

UTILISATEURS CIBLÉS

Les professionnels de la santé accompagnant des personnes présentant des symptômes anxieux ou d'insomnie.

OBJECTIF DE L'OUTIL

- Orienter la prise de décision relative à la prescription de benzodiazépines (BZD) en contexte d'insomnie ou de trouble anxieux lors d'une première ordonnance.
- Soutenir des pratiques de prescription judicieuse des benzodiazépines afin de prévenir les usages inappropriés et la chronicisation.

Cet outil clinique est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement clinique qui s'exerce en vertu des activités réservées par la loi ou par un règlement.

POPULATION VISÉE

Toute **personne adulte** qui ne prend pas de benzodiazépine.

EXCLUSIONS

Ne s'applique pas aux personnes :

- enceintes ou qui allaitent
- qui prennent déjà des benzodiazépines
- en soins critiques
- en soins palliatifs ou de fin de vie
- en sevrage alcoolique
- en péri-intervention (usage de très courte durée)
- qui vivent un épisode psychiatrique aigu nécessitant un séjour hospitalier

SOMMAIRE

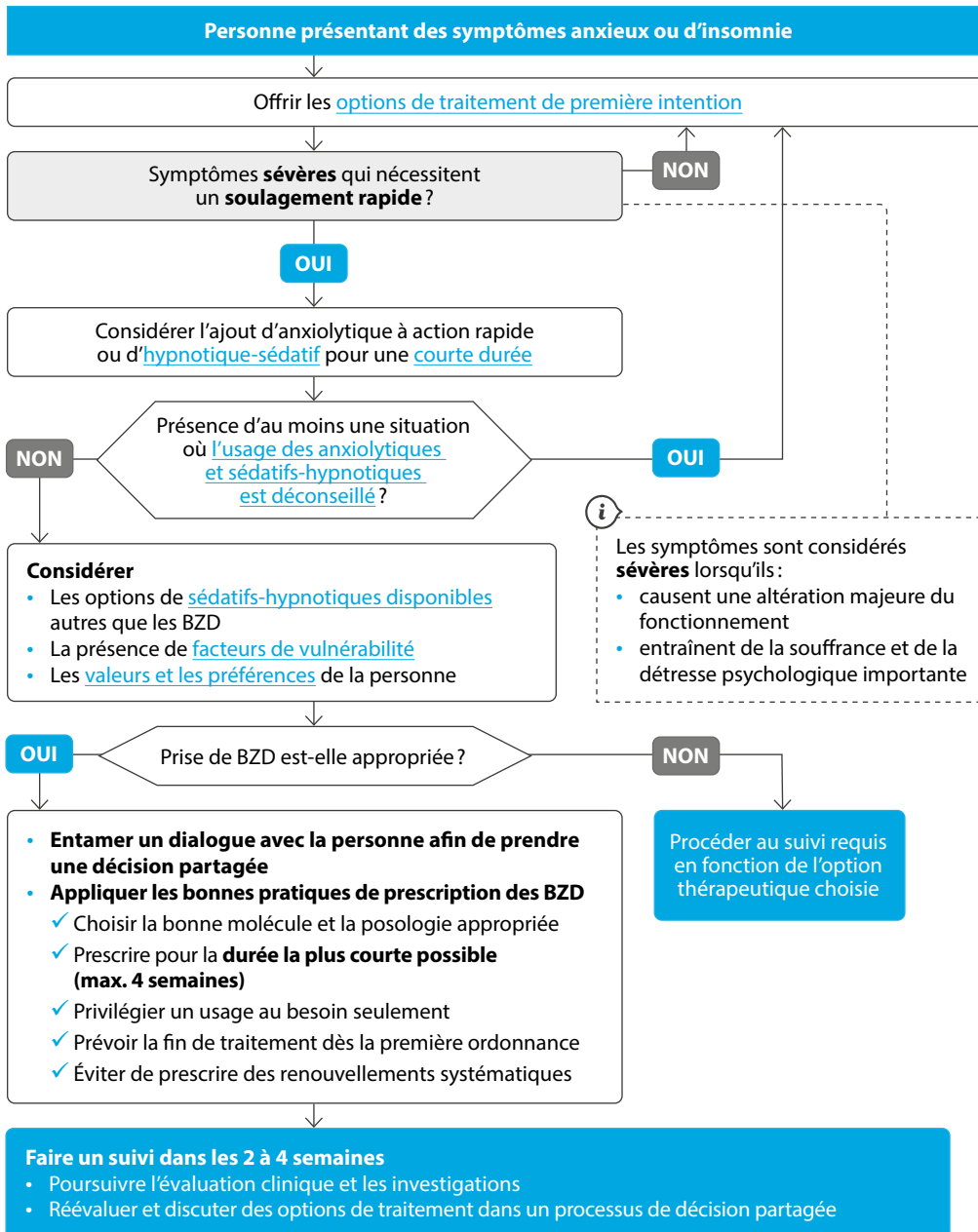
Processus décisionnel	1
Principes de traitement de l'insomnie et des troubles anxieux	2
Avant l'amorce d'une BZD.....	2
Amorce d'une BZD.....	4
Particularités pour le milieu hospitalier	5
Suivi et révision de la médication	6
Annexes	
I. Évaluation clinique	7
II. Interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales	8
III. Sédatifs-hypnotiques utilisés pour l'insomnie	9

