

L'INSOMNIE EN GÉRIATRIE

POUR NE PAS EN FAIRE DES CAUCHEMARS

En fin de rencontre, M^{me} Beaupré vous demande une ordonnance de « pilule pour dormir ».
Elle prend du bromazépam parce qu'elle souffre d'insomnie depuis plusieurs années.
Elle a entendu parler de la quétiapine. Vous lui faites part de votre malaise
à lui prescrire ce médicament et l'invitez à en discuter davantage.

Marie-Pier Villemure et Jessika Roy-Desruisseaux

DOCTEUR, POURQUOI MES AMIES ET MOI NOUS PLAIGNONS-NOUS QUE NOTRE SOMMEIL A CHANGÉ DERNIÈREMENT ?

En effet, les caractéristiques du sommeil changent au fil des âges. Par contre, il ne faut pas toujours mettre ce changement sur le dos du vieillissement. Plusieurs mythes circulent au sujet du sommeil des aînés, notamment qu'ils ont besoin de moins de sommeil. C'est faux! En vieillissant, les besoins totaux de sommeil sont pratiquement inchangés¹. C'est la qualité et la distribution du sommeil qui changent². Le sommeil est plus léger et plus fragmenté³, au détriment des phases de sommeil profond et de sommeil paradoxal (phase durant laquelle nous rêvons). L'avancement de phase est fréquent, c'est pourquoi les aînés ont tendance à s'endormir et à se réveiller plus tôt^{4,5}. Il y a aussi une réorganisation du sommeil durant la journée: les nuits peuvent être légèrement plus courtes, mais les siestes augmentent en contrepartie⁶. Malgré ces changements, les aînés devraient se sentir reposés et fonctionnels au réveil^{4,6}.

POURQUOI AI-JE L'IMPRESSION DE NE PAS DORMIR LA NUIT ?

C'est une impression souvent présente chez les aînés en raison du sommeil plus léger: 57% considèrent leur sommeil sous-optimal³. La qualité du sommeil peut toutefois être sous-estimée par les patients. Il est donc essentiel d'évaluer méthodiquement les caractéristiques. La grille de sommeil est un outil simple qui permet de mieux évaluer la répartition du sommeil sur 24 heures et les causes des réveils. Idéalement, elle doit être faite sur sept jours (boîte à outils).

Chez la personne âgée, certains facteurs perturbant le sommeil deviennent plus fréquents: réduction de l'acuité visuelle⁵, de l'exposition à la lumière, du degré d'exercice physique et des interactions sociales. Ces éléments tendent

BOÎTE À OUTILS

POUR VOUS AIDER À MIEUX DORMIR

Comment obtenir une bonne nuit de sommeil sans médicament

- ▶ Voir le www.criugm.qc.ca/fichier/pdf/Brochure_sommeil.pdf
- ▶ Document publié par le Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal dans lequel on trouve :
 - un exemple de grille de sommeil ;
 - une liste de trucs pour un bon sommeil ;
 - un guide de sevrage des benzodiazépines.

Vous êtes à risque: vous prenez un sédatif-hypnotique

- ▶ Voir le www.criugm.qc.ca/fichier/pdf/benzodiazepinesFRA.pdf
- ▶ Document publié par le Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal dans lequel on trouve :
 - des informations à l'intention des patients sur les sédatifs-hypnotiques ;
 - un guide de sevrage des sédatifs-hypnotiques.

Deux exemples de grilles de sommeil

- ▶ Agenda du sommeil, tiré de Morin CM. *Vaincre les ennemis du sommeil*. Montréal: Éditions de l'homme; 2009. 288 pages. www.cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/agenda_du_sommeil.pdf
- ▶ Agenda du sommeil simplifié, adapté du « sleep diary » de l'American Academy of Sleep Medicine. <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/03/agenda-du-sommeil-simplific3a9-2010.pdf>

Éducation sur le sommeil

- ▶ Ressource grand public de l'American Academy of Sleep Medicine. www.sleepeducation.org

La D^{re} Marie-Pier Villemure, médecin de famille, est professeure adjointe au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke. La D^{re} Jessika Roy-Desruisseaux, gériopsychiatre, est professeure chargée d'enseignement au Département de psychiatrie de l'Université de Sherbrooke. Les deux pratiquent au CIUSSS Estrie-CHUS.

