS pour 3 jours puis cessé complètement. Quarante-huit heures après son admission, Madame Somnee, se porte mieux au niveau pulmonaire, commence à être plus éveillée mais devient agitée et agressive vers le souper. Ce comportement perdure dans la nuit et Madame Somnee finit par dormir toute la journée suivante.

Mi-séjour

Malgré l'approche adaptée à la personne âgée en delirium, Madame se détériore au plan de son autonomie et refuse d'aller en physiothérapie. Face à l'échec des mesures non pharmacologiques instaurées, la quétiapine (Séroquel®) est débutée puis augmentée jusqu'à 75 mg die vers 17h00 pour traiter son delirium hyperactif. Madame Somnee est plus calme en soirée mais se plaint toujours d'insomnie (également objectivée par le personnel infirmier dans le journal du sommeil) et n'arrive pas à récupérer son énergie. L'approche adaptée à la personne âgée avec insomnie est mise en place et le trazodone (Désyrel®) est introduit et augmenté jusqu'à 50 mg HS. Cet hypnotique a été choisi car Madame a abusé et est devenue dépendante aux benzodiazépines avant son hospitalisation. Madame Somnee réussit à dormir 6-7h/nuit.

Planification au congé / suivi

Après trois semaines de réadaptation, Madame a congé de l'hôpital avec seulement du trazodone pour le sommeil. La quétiapine a été sevrée puis cessée, vu la résolution du delirium. Avant de quitter, Madame et son fils ont été rencontrés par la pharmacienne qui explique les effets néfastes des médicaments en vente libre pour l'insomnie et les risques d'abus et de dépendance associés aux benzodiazépines. L'infirmière s'assure également que Madame adoptera des bonnes habitudes d'hygiène de sommeil et des stratégies comportementales adéquates à son retour à domicile.

ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES

1. Kergoat MJ, Gilbert S, Gravel J, Hill J, Hoang LUA, Latour J, Loontjens B, Morin M, Papillon-Ferland L, Paré C *et al*: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 2^{ème} édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2017.
2. Tjepkema M: **Insomnia**. *Health reports / Statistics Canada, Canadian Centre for Health Information = Rapports sur la sante / Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la sante* 2005, **17**(1):9-25.
3. Lorai D, et coll: **Troubles du sommeil**. In: *Précis de gériatrie 3^{ème} édition*. Edited by Arcand M, Hébert R. St-Hyacinthe (Québec, Canada): Edisem Maloine; 2007.
4. Hottin P: **L'insomnie chez la personne âgée**. *Le Médecin du Québec* 2001, **36**(8):45-53.
5. American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition**. Arlington, VA; 2013.
6. Mosimann UP, Boeve BF: **Chapter 51. Sleep disorders**. In: *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry (2 ed)*. Edited by Denning T, Thomas A. New York, United States: Oxford University Press; 2013.
7. 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.
8. Fetveit A: **Late-life insomnia: a review**. *Geriatr Gerontol Int* 2009, **9**(3):220-234.
9. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, Ancoli-Israel S, Buysse DJ, Kryger MH, Phillips BA, Thorpy MJ, Vitiello MV, Zee PC: **Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons**. *J Am Geriatr Soc* 2009, **57**(5):761-789.
10. Bonnet MH, Arand DL: **Treatment of insomnia: UpToDate**; (www.uptodate.com) [consulté le 5 avril 2014].
11. Shub D, Darvishi R, Kunik ME: **Non-pharmacologic treatment of insomnia in persons with dementia**. *Geriatrics* 2009, **64**(2):22-26.
12. Kergoat M-J, Dupras A, Juneau L, Bourque M, Boyer D, et al: **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence**. Québec (province), Canada: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications 2011.
13. 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.
14. Wilt TJ, MacDonald R, Brasure M, Olson CM, Carlyle M, Fuchs E, Khawaja IS, Diem S, Koffel E, Ouellette J *et al*: **Pharmacologic Treatment of Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians**. *Ann Intern Med* 2016, **165**(2):103-112.
15. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, Argyropoulos SV, Baldwin DS, Bateson AN, Britton TC, Crowe C, Dijk DJ, Espie CA *et al*: **British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders**. *J Psychopharmacol* 2010, **24**(11):1577-1601.
16. Lemoine P, Nir T, Laudon M, Zisapel N: **Prolonged-release melatonin improves sleep quality and morning alertness in insomnia patients aged 55 years and older and has no withdrawal effects**. *J Sleep Res* 2007, **16**(4):372-380.
17. Wade AG, Crawford G, Ford I, McConnachie A, Nir T, Laudon M, Zisapel N: **Prolonged release melatonin in the treatment of primary insomnia: evaluation of the age cut-off for short- and long-term response**. *Curr Med Res Opin* 2011, **27**(1):87-98.
18. Zdanyk KF, Steffens DC: **Sleep Disturbances in the Elderly**. *Psychiatr Clin North Am* 2015, **38**(4):723-741.
19. Dowling GA, Burr RL, Van Someren EJ, Hubbard EM, Luxenberg JS, Mastick J, Cooper BA: **Melatonin and bright-light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients**

