

GESTION DES HYPNOSÉDATIFS EN UCDG

ANNEXE 7 DU DOCUMENT «GUIDE DE GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG – 3^{IÈME} ÉDITION» [1]

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

Auteurs :

Le Uyen Anh Hoang, M.D., médecin de famille, GMF 8260 et Rivière-des-Prairies, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Judith Gravel, pharmacienne, Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval, CISSS de Laval

Édition 2021

Révisure :

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



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

Deuxième édition : 2017 [2]

Première édition : 2015 [3]

Illustrations : Victoire K-Bezeau

INCIDENCE DE L'INSOMNIE

L'insomnie est un phénomène qui touche un grand nombre de citoyens de tout âge à travers le Canada, affectant plus les adultes que les adolescents et les enfants. Autant au Québec que dans le reste du Canada, près de 25 % des personnes âgées de 18 ans et plus présentent des symptômes d'insomnie, 10% remplissant les critères du diagnostic d'insomnie chronique [4, 5]. Les symptômes d'insomnie sont plus fréquents avec le vieillissement et se retrouvent chez 50% des personnes âgées de 65 ans et plus [5]. Cependant, les données épidémiologiques diffèrent d'une étude à l'autre. Ce pourcentage peut être similaire [4] ou augmenté pour le groupe d'âge de 65 à 79 ans en comparaison avec le groupe d'âge de 18-65 ans [6]. L'insomnie est plus fréquente chez les femmes et chez les personnes ayant un faible niveau de scolarité et un bas revenu. De 2007 à 2015, la prévalence de l'insomnie a augmenté de 40% autant chez les personnes âgées de 18 ans et plus que chez les 65 ans et plus [4].

DÉFINITION DE L'INSOMNIE CHRONIQUE

L'insomnie chronique est un diagnostic clinique reposant sur des plaintes subjectives du patient ou de son entourage. Selon la 3^e édition de la Classification Internationale des Troubles du Sommeil (ICS-3), chapeautée par l'American Society of Sleep Medicine, un diagnostic d'insomnie chronique est émis si les six critères suivants sont respectés. **Premièrement**, l'insomnie est caractérisée par la difficulté à amorcer le sommeil après plus de 30 minutes au lit (insomnie initiale), et/ou 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). **Deuxièmement**, l'insomnie occasionne une des plaintes diurnes suivantes : somnolence diurne, fatigue accrue, baisse de l'attention, de la concentration ou des capacités cognitives, baisse de motivation et d'énergie, propension à faire des erreurs ou accidents, apparition de symptômes affectifs (ex : irritabilité), impact sur le fonctionnement quotidien (social, familial, professionnel ou académique), inquiétude ou manque de satisfaction par rapport au sommeil. **Troisièmement**, ce manque de sommeil n'est pas dû à un manque d'opportunité ou à un environnement hostile pour le sommeil. **Quatrièmement** et **cinquièmement**, les difficultés du sommeil et les plaintes diurnes surviennent au moins 3 fois par semaine et durent depuis au moins 3 mois. **Sixièmement**, ce tableau ne peut pas être expliqué par un autre trouble du sommeil (ex : syndrome de l'apnée du sommeil, syndrome des jambes sans repos, narcolepsie, parasomnie et trouble du rythme circadien) [7].

Le recours aux enregistrements en laboratoire ou en ambulatoire sert à éliminer la présence des autres troubles du sommeil (syndrome de l'apnée du sommeil ou trouble en sommeil paradoxal) ou à observer les patients avec échec aux traitements habituels pour l'insomnie chronique [8].

L'insomnie est dite primaire si elle n'a pas de cause et est un trouble en soi selon le DSM-V. Cependant, elle est souvent associée à de nombreuses comorbidités (insomnie comorbide). L'insomnie est un symptôme fréquent de plusieurs maladies médicales et psychiatriques, mais peut en être aussi la cause. Lorsque le patient souffre d'insomnie, il a une plus haute prévalence de souffrir d'un problème de santé mentale (anxiété, dépression), de développer des maladies métaboliques (ex : diabète), cardiovasculaires (ex : hypertension, cardiopathies, accident vasculaire cérébral) ou un trouble neurocognitif (TNC). De plus, l'insomniaque a un risque de mortalité augmenté [9, 10].

MODIFICATIONS DU SOMMEIL AU COURS DU VIEILLISSEMENT

Le vieillissement normal modifie l'architecture du sommeil. Le tableau 1 présente les 4 stades de l'architecture normale chez l'adulte et indique les changements spécifiques chez la personne âgée [8, 11-13].

Le besoin de sommeil chez la personne âgée (7-8h/nuit) change peu par rapport à un jeune adulte (7-9h/nuit) [14]. Soulignons que le besoin en heures de sommeil varie d'une personne à l'autre dans un même groupe d'âge. Cependant, le sommeil de la personne âgée 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 [11-13].

La modification du cycle éveil-sommeil, due à une altération des rythmes circadiens, accentue la somnolence diurne et pousse les personnes âgées à se coucher plus tôt [8].

Les modifications du sommeil associées au vieillissement normal, bien que rendant ce sommeil plus vulnérable, ne mènent pas systématiquement à de l'insomnie. Pour certaines personnes âgées, ces perturbations n'engendrent pas de symptômes diurnes. Mais pour d'autres, elles constituent une source d'anxiété et entraînent des répercussions importantes dans l'accomplissement des activités quotidiennes [11]. Pour le premier groupe de patients, on ne pose pas de diagnostic d'insomnie chronique. Seul le deuxième groupe de patients peut bénéficier d'un traitement pour l'insomnie chronique [8].

