

GESTION DES HYPNOSÉDATIFS EN UCDG

ANNEXE 7 DU DOCUMENT «GUIDE DE GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG – 4^{IÈME} ÉDITION» [1]

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

Auteurs :

Judith Gravel, pharmacienne, Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval, CISSS de Laval
Émerica Valcourt St-Jean, médecin de famille, Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval, CISSS de Laval

Édition 2026



Réviseurs :

Thanh Dang-Vu, M.D. Ph.D., neurologue, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Doris Clerc, M.D., gériatopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
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

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

Troisième édition : 2021 [3]

Deuxième édition : 2017 [4]

Première édition : 2015 [5]

Illustrations : Victoire K-Bezeau

PRÉVALENCE 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, 16% remplissant les critères du diagnostic d'insomnie chronique [6, 7]. Les symptômes d'insomnie sont plus fréquents avec le vieillissement et se retrouvent chez 50% des personnes âgées de 65 ans et plus [8]. Cependant, les données épidémiologiques diffèrent d'une étude à l'autre. Ce pourcentage peut être similaire [7] ou augmenté pour le groupe d'âge de 65 à 79 ans en comparaison avec le groupe d'âge de 18-65 ans [9]. L'insomnie serait 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 [7].

DÉFINITION DE L'INSOMNIE CHRONIQUE

L'insomnie chronique est un diagnostic clinique reposant sur des symptômes subjectifs du patient, et non sur des tests de laboratoire [10]. Selon le DSM-5, l'insomnie chronique se définit par une plainte prédominante de l'insatisfaction quant à la quantité ou à la qualité du sommeil, avec au moins un des symptômes suivants : difficulté à initier le sommeil, difficulté à maintenir le sommeil au cours de la nuit, ou réveil matinal précoce avec incapacité de se rendormir. La plainte de sommeil s'accompagne d'une détresse importante ou d'une diminution du fonctionnement diurne (par exemple, énergie, cognition, humeur). Les difficultés de sommeil surviennent au moins 3 nuits par semaine, et sont présentes depuis au moins 3 mois, malgré des conditions adéquates pour dormir. Le trouble de sommeil n'est pas expliqué par une substance ou une autre condition [11].

Le recours aux enregistrements en laboratoire ou en ambulatoire sert principalement à éliminer la présence des autres troubles du sommeil (en particulier, syndrome d'apnée du sommeil ou trouble du comportement en sommeil paradoxal) ou à investiguer les patients avec échec aux traitements habituels pour l'insomnie chronique [12].

Notons que le DSM-5 ne fait plus de distinction entre l'insomnie primaire et l'insomnie secondaire [11]. Comme l'insomnie est souvent associée à des comorbidités, on parle alors d'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 présente un plus haut risque 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 [13, 14]. En résumé, le DSM-5 considère l'insomnie chronique comme un trouble indépendant. Ainsi, même en présence de comorbidités, dès que les critères de fréquence, de durée et d'impact fonctionnel sont remplis, on doit traiter le trouble de sommeil [11, 15].

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 [12, 16-18].

Le besoin de sommeil chez la personne âgée (7-8h/nuit) change peu par rapport à un jeune adulte (7-9h/nuit) [19]. 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 [16-18].

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 [12].

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 [16]. 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 [12].

Tableau 1 : Spécificités des stades du sommeil chez la personne âgée [12, 16-18]

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 (TNCM))

LES CAUSES DE L'INSOMNIE ET L'ÉVALUATION CLINIQUE

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 (ex. : *troubles cognitifs, Parkinson, MPOC, SAHS, douleur chronique, incontinence urinaire, dyspepsie*), psychiatriques (ex. : *dépression, anxiété*) et/ou médicamenteux (ex. : *antidépresseurs, diurétiques, corticostéroïdes*), 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 [13, 17, 20].

Pour l'évaluation de l'insomnie, différentes méthodes sont répertoriées dans la littérature allant du journal de sommeil à des outils diagnostiques plus sophistiqués tels que la polysomnographie ou l'actimétrie. L'**annexe 2** présente un journal de sommeil. L'**annexe 3** est un questionnaire détaillé qui permet d'effectuer l'anamnèse des facteurs en cause. Ces 2 outils permettent aux cliniciens une évaluation et une prise en charge de l'insomnie chronique. En 2024, un groupe d'experts canadiens en médecine du sommeil et en insomnie ont établi par consensus des principes pour diagnostiquer l'insomnie chronique chez l'adulte. Ces principes sont les suivants [15]:

- 1- Poser des questions simples pour le dépistage lors de l'examen de routine;
- 2- Questionner sur les antécédents de consommation de substances;
- 3- Utiliser un journal de sommeil pour l'évaluation et le suivi du traitement ;
- 4- Être prudent lors de l'interprétation de données d'appareils ou d'applications de suivi du sommeil pour le grand public (par exemple, données issues des téléphones ou montres intelligentes), car ils n'ont pas été suffisamment validés chez les personnes souffrant de troubles de sommeil.

TRAITEMENT PAR APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

Qu'importe la cause, le premier traitement de l'insomnie chronique est toujours une approche non pharmacologique cognitivo-comportementale consistant à identifier et modifier (si possible) les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants pour favoriser l'adoption de comportements propices au sommeil (**tableau 2**) [14, 16, 17, 21-23]. 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) [24].