- with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 2008, **56**(2):239-246.**
20. Riemersma-van der Lek RF, Swaab DF, Twisk J, Hol EM, Hoogendijk WJ, Van Someren EJ: **Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities: a randomized controlled trial.** *JAMA* 2008, **299**(22):2642-2655.
 21. Deschenes CL, McCurry SM: **Current treatments for sleep disturbances in individuals with dementia.** *Curr Psychiatry Rep* 2009, **11**(1):20-26.
 22. By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel: **American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.** *J Am Geriatr Soc* 2015, **63**(11):2227-2246.
 23. Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE: **Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits.** *BMJ* 2005, **331**(7526):1169.
 24. Wiegand MH: **Antidepressants for the treatment of insomnia : a suitable approach?** *Drugs* 2008, **68**(17):2411-2417.
 25. Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH: **The use of antidepressants in Belgian nursing homes: focus on indications and dosages in the PHEBE study.** *Drugs Aging* 2012, **29**(9):759-769.
 26. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL: **Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer's disease.** *Cochrane database of systematic reviews* 2014(3):CD009178.
 27. Anderson SL, Vande Griend JP: **Quetiapine for insomnia: A review of the literature.** *Am J Health Syst Pharm* 2014, **71**(5):394-402.
 28. Coe HV, Hong IS: **Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia.** *Ann Pharmacother* 2012, **46**(5):718-722.
 29. Rojas-Fernandez CH, Chen Y: **Use of ultra-low-dose (</=6 mg) doxepin for treatment of insomnia in older people.** *Canadian pharmacists journal : CPJ = Revue des pharmaciens du Canada : RPC* 2014, **147**(5):281-289.
 30. Guay B, Morin C: **Le traitement pharmacologique de l'insomnie: controverse et réalité.** *Le Médecin du Québec* 2010, **45**(3):67-71.
 31. Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN: **Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration.** *BMJ* 2012, **345**:e8343.
 32. Leblanc M, Messier K: **Prescrire les hypnotiques non benzodiazépines sans causer d'insomnie.** *Le Médecin du Québec* 2014, **39**(1):63-66.
 33. Grenier J, Jolin M: **Le traitement de l'insomnie.** *Québec Pharmacie* 2010, **57**(2):24-27.
 34. Phang G: **L'insomnie chez la personne âgée.** *Québec Pharmacie* 2011, **58**(3):7-8.
 35. Olde Rikkert MG, Rigaud AS: **Melatonin in elderly patients with insomnia. A systematic review.** *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie* 2001, **34**(6):491-497.
 36. **Insomnia Treatments (#290526).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Mai 2013.
 37. **Are Sedatives Safe for the Elderly ? (#290608).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Juin 2013.
 38. **Medications Used for Insomnia (#271226).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Décembre 2011.
 39. **Insomnia in the Elderly (#250919).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Septembre 2009.
 40. Greller H, Gupta A: **Benzodiazepine poisoning and withdrawal: Up to Date** (www.uptodate.com) [consulté le 28 octobre 2014].
 41. Morin CM: **Vaincre les ennemis du sommeil 2e édition.** Montréal (Québec, Canada): Éditions de l'Homme; 2009.
 42. Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Merette C, Bastien C, Baillargeon L: **Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial.** *JAMA* 2009, **301**(19):2005-2015.
 43. Roberge A: **Programme Agir pour mieux dormir du CSSS de la Vieille-Capitale;** 2014 http://www.csssvc.qc.ca/services/ssa_Agir_mieuxDormir.php [consulté le 10 octobre 2014].

ANNEXE 2 - JOURNAL SUR LE SOMMEIL

Consignes pour remplir le journal :

- Enregistrement quotidien de 24 heures, pendant 1-2 semaines, à rédiger le matin
- Écrire la date et le type de journée (ex: événements)
- Mettre un "X" à l'heure du coucher. Hachurer la case à l'heure estimée d'endormissement. Hachurer toutes les cases de sommeil (jour et nuit)
- Inscrire "C" pour caféine, la lettre "M" pour la prise de médicaments et la lettre "A" pour la consommation d'alcool

Date	Type	0 h	1 h	2 h	3 h	4 h	5 h	6 h	7 h	8 h	9 h	10 h	11 h	12 h	13 h	14 h	15 h	16 h	17 h	18 h	19 h	20 h	21 h	22 h	23 h	
Semaine 1																										

