



# Mauvais sommeil, mauvaise prise en charge

Près d'un Québécois sur deux dit souffrir de problèmes de sommeil, mais les thérapies éprouvées restent difficilement accessibles. Insomnie chronique, apnée du sommeil, dépendance aux somnifères : les médecins de famille et les pharmaciens communautaires se heurtent à un système qui privilégie encore les pilules aux approches préconisées par les sociétés savantes.

UN DOSSIER DE GEOFFREY DIRAT



ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

# Une prise en charge au rabais

Un nombre croissant de Québécois souffrent de troubles du sommeil. Si la moitié d'entre eux déclarent avoir des problèmes de sommeil, on estime que l'insomnie chronique touche de 15 à 18 % de la population, tandis que l'apnée modérée à sévère concernerait 10 à 15 % des adultes, surtout après 40 ans. Des chiffres approximatifs, car ces deux troubles du sommeil – les plus prévalents – sont largement sous-diagnostiqués.

En tout cas, leurs conséquences dépassent largement la sphère individuelle : absentéisme, baisse de productivité, accidents de la route et du travail, etc. « Ces troubles affectent un gros tiers de la population. Ils ont également des répercussions néfastes sur la santé cardiovasculaire, le métabolisme ainsi que sur la santé mentale et cognitive », souligne l'infirmière Chantal St-Onge, ressource-conseil à la Fondation du sommeil. Selon elle, les coûts indirects de ces multiples impacts se chiffrent en centaines de millions par an au Québec.

Malgré tout, le sommeil reste largement ignoré comme enjeu de santé publique. « On devrait davantage le voir comme ça », estime pourtant le neurologue à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Alex Desautels. Directeur clinique du Centre d'études avancées en médecine du sommeil (CÉAMS), il rappelle que le sommeil, l'activité physique et l'alimentation sont les trois piliers de la santé. « L'un ne va pas sans l'autre. Il faut bien dormir, bien bouger et bien manger pour être en bonne santé. »

Cette absence de reconnaissance du sommeil comme un enjeu de santé publique se reflète dès la formation initiale des professionnels de la santé qui, de l'avis des experts, sont insuffisamment sensibilisés aux troubles du sommeil et à leur prise en charge. Elle se traduit aussi par un financement centré sur des solutions pharmacologiques anciennes, alors que les approches recommandées par les lignes directrices peinent à s'imposer dans le réseau public.

## Des traitements efficaces... mais hors de portée

La thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCCi) est reconnue comme traitement de première intention. « Toutes les sociétés savantes et tous les guides de pratique clinique la recommandent comme premier choix... mais très peu de patients y

ont accès », déplore le psychiatre Jean Goulet, spécialiste du sommeil et formateur en TCC.

Dans le réseau public, la TCCi se heurte au manque de ressources, aux listes d'attente fermées dans les rares cliniques du sommeil qui la proposent et surtout à l'absence de couverture par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « Même quand les gens sont prêts à payer, il y a très, très peu de psychologues qui la proposent au privé », signale par ailleurs le Dr Goulet.

En ce qui a trait à la pharmacothérapie indiquée dans le traitement de l'insomnie, même constat. La RAMQ rembourse une benzodiazépine (le témazépam), mais ne couvre pas des molécules plus récentes, plus efficaces et moins nocives, comme les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (zopiclone, eszopiclone et zolpidem) et les inhibiteurs de l'orexine (lemborexant, daridorexant). En revanche, elle rembourse des >



PHOTO: COURTOISIE

**« CES TROUBLES [...] ONT ÉGALEMENT DES RÉPERCUSSIONS NÉFASTES SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, LE MÉTABOLISME AINSI QUE SUR LA SANTÉ MENTALE ET COGNITIVE. »**

**Chantal St-Onge**, infirmière et ressource-conseil à la Fondation du sommeil

## GARE À L'ORTHOSOMNIE

Les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures recommandent de 7 à 9 heures de sommeil par nuit pour les 18 à 64 ans, et de 7 à 8 heures pour les 65 ans et plus. Selon l'enquête périodique de l'INSPQ sur les habitudes de vie des Québécoises et Québécois, 75 % d'entre nous atteignent ces seuils minimaux.

Roger Godbout n'est pas contre les normes. Cependant, le psychologue au Laboratoire du sommeil à l'Hôpital de Rivière-des-Prairies affirme que ces seuils de sommeil méritent d'être contextualisés. « Il faut bien expliquer aux patients que chacun dort à sa façon et

qu'il y a une marge de manœuvre » par rapport à ces recommandations.

À défaut, le psychologue indique que les gens peuvent facilement souffrir d'orthosomnie, qui se définit comme la quête d'un sommeil parfait, sans insomnie ni cauchemars et d'une durée standardisée. « À force d'être obsédé par son sommeil, on en vient à le perdre et à faire de l'insomnie », prévient-il.

« Comme on cherche chaussure à son pied, il faut trouver la durée de sommeil qui nous convient », poursuit Marc Godbout. Certains individus peuvent dormir régulièrement 4 à 5 heures sans éprouver de difficul-

tés à fonctionner le jour. À l'opposé, certaines personnes vont se traîner la journée si elles roupillent moins de 9 heures par nuit.

