

NORMES DE QUALITÉ

Trouble de l'insomnie

Soins offerts
aux adultes

SEPTEMBRE 2024

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité s'applique aux soins des adultes âgés de 18 ans ou plus souffrant de trouble de l'insomnie (également appelé insomnie chronique). Le trouble de l'insomnie est défini comme une détresse et une altération du fonctionnement diurne durant 3 mois ou plus, et qui est associée à des difficultés à s'endormir, à maintenir le sommeil ou à un réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir.¹ Cette norme de qualité s'applique à tous les milieux de soins de santé. Elle ne comprend pas les soins pour les personnes dont les difficultés de sommeil sont mieux expliquées par un autre trouble du sommeil.

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs:

- Aider les patients, les familles et les partenaires de soins à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les cliniciens à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour personnes souffrant d'un trouble de l'insomnie

Énoncé de qualité 1: Évaluation complète

Les personnes soupçonnées de souffrir de trouble de l'insomnie subissent une évaluation complète pour éclairer le diagnostic.

Énoncé de qualité 2: Plan de soins individualisé, axé sur la personne et complet

Les personnes atteintes de troubles de l'insomnie, leurs partenaires de soins (selon le cas) et les cliniciens collaborent à l'élaboration d'un plan de soins individualisé, axé sur la personne et complet. Ils examinent régulièrement ce plan ensemble.

Énoncé de qualité 3: Gestion du trouble de l'insomnie chez les personnes ayant des comorbidités

Les personnes atteintes de trouble de l'insomnie et de comorbidités reçoivent un traitement opportun pour leur trouble de l'insomnie et pour toute autre maladie dans le cadre d'un plan de soins complet.

Énoncé de qualité 4: Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie

Les personnes souffrant de trouble de l'insomnie ont un accès opportun à la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie comme traitement de première ligne. La thérapie est administrée de manière à répondre le mieux possible aux besoins et aux préférences de la personne.

Énoncé de qualité 5: Pharmacothérapie

Les personnes souffrant de trouble de l'insomnie se voient offrir des médicaments efficaces à la dose la plus faible possible, pour la durée la plus courte possible et après avoir essayé la TCC-I. Un médicament est offert seulement après une discussion sur ses avantages et risques.

Table des matières

Portée de cette norme de qualité.....	2
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé	3
Remarque relative à la terminologie	5
Justification de la nécessité de cette norme	5
Mesure à l'appui de l'amélioration.....	6
Énoncé de qualité 1: Évaluation complète.....	8
Énoncé de qualité 2: Plan de soins individualisé, axé sur la personne et complet.....	11
Énoncé de qualité 3 : Gestion du trouble de l'insomnie chez les personnes ayant des comorbidités	14
Énoncé de qualité 4 : Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie.....	16
Énoncé de qualité 5 : Pharmacothérapie	19
Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité	22
Appendice 2 : Glossaire	24
Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs.....	25
Remerciements	27
Références	28
À propos de nous	31

Remarque relative à la terminologie

Le trouble de l'insomnie est défini comme une détresse et une déficience du fonctionnement diurne qui dure trois mois ou plus et qui est associée à une ou plusieurs des situations suivantes : difficulté à s'endormir, difficulté à maintenir le sommeil ou réveil matinal précoce avec incapacité de se rendormir, malgré une possibilité adéquate de sommeil¹. Cette norme de qualité s'applique à tous les milieux de soins de santé¹. Cette définition est conforme aux définitions de « trouble d'insomnie chronique » de l'ouvrage *International Classification of Sleep Disorders – Third Edition*² de l'American Academy of Sleep Medicine et du « trouble de l'insomnie » du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* de l'American Psychiatric Association³.

Justification de la nécessité de cette norme

Les personnes souffrant de troubles de l'insomnie subissent de nombreux effets indésirables liés à leur capacité fonctionnelle, à leur vie personnelle, à leur vie sociale, à leur santé et à leur qualité de vie^{1,4,5}. L'insomnie est un trouble du sommeil fréquent : selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), un peu plus de 20 % des adultes de l'Ontario (18 ans et plus) ont déclaré avoir eu du mal à s'endormir ou à rester endormi (ESCC, 2021). Plus de 17 % ont déclaré avoir un sommeil qui n'était pas récupérateur, et environ 5 % ont indiqué avoir de la difficulté à rester éveillé pendant la journée. Les symptômes d'insomnie étaient aussi plus fréquents chez les femmes : 24 % des femmes adultes en Ontario ont eu du mal à s'endormir ou à rester endormies, comparativement à 16 % des hommes adultes.

L'insomnie diminue considérablement la qualité de vie. Chez les adultes âgés de 45 à 85 ans qui ont participé à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (après correction des effets liés aux facteurs sociodémographiques, de style de vie et cliniques), ceux qui souffrent d'insomnie étaient plus mécontents à l'égard de la vie (54 % plus élevé) souffraient davantage de détresse psychologique (28 % plus élevé) et étaient plus nombreux à indiquer que leur santé mentale autodéclarée était mauvaise ou passable (65 % plus élevé) que ceux qui n'en souffrent pas⁶. De même, les adultes souffrant d'insatisfaction du sommeil et de troubles du fonctionnement diurnes causés par l'insomnie ont également fait état de niveaux plus élevés de mécontentement envers la vie, de détresse psychologique et de mauvaise santé mentale que ceux qui n'en souffrent pas. L'âge plus âgé exacerbe davantage la relation entre la déficience du fonctionnement diurne et le mécontentement à l'égard de la vie : la prévalence de l'insatisfaction augmente de 11 % pour chaque augmentation d'âge de 10 ans.

Les personnes souffrant d'hypertension, d'insuffisance cardiaque, d'anxiété, de dépression ou d'obésité sont plus susceptibles de signaler des problèmes de sommeil que les personnes n'ayant pas ces troubles de santé^{7,8}. À l'inverse, l'insomnie augmente le risque de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, de diabète de type 2, de dépression, de déclin cognitif et d'accidents de la route⁹. Au

Canada, on estime que le coût de l'insomnie attribuable à ces six résultats s'établissait à 1,9 milliard de dollars en 2021⁹.