1. Lafond C. Quand le ronflement fatigue. *Le Médecin du Québec* 2014; 49 (9): 53-8.
2. Guay B, Morin C. L'insomnie, quoi de neuf dans le DSM-5. *Le Médecin du Québec* 2014; 49 (9): 33-7.
3. Trudel JF, Roy-Desruisseaux J. Les psychotropes chez les aînés, il faut lever le pied! *Le Médecin du Québec* 2014; 49 (6): 39-44.

à nuire à l'endormissement vespéral en raison d'une diminution de la dépense énergétique et de la modulation des facteurs hormonaux nécessaires pour prévenir le cerveau que la nuit approche. En effet, c'est par des signaux comme la luminosité et la prise des repas que l'hypothalamus règle son rythme circadien et déclenche la sécrétion de mélatonine nécessaire à l'endormissement^{2,6}.

EST-CE UNE BONNE HABITUDE DE PRENDRE UN PETIT SCOTCH POUR MIEUX DORMIR ?

Prudence! Chez les personnes de tous âges, certaines habitudes contribuant à une mauvaise hygiène de sommeil sont fréquentes. La grille de sommeil pourra vous renseigner sur de telles habitudes. Par exemple, l'alcool peut provoquer de la somnolence et donner l'impression d'une meilleure nuit. Toutefois, il amène aussi des réveils plus fréquents et des rêves marquants⁷. C'est sans compter le risque de devoir se lever pour uriner durant la nuit (en raison de la prise de liquides en soirée) ou de chuter en raison d'une diminution de la vigilance. Autre exemple: les stimulants comme le tabac ou les boissons caféinées (café, thé, boisson gazeuse) consommés en fin de journée peuvent toujours faire effet au moment du coucher.

Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses à posséder des appareils électroniques. Il faut donc aussi les questionner sur leur utilisation d'appareils à rétroéclairage avant le coucher, car la lumière bleue inhibe la sécrétion endogène de mélatonine⁸.

Enfin, la chambre à coucher doit être consacrée au sommeil et aux activités intimes.

MON MARI DIT QUE JE RONFLE BEAUCOUP. EST-CE LA CAUSE DE MON MAUVAIS SOMMEIL ?

Les ronflements peuvent être associés à l'apnée du sommeil (encadré). D'ailleurs, les maladies susceptibles d'influencer le sommeil sont nombreuses, et leur prévalence augmente avec l'âge. Chez la personne âgée, l'insomnie est plus souvent un symptôme qu'une maladie en soi³. Il est donc important de procéder à une évaluation des causes médicales pouvant y contribuer (tableau^{2,3,6,9,10}). Traiter l'insomnie sans en régler la cause peut aggraver le problème. Le fait de questionner le partenaire de sommeil s'avère souvent fort utile^{3,9}.

Y A-T-IL QUELQUE CHOSE À FAIRE POUR BIEN DORMIR, MÊME SI JE VIEILLIS ?

Oui, c'est possible d'aider les patients à mieux dormir. L'hygiène du sommeil est essentielle et souvent sous-estimée, tant par les médecins que les patients. La boîte à outils contient une liste des bonnes habitudes de sommeil à remettre au patient.

Une image intéressante pour mieux comprendre le fonctionnement du sommeil est celle du train du sommeil. Il faut se mettre au lit lorsque les taux sanguins de mélatonine sont les plus élevés, soit lorsque l'endormissement est perçu, lorsque « passe le train ». Si on tarde trop, il faudra alors attendre le prochain « train ». Pour harmoniser ces horaires physiologiques, il faut sortir du lit après trente minutes d'éveil, peu importe l'heure. De plus, il est capital de se lever toujours à la même heure le matin.