ANNEXE 3 - ÉVALUATION DE L'INSOMNIE

ÉVALUATION : Nom	Date	No de dossier
A- Histoire de sommeil		
Type d'insomnie	<input type="checkbox"/> Initiale <input type="checkbox"/> Éveils fréquents <input type="checkbox"/> Terminale <input type="checkbox"/> Somnolence diurne	
Durée des symptômes	<input type="checkbox"/> Chronique (>3 mois)	<input type="checkbox"/> Aigu (<3 mois)
Chronologie	Début du problème:	Facteurs déclenchants:
Description du sommeil actuel	Heure de coucher:	Heure de lever :
	Latence d'endormissement (minutes):	Éveils nocturnes (nombre, durée, causes) :
	Durée totale des éveils post-endormissement:	Siestes (nombre, durée, heure):
	Routine avant d'aller au lit:	
Description sommeil avant l'insomnie		
Aspects qualitatifs du sommeil	Qualité subjective du sommeil: _____ Impact quotidien : <input type="checkbox"/> Sensation de fatigue accrue <input type="checkbox"/> Somnolence diurne <input type="checkbox"/> Baisse de la concentration <input type="checkbox"/> Baisse des capacités cognitives (mémoire) <input type="checkbox"/> ↓ des activités quotidiennes <input type="checkbox"/> Apparition de symptômes affectifs	
Types de stratégies essayés	<input type="checkbox"/> Essais médicamenteux _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Modifications d'habitudes _____ _____ _____
B- Facteurs environnementaux		
<input type="checkbox"/> Travail soir-nuit	<input type="checkbox"/> Décalages horaires	<input type="checkbox"/> Variation d'hygiène de sommeil la fin de semaine
<input type="checkbox"/> Environnement chambre	<input type="checkbox"/> Stress psychosociaux	Information du conjoint <input type="checkbox"/> Ronflements <input type="checkbox"/> Mouvement des jambes <input type="checkbox"/> Rêves agités <input type="checkbox"/> Pauses respiratoires

C- Antécédents médicaux et psychiatriques		
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Douleur chronique
<input type="checkbox"/> Deuil	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> Delirium
<input type="checkbox"/> Problèmes gastro-intestinaux : ulcère gastro-duodénal, reflux gastro-oesophagien, syndrome côlon irritable	<input type="checkbox"/> Nycturie (hypertrophie bénigne de la prostate, cancer de la prostate, hyperactivité vésicale) <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Angine-dyspnée paroxystique nocturne - maladie
<input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires : toux, asthme, maladie pulmonaire obstructive-chronique, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Ménopause, bouffées de chaleur	<input type="checkbox"/> Dysthyroïdie
<input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Démence	<input type="checkbox"/> Prurit: problèmes dermatologiques (ex. : eczéma, psoriasis, xérose)
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Antécédent insomnie	<input type="checkbox"/> Autres
D- Médicaments		
<input type="checkbox"/> Anticholinergiques	<input type="checkbox"/> Antidépresseurs	
<input type="checkbox"/> Bêta-bloquants	<input type="checkbox"/> Bronchodilatateurs	
<input type="checkbox"/> Caféine : médicaments souvent utilisés pour traiter les migraines et combinés avec AAS, acétaminophène ou codéine	<input type="checkbox"/> Cholinergiques : médicaments utilisés pour traiter la démence (ex.: donépézil) ou atonie vésicale (ex.: bétanéchol)	
<input type="checkbox"/> Cimétidine	<input type="checkbox"/> Corticostéroïdes	
<input type="checkbox"/> Décongestionnants : contient de la pseudo-éphédrine ou du phénylpropanolamine	<input type="checkbox"/> Diurétiques [§]	
<input type="checkbox"/> Lévodopa	<input type="checkbox"/> Nicotine [¶]	
<input type="checkbox"/> Phénytoïne	<input type="checkbox"/> Sevrage d'hypnotiques	
<input type="checkbox"/> Stimulants du système nerveux central (ex: méthylphénidate)	<input type="checkbox"/> Théophylline	
<input type="checkbox"/> Tolérance aux benzodiazépines	<input type="checkbox"/> Autres: médicaments en vente libre et produits de santé naturels	
E- Habitudes de vie		
Quantité et heure de consommation: <input type="checkbox"/> Alcool: <input type="checkbox"/> Drogues: <input type="checkbox"/> Caféine (café, thé, chocolat, boissons énergisantes) : <input type="checkbox"/> Tabac:	<input type="checkbox"/> Exercice physique (heure):	

[§]Diurétiques : favorise nycturie donc prendre tôt le matin

[¶]Nicotine : enlever le timbre et éviter les gommes de nicotine avant d'aller dormir si insomnie