Les meilleures données disponibles recommandent la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) comme traitement de première ligne pour le trouble de l'insomnie¹⁰⁻¹². Cependant, même si la TCC-I est un traitement éprouvé, les médicaments prescrits représentent le traitement de l'insomnie le plus répandu au Canada¹³. En outre, les médicaments prescrits ne sont peut-être pas toujours appropriés. Par exemple, environ 18 % des adultes âgés de 66 ans et plus de l'Ontario se sont vu prescrire des sédatifs pour l'insomnie, même si des événements indésirables graves, y compris les chutes, les effets cognitifs et la mort, étaient associés à ces médicaments^{14,15}. Les cliniciens sont également susceptibles d'offrir d'autres formes de thérapie comportementale plus fréquemment que TCC-I. Par exemple, malgré les preuves démontrant que les méthodes d'hygiène du sommeil (c.-à-d. les recommandations relatives aux facteurs environnementaux, aux facteurs physiologiques et aux habitudes de sommeil) ne sont pas efficaces comme traitement autonome,¹⁶ une enquête en ligne menée en 2019 auprès de 20 psychologues cliniques aux États-Unis et au Canada a révélé que 64 % recouraient à des méthodes d'hygiène du sommeil pour traiter l'insomnie et seulement 17 % recouraient à la TCC-I¹⁷. Dans une autre étude, environ 90 % des professionnels de la santé recommandaient l'hygiène du sommeil et plus de 60 % recommandaient la pharmacothérapie¹⁸. Ces résultats indiquent la nécessité d'améliorer les connaissances sur la TCC-I et l'accès à celle-ci.

La présente norme de qualité comprend cinq énoncés de qualité portant sur des domaines cernés par le comité consultatif sur les normes de qualité pour le trouble de l'insomnie qui sont réputés présenter un fort potentiel d'amélioration des soins aux personnes atteintes de troubles de l'insomnie en Ontario.

Mesure à l'appui de l'amélioration

Le comité consultatif sur les normes de qualité pour le trouble de l'insomnie a déterminé trois indicateurs généraux pour suivre les progrès réalisés dans l'amélioration des soins aux personnes atteintes de troubles de l'insomnie en Ontario. Le comité n'a pas établi d'indicateurs mesurables à l'échelle provinciale parce que les sources de données provinciales sur les soins aux personnes souffrant de trouble de l'insomnie sont limitées, tout comme la capacité d'identifier les personnes atteintes de trouble de l'insomnie. Lorsque des sources de données ou des méthodes sont élaborées pour identifier avec précision les personnes atteintes de trouble de l'insomnie, le comité réexaminera les mesures provinciales de succès pour de cette norme de qualité.

Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales

- Percentage of people with insomnia disorder who report that in collaboration with their clinician, the management of their condition has improved

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer en fonction de la rétroaction du public.

- Pourcentage de personnes souffrant de trouble de l'insomnie et prenant des médicaments contre l'insomnie qui déclarent que leur médicament a été prescrit en fonction d'une discussion documentée avec leur clinicien
- Pourcentage de personnes souffrant de trouble de l'insomnie qui déclarent avoir constaté une amélioration de leur qualité de vie

Énoncé de qualité 1: Évaluation complète

Les personnes soupçonnées de souffrir de trouble de l'insomnie subissent une évaluation complète pour éclairer le diagnostic.

Source : Département des Anciens combattants/département de la Défense, 2019¹²

Définition

Évaluation complète : Une évaluation complète du trouble de l'insomnie comprend l'utilisation de mesures subjectives (antécédents de sommeil, outils d'évaluation de l'insomnie), ainsi que des antécédents de santé physique et mentale. Le diagnostic est fondé sur la perception qu'a l'individu de son sommeil ou sur le rapport d'un partenaire de soins, le cas échéant¹⁹. Les cliniciens devraient évaluer les personnes atteintes d'un trouble d'insomnie possible en utilisant les critères des versions les plus récentes du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou l'*International Classification of Sleep Disorders*^{2,3}. La polysomnographie ou l'actigraphie (deux types d'études sur le sommeil et l'éveil) ne sont pas indiquées dans une évaluation du trouble de l'insomnie, à moins qu'elles ne soient utilisées pour exclure d'autres troubles du sommeil¹².

Une évaluation complète devrait comprendre au minimum les éléments suivants :

- Les antécédents en matière de sommeil
 - Des plaintes propres à l'insomnie, comme l'incapacité de s'endormir, l'incapacité de maintenir le sommeil, le réveil précoce
 - Les conséquences diurnes, comme les répercussions sur la qualité de vie, le dysfonctionnement diurne, la fatigue (un sentiment d'énergie diminuée ou de léthargie qui n'est pas soulagé par le sommeil), la somnolence (un désir de s'endormir)
 - Des facteurs environnementaux, comme le bruit, la température, la présence perturbatrice d'un partenaire ou d'un animal ou un lit inconfortable
- Outils d'évaluation du trouble de l'insomnie
 - Indice de gravité de l'insomnie^{12,20} : un outil validé utilisé pour déterminer la gravité du trouble de l'insomnie et surveiller l'efficacité du traitement
 - Un journal du sommeil faisant l'objet d'un consensus (sur papier ou sur le Web)²¹ : un journal du sommeil pour suivre les antécédents de sommeil et en apprendre sur les habitudes de sommeil (consensus du comité consultatif)

- Antécédents de santé physique et mentale
 - Antécédents de consommation de substances et de médicaments (p. ex., diurétiques avant le coucher, alcool, caféine, nicotine, marijuana, cocaïne, amphétamines)
 - Comorbidités de santé mentale qui peuvent contribuer à l'insomnie (p. ex., trouble bipolaire, dépression, trouble de stress post-traumatique)
 - Comorbidités de santé physique qui peuvent contribuer à l'insomnie (p. ex., trouble de la douleur, trouble thyroïdien, anémie)

Justification

L'évaluation peut être menée efficacement par tout clinicien qualifié, y compris les cliniciens de soins primaires comme les médecins de famille et les infirmières et infirmiers praticiens, et dans un bureau ou un environnement virtuel¹². Il n'est pas nécessaire de consulter un clinicien possédant une expertise en médecine du sommeil pour obtenir une évaluation du trouble de l'insomnie.

