

Insomnie

Conférences scientifiques

Offert par la Société canadienne du sommeil aux fins de la formation médicale continue des collègues médecins

Le sommeil chez les personnes âgées – Quand rassurer, quand intervenir?

Par JULIE CARRIER, Ph.D., MARJOLAINE LAFORTUNE, B.Sc. et
CAROLINE DRAPEAU, Ph.D.

Le sommeil se modifie du berceau jusqu'à la tombe et d'importantes modifications sont observées même lors du « vieillissement optimal ». On note au cours du vieillissement un sommeil plus court, plus léger et des éveils plus fréquents, en particulier pendant la deuxième partie de la nuit. Avec l'âge, on observe également des modifications du rythme circadien qui entraînent un coucher plus tôt et un réveil matinal plus précoce (avance de phase), ainsi qu'un sommeil plus fragmenté par des éveils. Chez les personnes âgées, les difficultés de sommeil peuvent être exacerbées par des problèmes médicaux ou psychiatriques comorbides. La prévalence de certains désordres spécifiques de sommeil, tels que les mouvements périodiques des jambes et l'apnée du sommeil, augmente aussi avec l'âge; d'autres désordres, tels que le trouble comportemental en sommeil paradoxal, sont généralement diagnostiqués pour la première fois chez la personne âgée. Dans le présent numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*, nous décrivons comment le sommeil change avec l'âge et les facteurs pouvant affecter négativement la qualité du sommeil chez les personnes âgées. Nous examinons les modifications normales du sommeil et des rythmes circadiens avec le vieillissement et proposons des approches pour traiter l'insomnie avec l'avancement en âge.

L'augmentation des plaintes de sommeil chez les personnes âgées, à partir d'environ 40 ans, est bien établie. Environ la moitié des personnes âgées se plaignent de problèmes de sommeil, rapportant un sommeil de trop courte durée et non récupérateur, des éveils nocturnes fréquents, une difficulté à maintenir le sommeil et de la somnolence diurne¹. De nombreux facteurs peuvent expliquer les difficultés de sommeil et de vigilance chez les personnes âgées, incluant une maladie aiguë ou chronique, les effets indésirables de certains médicaments, un désordre psychiatrique, un trouble primaire du sommeil et des changements aigus dans la vie sociale et personnelle¹⁻³. La prévalence des éveils nocturnes augmente avec l'âge, atteignant 35 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. La raison de ces éveils nocturnes la plus fréquemment citée était le besoin d'aller aux toilettes⁴.

Épidémiologie

Comme cela a été décrit de façon plus détaillée dans le premier numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*, l'insomnie est définie comme une plainte subjective d'un sommeil insuffisant ou non réparateur. La prévalence de l'insomnie augmente avec l'âge⁵. Dans un échantillon important de personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté (2673 hommes et 3213 femmes), parmi lesquelles les patients ayant reçu le diagnostic de démence ont été exclus, 70 % ont rapporté qu'elles présentaient fréquemment ou régulièrement au moins un symptôme d'insomnie⁶. Parmi les trois symptômes d'insomnie évalués (difficulté à s'endormir, difficulté à maintenir le sommeil et réveil matinal précoce), la difficulté à maintenir le sommeil était le symptôme le plus fréquent aussi bien chez les hommes que chez les femmes. La difficulté à s'endormir était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et ces dernières présentaient aussi plus souvent 2 à 3 symptômes. Chez les hommes, la difficulté à maintenir le sommeil était associée au ronflement, ce qui suggère que des troubles respiratoires pourraient être associés à la difficulté de bien dormir.

L'insomnie a des effets plus délétères chez les personnes âgées que chez les jeunes adultes et elle a d'importantes conséquences sur la vie quotidienne des personnes âgées. Une méta-analyse récente a révélé que les personnes âgées souffrant d'insomnie montrent une altération de la capacité à résoudre les problèmes, ainsi que des difficultés de mémoire de travail et de mémoire épisodique, comparativement à celles ne rapportant pas de symptômes d'insomnie⁷. Les difficultés de sommeil sont un facteur de risque de déclin cognitif chez les personnes âgées et elles sont associées à un risque accru de chutes et à un taux plus élevé de mortalité⁸.

Les désordres primaires de sommeil sont-ils plus fréquents chez les personnes âgées?