Le critère du manque de sommeil, c'est la somnolence diurne qui doit être distinguée de la fatigue. La somnolence se manifeste par une forte envie de dormir, des paupières lourdes et une baisse importante de la vigilance. Bref, on « cogne des clous ». La fatigue correspond plutôt à un sentiment subjectif de manque d'énergie. C'est un symptôme beaucoup moins spécifique.

antidépresseurs et des antipsychotiques, tels le trazodone et la quétiapine (voir tableau en page 32), alors qu'ils ne sont pas indiqués pour l'insomnie, mais demeurent largement prescrits, faute de mieux.

### Une question de coûts

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) indique que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a bien reconnu la valeur thérapeutique du lemborexant et du daridorexant, mais que « les prix soumis par les fabricants pour ces molécules sont excessivement élevés par rapport aux comparateurs, sans qu'ils puissent être justifiés par des avantages thérapeutiques bien démontrés ». Le MSSS se dit toutefois « ouvert à la négociation des prix ». Quant aux benzodiazépines, le ministère rapporte qu'il mène actuellement avec l'INESSS « des analyses sur différentes avenues qui pourraient être envisagées pour favoriser [leur] usage optimal ».

S'agissant de la TCCi, le MSSS reconnaît que l'accès aux services en santé mentale reste un défi. Cependant, il affirme que « les personnes souffrant d'insomnie n'ont pas nécessairement besoin de psychothérapie et que la majorité est suivie par leur médecin de famille », quand elles en ont un. Le Ministère précise toutefois que, dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), « l'insomnie est un problème souvent mentionné par les personnes lors de l'évaluation des besoins pour d'autres troubles, comme les troubles dépressifs ou d'anxiété ». Ces dernières peuvent alors bénéficier de solutions « allant des traitements de première intention (par exemple des autosoins) jusqu'à des interventions psychologiques et cliniques plus approfondies »

qui peuvent inclure une approche cognitivo-comportementale.

Pour l'apnée du sommeil, les appareils à pression positive continue (PPC) restent le traitement de référence. Mais la RAMQ ne les rembourse que pour les bénéficiaires de l'aide sociale. « Le principal obstacle est financier. Certains patients n'ont pas 2000 \$ pour une machine, même s'ils savent que ça leur sauverait la vie », observe le pneumologue Claude Poirier, directeur médical de l'Association pulmonaire du Québec.

Le MSSS explique que la situation budgétaire actuelle ne permet pas de rembourser ces appareils à tous les patients. « Dans un contexte de ressources financières limitées, nous nous devons de faire des choix » et ceux-ci viseraient éventuellement à prioriser « les personnes à plus faible revenu ».

À ces obstacles s'ajoute la lenteur du diagnostic. Dans certaines régions, les patients sont appareil-



PHOTO: COURTOISIE

**« CERTAINS PATIENTS N'ONT PAS 2000 \$ POUR UNE MACHINE À PRESSION POSITIVE CONTINUE, MÊME S'ILS SAVENT QUE ÇA LEUR SAUVERAIT LA VIE. »**

Dr Claude Poirier, pneumologue

## LES QUÉBÉCOIS DORMENT MAL

Selon un sondage en ligne, mené entre le 31 janvier et le 2 février 2025 par la firme Léger (marge d'erreur de plus ou moins 4,7 %, 19 fois sur 20) pour le compte du laboratoire pharmaceutique Eisai :

- Près de la moitié (49 %) des Québécoises et Québécois déclarent éprouver des difficultés à s'endormir ou à rester endormi.
- Pour remédier à leurs problèmes de sommeil, 44 % des répondants ont essayé des produits naturels, des vitamines ou des suppléments; 34 % ont eu recours à des médicaments d'ordonnance; et 9 % ont consommé du cannabis.
- Parmi les Québécois n'ayant jamais pris de somnifère, 41 % craignent un risque de dépendance et 28 % s'inquiètent des effets indésirables.

Selon un autre sondage de la Firme Léger réalisé du 20 au 22 juin 2025 (marge d'erreur de plus ou moins 4,7 %, 19 fois sur 20) pour le compte de Dormez-vous :

- Pas moins de 65 % des répondants souhaiteraient avoir un sommeil de meilleure qualité.
- Seuls 18 % des adultes au Québec affirment avoir une « très bonne » relation avec le sommeil.
- Plus de la moitié (53 %) déclarent savoir qu'ils dorment moins que ce dont ils ont besoin.

Selon l'INSPO, 40 % des Québécoises et Québécois de moins de 45 ans ont vu la qualité de leur sommeil diminuer depuis la pandémie de COVID-19. Dans la plupart des études menées dans le monde depuis 2021, le taux d'insomniaques a plus que doublé, passant de 20 % à 40 %.

lés en trois ou quatre mois; ailleurs, le délai dépasse les 18 à 24 mois. « Pendant ce temps, la fatigue, l'hypertension et les risques cardiovasculaires continuent de s'aggraver », souligne le Dr Poirier.