[Cliquez ici](#) pour consulter toutes les productions scientifiques à ce sujet.

Légende

- Information
- Avertissement

PROCESSUS DÉCISIONNEL



PRINCIPES DE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE ET DES TROUBLES ANXIEUX

La prescription de BZD ne doit pas être banalisée, car, bien qu'elles apportent un soulagement rapide des symptômes, elles ne traitent pas les causes sous-jacentes ou les comorbidités prédisposantes qui doivent être recherchées et abordées.

Tableau 1. Approches de traitement de première intention et d'appoint en insomnie et en troubles anxieux

	Objectifs	Insomnie	Trouble anxieux
 Traitement de première intention	Traitement de maintien Stabilisation de la condition et prévention des symptômes aigus et sévères	Interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales de l'insomnie	Interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales ET/OU Antidépresseurs ^a
 Anxiolytiques et sédatifs-hypnotiques en appoint	Traitement de secours Soulagement rapide des symptômes sévères	L'utilisation d'anxiolytiques à action rapide ou de sédatifs-hypnotiques peut être envisagée : • pour une courte durée^b; • en complément des traitements de première intention; • en présence de symptômes sévères.	

a. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline (ISRN).

b. En contexte de troubles anxieux, une BZD peut être envisagée dans les premières semaines de prise en charge afin de compenser le délai d'action des antidépresseurs et des approches psychosociales et de pallier l'exacerbation initiale des symptômes anxieux pouvant être observée avec les antidépresseurs.



Les symptômes sont considérés comme **sévères** lorsqu'ils :

- causent une altération majeure du fonctionnement (social, professionnel, familial);
- entraînent de la détresse psychologique importante.

AVANT L'AMORCE D'UNE BENZODIAZÉPINE

- Instaurer un **dialogue ouvert et transparent** avec la personne.
- Procéder à une **évaluation clinique globale** de la condition et du mode de vie de la personne afin de déceler la présence de causes et de facteurs précipitants (voir l'[annexe I](#)).
- Repérer les situations dans lesquelles l'utilisation des anxiolytiques et des sédatifs-hypnotiques est **déconseillée**.

Tableau 2. Situation où l'initiation de BZD est déconseillée

L'initiation de BENZODIAZÉPINES est déconseillée chez les personnes :	
• chez qui un suivi étroit n'est pas possible ou est difficile • avec un profil gériatrique • à haut risque de chute • avec syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil non traité • avec conditions respiratoires sévères • consommant des opioïdes^a	• avec trouble neurocognitif • atteintes de myasthénie grave • atteintes de glaucome à angle fermé • effectuant des tâches nécessitant une vigilance mentale ou une coordination motrice fine (p. ex., conduite automobile, actes professionnels de surveillance ou de haute précision) • histoire actuelle ou passée de dépendance, d'abus ou de trouble de consommation de substances

a. Éviter l'utilisation concomitante de BZD, d'hypnotiques en Z et d'**opioïdes** en raison du risque élevé de sédation profonde, de dépression respiratoire, de coma et de décès. Si cette combinaison est absolument nécessaire, limiter les doses et la durée au minimum requis et assurer une surveillance étroite.