La prévalence de certains désordres primaires du sommeil, tels que l'apnée du sommeil, les mouvements périodiques des jambes, le trouble comportemental en sommeil paradoxal et le syndrome de



Canadian Sleep Society (CSS)
Société Canadienne du Sommeil (SCS)

Présidente
Shelly K. Weiss, M.D.
Hospital for Sick Children
Toronto, ON

*Ancienne présidente et Rédactrice,
Insomnie – Conférences scientifiques*
Helen S. Driver, Ph.D., RPSGT, DABSM
Université Queens
Départements de médecine
Laboratoire des troubles du sommeil,
Hôpital général de Kingston
Kingston, ON

Vice-présidente, Recherche
Célyne H. Bastien, Ph.D.
École de psychologie
Université Laval
Québec, QC

Vice-président, Activités cliniques
Charles Samuels, M.D., CCFP, DABSM
Centre du sommeil et de la performance humaine
Calgary, AB

Secrétaire/Trésorier
Reut Gruber, Ph.D.
Université McGill, Institut Douglas
Montréal, QC

Représentant des membres (Technologie)
Jeremy Gibbons, B.Sc., RPSGT
Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Représentant des membres (Technologie)
Natalie Morin, RPSGT
Ottawa, ON

Représentant des membres (Étudiant)
Christian Burgess
Département de la biologie des cellules et des systèmes
Université de Toronto
Toronto, ON

Représentant des membres (Étudiant)
Samar Khoury, M.Sc.
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Centre d'études avancées en médecine du sommeil
Montréal, QC

Représentant des membres (Adhésions)
Glendon Sullivan, M.D., FRCP, FCCP
Atlantic Health Sciences Centre
Saint John, NB

Représentant des membres (spécialité du médecin)
Judith A. Leech, M.D., FRCP
The Ottawa Hospital Sleep Centre
Ottawa, ON

Représentant des membres (Dentaire)
Fernanda Almeida, DDS, M.Sc., Ph.D.
Université de Colombie-Britannique
Vancouver, C.-B.

*Représentant des membres
(Bulletin d'information et site Web)*
Stuart Fogel, Ph.D.
Centre de Recherche
Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal
(CRIUGM)
Montréal, QC

Disponible sur Internet www.insomnieconferences.ca

Le contenu rédactionnel d'*Insomnie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par la Société canadienne du sommeil.

Tableau 1. Troubles du sommeil primaires chez les personnes âgées

Apnée obstructive du sommeil (AOS) ^{9,11}	Description	Apnée récurrente (arrêt respiratoire) ou hypopnée (respiration réduite) pendant le sommeil, malgré les efforts respiratoires ; causée par l'affaissement des voies aériennes supérieures ; entraîne des éveils et une hypoxémie
	Prévalence	2 à 4 % de la population adulte ; 24 à 62 % des personnes âgées ; 75 % sont des hommes
	Comorbidités	Somnolence diurne excessive ; déficit cognitif (i.e. fonctions exécutives et attention) ; risque accru d'accident de voitures ; hypertension ; RGO ; dépression chez les femmes
	Facteurs de risque	Obésité ; âge ; sexe masculin
	Traitements	VPPC, dispositif oral ; chirurgie ; perte pondérale
Mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil (MPJS) ¹²	Description	Mouvements répétitifs des membres, généralement extension de l'orteil avec flexion partielle de la hanche, du genou et parfois de la hanche pendant le sommeil, qui peuvent provoquer des éveils partiels ou complets ; souvent observés dans le syndrome des jambes sans repos (envie irrésistible de bouger les jambes habituellement causée par des sensations gênantes et déplaisantes dans les jambes) ; Insomnie ou hypersomnie non expliquée par un autre facteur que les MPJS
	Prévalence	4 à 11 % de la population adulte ; > 35 % chez les personnes âgées
	Comorbidités	Autres troubles du sommeil ; hypertension ; dépendance à l'alcool
	Facteurs de risque	Âge ; substances psychoactives
	Traitements	Lévodopa ; agonistes de la dopamine
Trouble du comportement pendant le sommeil paradoxal (TCSP) ¹³	Description	Sommeil paradoxal sans atonie et activité motrice excessive qui peut entraîner des accidents ; associé à des rêves désagréables et violents ; 3 sous-types : 1) TCSP aigu : déclenché par un agent psychotrope (i.e. antidépresseur) 2) TCSP symptomatique : associé à des troubles neurologiques 3) TCSP idiopathique : TCSP sans affection associée
	Prévalence	0,5 % dans la population générale ; 7 % chez les personnes âgées ; 85 % des patients atteints de TCSP sont des hommes
	Comorbidités	Accidents résultant de la perturbation du sommeil ; déficits cognitifs (attention, fonctions exécutives, apprentissage verbal et non verbal) ; anomalies perceptuelles (olfaction et perception des couleurs) ; dysfonctionnement du système nerveux autonome Le TCSP idiopathique est fortement associé à des maladies neurodégénératives (maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy, paralysie supranucléaire progressive et atrophie multisystémique), et survient souvent avant l'apparition de la maladie
	Facteurs de risque	Âge, sexe masculin, sevrage de l'alcool
	Traitements	Clonazepam ; melatonin
Syndrome d'avance de phase du sommeil ¹⁴	Description	Tendance extrême à être un oiseau matinal ; heures du coucher et du lever plusieurs heures plus tôt que l'horaire de sommeil conventionnel ou désiré ; entraîne des plaintes sur le fonctionnement social et/ou les responsabilités quotidiennes
	Prévalence	7,4 % dans la population âgée
	Facteurs de risque	Âge, facteur génétique
	Traitements	Exposition à la lumière du soir ; horaire de sommeil/de réveil prescrit

