



Revue Médicale Suisse

Insomnies chez les personnes âgées : quelle approche ?

Auteur : C. Amatéis C. Büla

Numéro : 3132

Sujet: Gériatrie

L'insomnie est un problème fréquent chez les personnes âgées. L'impact fonctionnel et psychologique de l'insomnie peut être important et compromettre la qualité de vie des patients atteints. L'automédication augmente le risque de survenue d'événements indésirables. La prise en charge des insomnies nécessite une évaluation des facteurs potentiellement impliqués dans leur genèse. Le traitement sera étiologique chaque fois que possible et les approches non pharmacologiques privilégiées. Des conseils d'hygiène du sommeil ou des approches cognitivo-comportementales devraient être disponibles pour les patients motivés compte tenu de l'existence de preuves en faveur d'une efficacité à long terme. Les patients consommant chroniquement des somnifères devraient être encouragés et soutenus afin d'entreprendre un sevrage progressif.

introduction

La prévalence de l'insomnie augmente avec l'avance en âge. Alors que la prévalence est de 15-30% dans l'ensemble de la population helvétique, elle est de près de 50% chez les plus de 65 ans.¹ Par ailleurs, près de la moitié des personnes atteintes de démence présentent des troubles du sommeil (errance, agitation, inversion du rythme nyctéméral...) qui contribuent significativement au placement en institution. Certaines affections neurodégénératives, comme la maladie de Parkinson ou la démence à corps de Lewy, peuvent aussi s'accompagner de troubles du sommeil intenses et colorés avec rêves vivides ou cauchemars, associés à des mouvements. Les aspects propres aux patients atteints de démence ne seront pas abordés dans cet article.

L'insomnie est définie par une plainte concernant des difficultés d'endormissement, des difficultés de maintien du sommeil, des réveils précoces ou la sensation d'un sommeil non réparateur. La sévérité de l'insomnie se mesure en termes de fréquence de survenue et retentissement diurne sur les activités courantes, les performances sociales et cognitives. L'insomnie peut être aiguë (l un mois), subaiguë (un-six mois) ou chronique (L six mois). Le terme de troubles du sommeil sera utilisé ici comme synonyme d'insomnies.

Il existe plusieurs systèmes de classification des troubles du sommeil. En pratique, il est communément admis de distinguer les insomnies chroniques primaires de celles secondaires à des comorbidités somatiques, psychiatriques ou à la prise de médicaments ou substances stimulantes. Les insomnies primaires sont moins fréquentes chez les personnes âgées et résultent d'un conditionnement mental et

physique qui s'oppose au sommeil, en l'absence de pathologie anxieuse ou dépressive. Elles entraînent le plus souvent des difficultés d'endormissement. Les insomnies secondaires entraînent surtout des troubles de la maintenance du sommeil.

modifications du sommeil associées à l'avance en âge

Si les connaissances concernant les modifications du sommeil liées à l'âge s'améliorent, leur nature physiologique ou pathologique n'est pas toujours claire. Le besoin et la durée du sommeil varient grandement d'un individu à l'autre. L'architecture du sommeil et sa qualité se modifient avec l'avance en âge, le sommeil léger augmente au détriment du sommeil profond, avec un risque accru de réveils et de fragmentation du sommeil. Il est actuellement admis que l'âge n'est pas en soi une cause d'insomnie mais représente plutôt un facteur favorisant en raison des problèmes de santé associés à l'avance en âge.² Certains sujets âgés semblent aussi progressivement décaler leur cycle veille-sommeil en raison de modifications du rythme circadien de certains facteurs physiologiques comme la température corporelle (qui s'abaisse plus précocement le soir et augmente plus tôt le matin). Une perte neuronale dans le noyau suprachiasmatique de l'hypothalamus antérieur le rendrait moins sensible aux marqueurs temporels externes (Zeitgeber, synchroniseurs) tels que la lumière, avec comme conséquence un trouble du rythme circadien par avance de phase (tendance à l'endormissement tôt dans la soirée et au réveil précoce).

étape 1 : détecter la présence d'une insomnie

Si l'insomnie est un problème fréquent avec l'avance en âge, elle n'est que rarement un motif de consultation à elle seule, et pas forcément activement recherchée par le médecin.³ Pour identifier un problème d'insomnie, une question ouverte portant sur le degré de satisfaction du patient quant à son sommeil est probablement le moyen le plus simple. Des plaintes concernant une fatigue ou une baisse des performances diurnes et la présence de pathologies susceptibles de perturber le sommeil devraient également inciter le praticien à rechercher activement la présence de difficultés nocturnes. Le **tableau 1** passe en revue les points devant être abordés pour identifier et caractériser le type de difficultés nocturnes.