- Déceler la présence de **facteurs de vulnérabilité** liés à l'usage des BZD. La présence de ces facteurs doit être discutée avec la personne et prise en considération dans l'orientation du traitement.

Tableau 3. Innocuité des BZD

Effets indésirables des BZD	Facteurs de vulnérabilité aux benzodiazépines
La prise de BZD est associée à certains effets indésirables tels que : • de la somnolence résiduelle • des réactions paradoxales • des altérations de l'humeur et des symptômes dépressifs • des altérations des fonctions psychomotrices pouvant entraîner des chutes, des fractures et des accidents • de la confusion et des altérations de l'attention, de la vigilance et de la mémoire	Conditions augmentant le risque d'effets indésirables des BZD : • Âge avancé • Comorbidités respiratoires • Insuffisance rénale ou hépatique • Prise concomitante avec d'autres sédatifs ou dépresseurs du système nerveux central^b
La prise à moyen et long terme^a a été associée avec certains risques tels que : • la dépendance physique et psychologique • la tolérance • des troubles neurocognitifs tels que des troubles cognitifs et des troubles neurologiques (dysfonctionnement neurologique induit par les BZD [BINDI])	Facteurs de risque de mésusage et de troubles liés à l'usage des BZD : • Histoire actuelle ou passée de dépendance, d'abus ou de trouble de consommation de substances (ou historique familial) • Âge : 16 à 45 ans • Comorbidités psychiatriques, notamment les troubles anxieux • Expériences de vie traumatiques

a. La littérature scientifique sur l'innocuité des BZD ne permet pas d'établir de lien temporel entre la durée d'exposition et le développement d'une dépendance, d'une tolérance et d'effets indésirables neurocognitifs. Toutefois, les risques de chute et de fracture semblent plus importants dans les premières semaines d'utilisation. Consulter l'[Annexe complémentaire A](#).

b. Médicaments, produits en vente libre, produits de santé naturels, alcool, cannabis, drogues.

CHOISIR LE SÉDATIF-HYPNOTIQUE LE PLUS APPROPRIÉ

Il existe plusieurs molécules ayant des propriétés sédatives et hypnotiques à considérer en **insomnie**, y compris les BZD (voir l'[annexe III](#)). Toutefois, les BZD sont les seuls anxiolytiques avec une action rapide permettant l'utilisation en contexte de **troubles anxieux** sévères.

- **Fournir de l'information** sur l'ensemble des options thérapeutiques, même lorsque certains traitements ou services sont difficilement accessibles, et en incluant les approches déjà tentées par la personne.
 - Expliquer et distinguer les rôles et les attentes envers les différentes options de traitement (première intention en maintien et traitement de secours au besoin).
 - Informer la personne sur les avantages et les inconvénients associés à chacune des options de traitement.
- **Discuter avec la personne** et considérer ses valeurs et ses préférences afin de guider le choix de traitement dans un processus de décision partagée, en considérant :
 - ses besoins, ses expériences et ses objectifs de traitement;
 - la nature et la gravité des symptômes;
 - les comorbidités;
 - les profils d'efficacité et d'innocuité de chacune des options;
 - l'accessibilité et la couverture par le régime d'assurances de la personne.