Les traitements non pharmacologiques demeurent l'approche initiale de l'insomnie¹⁰. Dans la mesure où le patient est fonctionnel dans la journée, on commencera par le rassurer sur le caractère normal de sa perception d'avoir le sommeil altéré³. La luminothérapie en début de soirée entraîne des bienfaits chez les patients se plaignant d'un avancement de phase^{5,6}. La thérapie cognitivocomportementale s'est révélée efficace. L'accès à un thérapeute étant souvent limité, le médecin peut recommander certains grands principes aux patients (encadré).

EST-CE QUE JE PEUX QUAND MÊME FAIRE DES SIESTES DANS LE JOUR ?

Malheureusement, la réponse à cette question n'est pas universelle. Certains patients bénéficient des siestes, particulièrement quand ils ont un besoin élevé de sommeil lié à un problème médical. Pour d'autres, les siestes, surtout si elles sont fréquentes dans la journée, viennent amputer la quantité de sommeil nocturne, ce qu'on appelle aussi la dette de sommeil. Chose certaine, on n'encourage pas les siestes dépassant 60 minutes ni après 14 heures⁹.

Parfois, les individus souffrant d'insomnie tentent de compenser en dormant plus tard le matin ou en faisant la sieste. Par ailleurs, certains aînés dorment durant le jour simplement pour tromper l'ennui. La participation à des activités sociales est donc particulièrement efficace pour contrer ce problème. Il faut aussi vérifier que les rythmes imposés par l'environnement sont sains, car certains milieux de vie encouragent les patients à se mettre au lit tôt. Toutes ces habitudes peuvent gêner le sommeil nocturne ou provoquer un décalage de phase.

POURQUOI AI-JE L'IMPRESSION D'ÊTRE GOMMÉE QUAND JE PRENDS MON SOMNIFÈRE ?

C'est un effet attendu. En effet, avec l'âge, l'organisme métabolise moins efficacement les médicaments et est plus sensible à leurs effets, en particulier ceux des psychotropes⁶ (encadré).

Il n'existe pas de médicament parfait. Tous les somnifères agissent sur le système nerveux central. Ils augmentent donc

considérablement le risque de confusion, de chute, de fractures³, d'accidents de la route et de mortalité. Ces risques sont d'autant plus importants chez les aînés déjà fragilisés par une maladie neurologique ou qui prennent d'autres médicaments agissant sur le système nerveux central. Pour ces raisons, la plupart des associations médicales déconseillent fortement l'usage des sédatifs-hypnotiques en gériatrie¹¹.

Les sédatifs-hypnotiques donnent à court terme une impression de meilleur sommeil et diminuent la phase de latence. Toutefois, il importe de fixer des attentes réalistes⁶, la durée moyenne du sommeil n'augmentant que de quinze minutes par nuit avec les somnifères¹². Ils altèrent en contrepartie la qualité du sommeil. En effet, après quatre semaines d'usage, on constate une difficulté de maintien du sommeil et davantage de microréveils, ainsi qu'une réduction du sommeil lent profond et du sommeil paradoxal⁹. L'insomnie et l'anxiété de rebond sont fréquents⁶.

Il existe un certain débat pour déterminer ce qui risque le plus d'entraîner une évolution vers un trouble neurocognitif: l'insomnie chronique^{2,6,13} ou la prise prolongée de somnifères¹⁴. Chose certaine, les somnifères diminuent de façon aiguë les capacités cognitives. C'est au sujet de la chronicité de ces changements que les opinions divergent, possiblement parce que l'insomnie est un symptôme prodromique des troubles neurocognitifs. Néanmoins, plusieurs études montrent que la prise prolongée de benzodiazépines est associée à une fréquence accrue de tels troubles^{2,12}. La réversibilité des atteintes est incertaine¹².

DOCTEUR, QUE DIRIEZ-VOUS D'AUGMENTER MA PILULE POUR DORMIR ?

Hélas, la réponse n'est pas aussi simple. Comme nous l'avons mentionné, prescrire un somnifère sans aborder la cause sous-jacente est futile, voire dangereux. Les approches non pharmacologiques, plus sûres, peuvent contribuer grandement à atténuer le problème, et même à le régler. Il faut voir le traitement de l'insomnie comme un travail d'équipe. Le médecin peut, après s'être assuré de l'absence de causes réversibles et de contre-indications, prescrire une molécule pendant que le patient s'engage à faire des changements dans ses habitudes de sommeil.