Tableau 1. Evaluation de l'insomnie
(Adapté de Safeia, Lancet).¹⁴

- Identifier la présence de difficultés nocturnes
- Préciser le type de problème (endormissement, réveils nocturnes, réveil précoce, sommeil non réparateur) ainsi que sa fréquence de survenue. Si nécessaire rechercher des informations complémentaires auprès du partenaire
- Evaluer l'ancienneté des difficultés
- Evaluer l'impact au quotidien (sommolence diurne, concentration, mémoire, moral, conduite automobile...)
- Evaluer les habitudes de sommeil actuelles et anciennes : temps passé au lit, temps de sommeil, besoin en sommeil habituel, heure de coucher, heure de lever
- Evaluer l'attitude du patient face au problème et les éventuels traitements utilisés (prescrits, vente libre, phytothérapeutiques, empruntés au conjoint, etc.)

étape 2 : rechercher une origine secondaire

Après avoir précisé le type d'insomnie, le médecin recherchera les éventuelles comorbidités somatiques ou psychiatriques susceptibles de contribuer aux troubles du sommeil. Les causes fréquentes sont répertoriées dans le **tableau 2**. La prévalence des syndromes d'apnées du sommeil (SAS) et des syndromes des jambes sans repos augmentent avec l'âge. En revanche, il est important de relever que l'association obésité-SAS est plus faible chez les sujets âgés en raison de modifications anatomiques oropharyngées et de l'augmentation des apnées d'origine centrale.⁴ Les patients âgés, y compris ceux atteints de troubles cognitifs, semblent bien tolérer les appareillages habituels.

Des éléments en faveur d'un trouble dépressif, fréquent dans cette catégorie d'âge, doivent être recherchés, cette affection s'accompagnant presque toujours (90%) de troubles du sommeil. L'insomnie chronique est elle-même considérée comme facteur de risque de dépression.

Tableau 2. Types et étiologies des insomnies(Adapté de HAS).¹⁶

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive.

Catégories	Etiologies
Insomnies liées à des comorbidités somatiques	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome d'apnées du sommeil • Mouvements périodiques des membres • Syndrome des jambes sans repos • Arthrose, état douloureux • Neuropathie • Asthme • BPCO • Reflux gastro-œsophagien • Hyperthyroïdie • Vessie hyperactive • Insuffisance cardiaque
Insomnies liées à des comorbidités psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles dépressifs • Troubles anxieux • Troubles bipolaires • Autres
Insomnies liées à la prise de substances perturbant le sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoïdes • Antidépresseurs stimulants • Bêtabloquants • Hormones thyroïdiennes • Théophylline • Hypnotique au long cours • Café, thé, soda à base de caféine • Alcool, tabac, substances illicites stimulantes
Insomnies primaires résultant d'un conditionnement psychophysiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Tension somatisée • Ruminations • Associations mentales défavorables au sommeil • Effort excessif pour dormir

Chez les sujets souffrant de problèmes médicaux chroniques, la probabilité de rapporter des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils précoces, sommeil entrecoupé, somnolence diurne...) est fortement corrélée au nombre de comorbidités de ces patients.⁵ Dépression, cardiopathie, douleurs chroniques, troubles mnésiques et obésité sont les pathologies chroniques les plus fréquemment associées à la présence de troubles du sommeil. Finalement, les patients sédentaires semblent également plus sujets aux troubles du sommeil.

Le recours à un avis spécialisé, par exemple un centre de médecine du sommeil, doit être envisagé dans des situations particulières, en particulier lors de suspicion de SAS, de mouvements périodiques des membres et dans les cas d'insomnie rebelle.

étape 3 : prise en charge pharmaco-logique et non pharmacologique

La prise en charge doit si possible cibler le ou les facteurs étiologiques s'ils peuvent être identifiés. Dans tous les cas, cette prise en charge doit aussi comporter des mesures d'hygiène du sommeil (**tableau 3**). Lors d'insomnies aiguës ou subaiguës, une intervention précoce peut permettre d'éviter une évolution vers un trouble chronique. Des interventions ciblées sur les facteurs synchroniseurs permettent de réguler la période de sommeil en agissant sur la période d'éveil : par exemple, une exposition à la lumière en fin de journée pour les patients présentant un trouble circadien par avance de phase, ou une activité physique en milieu de journée pour ceux présentant des difficultés d'endormissement.