Processus décisionnel

Principes de traitement de l'insomnie et des troubles anxieux

Avant l'amorce d'une benzodiazépine

Amorce d'une benzodiazépine

Particularités pour le milieu hospitalier

Suivi et révision de la médication

Annexes

SI L'AMORCE D'UNE BZD EST CHOISIE

- Encourager le maintien des traitements de première intention malgré l'amorce de la BZD.
- Poursuivre la promotion de saines habitudes de vie et de bonne hygiène du sommeil.
- Fournir les informations pertinentes sur les notions de dépendance, de tolérance et de sevrage.
 - Les BZD doivent être utilisées à faible dose et à court terme seulement.
 - La dépendance et la tolérance peuvent s'installer même si la personne prend la dose prescrite.
 - Pour éviter les symptômes de sevrage, l'arrêt des BZD sera discuté et planifié progressivement (sur plusieurs semaines ou même mois), surtout lorsque la BZD a été utilisée pendant une longue période.
- Expliquer comment utiliser sécuritairement les BZD.
 - Mentionner que les BZD doivent être utilisées à faible dose et à court terme seulement.
 - Définir précisément avec la personne les symptômes et les situations personnelles qui justifient la prise d'une dose de BZD.
 - Convenir d'une fréquence de prise sécuritaire, adaptée à chaque individu et situation, et encourager la tenue d'un journal de sommeil et de suivi de la prise de BZD.
 - Aborder avec la personne la fin du traitement avec la BZD et planifier, au besoin, une réduction progressive des doses, en expliquant que cette démarche est essentielle pour prévenir les symptômes de sevrage, particulièrement après un usage prolongé.
- Expliquer les précautions à prendre.
 - Éviter la prise concomitante avec d'autres sédatifs ou dépresseurs du système nerveux central, comme les opioïdes, l'alcool et le cannabis.
 - Aviser l'équipe soignante en cas de grossesse envisagée ou confirmée.

SIMPLIFIER LES CONCEPTS CLÉS LIÉS À LA DÉPENDANCE

- La **dépendance psychologique**, c'est quand on a l'impression d'avoir absolument besoin du médicament pour fonctionner ou se sentir bien. On peut ressentir une forte envie, de la peur ou de l'anxiété à l'idée de l'arrêter.
- La **dépendance physique**, c'est quand le corps s'habitue au médicament et réagit quand on l'arrête, ce qui cause des symptômes de sevrage qui peuvent être désagréables.
- La **tolérance**, c'est quand, lors de la prise prolongée, la BZD fait moins effet. La personne peut être portée à augmenter la dose ou la fréquence pour obtenir le même effet.
- Le **sevrage**, c'est ce qui est ressenti quand on diminue ou arrête la BZD. Le corps s'y est habitué et peut réagir par des symptômes de manque et le retour des symptômes d'anxiété et d'insomnie.

AMORCE D'UNE BENZODIAZÉPINE

CHOIX DE LA MOLÉCULE

Le choix de la BZD devrait s'appuyer sur ses propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques. Celles-ci influencent le profil d'efficacité et d'effets indésirables de chaque molécule.

- Privilégier les BZD à **durée d'action intermédiaire**^a.
- Chez la **personne âgée et les personnes atteintes d'insuffisance rénale ou hépatique**, privilégier les BZD avec métabolisme par conjugaison (lorazépam, oxazépam ou témazépam).

a. Les BZD à durée d'action courte ou intermédiaire entraînent moins de somnolence résiduelle le lendemain.

b. Ces équivalences ne tiennent pas compte de l'âge, de la fonction hépatique ou rénale, des interactions médicamenteuses ni des variations métaboliques interindividuelles. En raison de ces incertitudes, les doses doivent être adaptées à chaque patient. Le jugement clinique, la surveillance et l'ajustement demeurent essentiels.

c. L'administration sublinguale (SL) permet un début d'action plus rapide.

Doses équivalentes des BZD^b à durée d'action intermédiaire privilégiées en insomnie et en troubles anxieux

- Lorazépam (0,5 à 1 mg)^c
- Oxazépam (10 à 15 mg)
- Témazépam (10 à 15 mg)
- Clonazépam (0,25 mg à 0,5 mg)