Il n'est pas nécessaire de prendre des mesures objectives du sommeil comme la polysomnographie pour évaluer les personnes atteintes de trouble de l'insomnie^{12,19}. Le renvoi à un laboratoire de sommeil aux fins d'évaluation est coûteux et il peut constituer un obstacle aux soins pour les personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas subir une étude du sommeil de nuit. Des études sur le sommeil peuvent être indiquées si le clinicien soupçonne qu'un autre trouble du sommeil, comme l'apnée obstructive ou centrale du sommeil, la narcolepsie, les convulsions nocturnes, la parasomnie, l'hypersomnie idiopathique, le trouble du rythme circadien, le trouble périodique du mouvement des membres ou la désaturation nocturne de l'oxygène, est à l'origine de la déficience du sommeil^{19,22}.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes souffrant de trouble de l'insomnie

Si vous avez de la difficulté à dormir, votre médecin de famille ou votre infirmière ou infirmier praticien discutera avec vous de votre sommeil et de la façon dont il se fait sentir sur votre vie quotidienne. Ils devraient vous poser des questions, à vous ou à votre partenaire de soins, sur vos antécédents de sommeil et vos antécédents médicaux, y compris votre santé physique et mentale.

Pour les cliniciens

Si vous soupçonnez que votre patient souffre d'un trouble de l'insomnie, consignez les antécédents complets du sommeil, utilisez des outils normalisés d'évaluation de l'insomnie et notez les antécédents de santé physique et mentale dans le cadre d'une évaluation complète pour éclairer le diagnostic. Dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire de prendre des mesures objectives comme des études sur le sommeil pour évaluer le trouble de l'insomnie, à moins qu'elles ne soient utilisées pour exclure d'autres troubles du sommeil.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les gens aient accès à un clinicien de soins primaires et à ce que les cliniciens de soins primaires disposent du temps, des outils et des ressources nécessaires pour effectuer des évaluations complètes des troubles de l'insomnie.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Percentage of people suspected of having insomnia disorder who receive a comprehensive assessment to inform diagnosis

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 2: Plan de soins individualisé, axé sur la personne et complet

Les personnes atteintes de troubles de l'insomnie, leurs partenaires de soins (selon le cas) et les cliniciens collaborent à l'élaboration d'un plan de soins individualisé, axé sur la personne et complet. Ils examinent régulièrement ce plan ensemble.

Source : Département des Anciens combattants/département de la Défense, 2019¹²

Définitions

Plan de soins individualisé, axé sur la personne et complet : Les plans de soins sont personnalisés pour chaque personne en fonction de ses valeurs, de ses souhaits, de ses objectifs et de ses besoins particuliers. Une approche axée sur la personne suppose un partenariat entre la personne souffrant de trouble de l'insomnie et son clinicien; la personne souffrant de trouble de l'insomnie prend toute décision concernant ses soins. Le plan de soins vise à améliorer la qualité du sommeil et à réduire les troubles diurnes liés à l'insomnie. Le plan de soins devrait porter sur les éléments suivants, à un minimum^{4,10,12} :

- Une évaluation des besoins (p. ex., on peut utiliser le journal du sommeil établi par consensus pour surveiller les antécédents et les habitudes de sommeil)²¹
- Une discussion sur les attentes (p. ex., quel traitement implique)
- La gestion des comorbidités de santé physique et mentale (voir l'énoncé de qualité 3)
- Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (voir l'énoncé de qualité 4)
- La prise en considération de la pharmacothérapie, le cas échéant (voir l'énoncé de qualité 5)
- La consultation d'un clinicien possédant une expertise pertinente (le cas échéant) ou l'aiguillage vers celui-ci pour ceux qui :
 - ont des comorbidités non résolues;
 - ne constatent aucune amélioration de leurs symptômes après avoir essayé des traitements pour le trouble de l'insomnie

Régulièrement : Au moins tous les deux mois jusqu'à ce que le trouble de l'insomnie s'améliore, puis au moins une fois par an jusqu'à ce qu'il soit résolu (consensus du comité consultatif).

Justification

Les cliniciens devraient offrir de l'information sur le trouble de l'insomnie et parler à la personne atteinte de l'insomnie de leurs objectifs en matière de soins.¹² La personne atteinte de trouble de l'insomnie, ses partenaires de soins ou les membres de sa famille (selon le cas) et son clinicien collaborent à l'élaboration du plan de soins afin qu'il respecte les valeurs et la situation de la personne et pour aider à obtenir les meilleurs résultats possibles⁴. Les cliniciens devraient utiliser une approche d'entrevue motivationnelle axée sur la personne et permettre aux gens de prendre des décisions en décrivant leurs options de soins (p. ex., ce qui peut être offert par les soins primaires, les situations où il faut peut-être obtenir des compétences supplémentaires en médecine du sommeil et si certaines options de gestion peuvent être offertes par téléphone ou virtuellement par télémédecine ou d'autres technologies). Le plan de soins devrait être revu régulièrement pour s'assurer que les symptômes de la personne s'améliorent.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes souffrant de trouble de l'insomnie

Votre clinicien devrait travailler avec vous afin d'élaborer un plan de soins qui correspond à vos valeurs, souhaits, objectifs et besoins. Il devrait vous demander à quoi ressemblerait un meilleur sommeil selon vous. Il devrait travailler avec vous pour mettre à jour votre plan de soins au moins tous les deux mois jusqu'à ce que vous dormiez mieux, puis une fois par an jusqu'à ce que votre trouble de l'insomnie soit résolu.

