

# Insomnie chez les aînés

## Aborder un problème clinique systématiquement

Frank Molnar MSc MD CM FRCPC Chris Frank MD CCFP(COE)(PC) FCFP Soojin Chun MSc MD FRCPC Elliott Kyung Lee MD FRCPC DABSM

### Question clinique

Quelle est la meilleure façon de traiter l'insomnie chez les patients âgés?

### Résultats

L'insomnie compte parmi les symptômes courants qui motivent les patients âgés à consulter un médecin. L'évaluation et le traitement peuvent se révéler difficiles, parce que l'insomnie chez les aînés est souvent associée à de multiples comorbidités psychiatriques et médicales en interaction. Les cliniciens peuvent trouver des conseils dans l'article en anglais « Approach to insomnia in the elderly: practical considerations in primary care for complex patients » ([https://canadian-geriatrics.ca/wp-content/uploads/2020/01/Chun\\_Insomnia-in-the-Elderly-Formatted.pdf](https://canadian-geriatrics.ca/wp-content/uploads/2020/01/Chun_Insomnia-in-the-Elderly-Formatted.pdf))<sup>1</sup>.

### Données probantes

Des estimations populationnelles indiquent que le tiers des adultes signalent des symptômes d'insomnie, et de 12 à 20% ont des symptômes qui répondent aux critères des troubles du sommeil<sup>2,3</sup>. La prévalence de l'insomnie augmente jusqu'à 40% chez les personnes de plus de 65 ans<sup>4,5</sup>.

Une forme plus courte de la thérapie cognitivocomportementale de l'insomnie appelée *brève thérapie comportementale de l'insomnie* peut être administrée par une infirmière en 2 séances; il a été démontré qu'elle était efficace pour traiter l'insomnie dans la population gériatrique et que ses bienfaits persistaient même après 6 mois<sup>6</sup>.

Les benzodiazépines ont été associées à des conséquences indésirables, notamment un risque accru de chutes, des accidents de véhicules motorisés, une sédation diurne résiduelle, de l'amnésie antérograde, un trouble de consommation de substances et une insomnie de rebond<sup>7-9</sup>.

### Approche

Les cliniciens devraient d'abord passer en revue les problèmes médicaux et psychiatriques actifs qui nuisent au sommeil, comme il est expliqué aux **Tableaux 1** et **2**. L'anamnèse du patient peut porter sur les éléments suivants: douleur, dyspnée paroxystique nocturne, agents pharmaceutiques, miction (s'assurer que le patient ne prend pas de diurétique en fin de journée et restreint sa consommation de liquides par voie orale en après-midi), partenaire (ayant des problèmes de sommeil) et environnement physique peu propice au sommeil.

Les patients âgés peuvent ne pas faire de liens entre des symptômes comme la toux ou la douleur et un mauvais sommeil si un clinicien ne leur pose pas de

**Tableau 1. Liste partielle des problèmes médicaux et psychiatriques associés à un sommeil perturbé**

TYPE DE TROUBLE	PROBLÈME
Cardiovasculaire	Insuffisance cardiaque congestive, angine nocturne
Respiratoire	Maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme
Endocrinien	Hypothyroïdie, hyperthyroïdie
Gastro-entérologique	Reflux gastroœsophagien
Neurologique	Maladie de Parkinson, troubles neurocognitifs majeurs
Douleur	Arthrite, fibromyalgie, douleur neuropathique, cancer, céphalée ou migraine
Génito-urinaire	Nycturie, hyperplasie prostatique bénigne, incontinence urinaire
Sommeil	Respiration perturbée pendant le sommeil (y compris l'apnée), syndrome des jambes sans repos, trouble du mouvement périodique des membres, trouble comportemental du sommeil avec mouvements oculaires rapides
Psychiatrique	Troubles de l'humeur, troubles d'anxiété, troubles de consommation de substances

**Tableau 2. Médicaments et autres substances qui contribuent à l'insomnie**


CLASSE	MÉDICAMENT OU SUBSTANCE
Psychiatrique	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-norépinéphrine Psychostimulants: méthylphénidate, modafinil Inhibiteurs de la cholinestérase (p.ex. Donépézil)
Cardiovasculaire	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, diurétiques, α-bloquants, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, β-bloquants, inhibiteurs calciques, statines
Respiratoire	Bronchodilatateurs (p. ex. Salbutamol), théophylline
Neurologique	Agonistes dopaminergiques (p. ex. Lévodopa)
Gastro-intestinal	Antihistaminiques h2: ranitidine, cimétidine
Analgésiques	Opioides (utilisation chronique)
Autres	Caféine, nicotine, alcool, glucocorticoïdes

questions directes à ce sujet. De nombreux médicaments peuvent affecter directement ou indirectement le sommeil en causant des symptômes dérangement, et il est conseillé d'envisager les effets de médicaments courants. Par exemple, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine peuvent causer de la toux susceptible de nuire au sommeil. D'autres médicaments peuvent influencer la physiologie du sommeil. Les  $\beta$ -bloquants, par exemple, suppriment la libération de la mélatonine. Il importe aussi de poser des questions sur la conformité à la médication (y compris la surutilisation), de même que sur la consommation de substances (p. ex. alcool ou café).