RGO = reflux gastro-œsophagien; VPPC = ventilation à pression positive continue

l'avance de phase du cycle éveil-sommeil commence à augmenter de façon significative chez les personnes d'âge moyen, soit à partir d'environ 40 ans (Tableau 1)⁹⁻¹⁴.

L'état de santé physique et mentale est étroitement lié aux problèmes d'insomnie

L'état de santé et la qualité du sommeil sont fortement associés chez les personnes âgées (Tableau 2)^{3,15}. Les personnes âgées souffrant de maladies graves nouvellement diagnostiquées sont plus susceptibles de présenter des symptômes d'insomnie chronique au cours des années ultérieures que celles n'ayant pas eu de problèmes médicaux². Les maladies cardiovasculaires et

pulmonaires, les douleurs chroniques et la démence sont associées à de la somnolence diurne ainsi qu'à une mauvaise qualité du sommeil nocturne³. Les troubles psychiatriques sont également associés à des difficultés de sommeil. Par exemple, l'association entre la dépression majeure et l'insomnie est désormais bien établie¹⁶.

Les personnes âgées prennent fréquemment des médicaments qui peuvent affecter leur cycle veille-sommeil. Les interactions médicamenteuses, la dépendance aux médicaments et les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge augmentent la sensibilité des personnes âgées aux effets indésirables des médicaments¹⁷.

Tableau 2. Facteurs qui ont un impact négatif sur la qualité du sommeil chez les personnes âgées^{3,15}

<p>Facteurs comportementaux et environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène du sommeil • Température extrême • Bruit ou lumière • Exposition insuffisante à la lumière • Inactivité physique <p>Facteur psychosociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stress • Hyperactivation • Isolement social • Deuil • Changement de résidence • Hospitalisation • Statut professionnel <p>Troubles psychiatriques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépression • Anxiété • Psychose • Délire • Schizophrénie <p>État physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles cardiovasculaires • Maladies pulmonaires • Troubles gastro-intestinaux • Troubles génito-urinaires • Troubles neurodégénératifs • Accident vasculaire cérébral et convulsions • Douleur chronique • Troubles thyroïdiens • Diabète • Ménopause <p>Médicaments et substances psychoactives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcool • Caféine • Nicotine • Stimulants du SNC • Bêta-bloquants • Hormone thyroïdienne • Inhibiteurs calciques • Décongestionnants • Bronchodilatateurs • Corticostéroïdes • Anticholinergiques • Antidépresseurs
--

Modifications normales du sommeil liées à l'âge

Des modifications du sommeil se produisent du berceau jusqu'à la tombe. D'importantes modifications du cycle veille-sommeil surviennent également lors d'un « vieillissement optimal », c'est-à-dire chez les personnes qui ne souffrent pas de maladie médicale ou psychiatrique et qui ne présentent pas de désordres spécifiques du sommeil. Comparativement aux personnes jeunes, les personnes âgées démontrent :

- 1) Des modifications de leur horaire de sommeil¹⁸
 - a) Lever et coucher plus précoces
 - b) Épisodes de sommeil diurne plus fréquent (sieste)
 - c) Durée plus courte de sommeil nocturne
- 2) Modification de l'architecture du sommeil¹⁹

- a) Efficacité du sommeil moindre, éveils plus nombreux et plus longs, en particulier pendant la deuxième moitié de la nuit
 - b) Sommeil plus léger : diminution du sommeil à ondes lentes (stade N3) et augmentation des stades de sommeil plus légers (stades N1 et N2)
- 3) Modifications des ondes spécifiques pendant le sommeil lent
- a) Diminution du nombre et de l'amplitude des ondes lentes (< 4 Hz et > 75 uV) et des fuseaux de sommeil (11-15 Hz)^{20,21}; ces deux types d'ondes sont des marqueurs de la synchronie neuronale corticale et de la plasticité cérébrale^{22,23}

