

ÉVALUATION ET TRAITEMENT DE L'INSOMNIE CHEZ LA PERSONNE ÂNÉE

Karianne Dion, B.A. (psychologie),
D^{re} Mélanie Vendette, Ph. D.,
psychologue, neuropsychologue,
D^{re} Soojin Chun, M.D.,
FRCP(C), gériatopsychiatre,
et **D^{re} Rebecca Robillard**, Ph. D.,
psychologue, neuropsychologue

Au-delà des nombreux changements affectant le sommeil au cours du vieillissement normal (Ohayon et al., 2004), les aînés font face à une prévalence élevée du trouble d'insomnie. Dans le grand âge, l'insomnie survient rarement de façon isolée; souvent, elle est associée à des comorbidités psychologiques ou médicales et génère des conséquences négatives sur la santé (Foley et al., 1995). On estime que 40 à 50 % des personnes âgées souffrent d'insomnie, les femmes âgées y étant plus sujettes que les hommes âgés (Crowley, 2011; Foley et al., 2004; Klink et al., 1992). Par ailleurs, la récente pandémie a mis en évidence, à grande échelle, la relation bidirectionnelle entre les difficultés de sommeil et la santé mentale. Ce chapitre couvrira les changements du sommeil attendus au cours du vieillissement normal. Certaines particularités liées au développement de l'insomnie chronique et au diagnostic du trouble de l'insomnie dans le contexte du vieillissement seront ensuite discutées. Enfin, ce chapitre offrira un survol des recommandations pour la gestion de l'insomnie chez les aînés.

1. Le sommeil au fil de l'avancement en âge

Avant d'aborder le sujet de l'insomnie chez les aînés, il est bon de comprendre les changements du sommeil liés au vieillissement normal. Ces changements commencent typiquement à apparaître durant l'âge moyen (40-60 ans) et se poursuivent dans le grand âge. Comparativement aux jeunes adultes, les personnes plus âgées ont tendance à prendre davantage de temps pour s'endormir et à se réveiller plus fréquemment (c.-à-d. fragmentation du sommeil) [Chun et Lee, 2016; Ohayon et al., 2004]. D'autres modifications liées à l'âge comprennent une diminution de la durée totale de sommeil, une réduction de l'efficacité du sommeil (c.-à-d. la portion de temps passée à dormir relativement à celle passée au lit) et une diminution du sommeil lent profond (c.-à-d. stade N3). En revanche, la quantité de sommeil léger (N1 et N2) augmente (Ancoli-Israel et al., 2008; Ohayon et al., 2004).

Plusieurs mécanismes physiologiques ont été proposés pour expliquer ces changements. Notamment, les transformations des patrons d'activité cérébrale pendant le sommeil semblent liées à l'amincissement de la masse corticale due au vieillissement. De plus, l'horloge biologique, qui régule plusieurs rythmes physiologiques et comportementaux, tend à prendre de l'avance, et son signal s'affaiblit et devient plus instable (Ancoli-Israel et al., 2008). Le cycle veille-sommeil devient moins sensible aux signaux internes (p. ex., les hormones impliquées dans la régulation des rythmes circadiens) et externes (p. ex., l'exposition à la lumière), ce qui le rend plus fragile (Czeisler et al., 1999; Richardson et al., 1982). Globalement, ces changements font en sorte que les aînés sont plus susceptibles d'avoir une phase de sommeil avancée favorisant les éveils prématurés, tout en ayant un affaiblissement des signaux circadiens d'éveil le jour et de sommeil la nuit, ce qui contribue autant à la somnolence diurne qu'à la fragmentation du sommeil nocturne. Ces facteurs augmentent la propension aux siestes pendant la journée. Bien que les siestes puissent être très bénéfiques, elles ne sont pas indiquées pour ceux qui ont des problèmes d'insomnie, car les siestes (surtout en après-midi ou en fin de journée) peuvent accentuer les difficultés à s'endormir le soir venu (Ancoli-Israel et al., 2008; Monk, 2005).