Tableau 3. Recommandations pour améliorer l'hygiène du sommeil

- Soyez actif(-ve) durant la journée, mais évitez l'activité physique intensive (qui vous ferait transpirer) dans les quatre heures qui précèdent le coucher
- Exposez-vous au soleil si la météo le permet, sinon à la lumière durant la journée
- Évitez les boissons contenant des excitants (café, thé, alcool) et le tabac dès l'après-midi
- Limitez vos boissons après 17-18 heures. Cela peut suffire à éviter de devoir se réveiller pour aller uriner la nuit
- Améliorez l'environnement de votre chambre à coucher : bruit, lumière, aération, température, etc.
- Essayez d'abandonner certaines mauvaises habitudes : évitez de lire au lit, pas de télévision dans la chambre à coucher !
- Observez des horaires réguliers de coucher et lever, mais n'allez au lit que lorsque vous avez sommeil
- Essayez de mettre en place un rituel sommeil : certaines personnes sont aidées par un bain chaud, d'autres par la pratique d'activité relaxante (lecture au fauteuil)
- Évitez à tout prix de prendre un somnifère tous les soirs. Il augmente le risque de chuter, de se fracturer la hanche et de perdre la mémoire
- Essayez au moins d'alterner en ne prenant un somnifère qu'une nuit sur deux : vous allez certainement mal dormir la première nuit sans somnifère, MAIS la nuit suivante vous dormirez d'autant mieux car c'est une nuit où vous pourrez prendre votre somnifère et vous serez fatigué(-e). Si vous arrivez à tenir pendant deux semaines, les nuits sans somnifère deviendront aussi bonnes que celles avec !

En cas de réveil !

- Sortez de votre lit si vous n'avez pas réussi à vous rendormir après vingt à trente minutes
- Sortez de la chambre, buvez un lait chaud et essayez une activité tranquille (lecture, etc.)
- Retournez au lit uniquement lorsque l'envie de dormir est revenue, pas avant !
- Le lendemain, levez-vous à votre heure habituelle, même si la nuit a été mauvaise ; pas de sieste durant la journée, vous dormirez d'autant mieux le soir

Les patients souffrant d'insomnie primaire bénéficient d'une approche cognitivo-comportementale, approche qui reste efficace chez les personnes âgées.⁶ Cependant, comme pour les patients plus jeunes, ce type d'approche ne s'applique qu'à des personnes motivées, les effets positifs ne se faisant sentir qu'après six-huit semaines. Par ailleurs, ces traitements ne sont pas toujours accessibles et nécessitent d'être répétés pour maintenir une efficacité à long terme.

Les traitements par hypnotiques devraient, dans la mesure du possible, être réservés aux situations particulières, en général lors d'insomnies aiguës ou subaiguës, particulièrement si elles accompagnent un problème psychiatrique ou que l'insomnie est sévère. Le choix de la molécule dépend du type de difficultés (endormissement, maintien, réveil précoce) identifié par l'évaluation détaillée proposée ci-dessus. Le cumul de plusieurs médicaments sédatifs ne se justifie pas pharmacologiquement et devrait être évité. Finalement, il est capital d'informer le patient que la prescription doit être limitée dans le temps, que l'emploi d'hypno-sédatifs comporte des risques supplémentaires avec l'âge (tableau 4). En particulier, les répercussions sur la mobilité (risque accru de chutes et fractures), les performances cognitives et parfois l'incontinence nocturne devraient être systématiquement abordées avec le patient.⁷

Tableau 4. Effets indésirables des benzodiazépines

- Baisse des performances cognitives
- Troubles de l'architecture du sommeil
- Tolérance
- Dépendance
- Sevrage
- Insomnie rebond
- Risque accru de chutes
- Risque accru d'état confusionnel
- Sans oublier les répercussions potentielles sur les activités diurnes, dont la conduite automobile

Les hypnotiques ont démontré une modeste efficacité pour traiter sur le court terme les insomnies aiguës de stress ou d'ajustement. Par contre, une revue récente de la littérature conclut à l'absence de preuve d'efficacité des benzodiazépines sur le long terme.^{8,9} Le constat est similaire pour les hypnotiques non benzodiazépines, avec la réserve concernant l'absence d'étude ayant inclus des personnes âgées polymédiquées. En cas de recours à un hypnotique, il semble toutefois préférable de favoriser les agonistes non benzodiazépines des récepteurs aux benzodiazépines tels le zaleplon, le zolpidem ou le zopiclone.^{10,11} Une méta-analyse portant sur l'efficacité de la mélatonine dans le traitement des insomnies secondaires a conclu à l'absence d'efficacité.¹² Le clométhiazole est fréquemment utilisé malgré des données limitées concernant son efficacité.

Les antidépresseurs sédatifs (trazodone, mirtazapine, paroxétine) doivent être prescrits dans les insomnies secondaires aux troubles de l'humeur. Les études manquent quant à leur efficacité dans les insomnies primaires. L'amitriptyline n'est pas conseillé comme premier choix au vu de son profil d'effet secondaire défavorable. Les antihistaminiques, disponibles en vente libre, sont également déconseillés au vu d'une faible efficacité et d'effets secondaires importants (sédation résiduelle, profil anticholinergique).

quand proposer un sevrage aux benzodiazépines ?