L'horloge biologique et le vieillissement

L'horloge biologique (générant les rythmes circadiens de 24 heures) exerce une forte influence sur le cycle veille-sommeil. On sent bien l'influence de l'horloge biologique dans les situations telles que le décalage horaire et le travail à horaires rotatifs, lorsqu'on cherche à s'endormir à des heures où notre horloge biologique favorise l'éveil (ce qui entraîne un sommeil fragmenté) et que l'on tente de rester éveillé et productif lorsque le système circadien favorise le sommeil (ce qui entraîne une diminution de la vigilance et un manque d'attention). Des modifications de l'horloge biologique peuvent expliquer l'avancement des heures de lever et de coucher et les difficultés à maintenir le sommeil, en particulier durant la deuxième moitié de la nuit. Les personnes âgées sont également plus sensibles aux perturbations de leur horloge biologique et ont par exemple plus de difficultés à s'adapter au travail à horaires rotatifs ou au décalage horaire que les plus jeunes. Les personnes âgées montrent aussi plus de difficultés à dormir et à récupérer lorsque l'horloge biologique favorise l'éveil (pendant la journée après une nuit de privation de sommeil par exemple)²⁴.

Quand des modifications du sommeil commencent à apparaître?

Les effets du vieillissement sur le cycle veille-sommeil sont progressifs. De nombreuses caractéristiques du sommeil peuvent changer dès le milieu de la trentaine, notamment la réduction du sommeil à ondes lentes (profond), alors que d'autres caractéristiques du sommeil ne changeront qu'ultérieurement dans la vie^{19,25}. Il est important de noter que les personnes d'âge moyen peuvent être particulièrement à risque de souffrir de perturbations du cycle veille-sommeil. Leurs multiples responsabilités sociales, familiales et professionnelles non seulement limitent les stratégies qu'elles peuvent adopter pour pallier leurs problèmes de sommeil et de vigilance (p. ex. moins d'opportunités de faire la sieste, moins de flexibilité pour les horaires de sommeil), mais elles accentuent également les conséquences de ces problèmes (plus faible productivité professionnelle, risque plus élevé d'accident au travail, irritabilité avec les enfants, etc.).

Les modifications du sommeil liées à l'âge ont-elles toujours des conséquences négatives sur la qualité de vie chez les personnes âgées?

Il est important de noter que chez de nombreuses personnes âgées en bonne santé, les modifications du sommeil liées à l'âge peuvent passer inaperçues et n'induiront pas de troubles du sommeil et de la vigilance. Il est possible que chez certains individus, le vieillissement soit associé à une diminution du besoin de dormir. Cependant, pour d'autres, les modifications du cycle veille-sommeil liées à l'âge peuvent avoir des effets négatifs sur la vie quotidienne. Il est important de mieux comprendre les effets

des modifications du sommeil liées à l'âge pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les traitements.

La sieste a-t-elle un impact sur le sommeil nocturne?

La sieste n'a pas d'effets négatifs chez les personnes âgées qui ne souffrent pas d'insomnie. En fait, certaines études ont montré que la sieste peut augmenter la vigilance le soir et la durée du sommeil quotidien chez les personnes âgées en bonne santé²⁶. Cependant, il est important de noter que le fait de dormir pendant la journée diminue la propension au sommeil au cours de la nuit suivante et n'est pas recommandé chez les personnes âgées qui souffrent d'insomnie²⁷.

Facteurs contributifs

De nombreux facteurs peuvent augmenter la vulnérabilité du système veille-sommeil au cours du vieillissement, comme le décrit le tableau 2. Ces facteurs incluent la consommation de stimulants, la ménopause et le stress.

Caféine

La caféine est le stimulant du système nerveux central le plus utilisé en Amérique du Nord, et les personnes âgées en consomment régulièrement. La caféine imite certains des effets du vieillissement sur le sommeil. Elle diminue le sommeil à ondes lentes et augmente les éveils pendant la nuit²⁸. La consommation de caféine chez les personnes âgées fragilise donc encore davantage leur sommeil²⁹.

Ménopause

La transition vers la ménopause est associée à une augmentation des plaintes d'insomnie. Cependant, ce ne sont pas toutes les femmes qui rapportent des difficultés de sommeil pendant la ménopause. Les facteurs tels que les symptômes vasomoteurs (bouffées vasomotrices et sueurs nocturnes), l'anxiété et le stress chronique expliquent mieux les plaintes de sommeil chez la femme ménopausée, que le statut ménopausique en soi. Cependant, encore peu d'études ont évalué l'effet du statut ménopausique ou des symptômes vasomoteurs sur les variables polysomnographiques du sommeil, et ces quelques études ont montré des résultats inconsistants³⁰. On notera que la prédominance masculine de l'apnée obstructive du sommeil diminue lorsque les femmes atteignent la ménopause¹¹.