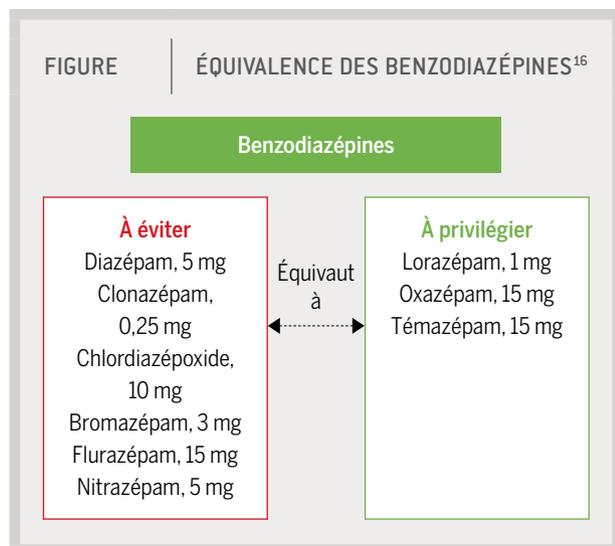
Si on opte pour la prescription d'un somnifère, il importe qu'elle soit de courte durée (moins de 2 semaines) ou sporadique (maximum 2 à 3 fois par semaine)^{6,9,15}. Chez la personne âgée, on privilégiera les molécules à plus courte demi-vie, sans métabolite actif, moins liposolubles et métabolisées par le foie par conjugaison plutôt que par oxydation. En gériatrie, il est souhaitable de commencer par une dose moindre que celle qui est recommandée dans la monographie du produit⁶.

Dans la famille des benzodiazépines, on privilégie le téma-zépam, le lorazépam et l'oxazépam. Ces deux dernières

TABLEAU		CAUSES SECONDAIRES DE L'INSOMNIE ^{2,3,6,9,10}
Causes	Exemples	
Neurologique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Parasomnies (ex. : trouble du comportement en sommeil paradoxal) ▶ Dyssomnies (ex. : syndrome des jambes sans repos) ▶ Troubles neurocognitifs 	
Respiratoire et cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil ▶ Orthopnée et dyspnée paroxystique nocturne ▶ Toux 	
Urinaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nycturie ▶ Polyurie nocturne ▶ Incontinence urinaire 	
Digestive	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Diarrhées ▶ Reflux gastro-œsophagien 	
Endocrinienne	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hyperthyroïdie ▶ Dysglycémie ▶ Hypercorticisme 	
Psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dépression ▶ Psychose ▶ Anxiété 	
Autres causes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Douleur ▶ Prurit 	
Pharmacologique (s'ils ne peuvent être évités, les médicaments pouvant perturber le sommeil devraient être pris le plus tôt possible dans la journée)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antipsychotiques ▶ Antidépresseurs ▶ Psychostimulants ▶ Diurétiques ▶ Corticostéroïdes ▶ Bêtabloquants non cardiosélectifs ▶ Sympathomimétiques (décongestionnants, bronchodilatateurs) 	

molécules ont l'avantage d'être sécables et d'être offertes en plusieurs teneurs, ce qui facilite l'établissement de la dose et le sevrage. Il arrive souvent que les patients développent une tolérance au médicament. Si elle survient, on devrait d'abord se questionner sur la pertinence de poursuivre le somnifère. Le cas échéant, il est souvent judicieux de faire une substitution, à dose équivalente, plutôt que d'augmenter la dose (figure¹⁶). En effet, dans les études, les effets indésirables étaient surtout liés à la dose consommée et, dans une moindre mesure, à la chronicité de la prise¹².