Par ailleurs, la ménopause génère des défis additionnels pour le sommeil à cause des bouleversements physiologiques et psychologiques survenant durant cette période. Alors que la diminution de la température corporelle pendant la nuit contribue à un bon sommeil, les bouffées de chaleur précipitées par la ménopause sont associées à des éveils nocturnes. Puisque la progestérone est impliquée dans la régulation des processus respiratoires, la diminution de cette hormone durant la ménopause peut contribuer à l'augmentation des apnées du sommeil, une affection deux à trois fois plus fréquente chez les femmes en ménopause. Enfin, les interactions entre

l'œstrogène et certains neurotransmetteurs (p. ex., la sérotonine) entraînent des conséquences négatives tant pour la régulation de l'anxiété et de l'humeur que pour celle du sommeil. Compte tenu de la relation bidirectionnelle entre les perturbations de l'humeur et les problèmes de sommeil (Jansson-Fröjmark et Lindblom, 2008), la ménopause peut potentialiser le cercle vicieux entre les défis de santé mentale et l'insomnie.

En résumé, de nombreux changements physiologiques affectant le sommeil se manifestent au cours du vieillissement. Bien qu'ils contribuent à fragiliser le sommeil, ce qui peut contribuer à l'augmentation des risques de développer de l'insomnie, ces changements liés à l'âge sont normaux. Il ne faut pas penser que le vieillissement mène invariablement à l'insomnie. Néanmoins, ces changements normaux peuvent entraîner des angoisses par rapport au sommeil, qui peuvent générer de l'insomnie.

2. L'insomnie dans le contexte du vieillissement

2.1. Modèle de l'évolution de l'insomnie

Il importe de distinguer les symptômes d'insomnie transitoire du trouble d'insomnie. À l'instar de ce qui a été observé ailleurs (Ohayon, 2002), une personne québécoise sur quatre ferait face à des symptômes d'insomnie (Morin et al., 2006). Ce serait une personne sur deux à partir de l'âge de 65 ans (Ohayon, 2002). Ces perturbations du sommeil surviennent souvent en réaction à des stressseurs externes (p. ex., séparation, isolement, soucis financiers) ou internes (p. ex., changements hormonaux, blessures orthopédiques), mais se dissipent habituellement après la résolution du problème. Dans 78 % des cas, l'insomnie se résout dans les trois mois suivant la survenue des symptômes (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Lorsqu'elle perdure au-delà de trois mois, l'insomnie devient un trouble chronique dont la symptomatologie peut s'étirer sur plusieurs années (Morin et al., 2009). Environ 10 % de la population québécoise serait aux prises avec un trouble d'insomnie chronique (Morin et al., 2006).

Différentes hypothèses ont été proposées afin d'expliquer les mécanismes menant à la chronicisation de l'insomnie. Un des modèles les plus reconnus, le modèle « tripartite de Spielman » (Spielman et al., 1987), fait référence à l'interaction de facteurs prédisposants (vulnérabilité), précipitants et perpétuants (maintien) [Spielman et al., 1987; figure 1].

Selon ce modèle, les variations interindividuelles dans la vulnérabilité à faire de l'insomnie sont déterminées par des prédispositions d'ordre génétique, physiologique ou encore psychologique. La survenue de facteurs précipitants (p. ex., séparation, soucis financiers) déclenche souvent des problèmes de sommeil ponctuels, dont la magnitude sera modulée par le degré de vulnérabilité initiale. Dans bien des cas, ces problèmes de sommeil se dissipent lorsque les stressseurs s'apaisent;