Pour les cliniciens

Travaillez avec votre patient afin de déterminer ses objectifs et ses souhaits et collaborez avec lui pour élaborer et mettre en œuvre un plan de soins complet. Examinez le plan de soins au moins tous les deux mois jusqu'à ce que le trouble de l'insomnie s'améliore, puis au moins une fois par an jusqu'à ce qu'il soit résolu.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que les cliniciens disposent de la formation, des outils et des ressources nécessaires pour élaborer des plans de soins personnalisés, axés sur la personne et complets pour les personnes atteintes de trouble de l'insomnie. Veillez à ce que les cliniciens aient le temps et les ressources nécessaires pour examiner régulièrement les plans de soins et garantir que les symptômes de leur patient s'améliorent ou se sont résorbés.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Percentage of people with insomnia disorder who have a documented care plan
- Pourcentage de personnes souffrant de trouble de l'insomnie et ayant un plan de soins qui déclarent que le plan de soins est examiné régulièrement (c.-à-d. au moins tous les deux mois jusqu'à ce que le trouble de l'insomnie s'améliore, puis au moins une fois par année jusqu'à ce qu'il soit résolu)
- Pourcentage de personnes souffrant de trouble de l'insomnie qui déclarent que leur clinicien les fait toujours ou souvent participer aux décisions concernant leurs soins

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 3 : Gestion du trouble de l'insomnie chez les personnes ayant des comorbidités

Les personnes atteintes de trouble de l'insomnie et de comorbidités reçoivent un traitement opportun pour leur trouble de l'insomnie et pour toute autre maladie dans le cadre d'un plan de soins complet.

Source : Département des Anciens combattants/département de la Défense, 2019¹²

Définitions

Comorbidités : Les personnes souffrant de trouble de l'insomnie ont souvent d'autres problèmes de santé en même temps, comme la douleur, l'insuffisance cardiaque, l'anxiété, la dépression ou l'obésité. Le trouble de l'insomnie augmente également le risque de développer d'autres problèmes de santé physique et mentale^{7,8,12}. Les comorbidités devraient être cernées dans le cadre de l'évaluation complète (voir l'énoncé de qualité 1).

Opportun : Le traitement devrait commencer dès que possible. Le trouble de l'insomnie peut être diagnostiqué comme une maladie indépendante, que la personne ait ou non une comorbidité ou un autre trouble du sommeil. La présence d'une comorbidité ne devrait pas retarder le traitement du trouble de l'insomnie avec la TCC-I (voir l'énoncé de qualité 4)¹².

Justification

La relation entre l'insomnie et les problèmes de santé comorbides n'est pas toujours claire et peut évoluer^{12,19}. Par le passé, les cliniciens ont essayé de différencier l'insomnie primaire (c.-à-d. l'insomnie qui n'est pas associée à une autre maladie) et l'insomnie comorbide (c.-à-d. insomnie qui s'est développée à cause d'un autre problème de santé ou de l'un de ses symptômes) parce que les traitements recommandés étaient différents²³. Il est maintenant possible de diagnostiquer le trouble de l'insomnie comme une maladie indépendante, que la personne ait ou non une comorbidité ou un autre trouble du sommeil¹⁹. Il est entendu que les habitudes ou les façons de penser qui peuvent se développer en réponse à un autre problème de santé (par exemple, essayer de rattraper le sommeil en se couchant tôt, ou faire la grasse matinée) peuvent entraîner un trouble de l'insomnie qui devrait être traité seul, et non comme un symptôme d'une autre maladie¹².

Si les cliniciens n'ont pas les connaissances et les compétences nécessaires pour traiter les personnes souffrant de trouble de l'insomnie et d'une comorbidité, ils devraient envisager d'aiguiller leur patient vers un clinicien possédant une expertise pertinente (p. ex., un psychiatre). Certaines affections physiques et mentales peuvent nécessiter une consultation précoce afin de déterminer la meilleure façon d'offrir et de coordonner les soins de la personne¹². Les personnes qui reçoivent un traitement continu d'un clinicien expert en médecine du sommeil devraient être encouragées à revenir à leur clinicien de soins primaires et être soutenues dans cette démarche afin de garantir qu'elles reçoivent des soins primaires complets.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes souffrant de trouble de l'insomnie

Si vous souffrez d'autres problèmes de santé ainsi que du trouble de l'insomnie, votre clinicien devrait vous offrir un traitement pour votre insomnie ainsi que pour ces autres problèmes. Par exemple, si vous commencez à souffrir d'insomnie pendant un épisode de dépression, vous devriez être traité pour la dépression et l'insomnie en même temps.

Pour les cliniciens

Considérez le trouble de l'insomnie comme une maladie indépendante, et non comme un symptôme d'une autre maladie. N'attendez pas que les comorbidités soient résolues avant de commencer le traitement pour le trouble de l'insomnie. Par exemple, si une personne souffrant de trouble de l'insomnie éprouve de la douleur, traitez son trouble de l'insomnie en plus de sa douleur, même si la douleur ne disparaît pas.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que de l'information sur le trouble de l'insomnie et les comorbidités soit disponible afin que les cliniciens sachent que le trouble de l'insomnie doit être traité le plus tôt possible, sans égard aux comorbidités. Assurez-vous que les cliniciens disposent des protocoles, des outils et des ressources nécessaires pour communiquer efficacement avec les cliniciens qui possèdent une expertise supplémentaire dans le traitement des troubles de l'insomnie avec comorbidité.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Percentage of people with insomnia disorder and comorbidities who receive timely treatment for their insomnia disorder

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 4 : Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie

Les personnes souffrant de trouble de l'insomnie ont un accès opportun à la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie comme traitement de première ligne. La thérapie est administrée de manière à répondre le mieux possible aux besoins et aux préférences de la personne.

Sources : American Academy of Sleep Medicine, 2021¹¹ | American College of Physicians, 2016¹⁰ | Département des Anciens combattants/département de la Défense, 2019¹²

Définitions

Accès rapide : Les personnes souffrant de trouble de l'insomnie se voient offrir la TCC-I dès que possible après avoir reçu un diagnostic de trouble de l'insomnie. S'il est impossible de commencer la TCC-I immédiatement, les gens devraient être dirigés vers des ressources liées à la TCC-I autoguidées (en ligne ou dans des livres) qu'ils peuvent utiliser pour commencer à mettre en pratique certains composants de la TCC-I.

Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie La TCC-I est un programme psychologique structuré de plusieurs séances qui met l'accent sur les pensées et les comportements propres au sommeil à l'aide d'une combinaison de traitements¹². Elle peut être administrée en milieu de soins primaires et dispensée par des cliniciens de soins primaires ou d'autres cliniciens ayant la formation nécessaire (p. ex., psychothérapeutes)^{12,24,25}. La TCC-I est composée des éléments suivants :

- Thérapie cognitive – thérapie visant à cerner, à remettre en question et à remplacer les croyances et les attitudes inutiles (qui nuisent au sommeil) concernant le sommeil
- Restriction du sommeil – instructions comportementales pour limiter le temps passé au lit, visant à réduire le temps passé réveillé au lit, à rendre le sommeil plus efficace et à augmenter graduellement le temps passé dans le lit à mesure que le sommeil s'améliore
- Contrôle des stimulus – instructions comportementales visant à modifier les habitudes pour renforcer l'association entre le lit et le sommeil, éliminer les liens entre le lit et les activités stimulantes, et établir une structure de sommeil cohérente

- Thérapie de relaxation – toute technique de relaxation que la personne trouve efficace afin d’apaiser son esprit et son corps pour faciliter le sommeil (p. ex., pleine conscience, relaxation musculaire, journal de pensée de jour)
- Hygiène du sommeil – recommandations relatives aux facteurs environnementaux, aux facteurs physiologiques et aux habitudes qui favorisent le sommeil sain, comme ne pas boire de caféine tard dans la journée (remarque : l’hygiène du sommeil s’est avérée inefficace comme traitement autonome)^{12,16}

Administrée de manière à répondre le mieux possible aux besoins et aux préférences de la personne : La TCC-I peut être menée sous la forme de séances individuelles ou en groupe et dans divers formats (c.-à-d. en personne, ou virtuellement par télémédecine ou d’autres technologies), et compte six à huit séances dont la durée varie, mais qui durent généralement d’une à deux heures^{11,26}.

Justification

Il a été démontré que la TCC-I est plus efficace pour réduire les symptômes de l’insomnie et maintenir l’amélioration du sommeil au fil du temps que la pharmacothérapie^{12,27}. Les personnes souffrant de trouble de l’insomnie et leurs cliniciens préfèrent souvent des approches non pharmacologiques parce qu’ils offrent des avantages à long terme et évitent les effets nocifs que beaucoup de gens subissent avec les médicaments pour le sommeil^{12,28}.

Les cliniciens des soins primaires sont souvent conscients de la nécessité de réduire leur prescription de médicaments pour les troubles de l’insomnie, mais ils ont une connaissance limitée de la TCC-I et un accès limité à celle-ci. Pour y accéder, des cliniciens ayant une formation pertinente en TCC-I doivent être disponibles, ce qui peut être particulièrement difficile dans les régions rurales ou éloignées. En outre, certains peuvent considérer les visites relativement fréquentes à la clinique pour suivre une TCC-I comme problématiques. Compte tenu des données probantes qui appuient la TCC-I pour le traitement du trouble de l’insomnie, les cliniciens peuvent donner du pouvoir aux gens dans leur prise de décision en décrivant avec précision les options de traitement (p. ex., faire savoir aux gens que les traitements sont offerts par les cliniciens qui possèdent une formation pertinente en TCC-I et que certaines séances peuvent avoir lieu au téléphone ou virtuellement par télémédecine ou autres technologies)¹¹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes souffrant de trouble de l’insomnie

Votre clinicien devrait vous offrir la TCC-I (un type de traitement psychologique) le plus tôt possible après votre diagnostic, dans un format qui correspond le mieux à vos besoins et préférences. Votre clinicien devrait discuter avec vous de vos attentes à l’égard du traitement de l’insomnie et de ce que vous aimeriez changer dans votre sommeil.

Pour les cliniciens

Offrez la TCC-I comme traitement de première ligne pour les personnes souffrant de trouble de l'insomnie dès que possible après le diagnostic. Les personnes devraient recevoir la TCC-I d'un clinicien qui a une formation dans ce type de traitement, et le traitement devrait être administré de manière à ce qu'il corresponde le mieux à leurs besoins et préférences.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que les cliniciens possèdent la formation, les outils, le temps et les ressources nécessaires afin d'offrir la TCC-I comme traitement de première ligne pour les personnes souffrant de trouble de l'insomnie.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Percentage of people with insomnia disorder who receive timely access to CBT-I as first-line treatment

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 5 : Pharmacothérapie

Les personnes souffrant de trouble de l'insomnie se voient offrir des médicaments efficaces à la dose la plus faible possible, pour la durée la plus courte possible et après avoir essayé la TCC-I. Un médicament est offert seulement après une discussion sur ses avantages et risques.

Sources : American Academy of Sleep Medicine, 2017⁴ | American College of Physicians, 2016¹⁰ | Département des Anciens combattants/département de la Défense, 2019¹²

Définitions

Médicaments efficaces : Médicaments qui sont efficaces dans le traitement des troubles de l'insomnie et qui ont les effets indésirables les plus faibles possibles et le profil de préjudice le plus faible. L'efficacité de la pharmacothérapie pour l'insomnie varie. Les cliniciens devraient examiner les lignes directrices actuelles sur la pratique clinique pour obtenir de l'information sur les traitements pharmacologiques fondés sur des données probantes qui sont propres à la plainte de sommeil de la personne (p. ex., choix des médicaments, posologie, médicaments auxiliaires, durée du traitement, avantages et risques).

Essai de la TCC-I : Les personnes souffrant de trouble de l'insomnie se voient offrir la TCC-I en tant que traitement de première ligne dès que possible après avoir reçu un diagnostic de trouble de l'insomnie. La TCC-I peut être menée sous la forme de séances individuelles ou en groupe et dans divers formats (c.-à-d. en personne, par vidéoconférence ou guidée par Internet), et compte six à huit séances dont la durée varie, mais qui durent généralement d'une à deux heures (voir l'énoncé de qualité 4)^{11,26}.

Discussion sur les avantages et les risques : Dans le cadre de la conversation, il faut donner de l'information sur l'efficacité du médicament envisagé, expliquer les effets indésirables possibles (tolérance, dépendance, sédation, déficience cognitive) et parler des plans de suivi régulier et des besoins et préférences individuels de la personne. Il peut également être nécessaire d'inclure la déprescription de médicaments que la personne prend déjà et qui peuvent avoir des effets secondaires ou ne sont pas indiqués pour traiter l'insomnie et d'autres comorbidités (p. ex. antipsychotiques et antidépresseurs)^{4,10,12}. Le clinicien et la personne souffrant de trouble de l'insomnie peuvent utiliser les résultats de cette discussion afin de déterminer le meilleur traitement.