FIGURE

ÉQUIVALENCE DES BENZODIAZÉPINES¹⁶

Parmi les antidépresseurs, la trazodone (de 12,5 mg à 50 mg au coucher) est un choix intéressant, en raison de sa courte demi-vie et de ses faibles répercussions sur l'architecture du sommeil. Son profil d'effets indésirables est limité et consiste principalement en de l'hypotension orthostatique^{3,17,18}. Pour les mêmes raisons, la mirtazapine à petites doses (7,5 mg au coucher) est une avenue possible¹⁹. Les antidépresseurs tricycliques, en raison de leur charge anticholinergique, devraient être évités¹¹.

Certaines études ont montré une certaine innocuité de la zopimclone chez la personne âgée en raison de sa courte demi-vie. Mettons-y un bémol : ses effets sur la cognition et sur l'équilibre, ainsi que le risque de dépendance, demeurent comparables à ceux des benzodiazépines³. Son métabolisme par les isoenzymes CYP3A4 et CYP2C8 augmente le risque d'interactions.

La quétiapine (tout comme les autres antipsychotiques de nouvelle génération) est de plus en plus prescrite pour provoquer le sommeil, bien qu'elle n'ait jamais fait l'objet d'étude valable. La campagne Choisir avec soin recommande de l'éviter à tout âge contre l'insomnie²⁰. Les antipsychotiques présentent un large éventail d'effets indésirables antidopaminergiques, antihistaminiques et anticholinergiques, qui entraînent une morbidité et une mortalité notables chez les aînés, en particulier s'ils sont atteints d'un trouble neurocognitif^{11,20}.

LA MÉLATONINE EST-ELLE SÛRE ?

Voilà un autre mythe à déboulonner ! La mélatonine est parfois associée à des effets indésirables gastro-intestinaux et neurologiques. En dose trop élevée, elle peut aussi nuire au rythme circadien. La mélatonine est un substrat des isoenzymes CYP1A2 et CYP2C9 et a donc un potentiel d'interactions.

Il est capital que les médecins s'enquière de l'usage que font leurs patients des produits en vente libre. Dans une étude, 48% des insomniaques avaient utilisé, dans la dernière année, un

produit pour favoriser le sommeil. De ce nombre, 50% avaient eu recours à des produits en vente libre²¹, tels que la diméthylhydrinate et la diphenhydramine en raison de leur effet sédatif. Ces médicaments sont à proscrire chez la personne âgée en raison de leur charge anticholinergique importante.

POURQUOI TOUS LES DOCTEURS INSISTENT-ILS POUR QUE JE CESSE LE BROMAZÉPAM ?

Le bromazépam, bien qu'il ait déjà pu aider certains patients, a des conséquences non négligeables. De par sa longue demi-vie, il a tendance à s'accumuler dans l'organisme et à poser plus de risques qu'un médicament équivalent à plus courte demi-vie.

En réalité, certains patients qui ont pris des benzodiazépines toute leur vie pourraient en conserver de petites doses. En effet, la qualité de vie prend une place croissante avec le temps, et la crainte de ne pas dormir peut être particulièrement anxiogène pour certains. L'insomnie est elle-même liée à certains problèmes de santé : accidents, dépression, chutes⁴⁻⁶. Cela dit, en y allant lentement et avec un suivi diligent, plusieurs médicaments peuvent être remplacés, réduits ou cessés.

L'éducation et l'autonomisation des patients se sont révélées efficaces pour diminuer la charge de somnifères²². Le fait de fournir un document informant les patients des risques de la prise de somnifères, leur expliquant les principes d'hygiène du sommeil et leur proposant un guide de sevrage s'est révélé efficace pour réduire les doses consommées (*boîte à outils*).

Les régimes de sevrage recommandés dans la littérature varient. Une réduction de 10% de la dose totale chaque semaine est souvent suggérée. En pratique, on constate qu'il est parfois plus profitable de procéder à un sevrage encore plus lent pour maintenir la motivation des patients, particulièrement en cas d'anxiété.