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 [25]. 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 stratégies cognitivo-comportementales initiées par les soignants, le patient peut être référé à un thérapeute spécialisé en thérapie cognitivo-comportementale pour insomnie (TCC-I). Plusieurs études concluent que la TCC-I seule et la TCC-I combinée avec un hypnotique sont plus efficaces que le traitement médicamenteux seul [26]. La TCC-I diminue les symptômes diurnes (chez 70-80% des patients) et amène une rémission complète (chez 50-60% des patients) [12]. 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 des habiletés à gérer l'insomnie en cas de récurrence. La combinaison de la TCC-I à un hypnotique pourrait être indiquée pour un patient dont l'insomnie occasionne une détresse importante ou une dysfonction sévère du quotidien qui requiert une amélioration rapide. Dès qu'une amélioration est observée, il faut envisager le sevrage de l'hypnotique sur 6-8 semaines [26]. Le format habituel de la TCC-I comprend 6 à 10 séances qui incluent des techniques approfondies pour changer les pensées et comportements liés au sommeil [27]. D'ailleurs, la Société québécoise de gériatrie (SQG) recommande la **TCC-I comme traitement de 1^{ère} ligne de l'insomnie chronique chez la personne âgée** [12]. 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) [27]. En 2025, un groupe québécois de 5 médecins psychiatres ont publié un outil de référence intitulé le *Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement de l'insomnie chez l'adulte et la personne âgée*, où l'approche est axée sur la **thérapie comportementale brève pour l'insomnie (TCB- I)**. La TCB-I, comparée à la TCC-I, est une approche plus courte axée sur la modification des comportements des personnes atteintes d'insomnie. Le programme complet de TCB-I peut être administré en 4-5 séances (voire moins) à intervalles de 1 à 2 semaines, chaque séance étant plus courte que celles de la TCC-I classique. Cela rend la TCB-I particulièrement intéressante pour les cliniciens de première ligne. Les principaux volets de la TCB-I sont : la psychoéducation générale sur le sommeil, la thérapie de restriction du temps passé au lit, la thérapie de contrôle des stimuli et l'enseignement de techniques de relaxation. Des recherches spécifiques ont démontré l'efficacité de la TCB-I chez les personnes âgées, avec des améliorations notables au niveau de la qualité du sommeil et de la latence d'endormissement [28]. Les thérapies brèves sont souvent mieux tolérées par ce groupe, facilitent l'adhésion au traitement et peut aider à la réduction de la consommation d'hypnotiques chez ces patients [29].

Tableau 2 : Stratégies cognitivo-comportementales à adopter en tenant compte des facteurs environnementaux et des habitudes de la personne âgée [14, 16, 17, 21-23]

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"> • Encourager la pratique quotidienne d'exercices durant le jour, y compris ceux d'intensité légère à modérée. Par ailleurs, les études montrent peu ou pas d'effets négatifs de faire des exercices vigoureux 3-4 heures avant le sommeil [30] • Favoriser des exercices de relaxation avant d'aller au lit (yoga, méditation, techniques de respiration, étirements, etc.) • Le bain chaud avant de se coucher peut avoir un effet relaxant qui favorise un bon sommeil, pour autant que la température (<42°C) et la durée (< 20 minutes) du bain ne soient pas excessives [31].
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

Facteurs à considérer	Stratégies cognitivo-comportementales et d'hygiène de sommeil
	<ul style="list-style-type: none"> • 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

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 [12, 32]:

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



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). L'utilisation à long terme d'hypnotique peut mener à la tolérance, la dépendance, de la sédation diurne résiduelle, des troubles de la coordination, des troubles d'équilibre à la marche, des troubles cognitifs et augmentent le risque d'ACV [33]. Le traitement doit être réévalué fréquemment (à chaque consultation médicale) avec essai périodique de sevrage progressif. Également, 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 [12, 32, 34-36] ou autrement il faudra acheminer une demande de patient d'exception à la RAMQ avec un justificatif approprié.

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 deux antagonistes des récepteurs des orexines (le lemborexant (Dayvigo®) et le daridorexant (Quviviq®)) (**tableau 4**) [27, 37, 38]. Les autres médicaments (antidépresseurs, antipsychotiques, antihistaminiques) n'ont pas l'indication officielle dans l'insomnie, mais en pratique sont parfois utilisés 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 2024, un groupe multidisciplinaire de 16 experts canadiens en médecine du sommeil et en insomnie est parvenu à un consensus et a formulé des recommandations pour la prise en charge de l'insomnie chronique au Canada. Au niveau du traitement, ils réitèrent que la TCC-I (en personne, virtuelle ou en groupe à raison de 4 à 6 séances bihebdomadaires) est le traitement de première intention pour tous les individus, même ceux qui présentent des comorbidités. **La TCC-I permet d'améliorer durablement** la latence d'endormissement, l'éveil après l'endormissement, la durée totale du sommeil et l'efficacité du sommeil. Toutefois, des ressources supplémentaires sont nécessaires pour surmonter les obstacles à l'accessibilité de la TCC-I. Environ 30 à 35% des personnes ne répondent pas à la TCC-I, ce qui peut être dû à un manque d'assiduité, à une prestation sous-optimale et au fait que la TCC-I prend beaucoup de temps. Dans ces cas, **la TCC-I peut être associée à une pharmacothérapie**, bien qu'il faille déterminer le choix et la séquence optimale de médicament, ainsi que prévoir une éventuelle déprescription. Le groupe d'experts soutient qu'on devrait intégrer davantage les médicaments récemment approuvés, comme le daridorexant et le lemborexant (car meilleur profil d'innocuité vs BZD et hypnotiques non BZD), réduire le recours à l'automédication pour l'insomnie et aux médicaments dont les données probantes sont limitées ou dont le rapport risques/bénéfices est élevé [15]. Les lignes directrices européennes émises en 2023 abondent dans le même sens. Ils recommandent que le traitement avec des BZD, des hypnotiques non-BZD ou des antidépresseurs sédatifs soit à court terme (≤ 4 semaines). Si un antagoniste des orexines (daridorexant ou lemborexant) ou la mélatonine LA sont choisis, une durée de 3 mois est acceptable car appuyée par la publication d'études prouvant leur efficacité et innocuité [39].