Justification

La TCC-I devrait toujours être offerte en premier aux personnes souffrant d'insomnie (voir l'énoncé de qualité 4). Si le traitement psychologique n'est pas possible ou ne fonctionne pas, le traitement pharmacologique peut être amorcé à la dose la plus faible possible et pour la durée la plus courte possible; le traitement doit être réévalué après quatre semaines^{12,29}. Avant d'entreprendre la pharmacothérapie, les cliniciens et les patients devraient discuter des avantages et des risques du médicament envisagé. Le choix du médicament, ainsi que sa posologie et sa durée, devraient être guidés par les lignes directrices actuelles de la pratique clinique, et il devrait être adapté à l'âge de la personne, à la gravité de son état, à la présence de toute comorbidité, à ses préférences et à sa réponse au traitement.

L'utilisation à long terme de la pharmacothérapie peut être appropriée pour certaines personnes, y compris celles qui souffrent d'insomnie grave ou réfractaire (c.-à-d. le trouble de l'insomnie qui ne s'améliore pas avec la TCC-I) ou celles qui ont des troubles de santé physique ou mentale⁴. Afin de réduire le risque de tolérance (c.-à-d. réponse réduite à un médicament après une utilisation prolongée) ou de dépendance aux médicaments, les cliniciens devraient discuter avec leurs patients des plans visant à réduire la posologie ou la fréquence des médicaments, assurer un suivi régulier et effectuer une réévaluation à mesure que les symptômes se résorbent³⁰.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes souffrant de trouble de l'insomnie

Si vous souffrez de trouble de l'insomnie et que vos symptômes ne s'améliorent pas avec la TCC-I, votre clinicien peut vous parler des options de médicaments. Le type de médicament que vous prenez (ainsi que la quantité que vous prenez et la durée de l'utilisation) dépendra de votre âge, de vos problèmes de santé et de vos préférences. Votre clinicien devrait vous parler des avantages et des risques du médicament qu'il offre. Il devrait effectuer un suivi auprès de vous après quatre semaines pour voir comment vous vous sentez.

Pour les cliniciens

Discutez des avantages et des risques de la pharmacothérapie avec les patients qui ne peuvent pas participer à la TCC-I ou qui ne constatent aucune amélioration de leurs symptômes après en avoir fait l'essai. Veillez à ce que les choix de traitement pharmacologique pour les personnes souffrant de trouble de l'insomnie soient fondés sur des données probantes et que les médicaments soient prescrits à la dose la plus faible possible pendant la durée la plus courte possible. Évaluez régulièrement l'efficacité des médicaments, les effets indésirables et les possibilités de réduction de la dose et de déprescription.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que les cliniciens aient la formation, les outils et les ressources nécessaires pour offrir une pharmacothérapie efficace contre le trouble de l'insomnie, lorsqu'il y a lieu. Veillez à ce que les

Ébauche – ne pas citer. Le rapport est un travail en cours qui pourrait changer en fonction de la rétroaction du public.

cliniciens aient le temps et les ressources nécessaires pour effectuer un suivi régulier auprès de leurs patients et s'assurer que leurs symptômes de troubles de l'insomnie s'améliorent.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Percentage of people with insomnia disorder and taking insomnia medication who report that their medication was prescribed based on a documented discussion with their clinician

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité

Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les personnes souffrant de trouble de l'insomnie

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes souffrant de trouble de l'insomnie.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que personne qui cherche à traiter son trouble de l'insomnie.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger le [guide du patient](#) sur le trouble de l'insomnie pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos cliniciens. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes souffrant de trouble de l'insomnie. Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions, disponibles dans les spécifications techniques. La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment:

- Notre [guide du patient](#) sur le trouble de l'insomnie, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres cliniciens. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), y compris les spécifications techniques des indicateurs de cette norme de qualité, le jeu de diapositives « cas d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la sous-tendent, et notre guide de mesure contenant des renseignements supplémentaires pour soutenir le processus de collecte et de mesure des données;
- Notre [sommaire](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les cliniciens peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de cliniciens et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Appendice 2 : Glossaire

Terme	Définition
Adultes	Personnes de 18 ans et plus.
Cliniciens	Les professionnels réglementés qui prodiguent des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les pharmaciens, les médecins, les psychologues, les psychothérapeutes et les travailleurs sociaux.
Clinicien de soins primaires	Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaires) ou un infirmier praticien.
Famille	Les personnes les plus proches d'une personne en matière de connaissance, de soins et d'affection. Cela peut comprendre la famille biologique ou d'origine, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne définit les membres de sa famille et les personnes qui participeront à ses soins.
Partenaire de soins	Une personne non rémunérée qui offre des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne désignée par la personne atteinte d'hypertension. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « aidant », « aidant naturel », « aidant familial », « aidant principal ».
Soins primaires	Un milieu où les gens reçoivent des soins de santé généraux (p. ex., dépistage, diagnostic et gestion) d'un clinicien auquel la personne peut accéder directement sans renvoi. Il s'agit habituellement du clinicien de soins primaires, du médecin de famille, de l'infirmière ou infirmier praticien ou d'un autre clinicien qui a la capacité de faire des renvois, de demander des tests de laboratoire et de prescrire des médicaments.

Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

Reconnaître l'impact de la colonisation et du racisme

Les cliniciens devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation et du racisme dans le contexte de la vie des peuples autochtones et des personnes racisées partout au Canada et s'efforcer d'y remédier.³¹ Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux vécus par les personnes, les familles et les communautés autochtones et racisées, ainsi qu'à reconnaître leur force et leur résilience. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes qui n'incluent pas nécessairement de soins culturellement pertinents ou qui ne reconnaissent pas les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels.

Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [26 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement.³²

Déterminants sociaux de la santé

Par exemple, le fait d'être plus âgé, d'être une femme et d'appartenir à un groupe à faible revenu a été associé à un trouble de l'insomnie³³.