### L'éducation, grande oubliée

« On néglige complètement l'éducation au sommeil, alors qu'elle devrait commencer à l'école et se poursuivre tout au long de la vie », considère pour sa part le psychologue Roger Godbout. Chercheur au laboratoire du sommeil de l'Hôpital de Rivière-des-Prairies, il estime que l'apprentissage de notions simples et pratiques sur l'hygiène du sommeil pourrait grandement réduire l'insomnie chronique et retarder l'apparition de l'apnée chez les personnes à risque.



PHOTO: COURTOISIE

**« ON NÉGLIGE COMPLÈTEMENT L'ÉDUCATION AU SOMMEIL, ALORS QU'ELLE DEVRAIT COMMENCER À L'ÉCOLE ET SE POURSUIVRE TOUT AU LONG DE LA VIE. »**

Roger Godbout, psychologue

De plus, le clinicien regrette que peu de formations soient offertes aux professionnels de la santé sur les approches non pharmacologiques de l'insomnie, et que les outils d'autogestion validés soient rarement intégrés dans les parcours de soins. Faute d'accès structuré à la TCCi, certains médecins n'ont d'autres choix que d'improviser des TCCi à l'aide de modules en ligne ou d'interventions brèves (voir article page 34). De leur côté, les pharmaciens doivent composer avec des patients qui prennent trop souvent des benzodiazépines en dépit de leurs efforts de déprescription (voir article page 37).

### Pistes de changement

Les experts consultés par *Profession Santé* s'accordent sur les solutions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge des troubles du sommeil : financer la TCCi dans le réseau public, former les professionnels au dépistage et à la prise en charge non pharmacologique de l'insomnie, déployer des outils d'autosoins validés, réduire les délais de diagnostic de l'apnée du sommeil et rembourser les machines PPC selon le revenu des patients.

Pour le Dr Goulet, l'efficacité de la TCCi ne fait aucun doute. « L'enjeu n'est pas de savoir si ça fonctionne... c'est de le mettre en pratique », insiste le psychiatre, convaincu que cela pourrait « réduire le recours à des traitements coûteux et moins efficaces. » L'objectif : passer d'un modèle centré sur la prescription à court terme à une politique de prévention et de gestion intégrée des troubles du sommeil. ■



MÉDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTÉ NATURELS

# La pharmacothérapie de l'insomnie à la loupe

Les sociétés savantes sont unanimes : la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCCi) devrait être le traitement de première intention de l'insomnie chronique. Parce qu'elle est très peu accessible au Québec, mais aussi parce que la TCCi n'est efficace qu'àuprès de 60 à 70 % des individus, les médecins n'ont d'autre choix que prescrire des médicaments à leurs patients insomniaques; ou leur recommander des produits naturels lorsque ceux-ci sont réfractaires à la médication.

L'arsenal à leur disposition étant très large (voir tableau en page 32), voici une revue de détail avec deux spécialistes de la pharmacothérapie de l'insomnie: Violaine Masson, pharmacienne à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et en GMF-U, et sa consœur Mélanie Carrier, elle aussi pharmacienne en GMF et fondatrice de la clinique du sommeil Circa.

## Les benzodiazépines

Les médecins ont le plus souvent un malaise à prescrire des benzodiazépines en raison des risques associés (dépendance physique et mentale, somnolence, troubles de la mémoire et de la concentration, etc.). Parmi les 2,3 millions d'ordonnances de 30 jours établies en 2023-2024 pour des somnifères, 52 % concernaient toutefois une benzodiazépine (clonazépam, flurazépam, témazépam, lorazépam, et oxazépam), selon des données de la RAMQ.

Prescrites par défaut, notamment parce qu'elles sont remboursées par la RAMQ, les benzodiazépines sont réputées pour leur efficacité, mais Violaine Masson tient à relativiser cette considération. Elle explique que les données concernant leur incidence sur les délais d'endormissement et les temps de sommeil sont tirées d'études datant des années 1970. « À l'époque, ces chiffres étaient estimés à partir de journaux de sommeil et non de tests de polysomnographie comme à présent. Or, les résultats de polysomnographie sont en général la moitié des chiffres de journaux de sommeil », rapporte la pharmacienne. Autrement dit, quand un patient rapporte s'endormir 60 minutes plus vite dans un journal de sommeil, la polysomnographie indiquera environ 30 minutes de moins.

Dans le lot, « le témazépam est une bonne benzo à choisir », estime Violaine Masson, qui souligne sa demi-vie assez courte (entre cinq et huit heures). En revanche, sa présentation sous forme de capsule complique le

sevrage. « C'est impossible de faire une demi-capsule. Entre 7,5 mg et 0, il n'y a donc pas d'étape possible. »

Mélanie Carrier signale quant à elle que le lorazépam est « probablement la benzodiazépine la plus prescrite, car elle a un double effet anxiolytique et hypnotique ». En revanche, sa demi-vie est plus longue que le témazépam (de 10 à 20 heures) et, contrairement à ce dernier, le lorazépam n'est pas indiqué contre l'insomnie.