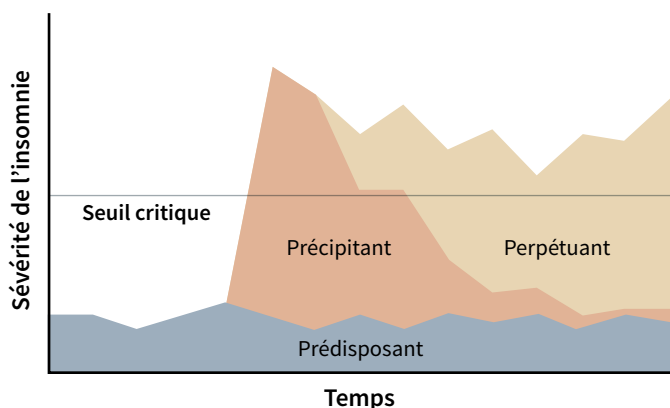


Figure 1. Modèle comportemental de l'insomnie [Spielman et al., 1987 ; adapté de Perlis, M. L., Ellis, J. G., Kloss, J. D. et Riemann, D. W. (2016). Etiology and pathophysiology of insomnia. Dans M. H. Kryger, T. Roth et W. C. Dement (dir.), *Principles and practice of sleep medicine* (6^e éd., p. 769-784). Elsevier.]

par exemple, lorsque le problème est résolu ou que l'individu s'adapte. Par contre, dans certains cas, les perturbations de sommeil peuvent stimuler le développement d'inquiétudes difficiles à gérer, ce qui génère des cognitions biaisées et nuisibles face au sommeil. On voit apparaître des changements comportementaux visant à regagner le sommeil qui sont souvent inadaptés : passer plus de temps au lit, faire des siestes dans la journée, augmenter la consommation de caféine, tenter l'« automédication » avec l'alcool ou les drogues. S'ensuit une augmentation des préoccupations excessives et des distorsions cognitives par rapport au sommeil. Tout cela a un impact sur les émotions et les comportements, ce qui renforce davantage les difficultés de sommeil et contribue ainsi au cercle vicieux de l'insomnie (figure 2). Ces pensées et comportements peuvent avoir sur le sommeil des répercussions négatives qui contribuent à maintenir l'insomnie ; ce sont les facteurs perpétuants.

[I] est primordial de ne pas sous-estimer les plaintes de sommeil chez les aînés. L'évaluation et la prise en charge du trouble d'insomnie [...] peuvent avoir un impact considérable, non seulement pour le sommeil, mais aussi pour la santé physique et mentale.

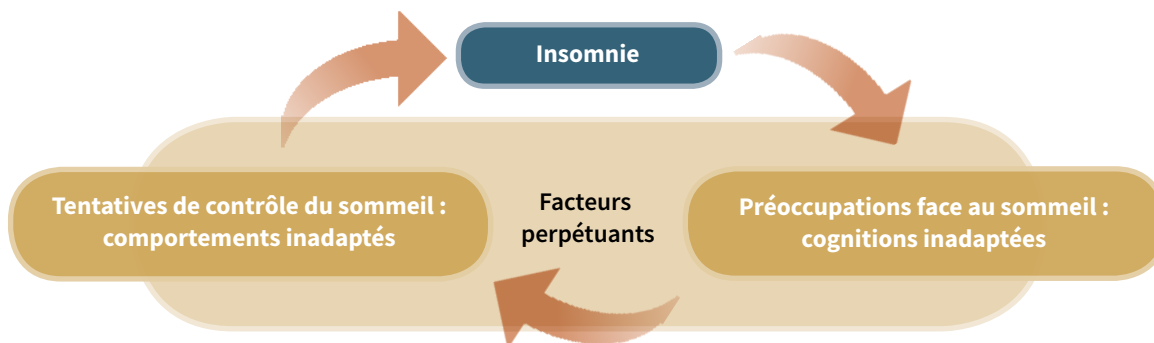
Il faut aussi souligner l'implication de mécanismes d'apprentissage inadaptés par conditionnement opérant dans le développement de l'insomnie chronique. Chez plusieurs personnes vivant de l'insomnie, le fait de passer plusieurs heures au lit sans dormir, tout en accumulant des frustrations liées à l'incapacité de dormir et des angoisses face aux impacts anticipés de ce manque de sommeil, renforce progressivement une association entre l'état d'éveil/hypervigilance et plusieurs stimuli qui devraient normalement être associés au sommeil (Bootzin, 1972).