MODALITÉS DE PRESCRIPTION D'UNE BENZODIAZÉPINE

Tableau 4. Modalités de prescription

Prescrire la benzodiazépine	
Dose	• Débuter à faible dose et viser la dose minimale efficace^a • Les doses de départ utilisées devraient être plus faibles chez les personnes avec des facteurs de vulnérabilité
Posologie	• Privilégier la prise au besoin
Durée de traitement	• Utiliser la plus courte durée de traitement possible^b ⚠ Éviter de prescrire plus de 4 semaines ⚠ Éviter de prescrire des renouvellements systématiques ⚠ Privilégier la délivrance de petites quantités à la fois (nombre restreint de comprimés)
Fin du traitement	• Prévoir la fin du traitement dès la première ordonnance • Si la BZD a été prise régulièrement, éviter l'arrêt brusque et envisager un sevrage progressif à la fin du traitement
À préciser sur l'ordonnance	• L'intention thérapeutique^c • La fréquence de prise autorisée et sécuritaire convenue avec le patient • La durée de validité de l'ordonnance ou la quantité totale maximale à servir par période^d • La date de la réévaluation^e
Réévaluer ou cesser	
• Tout autre hypnotique ou anxiolytique qui sera remplacé par la BZD afin d'éviter la duplication thérapeutique • Tout autre déprimeur du système nerveux central qui pourrait amplifier les effets indésirables cognitifs et moteurs des BZD	

a. Les personnes ayant été peu/pas exposées aux BZD peuvent répondre à des doses inférieures aux doses usuelles.

b. Ces durées de traitement doivent être adaptées au niveau de détresse, à la sévérité des symptômes, aux délais d'action des autres traitements mis en place et aux risques d'effets indésirables et de développement de dépendance.

c. L'intention thérapeutique est la situation clinique ou les symptômes pour lesquels le médicament devrait être pris (p. ex. : si X nuits consécutives avec insomnie, si attaque de panique).

d. Dans certaines situations, il peut être pertinent de prescrire une quantité totale maximale à servir et prévoir des fractionnements autorisés par période, comme cela est fait lors de la prescription de substances contrôlées.

e. Afin de permettre aux autres professionnels impliqués d'adapter leur suivi et d'intervenir au besoin.

PARTICULARITÉS POUR LE MILIEU HOSPITALIER

- Privilégier l'utilisation de mesures non pharmacologiques pour favoriser le sommeil et la réduction du stress durant un séjour hospitalier.
- À l'arrivée à l'urgence ou à l'admission, éviter de remplacer systématiquement les hypnotiques pris à domicile et non disponibles dans les formulaires des établissements par des BZD. Si l'hypnotique usuel de la personne est substitué à l'hôpital, reprendre ce dernier au congé.
- Dans les cas où une BZD doit être prescrite pendant le séjour :
 - privilégier l'utilisation au besoin (PRN);
 - au congé, éviter de poursuivre la BZD amorcée pour gérer une situation aiguë durant le séjour hospitalier.



Une BZD prescrite au congé d'un séjour hospitalier chez un patient qui n'en prenait pas auparavant devrait toujours faire l'objet d'une réévaluation, surtout si plusieurs renouvellements sont prescrits.

Processus décisionnel

Principes de traitement de l'insomnie et des troubles anxieux

Avant l'amorce d'une benzodiazépine

Amorce d'une benzodiazépine

Particularités pour le milieu hospitalier

Suivi et révision de la médication

Annexes

SUIVI ET RÉVISION DE LA MÉDICATION

- Toute prescription de BZD doit s'accompagner d'une réévaluation clinique rapprochée^a suivant l'instauration du traitement pour juger de son efficacité et de son innocuité et pour anticiper une fin de traitement adaptée.
- Faire un suivi dans les 2 à 4 semaines suivant la première ordonnance de BZD.
- Lors de chaque suivi (ou renouvellement en cas de poursuite de la BZD) :
 - Évaluer le mode et la fréquence de prise de la BZD. Réviser le journal de sommeil et de suivi rempli par la personne.
 - Vérifier si les recommandations non pharmacologiques ont été suivies ou mises en place.
 - Réviser et réévaluer la pertinence de poursuivre le traitement de BZD avec le patient dans un processus de décision partagée.
- Procéder à une réévaluation clinique avant de prolonger un traitement. Si les besoins persistent dans le temps, revoir le diagnostic différentiel et réévaluer la prise en charge.
- La fréquence des suivis doit être adaptée aux traitements concomitants instaurés, au contexte clinique, à la sévérité des symptômes, aux facteurs de vulnérabilité ainsi qu'aux besoins et préférences de la personne.
- Consigner dans le dossier du patient les discussions et les prises de décision en lien avec l'utilisation de BZD.

a. Plusieurs professionnels de la santé autres que les prescripteurs peuvent participer au suivi et à l'éducation des personnes prenant des BZD.