En 2019, avant l'arrivée des antagonistes à l'orexine, la SQG avait 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 [12]. 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 [32, 34-36]. Les benzodiazépines, les hypnotiques non-benzodiazépines, la doxépine faible dose, et les antagonistes des orexines n'ont pas été validés chez ces patients pour le traitement de l'insomnie chronique.

L'hypnosédatif idéal ne 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 hypnosédatif 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 4 catégories (**tableau 3**), soit : 1) les médicaments à considérer en première ligne (médicament ayant l'indication officielle pour l'insomnie et la Mélatonine), 2) les médicaments à considérer en seconde ligne (sans indication officielle, mais dont l'utilisation dans l'insomnie est appuyée par un nombre limité d'études), 3) les médicaments à considérer en troisième ligne (dont l'utilisation peut être justifiée pour le traitement de certaines comorbidités), et 4) les médicaments à éviter. En UCDG, la personne âgée est fragile, en perte d'autonomie, à risque de chutes et de confusion. La consommation de tout hypnosédatif doit donc être évitée dans la mesure du possible chez ces patients. Alors, l'équipe traitante de l'UCDG vise à cesser les hypnosédatifs, ou les sevrer progressivement puis les cesser en temps opportun (exception : la mélatonine si trouble du comportement en sommeil paradoxal). Les stratégies cognitivo-comportementales sont appliquées et le pharmacien évalue si de fins ajustements dans la médication du patient peuvent être apportés (ex. peut modifier le

moment d'administration d'un médicament plutôt stimulant, devancer dans la journée le moment de prise d'un diurétique, etc.).

Tableau 3 : Outil d'aide pour le choix d'un hypnotique chez la personne âgée autonome

MÉDICAMENTS À CONSIDÉRER

En première ligne :

- Mélatonine*
- Antagonistes des récepteurs des orexines (lemborexant et daridorexant)*#
- Doxépine à faible dose, 3 et 6 mg/comprimé
- Benzodiazépines conjuguées (temazepam (indication officielle), oxazepam et lorazepam)
- Hypnotiques non-benzodiazépines (zopiclone, zolpidem, eszopiclone)

En deuxième ligne :

- Antidépresseurs sédatifs (trazodone, mirtazapine)

En troisième ligne :

- Antipsychotiques atypiques (quétiapine), uniquement si justifié par comorbidité psychiatrique, ou si absence de réponse aux autres agents hypnotiques en présence d'insomnie causant de la détresse
- Autres (certains anticonvulsivants (prégabaline, gabapentine)), uniquement si douleur chronique ou syndrome des jambes sans repos justifiant ce traitement ou si absence de réponse aux autres agents hypnotiques en présence d'insomnie causant de la détresse

MÉDICAMENTS À ÉVITER

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

* Durée de traitement peut être prolongée > 4 semaines (tous les autres hypnotiques devraient être limités à ≤ 4 semaines)

#Approuvé par Santé Canada en février 2021 (lemborexant) et en avril 2023 (daridorexant) donc expérience clinique limitée.

Médicaments À CONSIDÉRER dans le traitement de l'insomnie chronique

➤ En première ligne :

Même s'il s'agit d'un produit de santé naturel, la **mélatonine** figure dans les choix possibles et favorables chez la personne âgée 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 CR dans le traitement de l'insomnie primaire chez les adultes de 55 ans et plus (**tableau 4**) [40, 41], particulièrement en cas d'insomnie avec difficultés légères à modérées d'initiation du sommeil. Elle devrait être prise une à deux heures avant le coucher pour préparer à l'endormissement, avec une dose initiale de 1 à 3 mg (il n'y a pas de bénéfice démontré pour une utilisation à haute dose, par exemple 10mg, avec au contraire un risque accru de somnolence résiduelle) [42]. 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 [40, 41]. 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 [36, 43]. 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) [22, 41, 44]. 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 luminothérapie d'une durée de 30-120 min avec une lampe de 2000-10000 lux [45-47]. Lorsque les conditions le permettent, si le patient a de la somnolence diurne, en particulier le matin, favoriser l'exposition à la lampe tôt après le réveil matinal, et si le patient tend à vouloir se coucher tôt le soir (avance de phase), privilégier l'exposition à la lampe en fin d'après-midi et début de soirée (17-18h).