L'hormonothérapie améliore la qualité subjective du sommeil, en réduisant en particulier les symptômes vasomoteurs. Cependant, la réduction des symptômes psychologiques et des symptômes somatiques (palpitations et douleur musculaire) semble également liée à l'effet bénéfique de l'hormonothérapie sur les plaintes d'insomnie. Les effets de l'hormonothérapie chez les femmes en péri-ménopause sur les mesures polysomnographiques du sommeil sont inconsistants³⁰.

Sensibilité accrue au stress

Il a été suggéré que le stress augmente significativement la vulnérabilité du cycle veille-sommeil aux effets du vieillissement. On propose, par exemple, qu'une expérience de stress similaire peut avoir un impact plus négatif sur le sommeil des personnes âgées qu'un stress équivalent chez les plus jeunes. Les hormones de stress induites expérimentalement augmentent les éveils et diminuent le sommeil à ondes lentes chez les hommes d'âge moyen, alors qu'elles n'ont

aucun effet chez les hommes jeunes³¹. De nombreuses sources de stress, telles que les contraintes financières, le rôle d'aidant naturel, le deuil, la solitude, l'hospitalisation et le transfert dans une maison de soins de longue durée, peuvent contribuer aux difficultés de sommeil chez les personnes âgées³²⁻³⁴.

Des recherches plus approfondies sont nécessaires afin d'évaluer de façon appropriée les facteurs qui amplifient les difficultés de sommeil au cours du vieillissement. Une première démarche en vue d'améliorer la qualité du sommeil est d'identifier les facteurs qui l'entravent.

Évaluation⁸

- 1) Déterminer si les difficultés de sommeil chez le patient âgé reflètent un processus de vieillissement normal ou si la personne souffre réellement d'un trouble de sommeil.
- 2) Définir la difficulté de sommeil principale en interrogeant le patient sur ses horaires habituels de sommeil (heures de coucher et de lever), la qualité de son sommeil, le temps d'endormissement, la durée totale de son sommeil et le nombre d'éveils par nuit. Comme nous l'avons indiqué dans les premier et troisième numéros d'*Insomnie – Conférences scientifiques*, demandez au patient de remplir un agenda du sommeil pendant 1 à 2 semaines.
- 3) Demandez au patient s'il a l'habitude de faire la sieste et s'il présente une somnolence diurne. Envisagez d'utiliser l'Échelle de somnolence Epworth³⁵.
- 4) Lorsque cela est possible, posez aussi des questions au conjoint. Il ou elle pourrait avoir remarqué des symptômes ou des comportements dont le patient n'a pas conscience.
- 5) Identifiez tout problème médical (Tableau 2) qui peut contribuer aux troubles du sommeil dont souffre le patient âgé.
- 6) Examinez les médicaments sur ordonnance/en vente libre que prend le patient. Vérifiez leurs effets indésirables potentiels sur le cycle veille-sommeil (Tableau 2).
- 7) Interrogez le patient sur sa consommation de caféine et d'alcool.
- 8) Évaluez le niveau de stress et d'anxiété du patient et ses antécédents de désordres psychiatriques et de l'humeur.
- 9) Envisagez de l'orienter vers un spécialiste du sommeil si vous soupçonnez un désordre primaire du sommeil tel que décrit dans le tableau 1; p. ex. somnolence diurne, symptôme de ronflement, sommeil agité, sécheresse buccale ou céphalées au réveil.

Prise en charge

Pharmacothérapie

L'utilisation d'hypnotiques est disproportionnellement élevée chez les personnes âgées. Le taux d'utilisation d'hypnotiques parmi les adultes âgés de plus de 65 ans vivant dans la communauté est de 3 % à 21 % pour les hommes et de 7 % à 29 % pour les femmes comparativement à seulement 2 % à 4 % pour les groupes plus jeunes^{15,16}. Les femmes âgées rapportent l'utilisation d'hypnotiques pendant de plus longues périodes que les hommes âgés : temps médian de 8 ans (gamme interquartile de 2 à 16) comparativement à 5 ans (2 à 15), respectivement⁶. Les benzodiazépines sont les agents les plus fréquemment prescrits (61 % des femmes et 52 % des hommes), suivi des sédatifs-hypnotiques non benzodiazépiniques comme le zolpidem et le zopiclone (environ 25 % pour les femmes et les hommes).