Processus
décisionnel

Principes de traitement
de l'insomnie et
des troubles anxieux

Avant l'amorce
d'une benzodiazépine

Amorce
d'une benzodiazépine

Particularités pour
le milieu hospitalier

Suivi et révision
de la médication

Annexes

Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens québécois de différentes spécialités et différents domaines d'expertise. Pour plus de détails, consulter insss.qc.ca.

Pour plus de détails, notamment pour consulter les références, veuillez vous référer au **rapport associé** à cet outil clinique.

Pour toutes questions relatives aux outils cliniques, écrire à info-outils.cliniques@insss.qc.ca.



TROUBLES ANXIEUX

Une évaluation clinique globale est indispensable pour bien caractériser l'état de santé mentale. Bien que les BZD puissent être indiquées dans certains troubles anxieux sévères, elles ne sont généralement pas recommandées dans la dépression (sans composante anxieuse), le trouble obsessionnel compulsif, l'état de stress post traumatique, ni en contexte de délirium^a ou de sevrage de substances (autres que l'alcool)^b.

a. Exception : délirium secondaire au sevrage d'alcool ou des BZD. Se référer à l'outil d'aide à la [prise en charge du délirium chez les personnes âgées à l'urgence](#) conçu par l'INESSS.

b. Se référer au [guide d'usage optimal](#) et au [protocole médical national](#) de l'INESSS sur le sevrage alcoolique.

INSOMNIE

Conditions médicales associées avec des troubles du sommeil (liste non exhaustive)

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| • Acouphènes | • Maladies cardiovasculaires | • Syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil |
| • Consommation de drogue et d'alcool (ou leur sevrage) | • Maladies neurodégénératives | • Syndrome des jambes sans repos |
| • Diabète | • Maladies respiratoires | • Trouble neurocognitif |
| • Douleur chronique | • Ménopause et périménopause | • Troubles du sommeil liés au rythme circadien veille-sommeil |
| • Hyperthyroïdisme | • Parasomnies et cauchemars | • Troubles liés à l'usage de substances |
| • Incontinence urinaire, hypertrophie bénigne de la prostate et nycturie | • Problématiques de santé mentale | |
| | • Reflux gastro-œsophagien | |

Médication et substances pouvant contribuer aux troubles du sommeil (liste non exhaustive)

- | | | |
|---|--|--|
| • Bêtabloqueurs | • Décongestionnants (p. ex. : pseudoéphédrine) | • Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (surtout si pris au coucher) |
| • Bronchodilatateurs | • Diurétiques | • Stimulants du système nerveux central (p. ex. : caféine, méthylphénidate, amphétamine, théophylline) |
| • Certains antidépresseurs (p. ex. : ISRN, bupropion) | • Drogues, alcool, tabac, cannabis (ou leur sevrage) | |
| • Corticostéroïdes | | |

Il est à noter que même lorsque ces situations sont adéquatement prises en charge, les symptômes d'insomnie peuvent perdurer. Il est donc primordial d'encourager les personnes à mettre en place une bonne hygiène du sommeil et à mettre en pratique les mesures cognitivo-comportementales.

RESSOURCES UTILES EN INSOMNIE ET EN TROUBLES ANXIEUX*

Général

- [Collection d'applications mobiles en santé mentale et mieux-être](#) (Gouvernement du Québec)
- [Insomnie et anxiété chez les personnes âgées](#) (Choisir avec soins Canada)
- [Les médicaments et moi – Focus benzodiazépines](#) (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, France)
- [PsychoPAP \(Hôpital Albert-Prévost\)](#)

Trouble anxieux

- [Troubles anxieux](#) (Gouvernement du Québec)
- [Outil de soutien à l'autogestion](#) (Aller mieux à ma façon)