## Les antidépresseurs « classiques »

Deuxièmes « somnifères » les plus prescrits au Québec (avec 30 % des ordonnances de 30 jours en 2023-2024), les antidépresseurs (mirtazapine, trazodone et amitriptyline) ne sont pas indiqués dans le traitement de l'insomnie. « En général, ils sont utilisés dans >



PHOTO: COURTOISE

**« [LA DOXÉPINE EST] INTÉRESSANTE POUR AGIR SUR LE MAINTIEN DU SOMMEIL, PAS POUR L'ENDORMISSEMENT. L'EFFICACITÉ DEMEURE À 12 SEMAINES ET ELLE CRÉE MOINS DE DÉPENDANCE QUE LES BENZODIAZÉPINES. »**

Mélanie Carrier, pharmacienne en GMF et fondatrice de la clinique du sommeil Circa

l'insomnie associée à la dépression, mais il n'y a à peu près aucune étude qui vient soutenir leur usage dans l'insomnie primaire», mentionne Violaine Masson. Même utilisés à faible dose, « ils ont un effet résiduel le lendemain matin », ajoute la pharmacienne.

### Les antidépresseurs tricycliques

Dans cette classe de médicaments, seule la doxépine est indiquée contre l'insomnie au Canada, mais elle n'est pas remboursée par la RAMQ dans le format 3 mg, qui est recommandé pour les insomniaques. « C'est une molécule intéressante pour agir sur le maintien du sommeil, pas pour l'endormissement », précise Mélanie Carrier. Malgré un possible risque de somnolence résiduelle, « la plupart des gens la tolèrent bien. L'efficacité demeure à 12 semaines et elle crée moins de dépendance que les benzodiazépines », détaille la pharmacienne.

### Les antipsychotiques

Dans le lot, la quétiapine est le troisième « somnifère » le plus prescrit aux Québécois (avec 18 % des ordonnances de 30 jours en 2023-2024). Violaine Masson indique qu'elle n'est pas recommandée pour l'insomnie primaire et que « trop peu d'études viennent quantifier ses bénéfices sur l'insomnie secondaire ». Elle met également en garde contre ses effets délétères : hypotension orthostatique, diabète induit, risque accru d'AVC, etc.

### Les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (hypnotiques en Z ou Z drugs)

La zopiclone est principalement utilisée pour l'initiation du sommeil, tandis que le zolpidem et l'eszopiclone sont efficaces à la fois pour l'initiation et le maintien. « On pensait que les hypnotiques en Z allaient être la solution aux benzodiazépines », observe Mélanie Carrier en spécifiant que leur impact

sur l'architecture du sommeil est moindre, de même que le risque de dépendance qui demeure néanmoins présent. « En revanche, ils exposent les patients à des effets indésirables notables : parasomnies – particulièrement avec le zolpidem –, amnésie antérograde, somnolence résiduelle et troubles cognitifs, surtout chez les personnes âgées », expose la pharmacienne.

### Les inhibiteurs de l'orexine

Ciblant l'orexine, un neuromodulateur clé de l'éveil, le daridorexant et le lemborexant induisent le sommeil sans sédation immédiate ni altération majeure de l'architecture du sommeil. « Leur valeur thérapeutique a été prouvée par de bonnes études avec polysomnographie à l'appui », indique Violaine Masson. Ces essais cliniques montrent également une bonne innocuité, peu de dépendance, pas d'effet rebond, et une efficacité démontrée jusqu'à 12 semaines. Dans la pratique, leur efficacité perçue varie, prévient Mélanie Carrier. « Selon mon expérience, ils sont efficaces chez seulement 25 à 35 % des patients. » L'autre bémol, c'est leur coût, environ 60 \$ par mois, qui n'est pas couvert par la RAMQ après que l'INESSS eut rendu récemment des avis négatifs à l'encontre du daridorexant et du lemborexant en raison de « l'impact budgétaire démesuré » qui découlerait de leur inscription sur les listes des médicaments.

### La mélatonine

La mélatonine est surtout préconisée pour les troubles circadiens du sommeil, car elle aide à resynchroniser le cycle éveil-sommeil. Violaine Masson rapporte qu'elle a été évaluée dans plusieurs petites études qui ont donné des résultats contradictoires, « mais la mélatonine semble peu efficace pour l'insomnie primaire, encore moins pour l'insomnie secondaire. J'ai des patients qui me disent cependant que c'est fantastique », relate la pharmacienne. Elle évoque néanmoins certains effets indésirables (fatigue, somnolence, céphalées, irritabilité) et ne la recommande pas chez les patients atteints de maladies auto-immunes ou d'une maladie vasculaire ainsi que chez les enfants (en l'absence de données à long terme) et les femmes enceintes ou qui allaitent.