Une nouvelle classe d'hypnosédatif s'est ajoutée dans les dernières années : **les antagonistes des récepteurs des orexines (DORAs)**. Les orexines 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, le lemborexant (Dayvigo®) a été approuvé par Santé Canada en février 2021 et le daridorexant (Quviviq®) en avril 2023 (**tableau 4**). Ils sont indiqués dans l'insomnie initiale et dans l'insomnie de maintien chez les adultes. Les études cliniques ont inclus des personnes âgées de plus de 65 ans, et elles ont démontré une efficacité et innocuité pour une utilisation régulière jusqu'à 12 mois, ce qui permet des durées de traitement au-delà de 4 semaines si nécessaire. Dans une récente publication, les auteurs ont positionné les DORAs comme une nouvelle avenue thérapeutique de l'insomnie chronique qui ne présente pas les limites des autres agents pharmacologiques couramment utilisés qui agissent soit sur le système GABAergique (BZD, hypnotiques non-BZD) ou qui sont des antihistaminiques, des antidépresseurs sédatifs, ou des antipsychotiques. Par leur mécanisme d'action différent (blocage temporaire des neurotransmetteurs impliqués dans l'état d'éveil au lieu de potentialiser l'état sédatif), les DORAs n'entraînent pas de risque de chutes, de dépendance, de tolérance, ni d'insomnie rebond à l'arrêt [48]. Ils sont généralement bien tolérés, quoique des effets secondaires rares peuvent survenir tels qu'une paralysie du sommeil, ou des cauchemars ou rêves anormaux. Notons que ces 2 médicaments ne sont pas remboursés par la RAMQ, ce qui peut limiter leur utilisation dans la population [37, 38, 49].

La **doxépine 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 [50]. 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 pourrait présenter un effet anticholinergique si la dose utilisée est supérieure à 6 mg/jour. De plus, la doxépine à la dose de 3 à 6mg n'est pas remboursée par la RAMQ.

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 pour une durée de traitement courte (≤ 4 semaines), et chez l'adulte jeune et d'âge moyen [34] (**tableau 4**). Les benzodiazépines à considérer chez la personne âgée sont celles métabolisées par la voie de conjugaison: l'**oxazépam** (Serax®) et le **témazépam** (Restoril®) et le **lorazépam** (Ativan®). 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, délirium, 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) [43, 51]. D'ailleurs, une méta-analyse d'envergure a clairement démontré qu'il y a deux fois plus de risque que ces molécules causent des effets secondaires plutôt que d'améliorer le trouble de sommeil (NNT = 13 et NNH=6) [52]. 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 [32]. Ce sujet sera abordé dans la section sevrage/déprescription des BzRA.

➤ **En deuxième ligne :**

Les deux **antidépresseurs** dits « sédatifs » sont la **trazodone** et la **mirtazapine (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 (cependant ce dernier problème est excessivement rare si on respecte les doses suggérées pour les patients âgés). L'absence d'indication officielle due au niveau limité d'évidence sur l'utilisation de ces médicaments dans l'insomnie (peu d'études, faibles échantillons, pas de données à long terme) justifie leur utilisation en deuxième ligne du traitement pharmacologique, en particulier chez ceux présentant des symptômes dépressifs [47, 53-55]. A noter que 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, et pourrait être considérée comme une alternative de traitement chez la personne âgée avec TNC, après un essai/échec avec la mélatonine +/- l'luminothérapie le matin [12, 56].

➤ **En troisième ligne :**

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 (dystonie, parkinsonisme et dyskinésie tardive) 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 [57-59].

Finalement, on retrouve **certaines anticonvulsivants (pregabaline, gabapentine)** dans la catégorie « Autres hypnotiques ». Sans détenir l'indication officielle du traitement de l'insomnie chronique, les cliniciens les utilisent chez des patients souffrant d'insomnie liée à une douleur neuropathique, par exemple. De plus, ils sont maintenant indiqués en première ligne du traitement pharmacologique du syndrome des jambes sans repos, lequel s'accompagne souvent d'insomnie chronique [60]. Cependant, des études sont nécessaires pour appuyer leur utilisation dans l'insomnie chronique [61]. Leur utilisation dans l'insomnie chronique se situe donc en troisième ligne du traitement pharmacologique, principalement chez des patients présentant une insomnie associée au syndrome des jambes sans repos ou à un syndrome douloureux chronique.

Tableau 4 : Classes des hypnotiques dans le traitement de l'insomnie chez la personne âgée [32, 34, 37, 38, 40, 41, 43, 45, 47, 49-54, 57-59, 62] – EN FONCTION DU NIVEAU DE TRAITEMENT PRÉSENTÉ AU TABLEAU 3