Insomnie

- [CHUM](#)
- [Mieux Dormir](#)
- [Choisir avec soins Canada](#)
- [Bien se reposer : les étapes vers une bonne nuit de sommeil](#) (Gouvernement du Québec)
- [Fondation Sommeil](#)
- Journal de sommeil :
 - [Mieux Dormir](#)
 - [Centre d'étude des troubles du sommeil](#) (Université Laval)

Interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales

- [Information sur la TCC-I](#) (Ordre des psychologues du Québec)
- [TCCI](#) (Mieux Dormir)

* Ces ressources n'ont pas été évaluées ni validées par l'INESSS.

ANNEXE II : INTERVENTIONS BASÉES SUR LES APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

Tableau 5. Interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales

Intervention	Type de soutien
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)^a	Administrée par : - psychologues membres de l'Ordre des psychologues et ayant suivi une formation en psychothérapie cognitivo-comportementale; - psychothérapeutes, médecins de famille ou psychiatres ayant reçu une formation spécifique en TCC et qui respectent les exigences de l'Ordre des psychologues du Québec.
Intervention comportementale brève (ICB)^b	Administrée par : intervenant ou professionnel de la santé ayant suivi une formation reconnue en ICB.
Autosoins guidés^c	Faits avec le soutien de professionnels ou d'autres personnes, telles que des proches ou des membres de la communauté.
Autosoins non guidés^c	Faits de façon autonome avec soutien minimal.

a. La TCC fait référence ici à la psychothérapie cognitivo-comportementale. Peut être offerte en groupe ou individuellement, en présence ou à distance.

b. Intervention qui utilise des outils ou des techniques issus des modèles cognitivo-comportementaux, mais qui n'est pas de la psychothérapie.

c. Les autosoins font référence à ce qu'une personne fait pour elle-même afin de promouvoir sa santé et son bien-être physique et psychologique ou prévenir ou gérer ses symptômes ou ses maladies. Les autosoins peuvent se faire avec ou sans appui matériel ou technologique.



L'intervention basée sur les approches cognitivo-comportementales pour l'insomnie améliore la qualité du sommeil, la fatigue diurne, le temps de sommeil total et modifie les perceptions et les attitudes à l'égard du sommeil. Les bienfaits des interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales peuvent perdurer jusqu'à 2 ans après la fin du suivi.

Tableau 6. Comparatif des interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales pour l'insomnie

Composantes de l'intervention ^a		TCC	ICB
Restriction du sommeil^b	Limitier le temps passé au lit à la durée réelle de sommeil pour améliorer sa qualité.	✓	✓
Contrôle des stimuli^b	Renforcer l'association lit-sommeil en se couchant seulement lorsque fatigué, sortir du lit si éveillé et garder des horaires réguliers.	✓	✓
Hygiène du sommeil^c	Adopter des habitudes favorables au sommeil (lumière, bruit, alimentation, activité physique).	✓	✓
Relaxation et pleine conscience	Pratiquer des techniques pour réduire les tensions et l'anxiété avant le coucher.	✓	**
Déconstruction des pensées erronées	Modifier les croyances erronées sur le sommeil pour réduire l'anxiété liée à l'insomnie.	✓	✓
Restructuration cognitive	Modifier les croyances fondamentales et les processus cognitifs de la personne (distorsions cognitives) qui sont à la source des pensées automatiques.	✓	

a. Le choix des composantes doit être individualisé. L'intervention devrait comporter plusieurs composantes.

b. Les approches de contrôle des stimuli et de restriction du sommeil sont celles soutenues par les preuves d'efficacité les plus robustes.

c. L'éducation à l'hygiène du sommeil seule (sans autres composantes) ne peut être considérée comme une approche cognitivo-comportementale ni comme un traitement.