En somme, le trouble d'insomnie se développe à travers plusieurs mécanismes comme un état chronique qui perdure au-delà de la résolution des éléments déclencheurs initiaux.

2.2. Particularités liées au vieillissement

Outre les risques posés par la fragilisation du sommeil liée au vieillissement, les nombreuses comorbidités reliées à l'âge contribuent à la forte prévalence de l'insomnie chez les aînés (Foley et al., 2004). En effet, plusieurs problèmes de santé physique, tels que les maladies cardiaques, le diabète, les désordres gastro-intestinaux et les douleurs chroniques, sont plus communs avec l'âge et contribuent à réduire la qualité du sommeil. De plus, les troubles de santé mentale qui ont des répercussions sur le sommeil, tels que l'anxiété et la dépression, sont plus fréquents chez les aînés (Zimmerman et al., 2013). On note aussi une plus grande prévalence de troubles liés au sommeil, dont l'apnée obstructive, le syndrome des mouvements périodiques des jambes en sommeil et le syndrome d'impatiences musculaires à l'éveil.

Figure 2. Le cercle vicieux de l'insomnie



Globalement, ces phénomènes font partie de plusieurs aspects du vieillissement susceptibles d'interagir avec les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants du modèle tripartite (Dang-Vu et Morin, 2019). Par exemple, la fragilisation du sommeil liée à l'âge et le vieillissement normal de l'horloge biologique sont des facteurs prédisposants qui rendent les aînés plus vulnérables à l'insomnie. Ceux-ci risquent également davantage de faire face à certains facteurs précipitants, comme l'émergence de nouveaux problèmes médicaux ou psychiatriques, les hospitalisations et les changements de médicaments pouvant avoir des effets secondaires sur le sommeil. Lors du vieillissement, l'augmentation des siestes, la diminution des contraintes sociales et professionnelles, qui régularisaient les horaires de sommeil auparavant, la sédentarité, l'isolement et l'exposition moindre ou la sensibilité à la lumière sont des facteurs perpétuants fréquents.

2.3. Diagnostic du trouble d'insomnie

À l'instar de la troisième édition de la *Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-3)*, la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)* appuie le diagnostic du trouble d'insomnie principalement sur des plaintes subjectives. On définit le trouble d'insomnie chronique comme une insatisfaction quant à la quantité ou à la qualité du sommeil, accompagnée d'un ou plusieurs symptômes parmi les suivants : 1) difficulté à s'endormir ; 2) difficulté à maintenir le sommeil ; 3) réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir. Ces symptômes doivent survenir plus de trois fois par semaine pendant au moins trois mois et ne doivent pas être attribués aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'un médicament (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Pour les personnes aînées, si l'insomnie coexiste avec un problème médical ou psychologique pouvant affecter le sommeil (p. ex., douleurs chroniques, dépression) ou avec un autre trouble du sommeil, ce problème ne doit pas expliquer complètement la plainte principale d'insomnie. La forte comorbidité entre l'insomnie et d'autres troubles du sommeil fait en sorte qu'il faut demeurer vigilant même lorsqu'une autre pathologie a été objectivée à la suite d'un enregistrement de sommeil (polysomnographie).

Enfin, le trouble de l'insomnie n'est diagnostiqué que s'il est suffisamment grave pour causer une détresse importante ou un impact significatif sur le fonctionnement diurne (APA, 2013). À ce sujet, l'*ICSD-3* mentionne les exemples suivants : fatigue ou malaises ; difficultés d'attention, de concentration ou de mémoire ; impacts négatifs sur le fonctionnement social ou professionnel ; difficultés sur le plan de l'humeur ; et inquiétudes marquées par rapport au sommeil. Ce dernier point comporte certaines spécificités propres au contexte du vieillissement.