Tableau 1 : Spécificités des stades du sommeil chez la personne âgée [8, 11-13]

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 une 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 trouble neurocognitif majeur (TNM))

LES CAUSES DE L'INSOMNIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

L'insomnie chronique est le résultat d'une combinaison de trois types de facteurs : prédisposants, précipitants et perpétuants. Les facteurs prédisposants chez la personne âgée incluent l'âge, la sédentarité, la facilité d'être éveillé durant le sommeil et un état d'hypervigilance en réponse à des stressors. S'ajoutent à ceux-ci, le fait d'être une femme, d'être célibataire (séparé, divorcé ou veuf), le tabagisme et la consommation régulière d'alcool ou de drogues sont d'autres facteurs prédisposants. Chez la personne âgée, l'insomnie est souvent favorisée par des facteurs déclencheurs tels que des problèmes de santé médicaux, psychiatriques et/ou médicamenteux, observés plus fréquemment avec le vieillissement. L'insomnie est souvent entretenue par des facteurs perpétuants tels que 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 [9, 12, 15].

Pour cibler les causes de l'insomnie, nous vous proposons un questionnaire détaillé (annexe 3) qui permettra d'identifier et de corriger les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants. De plus, c'est un outil utile pour le suivi du traitement de l'insomnie.

TRAITEMENT PAR APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

Qu'importe la cause, le premier traitement de l'insomnie chronique est toujours une approche non pharmacologique consistant à identifier et à traiter les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants pour favoriser l'adoption de comportements propices au sommeil (tableau 2) [10-12, 16-18]. Un journal de sommeil sur deux semaines est suggéré pour mieux analyser le type d'insomnie, faire un lien avec certains stimuli et évaluer l'efficacité des traitements (annexe 2) [19].

Pour l'insomnie développée en milieu hospitalier, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et le CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ont développé et préconisent une approche adaptée à la personne âgée [20]. 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.). Au congé de l'UCDG, il faut continuer d'appliquer cette approche non pharmacologique en l'adaptant à l'environnement domiciliaire.

Si l'insomnie chronique persiste malgré les conseils d'hygiène du sommeil, le patient peut être référé à un thérapeute spécialisé en thérapie cognitivo-comportementale (TCC-I). Plusieurs études rétrospectives de courte durée concluent que la TCC-I seule et la TCC-I combinée avec un hypnotique sont plus efficaces que le traitement médicamenteux seul [21]. La TCC-I diminue les symptômes diurnes (chez 70-80% des patients) et amène une rémission complète (chez 50-60% des patients) [8]. De plus, la TCC-I seule et la TCC-I combinée avec un traitement médicamenteux ont une efficacité à long terme dans les études de 12-24 mois. Les principaux avantages de la TCC-I seule sont l'absence d'effets secondaires des médicaments et l'acquisition permanente des habiletés à gérer l'insomnie en cas de récurrence. La combinaison de la TCC-I à un hypnotique est indiquée pour un patient dont l'insomnie occasionne une détresse importante ou une dysfonction sévère du quotidien. Dès qu'une amélioration est observée, il faut envisager le sevrage de l'hypnotique sur 6-8 semaines [21]. Le format standard de la TCC-I comprend 4 sessions de 90 minutes, à raison d'une session par semaine, en thérapie individuelle ou de groupe [22]. D'ailleurs, la Société québécoise de gériatrie (SQG) recommande la **TCC-I comme traitement de 1ère ligne de l'insomnie chronique chez la personne âgée** [8]. Cependant, les inconvénients de la TCC-I sont le manque de thérapeutes spécialisés (autant en milieu public que privé), le long délai d'attente dans le milieu public et les frais associés aux consultations en cliniques privées, non couverts par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) [22].

Tableau 2 : Stratégies cognitivo-comportementales à adopter en tenant compte des facteurs environnementaux et des habitudes de la personne âgée [10-12, 16-18]

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 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 soda caféiné) 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, coloriage, 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

TRAITEMENT PAR APPROCHE PHARMACOLOGIQUE

Avant de recourir à un traitement pharmacologique contre l'insomnie chez la personne âgée avec ou sans TNC, il faut s'assurer qu'il y a eu échec à l'application des stratégies non-pharmacologiques, la TCC-I (si accessible) et le traitement des comorbidités. Si l'insomnie persiste et perturbe le fonctionnement de la personne âgée, on peut considérer l'ajout d'agents pharmacologiques. Le choix du médicament se fait en considérant six facteurs [8, 23]:

- 1) Type d'insomnie (difficulté d'endormissement, éveils fréquents, insomnie matinale)
- 2) Comorbidités (ex. : symptômes anxio-dépressifs, TNCM, symptômes comportementaux et psychiatriques liés 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.