Nom	Dose cible chez la personne âgée	Début d'action	Durée d'action	Principaux effets secondaires	Impact sur le sommeil/architecture du sommeil	Commentaires
Première ligne - 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 (T _{1/2} = 0.5-1h) (formulation immédiate)	<ul style="list-style-type: none"> • Étourdissements • ↓ vigilance ou de l'équilibre 	<p>↓ temps de latence</p> <p>Effet inconsistant sur l'architecture du sommeil</p>	<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®
Première ligne - ANTAGONISTES DES RECEPTEURS DES OREXINES						
Lemborexant (Dayvigo®) Comprimé pelliculé 5-10 mg	5 à 10 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 (1%) • Paralysie du sommeil ou faiblesse musculaire (1-2%) • Risque de somnolence diurne augmenté si pris alors qu'il reste moins de 7h de sommeil 	<p>↓ Temps de latence</p> <p>↑ Temps total du sommeil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indication officielle dans l'insomnie • Approuvés par Santé Canada en février 2021 (lemborexant) et en avril 2023 (daridorexant) • Appartiennent à une nouvelle classe d'hypnotique qui agit en bloquant temporairement les récepteurs des orexines • Potentiel d'interactions (CYP3A4) • Contre-indiqués chez les patients atteints de narcolepsie, ou si prise concomitante d'un inhibiteur ou inducteur puissant du CYP3A4 (ex. carbamazépine, fluconazole) • Non couverts par la RAMQ • Pas de dépendance ou de potentiel d'abus • Pas d'insomnie rebond à l'arrêt
Daridorexant (Quviviq®) Comprimé pelliculé 25-50 mg	25 à 50 mg HS Prendre 30 min avant le coucher et au moins 7h avant l'heure prévue du réveil	Intermédiaire (35-40 min)	Intermédiaire (T _{1/2} = 8h)			
Première ligne - 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 	<p>↓ Insomnie de maintien de 20 minutes</p> <p>↑ Temps total du sommeil</p>	<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

Nom	Dose cible chez la personne âgée	Début d'action	Durée d'action	Principaux effets secondaires	Impact sur le sommeil/architecture du sommeil	Commentaires
						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.
Première ligne - BENZODIAZÉPINES CONJUGUÉES						
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"> • 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®
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)			
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)			
Première ligne - 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 • Céphalées (7 %) • Étourdissements • Problèmes de coordination • Parasomnies • Céphalées (15-21%) • Mauvais goût (8 à 34%) 	↓ 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 : modifie 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)			
Deuxième ligne - 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 	↓ Temps de latence	<ul style="list-style-type: none"> • Indication non officielle dans l'insomnie • Efficacité dans l'insomnie vu son effet sédatif

Nom	Dose cible chez la personne âgée	Début d'action	Durée d'action	Principaux effets secondaires	Impact sur le sommeil/architecture du sommeil	Commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> • ↑QT 	↑ Temps total du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (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). Les doses de Mirtazapine égales ou inférieures à 15 mg causent plus de sédation que les doses plus élevées. Ceci est dû à une augmentation de l'effet au niveau des récepteurs alpha-2 et à un accroissement de la libération de norépinéphrine (NE) lorsque la dose augmente [63]. • Peut causer ou exacerber un SIADH (Critères de Beers) • Classée C à la liste FORTA-US®
Troisième ligne - ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES						
Quétiapine (Seroquel®) Comprimé sécable de 25, 50, 100, 200, 300 mg	6,25 –100 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).

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) [43, 51]. 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 [64-69].

Les **antidépresseurs tricycliques** tels que l'**amitriptyline** (Élavil®) 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), à une dose de 0.25 à 0.5mg (0.125 à 0.25 mg si trouble neurodégénératif) lorsque que les manifestations motrices nocturnes perturbent la qualité du sommeil (par exemple, sommeil non récupérateur avec fatigue diurne), et en cas de réponse insuffisante à la Mélatonine qui peut être également utilisée pour le TCSP [43, 51].

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 [70]. Une méthode de sevrage plus conservatrice est recommandée pour les BZD à courte demi-vie et prises à hautes doses, tandis qu'un sevrage plus rapide est possible avec les BZD à longue demi-vie et prises à faibles doses [71]. 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. Les experts supportent que si l'hypnotique non-BZD est pris régulièrement à doses élevées, un sevrage de 25% dose chaque semaine sur 4 semaines doit être effectué. Pour les autres classes d'hypnotiques, la mélatonine, la doxépine faible dose et les antagonistes des oréxines, n'ont pas besoin d'un sevrage graduel à l'arrêt. Toutefois, pour les antidépresseurs et les antipsychotiques sédatifs, comme il manque d'évidence dans la littérature lorsqu'utilisés « off-label » dans l'insomnie, les experts recommandent d'effectuer un sevrage à l'arrêt par prudence [71]. Pour les cliniciens, le principe directeur est le suivant : Plus la dose et plus la durée d'utilisation de l'hypnotique sont élevées, plus la dépendance physiologique est importante. Alors pour éviter des symptômes de retrait, il faut envisager un sevrage graduel sur une période de temps plus longue [72].

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. 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 [73-75].

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 (T1/2 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 [75].

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. clonazépam, flurazépam), elle présente l'avantage de réduire le risque ou l'intensité des symptômes de sevrage lorsqu'elle est cessée rapidement [76]. Donc, si la méthode par sevrage directe est choisie (ex. patient prend du clonazépam), 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 clonazépam 0.125 mg HS en lorazépam 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 [75].

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. Plusieurs outils sont disponibles pour les aider à conscientiser le patient et l'impliquer dans sa démarche. La brochure « [Vous êtes à risque, vous prenez un sédatif-hypnotique](#) » du CRIUGM [77] est simple, et facilement accessible. 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 [74, 75, 78]. 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 hypnotésédatif 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) [78].

CAS CLINIQUE

Mme Tremblay, âgée de 85 ans, vivant seule dans son condo, réputée autonome aux AVQ et AVD, consulte à l'urgence de l'hôpital accompagnée de sa fille, car elle a chuté hier et s'est cognée brusquement la tête en tombant au sol. Depuis hier, elle est confuse et présente un hématome péri-orbitaire.