D'une part, il importe de vérifier que les attentes face à la quantité et à la qualité du sommeil soient réalistes compte tenu des changements normaux reliés à l'âge et que les plaintes de sommeil s'accompagnent réellement de conséquences significatives sur le fonctionnement diurne. D'autre part, il est primordial de ne pas sous-estimer les plaintes de sommeil chez les aînés. L'évaluation et la prise en charge du trouble d'insomnie chez les aînés peuvent avoir un impact considérable, non seulement pour le sommeil, mais aussi pour la santé physique et mentale.

3. Les traitements de l'insomnie

3.1. Interventions non pharmacologiques

Selon les recommandations de la Société québécoise de gériatrie (Dang-Vu et Morin, 2019) et de plusieurs associations professionnelles (p. ex., Qaseem et al., 2016; Riemann et al., 2017; Sateia et al., 2017; Schutte-Rodin et al., 2008; Wilson et al., 2019), la gestion de l'insomnie chez les aînés comporte plusieurs étapes. En premier lieu, il importe de considérer les facteurs qui pourraient être la source des perturbations du sommeil. Si cette première étape n'entraîne pas d'amélioration, la psychothérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I) est suggérée comme première ligne d'intervention.

Plusieurs essais cliniques ont démontré que la TCC-I engendre des effets durables qui surpassent la pharmacothérapie tant chez les adultes que chez les aînés (Jacobs et al., 2004; Mitchell et al., 2012; Morin, Colecchi et al., 1999; Morin, Hauri et al., 1999; Omvik et al., 2006; Siebern et Manber, 2011). Il s'agit d'une brève intervention (environ 6 à 8 séances). Étant donné que les facteurs prédisposants pour l'insomnie sont souvent non modifiables (p. ex., âge, sexe, profil génétique) et qu'il est impossible d'éviter la survenue de stressseurs, la TCC-I cible les facteurs perpétuants du modèle tripartite, soit les pensées et les comportements associés à la chronicisation de l'insomnie.

Les interventions centrales composant la TCC-I comptent la restriction du temps passé au lit (pour restaurer la consolidation du sommeil), des techniques de contrôle par le stimulus (pour briser le conditionnement entre l'état d'éveil et la chambre à coucher) et la restructuration cognitive (pour atténuer les pensées nuisibles au sommeil). Classiquement, les composantes comportementales de la TCC-I sont complétées

Plusieurs essais cliniques ont démontré que la TCC-I engendre des effets durables qui surpassent la pharmacothérapie tant chez les adultes que chez les aînés.

Tableau 1. Adaptation de la TCC-I au contexte du vieillissement

Composante de la TCC-I	Adaptation suggérée
Restriction du sommeil	Diminuer le temps alloué au lit de manière graduelle (c.-à-d. compression du sommeil) afin d'éviter la fatigue excessive.
Contrôle par le stimulus	Planifier des siestes brèves, idéalement en matinée, pour combattre la fatigue excessive. Rester au lit en s'engageant dans des activités relaxantes après une longue période d'éveil plutôt que de sortir du lit (p. ex., prévention des chutes).
Stratégies de relaxation	Employer des techniques de relaxation plus passives risquant moins d'exacerber les douleurs physiques, comme l'imagerie guidée, la visualisation et le balayage corporel.
Restructuration cognitive	Porter une attention particulière aux croyances erronées en lien avec le sommeil (p. ex., attentes irréalistes qui font fi des changements normaux reliés au vieillissement).
Hygiène du sommeil	Diminuer l'apport de liquide plusieurs heures avant le sommeil afin de limiter les éveils fréquents pour aller à la salle de bain.

par la psychoéducation sur l'hygiène de sommeil et l'apprentissage de stratégies de relaxation. La TCC-I entraîne des améliorations significatives sur le fonctionnement quotidien et la santé physique et psychologique des aînés (Cassidy-Eagle et al., 2022; Dzierzewski et al., 2019; Rybarczyk et al., 2013). Des références d'outils de formation en TCC-I sont fournies à la fin du présent chapitre.