La prévalence de la consommation de benzodiazépines dans la population générale âgée est de 9-25% selon les études. La consommation chronique est fréquemment inappropriée. L'évaluation des comorbidités psychiatriques et l'indication à un traitement alternatif ciblé devraient être réalisées. La question du sevrage devrait être soulevée en présence d'un syndrome d'apnées du sommeil et lors de la survenue d'effets secondaires (cf. supra). Ceux-ci peuvent favoriser la prise de conscience du problème par le patient et l'inciter au changement, d'autant plus que des programmes efficaces de sevrage des benzodiazépines ont été développés.

Dans un essai randomisé contrôlé,¹³ des patients âgés (âge moyen 62,5 ans) souffrant d'insomnie chronique et consommant des benzodiazépines depuis plus de quinze ans ont été assignés au hasard parmi trois groupes d'interventions différentes : sevrage médicamenteux progressif, thérapie cognitivo-comportementale en groupe ou les deux interventions en association. La durée d'intervention était de dix semaines. Les trois types d'intervention ont diminué l'utilisation de benzodiazépines en quantité et fréquence, avec interruption complète dans 48%, 54% et 85% respectivement. C'est donc dans le groupe associant les deux interventions que l'effet le plus marqué a été observé. Ces effets persistaient à douze mois et s'accompagnaient, chez les patients ayant suivi

une thérapie cognitivo-comportementale, d'une amélioration globale de la qualité du sommeil.

Pour les patients motivés, en l'absence d'accès à ce type d'approche combinée, un sevrage ambulatoire par diminution très progressive peut être réalisé en diminuant de 25% la dose toutes les deux à trois semaines sur deux mois, puis en espaçant progressivement la prise tous les deux puis trois jours. La restriction du temps passé au lit est également une mesure importante permettant d'améliorer la qualité du sommeil.

conclusion

L'insomnie est un problème fréquent chez les patients âgés et elle peut être le symptôme d'une comorbidité somatique ou psychiatrique nécessitant une prise en charge spécifique. Ses conséquences sur la qualité de vie sont importantes et justifient une approche structurée, permettant de dispenser des conseils simples d'hygiène du sommeil et, en cas d'échec, d'évaluer le rapport bénéfice/risque d'un traitement par hypnotique.

Bibliographie : 1 Haldemann R, Good M, Holsboer-Trachsler E. Epidemiologische Studie über Schlafstörungen bei Patienten über in der Schweizer Allgemeinpraxis. *Praxis* 1996;85:1656-62. 2 Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, et al. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep* 2004;27:1255-73. 3 Haponik EF, Frye AW, Richards B, et al. The sleep history is neglected diagnostic information : Challenges for primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1996; 11:759-61. 4 Young T, Shahar E, Nieto FJ, et al. Sleep heart health study research group. Predictors of sleep-disordered breathing in community-dwelling adults : The sleep heart health study. *Arch Intern Med* 2002;162:893-900. 5 * Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, et al. Sleep disturbances and chronic disease in older adults : Results of the 2003 national sleep foundation sleep in America survey. *J Psychosom Res* 2004;56:497-502. 6 Morin CM, Colecchi C, Stone J, et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. *JAMA* 1999;11:991-9. 7 Leipzig RM, Cummings RG, Tinetti ME. Drugs and fall in elderly people : A systematic review and meta-analysis : I Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:30-9. 8 ** Dunne D, Montgomery P. Insomnia in the elderly. *Clin Evid* 2006;15:1-2. 9 Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia : Meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331:1169. 10 Phillips B, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Sleep Med* 2001;2:99-114. 11 Ancoli-Israel S, Richardson G, Mangano R, et al. Long-term use of sedative hypnotics in older patients with insomnia. *Sleep Med* 2005;2:107-13. 12 Buscemi N, Vandermeer B, Hooton N, et al. Efficacy and safety of exogenous melatonin for secondary sleep disorders and disorders accompanying sleep restriction : Meta-analysis. *BMJ* 2006;332:385-93. 13 Morin CM, Bastien C, Guay B, et al. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 2004;161:332-42. 14 Sateia MJ, Nowell PD. Insomnia. *Lancet* 2004;364: 1959-73. 15 ** www.has-sante.fr : prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale, consulté le 6.09.2007. * à lire ** à lire absolument

Cet article vient de la Revue Médicale Suisse
www.medhyg.ch

L'adresse de cet article est :
www.medhyg.ch/formation/article.php3?sid=32656