L'utilisation de la pharmacothérapie pour l'insomnie est décrite de façon plus détaillée dans le deuxième numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*. Cependant, les personnes âgées sont plus vulnérables aux risques et aux effets indésirables associés aux hypnotiques, en partie du fait de l'absorption et l'élimination plus lentes des médicaments¹⁷. Santé Canada a récemment approuvé une dose plus faible de zolpidem (5 mg), qui est plus appropriée dans la population des personnes âgées que la dose de 10 mg pour le traitement de l'insomnie ponctuelle. En outre, l'apnée du sommeil ou les mouvements périodiques des jambes non diagnostiqués sont fréquemment rencontrés chez les personnes âgées. L'administration d'hypnotiques entraîne un risque d'exacerbation des troubles respiratoires chez les personnes âgées souffrant d'apnée du sommeil non diagnostiquée¹⁵.

Mélatonine et agents mélatonergiques

On a émis l'hypothèse que la réduction de la sécrétion de mélatonine liée à l'âge entraîne une augmentation des difficultés de sommeil chez les personnes âgées. Cependant, l'association entre la diminution de la production de mélatonine et la qualité du sommeil chez les personnes âgées fait encore l'objet de débats. De plus, on n'a toujours pas élucidé si chez les personnes souffrant d'insomnie, la sécrétion de mélatonine est réduite comparativement à celles ne souffrant pas d'insomnie. Cependant, il est possible que malgré des taux similaires de mélatonine, la sensibilité à l'effet positif de la mélatonine sur le sommeil endogène soit plus faible chez les personnes âgées, en particulier les populations souffrant d'insomnie¹⁸.

Les résultats quant à l'effet de la mélatonine sur les mesures polysomnographiques du sommeil chez les personnes jeunes et âgées souffrant d'insomnie ne sont pas consistants¹⁸. Un nouvel agoniste de la mélatonine (le rameltéon) semble plus efficace que la mélatonine pour traiter l'insomnie. Les essais cliniques sur le rameltéon montrent une diminution de la latence du sommeil et une augmentation de la durée du sommeil chez les personnes âgées souffrant d'insomnie, avec des effets indésirables moins nombreux, comparativement aux benzodiazépines ou d'autres hypnotiques³⁷. Le rameltéon n'a pas été approuvé par Santé Canada.

Approches non pharmacologiques

Thérapie cognitive-comportementale

On recommande d'avoir recours à des approches non pharmacologiques, telles qu'une bonne hygiène de sommeil et la thérapie cognitive-comportementale (TCC), chez les personnes âgées. Celles-ci sont décrites dans le troisième numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*. La TCC améliore le sommeil de façon soutenue dans le temps chez les patients souffrant d'insomnie. Morin et ses collaborateurs³⁸ ont mené un essai clinique avec répartition aléatoire chez 78 adultes (âge moyen de 65 ans) atteints d'insomnie primaire et chronique, comparant la TCC avec le témazépam et un placebo. L'association TCC-témazépam a également été évaluée. La réduction du temps d'éveil après l'endormissement était plus importante avec la TCC (55,0 %) qu'avec le témazépam (46,5 %) et elle était la plus importante dans le groupe ayant reçu les deux (63,5 %). Étant donné la nature plus chronique et comorbide de l'insomnie à un âge avancé, les techniques comportementales sont l'approche thérapeutique la plus recommandée.

Photothérapie

Jusqu'à présent, les études sur l'effet de la photothérapie sur l'insomnie chez les personnes âgées ont produit des résultats mitigés sur les mesures subjectives ou polysomnographiques du sommeil. Cependant, les méthodologies variaient parmi les études et très peu d'entre elles avaient un groupe témoin. Une étude récente menée par Friedman et ses collaborateurs³⁹ n'a pas montré de différences significatives entre 12 semaines d'exposition à de la lumière tamisée ou de la lumière vive (matin ou soir) chez des individus souffrant d'insomnie sur les mesures subjectives et polysomnographiques du sommeil (durée totale de sommeil, éveil après endormissement, efficacité du sommeil, temps passé au lit). La recherche devra évaluer la contribution des facteurs pouvant influencer sur l'efficacité de la photothérapie (intensité de la lumière, durée de l'illumination, fréquence et durée du traitement), le sous-type d'insomnie, les symptômes de dépression et les caractéristiques circadiennes. En fait, l'exposition à la lumière vive améliore l'humeur dans la dépression et la photothérapie est le traitement de choix du trouble affectif saisonnier⁴⁰. Elle a également un effet positif sur les troubles du sommeil dans le syndrome d'avance de phase du sommeil¹⁴. D'autres études devront également évaluer l'efficacité à long terme et la possibilité de tolérance de la photothérapie.