Plusieurs considérations sont à envisager lors de la mise en place de la TCC-I chez les aînés, dont la présence de comorbidités physiques, psychologiques et cognitives, le contexte d'habitation (p. ex., soins de longue durée), puis les limites physiques et cognitives (Dang-Vu et Morin, 2019). Des versions modifiées de la TCC-I ont été développées pour des comorbidités fréquentes, telles que les troubles respiratoires du sommeil (Fung et al., 2016), la dépression (Sadler et al., 2018), l'arthrose (Vitiello et al., 2009), les troubles cognitifs légers (Cassidy-Eagle et al., 2018) et le cancer (Ma et al., 2021). Le tableau 1 présente certaines adaptations proposées pour rendre la TCC-I plus accessible aux aînés (voir Bélanger et al., 2012; Cassidy-Eagle et al., 2022; Chand et Grossberg, 2013; Dang-Vu et Morin, 2019; Rybarczyk et al., 2013).

Compte tenu de la fréquence des comorbidités et de la polypharmaco-thérapie chez les personnes aînées, il importe d'évaluer les effets potentiels des médicaments pour l'insomnie sur les comorbidités médicales, psychiatriques ou cognitives.

Outre la TCC-I, il existe d'autres approches non pharmacologiques pour améliorer le sommeil des personnes aînées, dont la lumbinothérapie (Forbes et al., 2014; Ooms et Ju, 2016) et l'activité physique (Gencarelli et al., 2021; Nascimento et al., 2014). L'application de techniques de neurostimulation (p. ex., stimulation magnétique transcrânienne) représente aussi une nouvelle piste d'intervention prometteuse pour le traitement de l'insomnie chez les aînés (Romanella et al., 2020). Compte tenu du nombre limité d'études examinant ces approches, davantage de recherches sont nécessaires.

3.2. Traitements pharmacologiques de l'insomnie

Bien que la TCC-I soit la première ligne de traitement recommandée pour l'insomnie (Schutte-Rodin et al., 2008), plusieurs agents pharmacologiques sont souvent utilisés. Certaines mises en garde s'imposent pour l'utilisation de ces médicaments dans le contexte de l'insomnie chronique chez les aînés, en raison du manque de données scientifiques et des effets secondaires défavorables (Chun et Lee, 2016).

Les médicaments peuvent être utiles lorsque l'insomnie a un faible risque de chronicité ou lorsque la TCC-I s'avère inaccessible, difficilement applicable ou inefficace (Dang-Vu et Morin, 2019; Qaseem et al., 2016). Dans tous les cas, une évaluation approfondie des risques et des bénéfices doit être effectuée avant d'entamer un traitement pharmacologique. Plusieurs médicaments sont utilisés pour traiter l'insomnie chez les aînés. En première ligne, on retrouve les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (p. ex., zopiclone, zolpidem), certaines benzodiazépines (p. ex., témazépam), la doxépine ainsi que la mélatonine à libération prolongée (Qaseem et al., 2016;

Sateia et al., 2017; Wilson et al., 2019). En deuxième ligne, on retrouve certains antidépresseurs sédatifs (p. ex., trazodone) qui peuvent être pertinents en présence d'un trouble dépressif concomitant (Morin et Benca, 2012; Schutte-Rodin et al., 2008) ou de maladie d'Alzheimer (Camargos et al., 2014; Ooms et Ju, 2016). La quétiapine (Seroquel) est un médicament antipsychotique fréquemment prescrit de manière non indiquée sur l'étiquette (*off-label use*) pour le traitement de l'insomnie chez les adultes et les aînés. Cette option s'appuie toutefois sur peu de preuves empiriques pour le traitement de l'insomnie et devrait seulement être utilisée lorsqu'il y a d'autres indications, dont un trouble bipolaire (Matheson et Hainer, 2017). Comparativement à un placebo, la quétiapine est notamment associée à un risque plus important de difficultés cognitives, de chutes, de blessures et de mortalité chez les individus ayant la maladie de Parkinson (El-Saifi et al., 2016).