### Les produits naturels

L'efficacité clinique des produits de santé naturels à base de plantes comme la passiflore, la valériane ou encore le CBD n'est prouvée par aucune étude sérieuse. Étant donné leurs effets indésirables limités, « si le patient l'essaie, puis que ça fonctionne, c'est tant mieux. Il ne faut pas négliger l'effet placebo », affirme Mélanie Carrier. Deux méta-analyses ont montré que la prise d'un placebo entraîne une amélioration significative du trouble du sommeil chez 40 % des patients, tout en augmentant le temps total de sommeil de près de 30 minutes. ■



PHOTO : COURTOISIE

**« IL N'Y A À PEU PRÈS AUCUNE ÉTUDE QUI VIENT SOUTENIR L'USAGE D'ANTIDÉPRESSEURS DANS L'INSOMNIE PRIMAIRE. »**

Violaine Masson, pharmacienne



**MÉDICAMENTS INDIQUÉS DANS LE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE**

MOLÉCULE	DÉLAI D'ENDORMISSEMENT	TEMPS TOTAL DE SOMMEIL	PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES	OBSERVATIONS
<b>AGONISTES DES RÉCEPTEURS DES BENZODIAZÉPINES</b>				
Zopiclone Eszopiclone Zolpidem	↓ 11 à 27 minutes	↑ 23 à 57 minutes	Dépendance, tolérance Parasomnies, risques cognitifs	Peu ou pas d'effets sur la qualité du sommeil Non remboursés par la RAMQ
<b>INHIBITEURS DE L'OREXINE</b>				
Lemborexant Daridorexant	↓ 3 à 16 minutes	↑ 10 à 30 minutes	Effet diurne résiduel Paralysie du sommeil	Moins de dépendance et de tolérance à l'arrêt Efficacité limitée Non remboursés par la RAMQ
<b>BENZODIAZÉPINE</b>				
Témazépam	↓ 4 à 20 minutes	↑ 62 à 99 minutes	Dépendance, tolérance, mésusage, surdosage Confusion, étourdissements, trouble de mémoire, chute et fracture, augmentation des accidents de la route	Les autres molécules de la classe des benzodiazépines ne sont pas indiquées pour l'insomnie Remboursée par la RAMQ
<b>ANTIDÉPRESSEUR TRICYCLIQUE</b>				
Doxépine	↓ 3 à 6 minutes	↑ 12 à 30 minutes	Somnolence résiduelle possible	Bien toléré, moins de dépendance que les benzodiazépines Non remboursé par la RAMQ

**MÉDICAMENTS NON INDIQUÉS DANS LE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE**

MOLÉCULE	DÉLAI D'ENDORMISSEMENT	TEMPS TOTAL DE SOMMEIL	PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES	OBSERVATIONS
<b>ANTIDÉPRESSEUR</b>				
Trazodone	Pas de différence significative	Différence très modeste	Hypotension orthostatique, risque de chute, somnolence résiduelle	Peu de risque de dépendance ou d'abus Remboursé par la RAMQ
Mirtazapine	Pas de différence significative	Différence très modeste	Augmentation de l'appétit, gain de poids, somnolence résiduelle	Peu de risque de dépendance Remboursée par la RAMQ
<b>ANTIPSYCHOTIQUE</b>				
Quétiapine	Pas de différence significative	Pas de différence significative	Effet diurne résiduel Hyperglycémie, troubles digestifs, effets extra-pyramidaux, dyskinésie tardive Possible augmentation des événements cardiovasculaires et de la mortalité	Données de faible qualité Remboursé par la RAMQ

**PRODUITS EN VENTE LIBRE UTILISÉS DANS LE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE**

NOM	DÉLAI D'ENDORMISSEMENT	TEMPS TOTAL DE SOMMEIL	PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES	OBSERVATIONS
Mélatonine	↓ 4 à 11 minutes	↑ 10 à 15 minutes	Somnolence, fatigue, maux de tête, vertiges, paralysie du sommeil	Recommandée pour les troubles du cycle circadien Données de faible qualité Non remboursée par la RAMQ
Antihistaminiques (diphénhydramine)	↓ 4 à 9 minutes	↑ 8 à 16 minutes	Sécheresse buccale, tachycardie, rétention urinaire, constipation, confusion mentale	Tolérance à court terme Données de faible qualité Non remboursés par la RAMQ
Passiflore	Pas de différence significative	Pas de différence significative	Nausées, troubles digestifs, vomissements et réactions allergiques	Données de faible qualité Non remboursée par la RAMQ
Valériane	Pas de différence significative	Pas de différence significative	Étourdissement, nausées, céphalées, dyspepsie, léthargie au réveil, prurit, bradycardie, arythmie	Données de faible qualité Non remboursée par la RAMQ
CBD	Pas de différence significative	Pas de différence significative	Somnolence, troubles digestifs	Tolérance rapide, risque de dépendance Données de faible qualité Non remboursé par la RAMQ

Sources : Violaine Masson (Insomnie : Comment endormir un patient avec vos potions magiques sans effets secondaires), Mélanie Carrier (Tableau comparatif des propriétés et effets quantitatifs des hypnotosedatifs dans le traitement de l'insomnie), Marc-Antoine Turgeon (L'insomnie et le surtraitement : pour un sommeil satisfaisant et sûr), Charles Morin et Daniel Buysse (Management of Insomnia)

CLINIQUES MÉDICALES

# Entre réalités cliniques et contraintes systémiques

Dans son bureau du GMF-U de la Pommeraie, à Cowansville, la Dre Anne-Patricia Prévost reçoit presque chaque jour des patients qui se plaignent de mal dormir. « Probablement une consultation sur dix. La fatigue est le motif principal, et l'insomnie vient généralement avec », observe-t-elle.