Douze recommandations à donner à vos patients âgés pour qu'ils dorment mieux

- 1) Ne paniquez pas. Les modifications du sommeil liées à l'âge sont normales à moins que vous sentiez qu'elles ont un impact négatif sur votre vie.
- 2) Discutez de vos difficultés de sommeil avec votre médecin et informez-le si vous pensez souffrir d'un désordre primaire du sommeil (p. ex. le ronflement) ou si un problème médical/mental entrave votre sommeil.
- 3) Si vous souffrez de sueurs nocturnes ou de bouffées de chaleur, parlez-en à votre médecin.
- 4) Discutez avec votre médecin des effets indésirables possiblement associés à vos médicaments.
- 5) Adoptez un cycle veille-sommeil régulier et chaque nuit, dormez un nombre d'heures suffisant. Les personnes âgées peuvent avoir plus de difficultés à récupérer après une privation de sommeil.
- 6) Essayez de ne pas travailler la nuit.
- 7) Réduisez votre consommation de drogues et de stimulants, en particulier, la caféine, la nicotine et l'alcool.
- 8) Créez un environnement optimal pour dormir, notamment une chambre au calme et sombre et une température ambiante confortable.
- 9) Diminuez autant que possible les expériences stressantes et évitez les préoccupations à l'heure du coucher.
- 10) Ne mangez pas trop et ne faites pas d'exercice intense trop près de l'heure du coucher.
- 11) Une marche pendant la journée avec une exposition à la lumière du jour à une heure appropriée est utile pour combattre l'insomnie.
- 12) Soyez actif, mangez bien et faites de l'exercice : une bonne santé est fortement associée à un sommeil de bonne qualité⁴¹.

La D^{re} Carrier est directrice du Centre d'études avancées en médecine du sommeil et co-directrice du laboratoire de chronobiologie à Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, et professeur au Département de psychologie de l'Université de Montréal, Montréal, Québec. Madame Lafortune est candidate au doctorat en neuropsychologie, Université de Montréal. La D^{re} Drapeau est neuropsychologue dans une pratique privée, Montréal, Québec.

Références:

1. Ancoli-Israel S. Sleep and aging: prevalence of disturbed sleep and treatment considerations in older adults. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(Suppl 9):24-30.
2. Foley DJ, Monjan AA, Brown S, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. *Sleep*. 1995;18(6):425-432.
3. Krishnan P, Hawranik P. Diagnosis and management of geriatric insomnia: A guide for nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(12):590-599.
4. Ohayon MM. Nocturnal awakenings and comorbid disorders in the American general population. *J Psychiatr Res*. 2008;43(1):48-54.
5. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002;6(2):97-111.
6. Jausset I, Dauvilliers Y, Ancelin M-L, et coll. Insomnia symptoms in older adults: associated factors and gender differences. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(1):88-97.
7. Fortier-Brochu E, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM. Insomnia and daytime cognitive performance: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2012;16(1):83-94.
8. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *Am J Med*. 2006;119(6):463-469.
9. Eckert DJ, Malhotra A. Pathophysiology of adult obstructive sleep apnea. *Proc Am Thorac Soc*. 2008;5(2):144-153.
10. Sforza E, Roche F. Sleep apnea syndrome and cognition. *Frontiers in Neurology*. 2012;3(87).
11. Lurie A. Obstructive sleep apnea in adults: epidemiology, clinical presentation, and treatment options. *Adv Cardiol*. 2011;46:1-42.
12. Hornyak M, Feige B, Riemann D, Voderholzer U. Periodic leg movements in sleep and periodic limb movement disorder: prevalence, clinical significance and treatment. *Sleep Med Rev*. 2006;10(3):169-177.
13. Gagnon J, Bertrand J, Génier Marchand D. Cognition in rapid eye movement sleep behavior disorder. *Frontiers in Neurology*. 2012;3(82):1-5.
14. Sack RL, Auckley D, Auger RR, et coll. Circadian rhythm sleep disorders: part II, advanced sleep phase disorder, delayed sleep phase disorder, free-running disorder, and irregular sleep-wake rhythm. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*. 2007;30(11):1484-1501.
15. Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev*. 2010; 14(1):35-46.
16. Tache SV, Sonnichsen A, Ashcroft DM. Prevalence of adverse drug events in ambulatory care: a systematic review. *Ann Pharmacother*. 2011;45(7-8):977-989.
17. Lichstein KL, Stone KC, Nau SD, McCrae CS, Payne KL. Insomnia in the elderly. *Sleep Med Clin*. 2006;1(2):221-229.
18. Carrier J, Bliwise D. Sleep and circadian rhythms in normal aging. Dans : M. Billiard, éd. *Sleep Physiology, Investigations, and Medicine*. New York (NY): Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003:297-332.
19. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-Analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004;27(7):1255-1273.
20. Carrier J, Viens I, Poirier G, et coll. Sleep slow wave changes during the middle years of life. *Eur J Neurosci*. 2011;33(4):758-766.
21. Martin N, Lafortune M, Godbout J, et coll. Topography of age-related changes in sleep spindles. *Neurobiol Aging*. 2012 16 juillet. [Publication électronique avant l'impression]
22. Diekelmann S, Born J. The memory function of sleep. *Nat Rev Neurosci*. 2010;11(2):114-126.
23. Tononi G, Cirelli C. Sleep function and synaptic homeostasis. *Sleep Med Rev*. 2006;10(1):49-62.
24. Daneault V, Vandewalle G, Najjar RP, et coll. Age-related changes in circadian rhythms during adulthood. In: C. Kushida, ed. *Encyclopedia of Sleep*; 2012.
25. Gaudreau H, Carrier J, Montplaisir J. Age-related modifications of NREM sleep EEG: From childhood to middle age. *J Sleep Res*. 2001;10(3):165-172.
26. Monk TH, Buysse DJ, Carrier J, Billy BD, Rose LR. Effects of afternoon "siesta" naps on sleep, alertness, performance, and circadian rhythms in the elderly. *Sleep*. 2001;24(6):680-687.
27. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet*. 2012;379(9821):1129-1141.
28. Landolt H-P, Rety J, Tonz K, et coll. Caffeine attenuates waking and sleep electroencephalographic markers of sleep homeostasis in humans. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29(10):1933-1939.
29. Drapeau C, Hamel-Hebert I, Robillard R, Selmaoui B, Filipini D, Carrier J. Challenging sleep in aging: The effects of 200 mg of caffeine during the evening in young and middle-aged moderate caffeine consumers. *J Sleep Res*. 2006;15(2):133-141.
30. Polo-Kantola P. Sleep problems in midlife and beyond. *Maturitas*. 2011; 68(3):224-232.
31. Vgontzas AN, Bixler EO, Wittman AM, et coll. Middle-aged men show higher sensitivity of sleep to the arousing effects of corticotropin-releasing hormone than young men: clinical implications. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001; 86(4):1489-1495.
32. Hall M, Buysse DJ, Dew MA, Prigerson HG, Kupfer DJ, Reynolds CF 3rd. Intrusive thoughts and avoidance behaviors are associated with sleep disturbances in bereavement-related depression. *Depress Anxiety*. 1997;6(3):106-112.
33. Hall M, Buysse DJ, Nofzinger EA, et coll. Financial strain is a significant correlate of sleep continuity disturbances in late-life. *Biol Psychol*. 2008;77(2): 217-222.
34. Luanaiha CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(12):1213-1221.
35. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-545.
36. Maggi S, Langlois JA, Minicuci N, et coll. Sleep complaints in community-dwelling older persons: prevalence, associated factors, and reported causes. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(2):161-168.
37. Srinivasan V, Zakaria R, Othaman Z, Brzezinski A, Prasad A, Brown G. Melatoninergic drugs for therapeutic use in insomnia and sleep disturbances of mood disorders. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2012;11(2):180-189.
38. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;281(11):991-999.
39. Friedman L, Zeitzer JM, Kushida C, et coll. Scheduled bright light for treatment of insomnia in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(3):441-452.
40. Pail G, Huf W, Pjrek E, et coll. Bright-light therapy in the treatment of mood disorders. *Neuropsychobiology*. 2011;64(3):152-162.
41. Reid KJ, Baron KG, Lu B, Naylor E, Wolfe L, Zee PC. Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep Med*. 2010;11(9):934-940.

Les D^{res} Carrier et Drapeau et Madame Lafortune déclarent qu'elles n'ont aucune divulgation à faire en association avec cette publication.

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement *Insomnie – Conférences scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse info@snellmedical.com. Veuillez vous référer au bulletin *Insomnie – Conférences scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus.

La version française a été révisée par la D^{re} Carrier.

Cette activité est appuyée par un don à but éducatif offert par

Meda Valeant Pharma Canada Inc.

©2012 La Société canadienne du sommeil, qui est exclusivement responsable du contenu de cette publication. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire, mais sont celles de l'établissement qui en est l'auteur et qui se fonde sur la documentation scientifique existante. Édition : SNELL Communication Médicale Inc. avec la collaboration de la Société canadienne du sommeil. Tout recours à un traitement thérapeutique décrit ou mentionné dans *Insomnie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques reconnus au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.