Pratique fondée sur les forces

Une pratique axée sur les forces implique activement la personne et le clinicien qui les aide à travailler ensemble pour atteindre les résultats escomptés d'une manière qui s'appuie sur les forces de la personne^{34,35}. La personne est reconnue comme l'expert de sa propre expérience vécue et le clinicien est reconnu comme un expert dans sa discipline et pour faciliter une conversation qui renforce ses forces et ses ressources.

Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui reflètent une compréhension des traumatismes et des répercussions d'expériences traumatiques sur les gens, et le risque de traumatiser ou de retraumatiser les patients lorsqu'ils reçoivent des soins.^{36,37} Cette approche ne traite pas nécessairement le traumatisme directement. Elle reconnaît plutôt qu'une personne peut avoir vécu un événement traumatique qui pourrait contribuer à ses problèmes de santé actuels, et prend des mesures pour réduire les possibilités de traumatismes (par exemple, en utilisant des stratégies actives concernant le consentement, en répondant aux besoins individuels des patients, en reconnaissant le déséquilibre de pouvoir inhérent aux relations entre le clinicien et le patient, et en facilitant l'action et le choix du patient dans toutes les interactions).^{38,39} Cette approche insiste sur la création d'un environnement dans lequel la personne se sentira à l'aise de parler de son traumatisme, et sur le fait de comprendre, de respecter et de prendre en compte les effets du traumatisme.³⁷⁻³⁹

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie s personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d’aider à créer cette norme de qualité:

Sophiya Benjamin (coprésidente)

Psychiatre gériatrique, professeure agrégée et chaire Schlegel sur la santé mentale et le vieillissement
Université McMaster

Colleen Carney (coprésidente)

Psychologue, professeure et directrice du laboratoire du sommeil et de la dépression,
Université métropolitaine de Toronto

Beverley David

Psychologue clinique et directrice,
Your Psychology Centre

Jean Grenier

Psychologue clinique, chercheur
Hôpital Montfort

Jennifer Guest

Conseillère ayant une expérience vécue

Kristin Hanhimaki

Travailleuse sociale
Équipe de santé familiale de City of Lakes

Rhonda Heft

Travailleuse sociale, Ingersoll
Clinique dirigée par du personnel infirmier praticien

Jennifer Hirsch

Psychiatre, spécialiste en médecine du sommeil
Hôpital MedSleep et Mount Sinai

Mohamed Hussain

Spécialiste de la médecine familiale et du sommeil, directeur médical et conseiller en qualité
Tri-Hospital Sleep Laboratory West

Margaret Jin

Pharmacienne et coordonnatrice de la formation continue en pharmacothérapies
Équipe de santé familiale de Hamilton

Eric Lui

Pharmacien
Équipe de santé familiale de North York

Richard Norman

Spécialiste en médecine gériatrique
Sinai Health System

Brigita Proskalo Mantz

Infirmière praticienne, Ingersoll
Clinique dirigée par du personnel infirmier praticien

Jaan Reitav

Psychologue, Réseau universitaire de santé

Andrea Schaefer

Conseillère ayant une expérience vécue

Shayna Watson

Médecine familiale, professeure adjointe
Université Queen’s

Joanne West

Psychologue clinique, pratique privée

Références

- (1) Brasure, M., R. MacDonald, E. Fuchs, CM. Olson, M. Carlyle, S. Diem et coll. Management of insomnia disorder. Comparative effectiveness review no. 159. (Préparé par le Minnesota Evidence-Based Practice Centre en vertu du contrat n° 290-2012-00016-I). Publication de l’AHRQ n° 15(16)-EHC027-EF. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
- (2) American Academy of Sleep Medicine. The AASM international classification of sleep disorders – third edition, text revision (ICSD-3-TR). Darien (IL) : L’Académie; 2023.
- (3) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision. Washington (DC): L’Association; 2022.
- (4) Sateia, M.J., D.J. Buysse, A.D. Krystal AD, D.N. Neubauer DN et J.L. Heald. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med. vol. 13, n° 2, p. 307-349 (2017).
- (5) Daley, M., C.M. Morin, M. LeBlanc, J.P. Gregoire, J. Savard et L. Baillargeon. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. Sleep Med. vol. 10, n° 4, p. 427-438 (2009).
- (6) Rodrigues, R., K. Nicholson, G. Guaiana, P. Wilk, S. Stranges et K.K. Anderson. Sleep problems and psychological well-being: baseline findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. Can J Aging. vol. 42, n° 2, p. 230-240 (2023).
- (7) Katz, D. A. et C.A. McHorney. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. Arch Intern Med. vol. 158, n° 10, p. 1099-1107 (1998).
- (8) Pearson, N.J., L.L. Johnson et R.L. Nahin. Insomnia, trouble sleeping, and complementary and alternative medicine: analysis of the 2002 National Health Interview Survey data. Arch Intern Med. vol. 166, n° 16, p. 1775-1782 (2006).
- (9) Chaput, J.P., I. Janssen, H. Sampasa-Kanyinga, C.E. Carney, T.T. Dang-Vu, J.R. Davidson JR et coll. Economic burden of insomnia symptoms in Canada. Sleep Health. vol 9, n° 2, p. 185-189 (2023).
- (10) Qaseem, A., D. Kansagara, M. Forcica, M. Cooke, T. Denberg, pour le Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. vol. 16, no 2, p. 125-133 (2016).
- (11) Edinger, J.D., J.T. Arnedt, S.M. Bertisch, C.E. Carney, J.J. Harrington, K.L. Lichstein et coll. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med. vol. 17, n° 2, p. 255-262 (2021).
- (12) Département des Anciens Combattants, département de la Défense, groupe de travail sur la gestion des troubles de l’insomnie chronique et de l’apnée du sommeil obstructif. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic insomnia disorder and obstructive sleep apnea [Internet]. Washington (DC): Les départements; 2019 [citation du 14 août 2024]. Se trouve à l’adresse suivante : <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/insomnia/VADoDSleepCPGFinal508.pdf>