Avant de se voir prescrire quoi que ce soit, le patient commence par remplir un questionnaire maison sur l'hygiène du sommeil, créé par des résidents du GMF-U : consommation de caféine ou d'alcool, utilisation des écrans, activité physique, etc. « Ça amorce une réflexion, le patient voit qu'il y a des choses à travailler avant la pilule. »

Car la tentation du médicament est forte. « Souvent, l'attente, c'est d'obtenir un traitement magique », résume l'omnipraticienne. Or, les somnifères ne règlent pas le problème et peuvent être délétères, surtout les benzodiazépines. La Dre Prévost tente de résister à cette pression : elle utilise les ressources de Choisir avec soin pour dissuader les patients et quand ils sont déjà sous médication, avec l'aide des pharmaciens de la clinique, elle met en place des plans de sevrage qui peuvent durer un an. « On en a fait plusieurs et ça a bien fonctionné. »

## Résister à la « pilule miracle »

À Laval, le Dr Jean Rivest constate la même demande de solution rapide. « Les gens veulent une pilule

miracle. Quand c'est nécessaire, je leur prescris de petites quantités, non renouvelables, et j'essaie de les responsabiliser pour prévenir la dépendance. » Pour lui, la clé est d'identifier la cause sous-jacente : événement particulier (comme la perte d'un proche), troubles anxieux ou dépressifs, apnée du sommeil, habitudes de vie. Les conseils d'hygiène de sommeil font partie de son arsenal : réserver le lit au sommeil, éviter écrans et caféine, se lever si l'on ne dort pas, faire quelque chose d'ennuyeux. Mais il reconnaît que la motivation des patients est souvent faible : « Il faut que la personne ait la volonté d'embarquer... c'est plus compliqué que de prendre une pilule. »

Le Dr Marc-Antoine Turgeon, qui exerce au GMF-U du Nord de Lanaudière, le formule autrement : « C'est facile et rapide à prescrire... mais sur le long terme, ça nuit. » Dans un système « basé sur l'efficacité et la productivité », il défend l'idée de ralentir et de prendre le temps en consultation de « jouer au détective » et d'identifier le déclencheur. « Il y a toujours quelque chose qui a changé et habituellement on le trouve. » En dehors des somnifères, la thérapie de restriction du sommeil est, selon lui, l'approche la



PHOTO: COURTOISIE

**« SOUVENT, L'ATTENTE [DES PATIENTS], C'EST D'OBTENIR UN TRAITEMENT MAGIQUE. »**

Dre Anne-Patricia Prévost, médecin de famille au GMF-U de la Pommeraie



PHOTO: COURTOISIE

**« [CHANGER SES HABITUDES DE SOMMEIL], C'EST PLUS COMPLIQUÉ QUE DE PRENDRE UNE PILULE. »**

Dr Jean Rivest, médecin de famille à la Clinique médicale L'envolée

## RESSOURCES DISPONIBLES POUR LES CLINIENS

- L'insomnie: qui traiter, pourquoi et comment? Dr Thanh Dang-Vu. *Le Quotidien du médecin*, septembre 2024
- L'insomnie et le surtraitement pour un sommeil satisfaisant et sûr. Dr Marc-Antoine Turgeon. *Le Quotidien du médecin*, octobre 2024
- L'ordonnance « Prescription non pharmacologique pour l'insomnie » proposée par Choisir avec soin Québec permet d'informer les patients sur les mesures d'hygiène du sommeil
- Le centre de ressources du site web Mieux-dormir.ca propose différents dépliants à remettre aux patients: comment arrêter les somnifères, comment retrouver votre sommeil, journal du sommeil (avec ou sans instructions), liste de vérification de l'hygiène du sommeil, etc.
- *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.* Drs Emilie Guay, Thanh-Lan Ngô, Vincent Jetté-Pomerleau, Jean Goulet et Christophe Moderie. TCC Montréal

plus simple et efficace à mettre en œuvre: faire coucher le patient de plus en plus tard jusqu'à ce qu'il s'endorme rapidement, puis réélargir graduellement la plage de sommeil.

Les trois omnipraticiens s'accordent sur un point: mieux vaut prévenir que sevrer. « Chez un patient de 75 ans sous benzo depuis 20 ans, il faut se lever de bonne heure pour lui enlever la pilule! » admet le Dr Rivest, qui parle de « limiter les dégâts » chez les aînés. Le Dr Turgeon dit mettre son énergie et ses efforts « à la bonne place » en se concentrant sur les 40-50 ans pour éviter de chroniciser leur insomnie et leur médication.

### Des alternatives, mais un accès restreint

Tous trois conviennent que les approches non pharmacologiques restent la pierre angulaire, mais leur accessibilité varie. Les trois médecins remettent de la documentation à leurs patients, ils leur conseillent des applications ou des programmes en ligne, par-

fois avec succès. Cela dit, l'accès à la thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie (TCCi) est des plus restreint, et la motivation des patients n'est pas non plus toujours au rendez-vous.