De surcroît, la SQG recommande au médecin qui débute un hypnotique de viser la dose minimale efficace du médicament. Règle générale, la dose cible chez la personne âgée correspond au tiers ou à la moitié de la dose recommandée chez l'adulte. La SQG encourage une prise intermittente et recommande une durée de traitement la plus courte possible (idéalement < 2-4 semaines). Donc, le traitement doit être réévalué à chaque consultation médicale avec essai périodique de sevrage progressif. En terminant, il faut tenir compte que la plupart des personnes âgées n'adhère pas à une assurance privée pour rembourser leurs médicaments. Ainsi, pour être accessible, l'hypnotique choisi doit être couvert par la RAMQ [8, 23-26].

Parmi les médicaments qui sont officiellement reconnus par Santé Canada pour traiter l'insomnie chez les adultes, on retrouve deux benzodiazépines (le témazépam (Restoril®) et le flurazépam (Dalmane®)), trois hypnotiques non-benzodiazépines (le zopiclone (Imovane®), le zolpidem (Sublinox®) et l'eszopiclone (Lunesta®)), un antidépresseur tricyclique (la doxépine à faible dose (Silenor®)) et un antagoniste des récepteurs des orexines (le lemborexant (Dayvigo®) (tableau 4) [22, 27, 28]. Les autres médicaments (antidépresseurs, antipsychotiques, antihistaminiques, etc.) n'ont pas l'indication officielle dans l'insomnie, mais sont utilisés en pratique pour leur propriété sédatrice.

Dans la littérature, des lignes directrices cliniques existent pour le traitement de l'insomnie chez l'adulte, mais pas chez la personne âgée avec ou sans TNC.

En octobre 2019, la SQG a émis un énoncé de position sur le traitement pharmacologique de l'insomnie à privilégier chez la personne âgée autonome: Zolpidem, zopiclone, témazépam, doxépine faible dose ou mélatonine [8]. Chez la personne âgée avec TNC, seules la mélatonine (2-5 mg HS) en association avec la luminothérapie le matin, et la trazodone (25-50 mg HS) ont été évaluées chez ces patients [23-26]. Les benzodiazépines, les hypnotiques non-benzodiazépines et la doxépine faible dose n'ont pas été validés chez ces patients.

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 néfaste. Malheureusement, il n'existe aucun médicament répondant à ces critères. C'est pourquoi le clinicien doit individualiser son approche, selon les six critères cités plus hauts, et doit toujours évaluer les risques et les bénéfices avant d'initier un hypnotique chez la personne âgée. Pour guider le clinicien dans son choix de médicament, nous vous proposons un outil d'aide à la décision divisé en 3 catégories, soit les médicaments à privilégier, les médicaments à considérer et les médicaments à éviter. Cet outil tient compte à la fois des données d'efficacité et des données d'innocuité démontrées dans la littérature (tableau 3).

Tableau 3 : Outil d'aide pour le choix d'un hypnotique chez la personne âgée**MÉDICAMENTS À PRIVILÉGIER**

- Produits naturels (mélatonine)
- Antidépresseurs tricycliques (doxépine à très faible dose, 3 et 6 mg/comprimé)
- Antidépresseurs sédatifs (trazodone)
- Benzodiazépines conjuguées (lorazépam, oxazépam, témazépam)
- Hypnotiques non-benzodiazépines (zopiclone, zolpidem, eszopiclone)

MÉDICAMENTS À CONSIDÉRER

- Antagonistes des récepteurs des orexines (lemborexant)[#]
- Antidépresseurs sédatifs (mirtazapine)
- Antipsychotiques atypiques (quétiapine)

MÉDICAMENTS À ÉVITER

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

[#]Approuvé par Santé Canada depuis février 2021 donc expérience clinique limitée.

Médicaments À PRIVILÉGIER OU À CONSIDÉRER dans le traitement de l'insomnie chronique

La mélatonine figure en 1ère 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 capsules 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 (tableau 4) [29, 30]. Elle diminue la latence d'endormissement (insomnie initiale) et augmente la qualité du sommeil, sans modifier l'architecture du sommeil et causer des effets secondaires importants tels que rencontrés avec les hypnotiques non-benzodiazépines et les benzodiazépines [29, 30]. 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 [26, 31]. 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) [17, 30, 32]. Chez la personne âgée atteinte de TNC vivant en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), l'efficacité de la mélatonine 2.5 à 5 mg die est augmentée en la combinant à la lumbinothérapie d'une durée de 30-120 min avec une lampe de 2000-10000 lux [33-35]. 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.

La doxépine (Silenor) à faible dose (3 et 6 mg) est une option possible (tableau 4). 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 [36]. Cependant, les personnes âgées avec des atteintes cognitives ont été exclues de ces études. Toutefois, il faut demeurer prudent lors de la prescription, car ce médicament présente un effet anticholinergique si dose utilisée est supérieure à 6 mg/jour. De plus, la doxépine n'est pas remboursée par la RAMQ.

Les deux antidépresseurs dits « sédatifs » sont la trazodone et la mirtazapine à faible dose (≤ 15 mg/jour) (tableau 4). Leur effet sédatif s'explique par un blocage des récepteurs histaminiques (H1) et des récepteurs sérotoninergiques (5 HT2). Contrairement aux benzodiazépines et aux hypnotiques non-benzodiazépines, les antidépresseurs sédatifs ne présentent

pas de risque de dépendance ou d'insomnie rebond à l'arrêt. Cependant, ces derniers peuvent causer des effets secondaires tels que l'hypotension orthostatique et un allongement de l'onde QT qui sont des effets non négligeables chez la personne âgée. 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 [35, 37, 38]. Cependant, seule la trazodone à faible dose (50 mg HS) a démontré une efficacité dans l'insomnie chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer modérée à sévère. Ainsi, la trazodone peut être considérée comme une alternative de traitement chez la personne âgée avec TNC, après un essai/échec avec la mélatonine +/- l'uminothérapie le matin [8, 39].