RETOUR SUR L'AMORCE

M^{me} Beaupré est satisfaite de vos explications. Comme elle se considère comme reposée et fonctionnelle le jour, elle choisit de ne pas ajouter de nouveau somnifère. Elle changera d'abord ses habitudes de sommeil. Elle ne se sent pas prête à arrêter sa benzodiazépine, mais accepte volontiers que vous remplaciez le bromazépam par le lorazépam. //

Date de réception : le 26 juillet 2018

Date d'acceptation : le 20 août 2018

Les D^{res} Marie-Pier Villemure et Jessika Roy-Desruisseaux n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chaput JP, Wong SL, Michaud I. *Durée et qualité du sommeil chez les Canadiens âgés de 18 à 79 ans*. Ottawa : Statistique Canada ; 2017. 8 pages.
2. Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: diagnosis and management. *J Gen Fam Med* 2017 ; 18 (2) : 61-71.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Les personnes âgées ont autant besoin de sommeil que les plus jeunes, mais leur sommeil est réparti différemment durant la journée.
- ▶ La modification des habitudes de sommeil devrait être la priorité dans le traitement de l'insomnie.
- ▶ Si on opte pour la prescription d'un somnifère, il importe de s'assurer qu'elle soit de moins de deux semaines ou sporadique avec un maximum de deux ou trois fois par semaine.

3. Vaughn McCall W. Sleep in the elderly: burden, diagnosis and treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6 (1) : 9-20.
4. Rodriguez JC, Dzierzewski JM. Sleep problems in the elderly. *Med Clin N Am* 2015; 99 (2) : 431-9.
5. Feinsilver SH, Hernandez AB. Sleep in the elderly, unanswered questions. *Clin Geriatr Med* 2017; 33 (4) : 579-96.
6. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach and treatment. *Am J Med* 2006; 119 (6) : 463-9.
7. Ebrahim IO, Shapiro CM, Williams AJ et coll. Alcohol and sleep I: effects on normal sleep. *Alcohol Clin Exp Res* 2013; 37 (4) : 539-49.
8. Cajochen C, Frey S, Anders D et coll. Evening exposure to a light-emitting diodes (LED)-backlit computer screen affects circadian physiology and cognitive performance. *J Appl Physiol (1985)* 2011; 110 (5) : 1432-8.
9. Lorrain D., Boivin DB. Les troubles du sommeil. Dans : Arcand M, Hébert R, rédacteurs. *Précis pratique de gériatrie*. 3^e éd. Paris : Éditions Maloine ; 2007. p. 379-89.
10. Sorscher AJ. Insomnia, getting to know the cause, facilitating relief. *J Fam Pract* 2017; 66 (4) : 216-24.
11. American Geriatric Society 2015 updated beers criteria expert panel. *American Geriatric Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults*. 2015; 63 (11) : 2227-46.
12. Picton JD, Marino AB, Nealy KL. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. *Am J Health Syst Pharm* 2018; 75 (1) : e6-e12.
13. de Almondes KM, Costa MV, Malloy-Diniz LF et coll. Insomnia and risk of dementia in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2016; 77 : 109-15.
14. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM et coll. Benzodiazepine use in older adults: dangers, management, and alternative therapies. *Mayo Clin Proc* 2016; 91 (11) : 1632-9.
15. Wennberg AM, Canham SL, Smith MT et coll. Optimizing sleep in older adults: treating insomnia. *Maturitas* 2013; 76 (3) : 247-52.
16. Rx Vigilance (Internet). *Benzodiazépines* [outil professionnel]. Repentigny: Vigilance santé; 2017.
17. Jaffer KY, Chang I, Vale B et coll. Trazodone for insomnia: a systematic review. *Innov Clin Neurosci* 2017; 14 (7-8) : 24-34.
18. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11 : CD009178.
19. Gooneratne NS, Vitiello MV. Sleep in older adults, Normative changes, sleeps disorders and treatment options. *Clin Geriatr Med* 2014; 30 (3) : 591-627.
20. Association des psychiatres du Canada, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Les treize examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger*. Toronto : Choisir avec soin ; 2017. 6 pages.
21. Sproule BA, Busto UE, Buckle C et coll. The use of non-prescription sleep products in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14 (10) : 851-7.
22. Tannenbaum C, Martin P, Tamblin R et coll. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPower cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 2014; 174 (6) : 890-8.