Pour l'apnée du sommeil, les réalités diffèrent. La Dre Prévost bénéficie d'un accès rapide aux tests de polygraphie cardiorespiratoire du sommeil dans sa région, mais déplore le coût prohibitif des appareils à pression positive continue (environ 2000 \$), non remboursés par la RAMQ. De son côté, le Dr Rivest note que, dans le réseau public, les listes d'attente sont longues et que seuls les conducteurs de bus ou de camion sont prioritaires. « Le privé offre évidemment plus de possibilités, mais seulement pour ceux qui peuvent payer. »

Autre enjeu partagé par les trois omnipraticiens, ils se disent freinés par les contraintes systémiques: temps limité en consultation, absence de remboursement pour le traitement de première intention qu'est la TCCi, et politique de remboursement qui favorise les molécules les moins chères plutôt que les plus sûres, comme les benzodiazépines. « On se retrouve à prescrire la moins pire option », constate le Dr Turgeon, qui rappelle que de nouvelles molécules, plus sécuritaires, tels les inhibiteurs de l'orexine – emborexant et daridorexant – ont été écartées des listes de la RAMQ pour des raisons budgétaires.

Malgré tout, ces médecins continuent de chercher des solutions. Éduquer le patient, amorcer un changement d'habitudes, exploiter toutes les ressources disponibles... autant de gestes quotidiens qui visent à réduire la dépendance aux médicaments. Reste à voir si, dans un système obsédé par la productivité, on trouvera le temps et les moyens de prévenir les troubles du sommeil plutôt que de les traiter à coups de pilules. ■



PHOTO: COURTOISIE

**« C'EST FACILE ET RAPIDE  
À PRESCRIRE UN MÉDICAMENT...  
MAIS SUR LE LONG TERME, ÇA NUIT. »**

Dr Marc-Antoine Turgeon, médecin de famille  
au GMF-U du Nord de Lanaudière



PHARMACIES COMMUNAUTAIRES

# Entre dépendance et manque d'options

Derrière son comptoir à Chicoutimi, Kevin Girard connaît le scénario par cœur. Un patient âgé arrive, renouvellement de somnifère à la main. Il dort bien, ne tombe pas, ne se sent pas étourdi au réveil. Pourquoi changer ? « Ils sont convaincus que tout va bien. Mais au bout de 10 ou 15 ans, c'est de la vraie dépendance. Ils ne réalisent pas que ça peut devenir dangereux », constate le pharmacien propriétaire.

Convaincre ces patients de cesser ou de réduire leur benzodiazépine ou leur antidépresseur sédatif tient souvent de la mission impossible. « Si j'insiste trop, je vais finir par les écœurer et ils vont juste aller dans une autre pharmacie. »

À Montréal, Alexandre Chadi reçoit lui aussi chaque semaine des insomniaques chroniques. Une minorité cherche une solution « naturelle » après avoir épuisé l'automédication, mais la majorité prend des benzodiazépines depuis des années. « Arrêter, c'est un travail de longue haleine, reconnaît le pharmacien salarié. Il faut aller très lentement, avec des micro-ajustements, et surtout, il faut que le médecin amorce la discussion. Si on n'a pas cette alliance tripartite patient-médecin-pharmacien, les chances de succès chutent drastiquement. »

Les deux professionnels constatent que les meilleures options, qu'elles soient pharmacologiques ou non, sont souvent hors de portée : prix élevé, absence de remboursement, accès limité. Conséquence : « On finit par se rabattre sur ce qui est accessible, même si ce n'est pas ce qu'il y a de mieux à long terme », résume Kevin Girard.

Face à ces contraintes, chacun choisit ses batailles. Le pharmacien du Saguenay concentre ses efforts sur les patients nouvellement initiés à un somnifère : conseils d'usage au besoin ou cyclique, pour éviter la dépendance. « Je leur dis clairement : prenez-le seulement quand c'est vraiment nécessaire. Dès qu'on dépasse deux semaines d'affilée, c'est là que la dépendance embarque », rappelle Kevin Girard.

Son confrère montréalais intervient également sur les cas chroniques, mais seulement si le patient est ouvert et que le médecin s'implique. « Réduire un peu la dose, c'est déjà une victoire. Et parfois, juste ouvrir la discussion sur les effets à long terme amorce un déclic. » Pour l'enclencher durablement, des outils existent : pamphlets vulgarisés sur les risques des ben-

zodiazépines, journaux de sommeil, applications validées par des experts, conseils d'hygiène, etc.