Par leur efficacité, les benzodiazépines (BZD) conjuguées et les hypnotiques non-benzodiazépines, aussi connus sous l'acronyme benzodiazepine receptor agonist (BzRA), sont une option valable pour traiter l'insomnie initiale et de maintien chez l'adulte [24] (tableau 4). Les benzodiazépines recommandées chez la personne âgée sont celles métabolisées par la voie de conjugaison: le lorazépam (Ativan®), l'oxazépam (Serax®) et le témazépam (Restoril®). Le métabolisme par la voie de conjugaison n'est pas affecté par le vieillissement. Les trois hypnotiques non-benzodiazépines comme le zopiclone (Imovane®), le zolpidem (Sublinox®) et l'eszopiclone (Lunesta®) sont des alternatives pour la personne âgée. Cependant, leur usage est potentiellement inapproprié en raison des effets secondaires possibles : trouble cognitif, delirium, risque d'affaiblissement des facultés cognitives du lendemain, chutes, fractures et accidents lors de la conduite d'un véhicule motorisé (critères de Beers et classe D de la liste FORTA-US) [31, 40]. Rappelons que la classification de Beers énumère les médicaments potentiellement inappropriés pour la personne âgée. Elle recommande d'éviter l'usage prolongé (> 90 jrs) des BzRA chez la personne âgée. Quant à la classification FORTA-US (*Fit fOR The Age*), celle-ci guide le médecin dans le choix adéquat des médicaments dans la population gériatrique (A : *Absolutely*, B : *Beneficial*, C : *Careful*, D : *Don't*). D'ailleurs, une méta-analyse d'envergure a clairement démontré qu'il y a deux fois plus de risque que ces hypnotésédatifs causent des effets secondaires plutôt que d'améliorer le trouble de sommeil (NNT = 13 et NNH=6) [41]. Par ailleurs, des études détectent une perte de l'effet thérapeutique après 7-28 jours d'utilisation des BzRA (effet de tolérance). Pour toutes ces raisons, l'Association canadienne des médecins de famille a publié des lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes et recommande aux cliniciens de déprescrire les BzRA pour les patients, particulièrement ceux de 65 ans et plus, prenant ces médicaments contre l'insomnie seule (insomnie primaire) ou l'insomnie comorbide [23]. Ce sujet sera abordé dans la section sevrage/déprescription des BzRA.

Une nouvelle classe d'hypnotésédatif s'est ajoutée dans les dernières années : les antagonistes des récepteurs des oréxines. Les oréxines OX1R et OX2R sont des neurotransmetteurs présents dans le système nerveux central et sont impliqués dans le maintien de l'état d'éveil. Parmi les médicaments de cette classe, seul le lemborexant (Dayvigo®) a été approuvé récemment par Santé Canada depuis février 2021 (tableau 4). Il est indiqué dans l'insomnie initiale et dans l'insomnie de maintien chez les adultes. Les études cliniques ont inclus des personnes âgées de 75 ans et plus. La monographie ne rapporte aucune différence cliniquement significative quant à l'efficacité et à l'innocuité aux doses recommandées entre les patients de 65 ans et plus et les plus jeunes. Comme les effets indésirables sont dose-dépendants, il est prudent de viser 5 mg HS comme dose cible chez la personne âgée (voir même la moitié possiblement) et de recommander la cessation si des effets secondaires graves tels que hallucinations, rêves anormaux, paralysie du sommeil ou faiblesse musculaire (mimant la cataplexie) surviennent. Le lemborexant est métabolisé au foie principalement par le cytochrome P-450 3A4 (potentiel d'interactions). Il n'est pas remboursé par la RAMQ [27, 28].

Les antipsychotiques atypiques tels que la quétiapine (Seroquel®) et l'olanzapine (Zyprexa®) peuvent être considérés dans le traitement de l'insomnie (tableau 4). Ces derniers n'ont pas l'indication officielle, mais sont utilisés en pratique pour leur effet sédatif (anti-histaminique). Les propriétés sédatives de la rispéridone et de l'aripiprazole sont moindres que celles de la quétiapine et de l'olanzapine. La majorité des études sur la quétiapine et l'olanzapine 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), seules quelques études cliniques de petite envergure ont

réussi à démontrer l'efficacité de la quétiapine, ce qui n'est pas le cas de l'olanzapine même si cette dernière présente des propriétés sédatives supérieures. Plusieurs effets indésirables sont possibles avec les antipsychotiques atypiques, notamment, l'hypotension orthostatique, l'allongement de l'onde QT, les troubles métaboliques, les symptômes extrapyramidaux 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 TNC. Il est donc important de pondérer les risques et les bénéfices avant d'initier l'un de ces médicaments chez la personne âgée [42-44].