ATCDs : Hypothyroïdie, TAG, Benzodépendance, FA anticoagulée, Gonarthrose bilatérale.

Habitudes vie : négatif x 3.

Liste de médicaments au DSQ : Lévothyroxine 0.088mg po DIE, Citalopram 10 mg po DIE, Lorazépam 1 mg HS PRN, Bisoprolol 2.5 mg po DIE, Apixaban 2.5 mg po BID, Acetaminophène 500 mg 2 co BID (8+17h) et Voltaren emulgel 1.16% appl. aux genoux BID.

Au BCM, la pharmacienne découvre que Mme prend Lorazépam 1 mg HS régulièrement, et ce depuis au moins 10 ans. Elle est observante à tous ses médicaments servis aux 2 semaines, en dispill. De plus, lorsque questionnée pour les médicaments en ventre libre (MVL) et les produits de santé naturelle (PSN), Mme révèle qu'elle ne prend pas de produits naturels, mais qu'elle s'est procurée la semaine dernière à sa pharmacie du « Tylenol nuit extra-fort® » et que cela l'aide beaucoup à diminuer ses douleurs aux genoux, mais qu'elle se sent « engourdie ou ralentie » le matin au lever depuis 1 semaine environ. Elle prend 2 comprimés de Tylenol nuit® à chaque soir avant d'aller au lit.

Approche initiale

L'urgentologue stabilise la patiente, l'envoie au scan cérébral, effectue un bilan délirium, prescrit ses médicaments idem à la liste du DSQ sauf qu'il suspend l'Apixaban en attendant le résultat du scan cérébral. Il l'hospitalise et demande une consultation en Gériatrie pour avis sur benzodiazépine et chute.

Mi-séjour

La gériatre voit la patiente, fait l'histoire médicale à l'arrivée en présence de la fille, évalue son autonomie fonctionnelle et si possibles troubles cognitifs sous-jacents. Elle demande en consultation la pharmacienne de l'UCDG pour établir un plan de sevrage du Lorazépam 1 mg HS régulier.

La pharmacienne indique les médicaments ayant pu contribuer à la chute :

- Prise régulière hors dispill de Tylenol nuit extra-fort® à raison de 2 co HS (1 comprimé contient 500 mg d'acétaminophène et 25 mg de diphenhydramine) (le diphenhydramine est un anticholinergique de 1^{ère} génération qui cause ++ d'effets anticholinergiques)
- Lorazepam (étourdissements, somnolence, troubles d'équilibre, diminution vigilance)
- Citalopram (étourdissements, insomnie ou somnolence)
- Bisoprolol (peut causer bradycardie, syncope et chute)

Elle avise la patiente et sa fille de cesser immédiatement la prise du Tylenol nuit®, car cette sorte de Tylenol® contient 2 principes actifs dont l'un est du Benadryl dont l'usage est inapproprié chez les personnes âgées, car il entraîne un risque de chute et de confusion, ainsi que d'autres effets indésirables tels que la bouche sèche, la rétention urinaire, la constipation et la vision trouble.

Pour sa gonarthrose, elle suggère au médecin d'augmenter l'acétaminophène 500 mg à 2 co TID (8-17-22h) et celle-ci évaluera si infiltration locale possible.

Pour la prise de longue date de Lorazépam 1 mg HS, la pharmacienne explique à la patiente les risques à court, moyen et long terme associés aux benzodiazépines. Elle la questionne sur ses habitudes de sommeil, sur ses habitudes de vie (si prise de caféine et à quelle heure de la journée, si siestes pendant la journée, etc.). La patiente reconnaît que ce

médicament peut lui être nuisible et peut être à l'origine de ses chutes et troubles d'équilibre. Cependant, elle craint que son problème d'anxiété chronique et d'insomnie soient insupportables au quotidien sans la prise de son anxiolytique. La pharmacienne lui propose un plan de sevrage du Lorazépam par étapes sur une longue période de temps (6 mois) et elle l'avise également de la possibilité d'optimiser la dose de l'antidépresseur qu'elle prend pour son trouble anxieux (le Citalopram). La patiente accepte la proposition et désire même être suivie régulièrement par une équipe spécialisée en troubles du sommeil à son GMF (adoption de stratégies non pharmacologiques, séances de TCC-I).

Planification au congé / suivi

Mme Tremblay a reçu son congé de l'hôpital assez rapidement. La gériatre lui a donné RV en clinique ambulatoire de gériatrie pour l'évaluation des troubles cognitifs à distance du sevrage et l'arrêt de médicaments déprimeurs du SNC (diphenhydramine et lorazépam) et à distance de la chute avec trauma crânien.

Le sevrage du Lorazépam s'est bien déroulé jusqu'à la dose de Lorazépam 0.5 mg HS. Rendue à cette étape, la patiente était réticente à poursuivre, car elle éprouvait de la difficulté à s'endormir. La pharmacienne communautaire a proposé de poursuivre le sevrage, mais de demeurer au même palier pendant un période de temps plus longue (ex. palier de 4 semaines au lieu d'une semaine), et elle lui suggère d'ajouter de la Mélatonine 3 mg HS pour faciliter possiblement son endormissement et faciliter le sevrage complet de la benzodiazépine. La patiente accepte le plan et suivis offerts. Elle réussit finalement la cessation complète du Lorazépam après 6 mois, avec un contrôle de son trouble anxieux sous Citalopram 20 mg po DIE et de son trouble du sommeil sous TCC-I, mesures d'hygiène du sommeil et mélatonine 3 mg HS.

ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES

1. Kergoat MJ, Desforbes K, Firoozi F: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 4^{ème} édition.** Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2026, https://rushgq.org/wp-content/uploads/2026/01/RUSHGQ_Guide_gestion_medicamentuse_4ieme_edition_5janvier2026_FINAL.pdf.
2. 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 - 3^{ème} édition.** Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2022, https://rushgq.org/wp-content/uploads/2022/09/RUSHGQ_Guide_gestion_medicamentuse_3ieme_edition_28sept2022.pdf
3. Hoang LUA, Gravel J, Kergoat MJ: **Gestion des hypnotiques en UCDG** In: *Guide de gestion médicamenteuse en UCDG, 3^{ème} édition.* Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2021.
4. Hoang LUA, Gravel J, Kergoat MJ: **Gestion des hypnotiques en UCDG.** In: *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; 2017.
5. 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.
6. Morin CM, Vezina-Im LA, Chen SJ, Ivers H, Carney CE, Chaput JP, Dang-Vu TT, Davidson JR, Belleville G, Lorrain D *et al*: **Prevalence of insomnia and use of sleep aids among adults in Canada.** *Sleep Med* 2024, **124**:338-345.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Dang-Vu T: **L'insomnie : qui traiter, pourquoi et comment ?** *Le Médecin du Québec* 2024, **59**(9):29-33.
11. American Psychiatric Association: **Sleep-Wake Disorders.** In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, Text Revision.* Edited by Pender VB, Brendel RW, Summers RF, DeJong S. Washington (DC, United States): American Psychiatric Association Publishing; 2022: 408-477.
12. 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.
13. Patel D, Steinberg J, Patel P: **Insomnia in the Elderly: A Review.** *J Clin Sleep Med* 2018, **14**(6):1017-1024.
14. Fetveit A: **Late-life insomnia: a review.** *Geriatr Gerontol Int* 2009, **9**(3):220-234.
15. Morin CM, Khullar A, Robillard R, Desautels A, Mak MSB, Dang-Vu TT, Chow W, Habert J, Lessard S, Alima L *et al*: **Delphi consensus recommendations for the management of chronic insomnia in Canada.** *Sleep Med* 2024, **124**:598-605.
16. 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.
17. Hottin P: **L'insomnie chez la personne âgée.** *Le Médecin du Québec* 2001, **36**(8):45-53.
18. 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.
19. 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.
 20. 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.
 21. 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.
 22. Bonnet MH, Arand DL: **Treatment of insomnia: UpToDate**; (www.uptodate.com) [consulté le 5 avril 2014].
 23. Shub D, Darvishi R, Kunik ME: **Non-pharmacologic treatment of insomnia in persons with dementia**. *Geriatrics* 2009, **64**(2):22-26.
 24. 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.
 25. 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.
 26. 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].
 27. Ste-Marie M: **Troubles du sommeil. La civilisation qui ne dort plus**. *ProfessionSanté* 2020, **6**(9):31-38.
 28. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME, Begley A, Houck PR, Mazumdar S, Reynolds CF, 3rd *et al*: **Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults**. *Arch Intern Med* 2011, **171**(10):887-895.
 29. Guay E, Ngô T-L, Jetté-Pomerleau V, Goulet J, Moderie C: **Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement de l'insomnie chez l'adulte et la personne âgée. Une approche axée sur la thérapie comportementale brève pour l'insomnie**. Montréal (Québec, Canada): TCC Montréal ([tcc.montreal.com](http://tccmontreal.com)); 2025, <https://tccmontreal.com/wp-content/uploads/2025/02/guide-therapie-comportementale-insomnie.pdf>.
 30. Frimpong E, Mograss M, Zvionow T, Dang-Vu TT: **The effects of evening high-intensity exercise on sleep in healthy adults: A systematic review and meta-analysis**. *Sleep Med Rev* 2021, **60**:101535.
 31. Tai Y, Obayashi K, Yamagami Y, Saeki K: **Association between before-bedtime hot-tub bathing and sleep quality in real-life settings among community-dwelling older adults**. *Sleep Health* 2025, **11**(6):908-915.
 32. 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.
 33. Xia L, Liu H, Ren J: **A review of symptom, pathogenesis and treatment characteristics of the elderly with chronic insomnia**. *Medicine (Baltimore)* 2025, **104**(5):e41346.
 34. 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.
 35. 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.
 36. 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.**
37. 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].
38. 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].
39. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, Bastien C, Berzina N, Bjorvatn B, Dikeos D *et al*: **The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023.** *J Sleep Res* 2023, **32**(6):e14035.
40. 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.
41. 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.
42. George S, Sripathy A, Rehman A, George J, Chirayil K, Frost E, Ramanathan N, Joseph S, Ghobrial-Sedky K, Sripathy A *et al*: **Melatonin dose and timing: Do we have it right?** *CNS Spectr* 2025, **30**(1):e86.
43. Pazan F, Weiss C, Wehling M, Forta: **The FORTA (Fit FOR The Aged) List 2021: Fourth Version of a Validated Clinical Aid for Improved Pharmacotherapy in Older Adults.** *Drugs Aging* 2022, **39**(3):245-247.
44. Zdanys KF, Steffens DC: **Sleep Disturbances in the Elderly.** *Psychiatr Clin North Am* 2015, **38**(4):723-741.
45. 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.
46. 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.
47. Deschenes CL, McCurry SM: **Current treatments for sleep disturbances in individuals with dementia.** *Curr Psychiatry Rep* 2009, **11**(1):20-26.
48. Alamo C, Saiz Ruiz J, Zaragoza Arnaez C: **Orexinergic Receptor Antagonists as a New Therapeutic Target to Overcome Limitations of Current Pharmacological Treatment of Insomnia Disorder.** *Actas Esp Psiquiatr* 2024, **52**(2):172-182.
49. Idorsia Pharmaceuticals: **Monographie du Quviviq™ (daridorexant).** Allschwil (Suisse): Idorsia Pharmaceuticals; 26 avril 2023, https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00070821.PDF.
50. 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.
51. By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: **American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria(R) for potentially inappropriate medication use in older adults.** *J Am Geriatr Soc* 2023, **71**(7):2052-2081.
52. 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.
53. Wiegand MH: **Antidepressants for the treatment of insomnia : a suitable approach?** *Drugs* 2008, **68**(17):2411-2417.
54. 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.
55. Nguyen PV, Dang-Vu TT, Forest G, Desjardins S, Forget MF, Vu TT, Nguyen QD, Kouassi E, Desmarais P: **Mirtazapine for chronic insomnia in older adults: a randomised double-blind placebo-controlled trial-the MIRAGE study.** *Age Ageing* 2025, **54**(3).

56. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL: **Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer's disease.** *Cochrane database of systematic reviews* 2014(3):CD009178.
57. Anderson SL, Vande Griend JP: **Quetiapine for insomnia: A review of the literature.** *Am J Health Syst Pharm* 2014, **71**(5):394-402.
58. Coe HV, Hong IS: **Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia.** *Ann Pharmacother* 2012, **46**(5):718-722.
59. Atkin T, Comai S, Gobbi G: **Drugs for Insomnia beyond Benzodiazepines: Pharmacology, Clinical Applications, and Discovery.** *Pharmacol Rev* 2018, **70**(2):197-245.
60. Winkelman JW, Berkowski JA, DelRosso LM, Koo BB, Scharf MT, Sharon D, Zak RS, Kazmi U, Falck-Ytter Y, Shelgikar AV *et al*: **Treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline.** *J Clin Sleep Med* 2025, **21**(1):137-152.
61. Hong JSW, Atkinson LZ, Al-Juffali N, Awad A, Geddes JR, Tunbridge EM, Harrison PJ, Cipriani A: **Gabapentin and pregabalin in bipolar disorder, anxiety states, and insomnia: Systematic review, meta-analysis, and rationale.** *Molecular psychiatry* 2022, **27**(3):1339-1349.
62. Drugs.com: **Eszopiclone**; Last updated on Oct 21, 2019 ; <https://www.drugs.com/monograph/eszopiclone.html> [consulté le 11 octobre 2020].
63. Procyshyn RM, Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ: **Clinical handbook of psychotropic drugs 22nd edition.** Göttingen (Germany): Hegrefe; 2017.
64. Grenier J, Jolin M: **Le traitement de l'insomnie.** *Québec Pharmacie* 2010, **57**(2):24-27.
65. Phang G: **L'insomnie chez la personne âgée.** *Québec Pharmacie* 2011, **58**(3):7-8.
66. **Are Sedatives Safe for the Elderly ? (#290608).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Juin 2013.
67. **Insomnia in the Elderly (#250919).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Septembre 2009.
68. **Insomnia Treatments (#290526).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Mai 2013.
69. **Medications Used for Insomnia (#271226).** *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* Décembre 2011.
70. Greller H, Gupta A: **Benzodiazepine poisoning and withdrawal: Up to Date** (www.uptodate.com) [consulté le 28 octobre 2014].
71. Watson NF, Benca RM, Krystal AD, McCall WV, Neubauer DN: **Alliance for Sleep Clinical Practice Guideline on Switching or Deprescribing Hypnotic Medications for Insomnia.** *J Clin Med* 2023, **12**(7).
72. Neubauer ND: **Pharmacotherapy for insomnia in adults: UpToDate; 2021,** <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-insomnia-in-adults> [consulté le 1er avril 2021].
73. Morin CM: **Vaincre les ennemis du sommeil 2e édition.** Montréal (Québec, Canada): Éditions de l'Homme; 2009.
74. 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.
75. 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].
76. PL Detail- Document # 300806 PHARMACIST'S LETTER: **Benzodiazepines carry risks of abuse, dependence, and withdrawal;** August 2014.
77. Tannenbaum C: **Vous êtes à risque - Vous prenez un sédatif-hypnotique.** Montréal (Québec, Canada): Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et le Réseau canadien pour la déprescription; 2014, <https://criugm.qc.ca/wp-content/uploads/2021/08/Somnife%CC%80rese%CC%81dscontrelanxie%CC%81te%CC%81VF.pdf>.
78. 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 (café, thé, cola), la lettre "M" pour la prise d'un médicament pour dormir et la lettre "A" pour la consommation d'alcool, la lettre « E » pour exercice physique

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																										

Adapté de l'Agenda du sommeil simplifié de Dr Jean Goulet 08-2010 : <https://tccmontreal.com/wp-content/uploads/2014/03/agenda-du-sommeil-simplific3a9-2010.pdf>

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