Les cliniciens devraient aussi envisager des troubles primaires du sommeil, comme le syndrome des jambes sans repos, l'apnée obstructive du sommeil et le trouble comportemental du sommeil avec mouvements oculaires rapides, dont il est question dans un article antérieur (<http://canadiangeriatrics.ca/wp-content/uploads/2016/11/INSOMNIA-IN-THE-ELDERLY-UPDATE-ON-ASSESSMENT-AND-MANAGEMENT.pdf>)<sup>10</sup>. Si vous soupçonnez des troubles primaires du sommeil, il y aurait lieu d'envisager de demander une consultation auprès d'un spécialiste du sommeil.

### Mise en pratique

Lorsque les facteurs déclencheurs sont déterminés, il faut utiliser des approches thérapeutiques individualisées. Parmi les traitements psychologiques contre l'insomnie figurent le contrôle des stimuli, la restriction du sommeil et la thérapie cognitivocomportementale de l'insomnie. Les pharmacothérapies sont très complexes chez les aînés. Si les benzodiazépines et les médicaments en z comme le zopiclone peuvent apporter des bienfaits à court terme contre l'insomnie, ces agents peuvent avoir des effets secondaires importants et une efficacité à long terme limitée. Par conséquent, ils ne sont pas recommandés contre l'insomnie chronique<sup>10-12</sup>. D'autres agents peuvent être envisagés avec prudence dans les cas d'insomnie chronique compliquée par des facteurs médicaux ou psychiatriques chez les personnes âgées, comme les médicaments  $\alpha_2\delta$  (p. ex. gabapentine), les antidépresseurs sédatifs, les antihistaminiques, la mélatonine et les antipsychotiques atypiques.

La prise en charge est difficile et compliquée, et une approche exhaustive à l'endroit des traitements non pharmacologiques et pharmacologiques est expliquée dans un article antérieur<sup>10</sup>. 

Le **D<sup>r</sup> Molnar** est spécialiste en médecine gériatrique et exerce à Ottawa (Ontario). Le **D<sup>r</sup> Frank** est médecin de famille qui se spécialise en soins aux personnes âgées et exerce à Kingston (Ontario). Le **D<sup>r</sup> Chun** est psychiatre gériatrique et le **D<sup>r</sup> Lee** est spécialiste du sommeil; tous 2 travaillent au Centre de santé mentale Royal Ottawa (Ontario).

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Références

1. Chun S, Lee EK. Approach to insomnia in the elderly: practical considerations in primary care for complex patients. *Can Geriatr Soc J CME* 2019;9(2). Accessible à : <https://canadiangeriatrics.ca/wp-content/uploads/2020/01/Chun-Insomnia-in-the-Elderly-Formatted.pdf>. Réf. du 2 déc. 2020.
2. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA* 2013;309(7):706-16.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5<sup>e</sup> éd. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol Rev* 2011;21(1):41-53. Publ. en ligne du 12 janv. 2011.
5. Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *J Psychosom Res* 2004;56(5):497-502.
6. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME et coll. Efficacy of brief behavioural treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med* 2011;171(10):887-95. Publ. en ligne du 24 janv. 2011. Erratum dans: *JAMA Intern Med* 2019:e191927. Publ. en ligne avant impression.
7. Taylor SR, Weiss JS. Review of insomnia pharmacotherapy options for the elderly: implications for managed care. *Popul Health Manag* 2009;12(6):317-23.
8. Meuleners LB, Duke J, Lee AH, Palamara P, Hildebrand J, Ng JQ. Psychoactive medications and crash involvement requiring hospitalization for older drivers: a population-based study. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(9):1575-80. Publ. en ligne du 24 août 2011.
9. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. *Canadian guidelines on benzodiazepine receptor agonist use disorder among older adults*. Toronto, ON: Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; 2019. Accessible à : <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/01/Benzodiazepine-Receptor-Agonist-Use-Disorder-ENG-Jan-24.pdf>. Réf. du 2 déc. 2020.
10. Chun S, Lee EK. Insomnia in the elderly: update on assessment and management. *Can Geriatr Soc J CME* 2016;6(1). Accessible à : <http://canadiangeriatrics.ca/wp-content/uploads/2016/11/INSOMNIA-IN-THE-ELDERLY-UPDATE-ON-ASSESSMENT-AND-MANAGEMENT.pdf>. Réf. du 2 déc. 2020.
11. Gulbranson K, Lemay G, Molnar FJ. De-prescribing benzodiazepines in the elderly: a review. *Can Geriatr Soc J CME* 2017;7(1). Accessible à : <http://canadiangeriatrics.ca/wp-content/uploads/2017/07/DE-PRESCRIBING-BENZODIAZEPINES-IN-THE-ELDERLY-A-REVIEW.pdf>. Réf. du 2 déc. 2020.
12. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(4):674-94. Publ. en ligne du 29 janv. 2019.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien Mainpro+.

*Can Fam Physician* 2021;67:e10-1. DOI: 10.46747/cfp.6701e10

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the **January 2021** issue on **page 25**.

Les **Perles gériatriques** sont produites de concert avec la *Canadian Geriatrics Society Journal of CME*, une revue révisée par des pairs, publiée par la Société canadienne de gériatrie ([www.geriatricsjournal.ca](http://www.geriatricsjournal.ca)). Les articles font la synthèse des données probantes tirées des articles publiés dans la revue *Canadian Geriatrics Society Journal of CME* et présentent des approches pratiques à l'intention des médecins de famille qui soignent des patients âgés.