Tableau 4 : Classes des hypnotiques dans le traitement de l'insomnie chez la personne âgée [23, 24, 27-31, 33, 35-38, 40-45] - PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE

Nom	Dose cible chez la personne âgée	Début d'action	Durée d'action	Principaux effets secondaires	Impact sur le sommeil/architecture du sommeil	Commentaires
ANTAGONISTES DES RECEPTEURS DES OREXINES						
Lemborexant (Dayvigo®) Comprimé sécable 5-10 mg	2.5 à 5 mg HS Prendre juste avant le coucher (et seulement si le patient peut avoir au moins 7h de sommeil avant l'heure prévue de son réveil)	Rapide (20-30 min)	Intermédiaire (T _{1/2} = 17-19h)	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalées • Cauchemars et rêves anormaux - • Paralysie du sommeil ou faiblesse musculaire • Risque de somnolence diurne augmenté si pris alors qu'il reste moins de 7h de sommeil 	↓ Temps de latence ↑ Temps total du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Indication officielle dans l'insomnie • Approuvé par Santé Canada en février 2021 • Appartient à une nouvelle classe d'hypnotique qui agit en bloquant temporairement les récepteurs des orexines • Potentiel d'interactions (CYP3A4) • Non couvert par la RAMQ • Contre-indiqué chez les patients atteints de narcolepsie
ANTIDÉPRESSEURS SÉDATIFS						
Trazodone (Desyrel®) Comprimé sécable 50 -100 -150 mg	25-100mg	Intermédiaire (30-60 min)	Intermédiaire (T _{1/2} = 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

Nom	Dose cible chez la personne âgée	Début d'action	Durée d'action	Principaux effets secondaires	Impact sur le sommeil/architecture du sommeil	Commentaires
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 (T _{1/2} = 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) • Classée C à la liste FORTA-US®
ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES						
Doxépine (Silenor®) Comprimé de 3 et 6 mg	3-6 mg	30 min	Longue (T _{1/2} = 15-30h)	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion • Somnolence résiduelle diurne • Pas d'effets anticholinergiques significatifs 	↓ Insomnie de maintien de 20 minutes ↑ Temps total du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Indication officielle dans l'insomnie de maintien • Effet sédatif relié au blocage des récepteurs histaminiques (H1) • Études cliniques ont inclus des personnes 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 • Classée D à la liste FORTA-US® si dose supérieure à 6 mg/jour.
ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES						
Quétiapine (Seroquel®) Comprimé sécable de 25, 50, 100, 200, 300 mg	6,25- 200 mg	Rapide (20-30 min)	Courte (T _{1/2} = 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) • 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 bénéfices • Tolérance possible à l'effet sédatif • Potentiellement inappropriés chez personnes âgées avec TNC (Critères de Beers).
BENZODIAZÉPINES						

Nom	Dose cible chez la personne âgée	Début d'action	Durée d'action	Principaux effets secondaires	Impact sur le sommeil/architecture du sommeil	Commentaires
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) • Insomnie rebond à l'arrêt • Dépendance 	↓ Temps de latence de 12 min. ↓ Insomnie de maintien de 24 min. ↑ Temps total de sommeil de 40 min. ↓ stade 3 et REM sleep ↑ stade 2	<ul style="list-style-type: none"> • Témazépam : indication officielle pour insomnie initiale et de maintien. • Lorazépam et Oxazépam : sans avoir l'indication officielle, ils sont utilisés dans l'insomnie vu leurs propriétés sédatives et anxiolytiques. • Également propriétés anticonvulsivantes et myorelaxantes • Ces 3 benzodiazépines ont un métabolisme par conjugaison donc non altéré par l'âge. Autres benzodiazépines ont un métabolisme par oxydation qui ↓ avec l'âge donc ↑ risque d'accumulation. • Potentiellement inappropriées chez les personnes âgées (Critères de Beers) • Classées D à la liste FORTA-US®
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)			
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)			
HYPNOTIQUES NON-BENZODIAZÉPINES						
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 de 18 min. ↓ Insomnie de maintien de 18 min. ↑ Temps total du sommeil de 30 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Zopiclone, Zolpidem et Eszopiclone : indication officielle dans l'insomnie initiale et de maintien. • Potentiellement inappropriés chez personnes âgées (Critères de Beers). • Zolpidem : classés D à la liste FORTA-US® • Zopiclone : Avis de Santé Canada recommande dose maximale à 5 mg HS chez les personnes âgées et les patients avec une fonction rénale ou hépatique diminuée (pour réduire le risque d'affaiblissement des facultés du lendemain). • 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)			
Eszopiclone (Lunesta®) Comprimé pelliculé de 1 mg, 2 mg, 3 mg	1 -2 mg	Rapide (15-30 min) Prendre juste avant le coucher	Intermédiaire 6-9h (T1/2 = 9h)			

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	1-10 mg	Rapide (20-30 min)	Courte (T½ =0.5-1h)	<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 • Classée B à la liste FORTA-US®
Capsule ouvrable ou comprimé sécable ou à dissolution rapide de 1, 3, 5, 10 mg	Formulation régulière pour ↓ temps de latence du sommeil	(formulation immédiate)	(formulation immédiate)			
Capsule CR de 5 ou 10 mg	Formulation CR utile pour ↓ éveils nocturnes					
Caplet à double action (libération immédiate et prolongée) de 10 mg						

Médicaments A ÉVITER dans le traitement de l'insomnie chronique

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 et classe D à la liste FORTA-US) [31, 40]. 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 [46-51].

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 et classe D à la liste FORTA-US). 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) [31, 40].