- (13) Morin, C.M., M. LeBlanc, L. Belanger, H. Ivers, C. Merette et J. Savard J. Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. *Can J Psychiatry*. vol. 56, n° 9, p. 540-548 (2011).
- (14) Clarke, K., N. Orlov et C. Soong C. Treatment of chronic insomnia in adults. *Can Fam Physician*. vol. 70, p. 176-178 (2024).
- (15) Pop, P, S.E. Bronskill, K.L. Piggott, N.M. Stall, R.D. Savage, J.D. Visentin et coll. Management of sleep disorders in community-dwelling older women and men at the time of diagnosis. *J Am Geriatr Soc*. vol. 67, n° 10, p. 2094-2101 (2019).
- (16) Trauer, J.M., M.Y. Qian, J.S. Doyle, S.M. Rajaratnam et D. Cunnington D. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia : a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. vol. 163, n° 3 p. 191-204 (2015).
- (17) Zhou, E.S., M. Mazzenga, M.L. Gordillo, L.J. Meltzer LJ et K.A. Long. Sleep education and training among practicing clinical psychologists in the United States and Canada. *Behav Sleep Med*. vol. 19, n° 6, p. 744-753 (2021).
- (18) Moss, T.G., A.M. Lachowski et C.E. Carney. What all treatment providers should know about sleep hygiene recommendations. *Behav Therapist*. vol. 36, n° 4, p. 76-83 (2013).
- (19) American Psychiatric Association, groupe de travail sur le DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5^e éd. Arlington (VA) : American Psychiatric Publishing ; 2013.
- (20) Bastien, C.H., A. Vallieres et C.M. Morin. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. vol. 2, n° 4, p. 297-307 (2001).
- (21) Consensus Sleep Diary [Internet]. Toronto (ON) : Consensus Sleep Diary; c2024 [citation du 31 juillet 2024]. Se trouve à l'adresse suivante : <https://consensussleepdiary.com/>
- (22) Clinical appropriateness guidelines. Sleep disorder management. Appropriate use criteria: diagnostic and treatment management [Internet]. Chicago (IL) : AIM Specialty Health; 2020 [citation du 14 août 2024]. Se trouve à l'adresse suivante : https://aimspecialtyhealth.com/wp-content/uploads/2019/11/AIMSleepDisorderManagement_Guidelines.pdf
- (23) Sateia. M.J. International classification of sleep disorders, third edition: highlights and modifications. *Chest*. vol. 146, n° 5, p. 1387-1394 (2014).
- (24) Cheung, J.M.Y., D.C. Jarrin, O. Ballot, A.A. Bharwani et C.M. Morin. A systematic review of cognitive behavioral therapy for insomnia implemented in primary care and community settings. *Sleep Med.*, vol. 44, p. 23-36 (2019)
- (25) Davidson, J.R., S. Dawson et A. Krsmanovic. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) in a primary care setting. *Behav Sleep Med*. vol. 17, n° 2, p. 191-201 (2019).
- (26) Walker, J., A. Muench, M.L. Perlis et I.Vargas. Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I): a primer. *Klin Spec Psihol*. vol. 11, n° 2, p. 123-137 (2022).
- (27) American Academy of Sleep Medicine. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults [Internet]. Darien (IL) : L'Académie; 2008 [cité en juillet 2024]. Se trouve à l'adresse suivante : <http://www.aasmnet.org/Resources/clinicalguidelines/040515.pdf>
- (28) Perez, E., E.K. Donovan, B.D. Rybarczyk et J.M. Dzierzewski. Insomnia treatment preferences among primary care patients. *Clin Ther*. vol. 44, n° 4, p. 630-637 (2022).
- (29) Alberta Medical Association. Assessment to management of adult insomnia: clinical practice guideline. [Internet]. Edmonton (AB) : L'Association; 2015 [citation du 14 août 2024]. Se trouve

à l'adresse suivante : <http://www.topalbertadoctors.org/CPGs/Lists/CPGDocumentList/Adult-Insomnia-CPG.pdf>

- (30) Campbell, R., I. Chabot, B. Rousseau, D. Bridge, G. Nicol et G. Meier. Understanding the unmet needs in insomnia treatment: a systematic literature review of real-world evidence. *Int J Neurosci.* vol. 133, n° 8, p 864-878 (2023).
- (31) Hassen, N., A. Lofters, S. Michael, A. Mall, A.D. Pinto et J. Rackal J. Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health.* vol. 18, n° 6 (2021).
- (32) Ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée. Services en français au ministère de la Santé : la *Loi sur les services en français* de 1986 [Internet]. Toronto (ON) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021; [citation du 31 juillet 2024]. Se trouve à l'adresse suivante : <https://www.ontario.ca/fr/page/services-en-francais-au-ministere-de-la-sante>
- (33) Rodrigues, R., A. Jing, K.K. Anderson, R. Alonzo, P. Wilk, G.J.Reid GJ et coll. Who sleeps well in Canada? The social determinants of sleep health among middle-aged and older adults in the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Sleep Health.* vol. 10, n° 1, p. 104-113 (2024).
- (34) National Institute for Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services [Internet]. London : The Institute; 2016 [citation du 14 juin 2023]. Se trouve à l'adresse suivante : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
- (35) Social Care Institute for Excellence. Strengths-based approaches: Care Act guidance on strengths-based approaches [Internet]. Egham, Royaume-Uni : L'Institut; 2015 [citation d'août 2023]. Se trouve à l'adresse suivante : <https://www.scie.org.uk/strengths-based-approaches/guidance>
- (36) Kuehn, B.M. Trauma-informed care may ease patient fear, clinician burnout. *JAMA.* vol. 323, n° 7, p. 595-597 (2020).
- (37) Ravi, A. et V. Little V. Providing trauma-informed care. *Am Fam Physician.* vol. 95, no 10, p. 655-657 (2017).
- (38) Dowdell, E.B. et P.M. Speck. Trauma-informed care in nursing practice. *Am J Nurs.* vol. 122, n° 4, p. 30-38 (2022).
- (39) Fleishman, J., H. Kamsky et S. Sundborg. Trauma-informed nursing practice. *Online J Issues Nurs.* vol. 24, n° 2 (2019).

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#), lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez OntarioHealth.ca/fr.

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hgontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

Santé Ontario
500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

Tél. sans frais : 1-877-280-8538
Télétype : 1-800-855-0511
Courriel : QualityStandards@OntarioHealth.ca
Site web : hgontario.ca

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca

ISBN à déterminer (PDF)
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024