** Composante facultative.

Processus
décisionnel

Principes de traitement
de l'insomnie et
des troubles anxieux

Avant l'amorce
d'une benzodiazépine

Amorce
d'une benzodiazépine

Particularités pour
le milieu hospitalier

Suivi et révision
de la médication

Annexes

ANNEXE III : SÉDATIFS-HYPNOTIQUES UTILISÉS POUR L'INSOMNIE

Les informations présentées dans ce tableau sont à titre informatif et ne constituent pas des recommandations d'usage ou de non-usage. Plusieurs de ces agents disposent de peu de données d'efficacité pour appuyer leur utilisation et/ou ne sont pas homologués par Santé Canada pour le traitement de l'insomnie.

Tableau 7. Sédatifs-hypnotiques utilisés pour l'insomnie

Molécules	Usage clinique selon le type d'insomnie ^{a,b}	Couverture RPAM ^c	Particularités
Molécules AVEC homologation de Santé Canada pour l'insomnie			
Antagonistes des récepteurs de l'orexine (lemborexant, daridorexant)	Tout type	NON	- Indiqués pour l'insomnie chronique - Combinaison plus sécuritaire que les BZD et les hypnotiques en Z (HZ) avec les opioïdes - Peu de potentiel d'abus et de dépression du système nerveux central (SNC) - Éveil plus facile la nuit qu'avec les BZD et les HZ
Doxépine	Maintien	3 et 6 mg : NON ^e	- Seules les formulations 3 et 6 mg sont homologuées pour l'insomnie - Innocuité favorable à faible dose chez la personne âgée - Combinaison plus sécuritaire que les BZD et les HZ avec les opioïdes - Peu de potentiel d'abus et de dépression SNC à faible dose - Éveil plus facile la nuit qu'avec les BZD et les HZ
Benzodiazépines (BZD)	Tout type	OUI	- Usage à long terme ou pour l'insomnie chronique non recommandé - Utilisation concomitante avec des opioïdes non recommandée - Potentiel d'abus et de dépression SNC - Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée - Risque de somnolence résiduelle le lendemain - Innocuité des HZ est considérée comme semblable à celle des BZD
Hypnotiques en Z (HZ) (eszopiclone, zopiclone, zolpidem)	Tout type ^d	NON	
Molécules SANS homologation de Santé Canada pour l'insomnie			
Trazodone	Tout type	OUI	- Usage non recommandé pour l'insomnie en l'absence d'une indication justifiant l'usage comme antidépresseur - Doses sédatives plus faibles que les doses recommandées dans le traitement de la dépression - Usage à long terme ou pour l'insomnie chronique non recommandé - Risque de somnolence résiduelle le lendemain - Peu de potentiel d'abus et de dépression SNC à faible dose - Mirtazapine : - effet sédatif plus important à faible dose - augmentation de l'appétit et gain de poids
Mirtazapine	Tout type	OUI	
Quétiapine	Tout type	OUI	- Non recommandée en l'absence de comorbidité psychiatrique - Usage à long terme ou pour l'insomnie chronique non recommandé - Effets indésirables métaboliques - Effet sédatif plus important à faible dose - Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée
Mélatonine	Tout type ^f	NON	- Produit de santé naturel disponible en vente libre. Éviter les produits qui n'ont pas de numéro de produit naturel (NPN) de Santé Canada - Efficacité limitée en l'absence de troubles du rythme circadien - Innocuité favorable, particulièrement chez la personne âgée ou atteinte de troubles neurocognitifs
Antihistaminiques (diphenhydramine, dimenhydrinate)	Tout type	NON	- Médicaments en vente libre - Usage à long terme ou pour l'insomnie chronique non recommandé - Risque de somnolence résiduelle le lendemain - Effets indésirables anticholinergiques - Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée

a. Insomnie d'endormissement et de maintien.

b. Il ne s'agit pas d'une indication officielle, mais de l'usage qui est fait en pratique des molécules.

c. RPAM : régime public d'assurance médicaments. Information de couverture valide en date de la publication du présent outil.

d. Zolpidem a une plus courte durée d'action et serait moins efficace pour l'insomnie de maintien.

e. Seules les formulations 10, 25 et 50 mg en capsule sont inscrites sur les listes des médicaments remboursés par le RPAM. Les formulations 3 et 6 mg ne sont pas remboursées.

f. Efficacité potentielle en insomnie de maintien pour les formulations à libération prolongée seulement.