SEVRAGE/DÉPRESCRIPTION DES BzRA (Benzodiazépines et hypnotiques non-benzodiazépines)

Les éléments essentiels pour réussir l'arrêt des agonistes des récepteurs des benzodiazépines (BzRA) sont multiples :

- 1) Établir un lien de confiance avec la personne âgée
- 2) Impliquer le patient dans la décision de sevrer ou cesser la BzRA en considérant sa raison d'utilisation (hypnotique, anxiolytique)
- 3) Préciser sa motivation

- 4) Prendre soin d'évaluer les expériences antérieures de sevrage
- 5) Évaluer la consommation réelle de BzRA
- 6) Individualiser la démarche de sevrage
- 7) Choisir la méthode de sevrage
- 8) 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, sevrage alcoolique
 - f. La sévérité du problème
 - g. La personnalité et croyances

Un sevrage graduel est recommandé lorsque la benzodiazépine (BZD) est consommée régulièrement depuis plus de 3 semaines pour éviter des symptômes de retrait. Ces symptômes de sevrage sont l'insomnie, l'anxiété, les palpitations, les tremblements, la sudation, la dysphorie, l'agitation, les nausées, la douleur abdominale, le delirium, les convulsions et le coma. 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 [52]. Pour les hypnotiques non-benzodiazépines, comme ils sont aussi à risque d'insomnie rebond et de symptômes de sevrage à l'arrêt, un sevrage graduel sur quelques jours à quelques semaines est recommandé. La durée du sevrage dépend de la dose et de la durée de la prise du BzRA. Plus la dose est élevée et prise sur une longue période, plus le temps de sevrage sera étendu [53].

Différentes méthodes et calendriers de sevrage de BzRA 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 BzRA) et/ou raccourcir les paliers de sevrage (< 1 semaine). 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 semaines). 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 de sevrage. La pratique en milieu hospitalier permet d'assurer un suivi et une surveillance des patients de façon plus étroite qu'en milieu ambulatoire. Par ailleurs, le site internet « Deprescribing.org » présente un algorithme de déprescription d'une BzRA [54-56].

Il existe deux méthodes de sevrage pour la BZD. La méthode de sevrage directe implique qu'on sèvre à partir de la BZD déjà utilisée. Dans la méthode par substitution, on remplace la ou les BZD utilisées par une BZD à plus longue demi-vie (T_{1/2} vie intermédiaire) en dose équivalente. Il n'a pas été prouvé que la méthode de sevrage par substitution soit plus efficace que la méthode de sevrage directe. Par conséquent, l'utilisation de l'une des deux méthodes de sevrage est adéquate [56].

En milieu ambulatoire, on pourrait favoriser la méthode de sevrage directe pour la BZD pour faciliter le travail du clinicien et l'acceptation par le patient. Si le patient consomme une BZD avec une longue demi-vie (ex. clonazéпам, flurazéпам), elle présente l'avantage de réduire le risque ou l'intensité des symptômes de sevrage lorsqu'elle est cessée rapidement [57]. Donc, si la méthode par sevrage directe est choisie (ex. patient prend du clonazéпам), nous sevrerons la BZD avec une longue demi-vie jusqu'à la dose minimale tolérée par le patient. Par la suite, nous substituons la BZD à longue demi-vie par une BZD conjuguée à demi-vie intermédiaire qui est plus sécuritaire chez la personne âgée (ex. substitution de clonazéпам 0.125 mg HS en lorazéпам 0.5 mg HS). Pour le sevrage des hypnotiques non-benzodiazépines, on utilise la méthode directe et on applique les mêmes principes d'individualisation de la démarche de sevrage qu'avec les BZD [56].

En milieu hospitalier, les 2 méthodes peuvent être choisies. Cependant, il n'est pas rare que l'on doive procéder par la méthode de substitution, car les BzRA disponibles sur le marché ne figurent pas toutes sur le formulaire des médicaments du centre hospitalier.

Tous les professionnels de la santé œuvrant en UCDG sont conscients des effets indésirables des BzRA. Par conséquent, durant le séjour à l'hôpital, ils devraient profiter de cette occasion pour aborder le sujet de la déprescription du BzRA avec la personne âgée. Par la suite, ils doivent avoir comme objectif dans leur plan de soins de sevrer le BzRA pour améliorer la vigilance du patient, son équilibre et sa cognition. En tout temps, le clinicien doit maintenir une **approche souple et individualisée** dans l'application de la démarche du sevrage. Il doit fournir du soutien à la personne âgée, car ses inquiétudes, conceptions et croyances reliées au sommeil et à l'insomnie sont omniprésentes [55, 56, 58]. En terminant, ils doivent également promouvoir l'approche non pharmacologique pour gérer plus efficacement à long terme l'insomnie primaire ou comorbide.

Pour prévenir les rechutes, il faut s'assurer d'un suivi étroit du patient à moyen et long terme, en lui rappelant les mesures non pharmacologiques efficaces (stratégies cognitives, comportementales, éducatives), en soulignant les risques de la médication et en identifiant les périodes à risque de rechutes (ex. : retour à domicile, plaintes d'insomnie lors de visite chez le médecin de famille). Pour éviter les tentations, le patient ou sa famille s'assure 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) [58].