Quand ses patients n'ont pas de prescription, Kevin Girard leur conseille la mélatonine pour les troubles d'endormissement ou certains antihistaminiques pour des situations temporaires et précises. « Ce n'est pas parfait, convient-il. Mais pour quelqu'un qui n'a pas accès à un médecin ou qui vit un épisode difficile, ça peut dépanner quelques jours. »

Alexandre Chadi tient quant à lui à objectiver les difficultés de ses patients : « Je leur demande de noter leurs heures de sommeil, le temps passé à ruminer dans le lit. Ça recadre leurs attentes, et souvent ils réalisent qu'ils dorment plus qu'ils ne le croient. »

## Manque de temps

Cependant, ces interventions exigent du temps, une denrée rare en pharmacie communautaire. Les consultations sur le sommeil demandent d'explorer les causes sous-jacentes – stress, douleur, dépres- ➤



PHOTO: COURTOISIE

**« AU BOUT DE 10 OU 15 ANS, C'EST DE LA VRAIE DÉPENDANCE. LES PATIENTS NE RÉALISENT PAS QUE ÇA PEUT DEVENIR DANGEREUX. »**

Kevin Girard, pharmacien propriétaire à Chicoutimi

## LA PRIVATION DE SOMMEIL, ÇA MARCHE

L'approche pourrait sembler contre-intuitive, mais elle produirait des résultats encourageants. Une étude menée par une équipe de l'Université Laval et du Centre de recherche CERVO montre que l'on pourrait traiter efficacement certaines personnes souffrant d'insomnie chronique en commençant par les priver de sommeil.

Selon ses trois auteurs — Jacques Le Bouthillier, Hans Ivers et Charles Morin — cette approche pourrait être proposée aux 20 à 30 % de personnes qui ne répondent pas à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour l'insomnie. Elle consiste grosso modo à limiter la durée totale du temps passé au lit afin d'augmenter l'efficacité du sommeil.

Dans le cadre de leur étude publiée dans le *Journal of Sleep Research*, les chercheurs ont sélectionné 34 adultes qui éprouvaient des problèmes d'endormissement depuis près de 10 ans en moyenne : 12 ont été assignés à une privation continue de sommeil, 12 à une privation de sommeil avec endormissements répétés, les 10 autres constituant le groupe témoin.

La première intervention consiste à soumettre les sujets à une période d'éveil continu d'environ 38 heures. La seconde, appelée « réentraînement intensif au sommeil », est de même durée, mais comporte une variante. « Au cours des 21 dernières heures, à raison de 2 fois par heure, nous demandons aux participants d'aller au lit et de laisser la possibilité au sommeil de venir », explique Jacques Le

Bouthillier. « S'ils s'endorment, ce qui est arrivé dans 96 % des essais, nous les réveillons après 2 à 4 minutes », précise le doctorant en psychologie.

Au terme d'un suivi de 3 mois, 25 % des sujets du groupe de privation totale de sommeil et 33 % du groupe « réentraînement intensif au sommeil » montraient une baisse de l'indice de sévérité de l'insomnie d'au moins 8 points par rapport au score préintervention. « Un changement de plus de 7 points est jugé significatif sur le plan clinique », souligne Jacques Le Bouthillier, qui admet ne pas savoir si l'effet s'est maintenu au-delà de 3 mois, l'étude s'étant achevée à ce moment-là.

sion, consommation d'alcool ou de stimulants – et de construire une relation de confiance. « On ne peut pas forcer un sevrage, insiste Alexandre Chadi. Il faut travailler avec le patient, pas contre lui. »

Pour sortir de l'impasse, il mise sur la formation de ses pairs. Avec un collègue, il prépare un projet pilote de thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie (TCCi) en pharmacie. Il s'agirait d'une formule abrégée de quatre à cinq séances de 15 minutes, en personne ou par téléphone, combinées à un soutien pharmacologique au besoin. L'objectif étant de prouver que ces interventions sont efficaces et... finançables.

Car au-delà des obstacles cliniques et organisationnels, reste la question qui fâche : aucune rémunération n'est spécifiquement prévue pour ces suivis complexes de l'insomnie. Les pharmaciens peuvent facturer certaines évaluations, mais rien qui couvre vraiment le temps nécessaire pour accompagner un sevrage ou amorcer une prise en charge non pharmacologique. « On nous demande d'être en première ligne pour ces problèmes, mais on ne nous donne pas les moyens de le faire correctement », tranche Kevin Girard. ■



### Nouvelles règles pour les parents en union de fait — planifiez en toute clarté.

Le régime d'union parentale entraîne des changements dans le partage des biens ainsi que dans les règles de succession et la protection des conjoints, afin d'assurer une plus grande stabilité aux enfants de parents non mariés. Les effets de cette réforme varient selon votre situation. Consultez un conseiller financier pour connaître l'incidence qu'elle a sur votre famille.



**Charles Gaudreault**  
Planificateur financier



Trouver un conseiller



Gestion MD limitée

Gestion financière MD offre des produits et services financiers, la famille de fonds MD et des services-conseils en placement par l'entremise du groupe de sociétés MD et de Services d'assurance Gestion de patrimoine Scotia inc. Pour obtenir une liste détaillée du groupe de sociétés MD, rendez-vous à md.ca, et pour plus d'informations sur Services d'assurance Gestion de patrimoine Scotia inc., consultez gestiondepatrimoine.scotia.com. • Gestion MD limitée – Membre du Fonds canadien de protection des investisseurs.