CAS CLINIQUE

Madame Hing Somnee, âgée de 76 ans, unilingue chinoise, est amenée à l'urgence par son fils unique car depuis une 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 (IRA) et une pneumonie du lobe inférieure gauche. Il lui prescrit des traitements d'inhalothérapie, un corticostéroïde et un antibiotique intraveineux et cesse l'hydrochlorothiazide (re : IRA et hypotension).

Au bilan comparatif médicamenteux réalisé par la pharmacienne à l'urgence, le médecin découvre que Madame achetait depuis deux ans en vente libre de la diphenhydramine 25 mg (Sleep-Ez®) et qu'elle l'utilisait 2-3 fois/semaine lorsqu'elle était trop fatiguée par le manque de sommeil. Suite au décès de son mari il y a un an, cette insomnie a augmenté et son médecin lui a prescrit du clonazépam (Rivotril®) 0,25 mg au coucher et au besoin. Madame a fini par le prendre à tous les soirs, et depuis trois mois, elle a doublé sa dose en raison de la perte d'efficacité. Son fils ne note aucun symptôme dépressif ou anxieux chez sa mère. Cependant, il la trouve plus ralentie dans son quotidien.

Approche initiale

Vu sa somnolence à l'urgence, le clonazépam est diminué rapidement de 0,5 mg à 0,25 mg au coucher pour trois 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. La quétiapine (Séroquel®) est débutée puis augmentée jusqu'à 75 mg 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 retrouver son énergie. Le personnel de l'UCDG met en place l'approche non-pharmacologique pour tenter de traiter l'insomnie de la patiente. Mais, devant les faibles résultats et son fonctionnement diurne sévèrement affecté, le médecin décide de débiter un médicament. La trazodone est choisie, car cet hypnotique n'a pas de potentiel d'abus et de dépendance comme les BzRA. Finalement, Madame Somnee réussit à dormir 6-7h/nuit. Le matin, la patiente est en meilleure forme pour participer à la physiothérapie.

Planification au congé / suivi

Après trois semaines de réadaptation, Madame a congé de l'hôpital avec uniquement de la 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 l'équipe de l'UCDG. Le médecin explique que la pneumonie et l'utilisation des médicaments pour l'insomnie ont mené au delirium. Par la suite, la pharmacienne souligne 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, Gravel J, Hill J, Clerc D, Vasil N, Hoang LUA, Latour J, Tessier D, Morin S, Flamand-Villeneuve J *et al*: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 3ième édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2021.
2. Hoang LUA, Gravel J, Kergoat MJ: **Gestion des hypnotiques en UCDG**. In: *Guide de gestion médicamenteuse en UCDG, 2ième édition*. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2017.
3. Hoang LUA, Gravel J, Desfossés J, Robitaille E, Dang-Vu T, Morin M, Paré C, Kergoat MJ: **Gestion des hypnotiques en UCDG**. In: *Guide de gestion médicamenteuse en UCDG*. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2015.
4. Chaput JP, Yau J, Rao DP, Morin CM: **Prévalence de l'insomnie chez les Canadiens âgés de 6 à 79 ans**. In: *Rapports sur la santé*. vol. 29, no 12: Statistique Canada; 2018: 17-22.
5. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Merette C: **Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors**. *Sleep Med* 2006, **7**(2):123-130.
6. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M: **Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France**. *J Sleep Res* 2000, **9**(1):35-42.
7. Sateia MJ: **International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications**. *Chest* 2014, **146**(5):1387-1394.
8. Dang-Vu TT, Morin CM: **Prise de position sur l'évaluation et la prise en charge de l'insomnie chez la personne âgée**. Sherbrooke (Montréal, Canada): Société québécoise de gériatrie 2019.
9. Patel D, Steinberg J, Patel P: **Insomnia in the Elderly: A Review**. *J Clin Sleep Med* 2018, **14**(6):1017-1024.
10. Fetveit A: **Late-life insomnia: a review**. *Geriatr Gerontol Int* 2009, **9**(3):220-234.
11. Lorai D, et coll: **Troubles du sommeil**. In: *Précis de gériatrie 3ième édition*. Edited by Arcand M, Hébert R. St-Hyacinthe (Québec, Canada): Edisem Maloine; 2007.
12. Hottin P: **L'insomnie chez la personne âgée**. *Le Médecin du Québec* 2001, **36**(8):45-53.
13. Mosimann UP, Boeve BF: **Chapter 51. Sleep disorders**. In: *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry (2 ed)*. Edited by Dening T, Thomas A. NewYork, United States: Oxford University Press; 2013.
14. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, Hazen N, Herman J, Katz ES, Kheirandish-Gozal L *et al*: **National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary**. *Sleep Health* 2015, **1**(1):40-43.
15. 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.
16. 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.
17. Bonnet MH, Arand DL: **Treatment of insomnia**: UpToDate; (www.uptodate.com) [consulté le 5 avril 2014].
18. Shub D, Darvishi R, Kunik ME: **Non-pharmacologic treatment of insomnia in persons with dementia**. *Geriatrics* 2009, **64**(2):22-26.
19. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, Edinger JD, Krystal AD, Lichstein KL, Morin CM: **The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring**. *Sleep* 2012, **35**(2):287-302.
20. 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.
21. Winkelman JW: **Overview of the treatment of insomnia in adults**: UpToDate; 2021,

- <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-insomnia-in-adults> [consulté le 20 mars 2021].
22. Ste-Marie M: **Troubles du sommeil. La civilisation qui ne dort plus.** *ProfessionSanté* 2020, **6(9):**31-38.
 23. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson R, Ma A *et al*: **Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines: lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes.** *Can Fam Physician* 2018; <https://www.cfp.ca/content/cfp/64/5/e209.full.pdf>, **64:**e209-e216.
 24. 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.
 25. 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.
 26. 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.
 27. Eisai Limitée: **Monographie de produit DAYVIGO** Mississauga (Ontario, Canada); 3 novembre 2020, <https://ca.eisai.com/-/media/Files/CanadaEisai/DAYVIGOProductMonograph-French.pdf?v=20210219> [consulté le 20 mars 2021].
 28. B.C. Provincial Academic Detailing (PAD) Service: **Medication for Insomnia: Drug Information to Support Drug Therapy Decisions;** 2020, https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/provincial-academic-detailing-service/pad_insomnia_handout.pdf [consulté le 20 mars 2021].
 29. 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.
 30. 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.
 31. Pazan F, Gercke Y, Weiss C, Wehling M, Raters F: **The U.S.-FORTA (Fit FOR The Aged) List: Consensus Validation of a Clinical Tool to Improve Drug Therapy in Older Adults.** *J Am Med Dir Assoc* 2020, **21(3):**439 e439-439 e413.
 32. Zdanys KF, Steffens DC: **Sleep Disturbances in the Elderly.** *Psychiatr Clin North Am* 2015, **38(4):**723-741.
 33. 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.
 34. 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.
 35. Deschenes CL, McCurry SM: **Current treatments for sleep disturbances in individuals with dementia.** *Curr Psychiatry Rep* 2009, **11(1):**20-26.
 36. 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.
 37. Wiegand MH: **Antidepressants for the treatment of insomnia : a suitable approach?** *Drugs* 2008, **68(17):**2411-2417.
 38. 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.
 39. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL: **Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer's disease.** *Cochrane database of systematic reviews* 2014(3):CD009178.
 40. By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: **American Geriatrics Society**

- 2019 Updated AGS Beers Criteria(R) for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.** *J Am Geriatr Soc* 2019.
41. 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.
 42. Anderson SL, Vande Griend JP: **Quetiapine for insomnia: A review of the literature.** *Am J Health Syst Pharm* 2014, **71**(5):394-402.
 43. Coe HV, Hong IS: **Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia.** *Ann Pharmacother* 2012, **46**(5):718-722.
 44. Atkin T, Comai S, Gobbi G: **Drugs for Insomnia beyond Benzodiazepines: Pharmacology, Clinical Applications, and Discovery.** *Pharmacol Rev* 2018, **70**(2):197-245.
 45. Drugs.com: **Eszopiclone**; Last updated on Oct 21, 2019 ; <https://www.drugs.com/monograph/eszopiclone.html> [consulté le 11 octobre 2020].
 46. Grenier J, Jolin M: **Le traitement de l'insomnie.** *Québec Pharmacie* 2010, **57**(2):24-27.
 47. Phang G: **L'insomnie chez la personne âgée.** *Québec Pharmacie* 2011, **58**(3):7-8.
 48. **Are Sedatives Safe for the Elderly ? (#290608).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Juin 2013.
 49. **Insomnia in the Elderly (#250919).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Septembre 2009.
 50. **Insomnia Treatments (#290526).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Mai 2013.
 51. **Medications Used for Insomnia (#271226).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Décembre 2011.
 52. Greller H, Gupta A: **Benzodiazepine poisoning and withdrawal: Up to Date** (www.uptodate.com) [consulté le 28 octobre 2014].
 53. Neubauer ND: **Pharmacotherapy for insomnia in adults: UpToDate; 2021,** <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-insomnia-in-adults> [consulté le 1er avril 2021].
 54. Morin CM: **Vaincre les ennemis du sommeil 2e édition.** Montréal (Québec, Canada): Éditions de l'Homme; 2009.
 55. 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.
 56. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson R, Ma A *et al*: **Benzodiazepine & Z-Drug (BZRA) Deprescribing Algorithm:** deprescribing.org; 2019; https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2019/03/deprescribing_algorithm2019_BZRA_vf-locked.pdf [consulté le 10 octobre 2020].
 57. PL Detail- Document # 300806 PHARMACIST'S LETTER: **Benzodiazepines carry risks of abuse, dependence, and withdrawal**; August 2014.
 58. 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)
- Inscrive "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"/> Trouble neurocognitif majeur	<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"/> Anticholinergique	<input type="checkbox"/> Antidépresseur	
<input type="checkbox"/> Bêta-bloquant	<input type="checkbox"/> Bronchodilatateur	
<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 le trouble neurocognitif majeur (ex. : donépézil) ou atonie vésicale (ex. : bétanéchol)	
<input type="checkbox"/> Cimétidine	<input type="checkbox"/> Corticostéroïde	
<input type="checkbox"/> Décongestionnant : contient de la pseudo-éphédrine ou du phénylpropanolamine	<input type="checkbox"/> Diurétique [§]	
<input type="checkbox"/> Lévodopa	<input type="checkbox"/> Nicotine [¶]	
<input type="checkbox"/> Phénytoïne	<input type="checkbox"/> Sevrage d'hypnotique	
<input type="checkbox"/> Stimulant 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):	

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

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