Compte tenu de la fréquence des comorbidités et de la polypharmaco-thérapie chez les personnes âgées, il importe d'évaluer les effets potentiels des médicaments pour l'insomnie sur les comorbidités médicales, psychiatriques ou cognitives, les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les effets secondaires (Schutte-Rodin et al., 2008). Les effets indésirables rapportés lors de la prise d'hypnosédatifs comprennent le risque de sédation résiduelle à l'éveil, de somnolence, de troubles cognitifs, de difficultés de coordination motrice, de chutes, de sensations vertigineuses, de symptômes gastro-intestinaux et d'insomnie de rebond (lors de l'arrêt du médicament) [Bélangier et al., 2006; Morin et Benca, 2012].

Chez les aînés, il est recommandé que la médication pour l'insomnie soit d'une courte durée (environ 7 à 10 jours), que la dose initiale soit plus faible que pour les personnes plus jeunes et les suivis professionnels, plus fréquents, que la prise de médicaments de façon intermittente soit priorisée et que le sevrage soit fait de manière graduelle et accompagné de TCC-I (Qaseem et al., 2016; Schutte-Rodin et al., 2008; Wilson et al., 2019). Malgré ces recommandations, l'utilisation accrue et prolongée de somnifères ainsi que la prescription de doses trop élevées et ne tenant pas compte des interactions médicamenteuses potentielles demeurent des problèmes majeurs (Bélangier et al., 2006).

3.3. Interventions pour l'insomnie dans le contexte des comorbidités psychiatriques

La survenue de symptômes d'insomnie est associée à deux à trois fois plus de risques de développer un trouble anxieux ou dépressif dans un délai d'un an (Baglioni et al., 2011; Neckelmann et al., 2007). Les problèmes de sommeil résiduels après le traitement d'une dépression sont aussi un facteur de risque significatif de rechutes de dépression. L'importance de restaurer le sommeil dans la gestion des troubles mentaux est de plus en plus claire. Par exemple, il a été montré que la

La survenue de symptômes d'insomnie est associée à deux à trois fois plus de risques de développer un trouble anxieux ou dépressif dans un délai d'un an.

fréquence d'une nouvelle dépression sur une période de trois ans était plus faible chez les participants dont l'insomnie était traitée avec succès à la suite de la TCC-I (Irwin et al., 2022). Les interventions pour le sommeil ont également des effets positifs sur les symptômes psychiatriques chez les personnes souffrant de troubles anxieux, de dépression, de trouble bipolaire ou de trouble de stress post-traumatique (Gebara et al., 2018).

3.4. Problématiques liées à l'accès aux soins et conséquences de l'insomnie non traitée

L'insomnie non traitée peut entraîner des conséquences néfastes pour la santé physique, mentale et cognitive (Benedict et al., 2015; de Almondes et al., 2016; Fernandez-Mendoza et al., 2012; Fortier-Brochu et al., 2012; Fortier-Brochu et Morin, 2014; Laugsand et al., 2011; Patel et al., 2018; Pearson et al., 2006; Vgontzas, Liao, Bixler et al., 2009; Vgontzas, Liao, Pejovic et al., 2009), des problèmes interpersonnels, sociaux et professionnels et une diminution de la qualité de vie (Cooke et Ancoli-Israel, 2006). Par rapport à une population plus jeune, les aînés souffrant d'insomnie sont plus susceptibles de présenter des difficultés diurnes et des troubles psychomoteurs (Chun et Lee, 2016). En plus d'accroître les risques de troubles psychiatriques (Cole et Dendukuri, 2003; Jausse et al., 2011; Perlis et al., 2006; Pigeon et al., 2008), l'insomnie chronique non traitée a été associée à une augmentation des risques de plusieurs problèmes de santé, comme l'hypertension (Vgontzas, Liao, Bixler et al., 2009), les maladies cardiovasculaires (Laugsand et al., 2011; Palagini et al., 2013; Schwartz et al., 1999), le diabète (Vgontzas, Liao, Pejovic et al., 2009), le syndrome métabolique (Troxel et al., 2010), les chutes (APA, 2013; Cooke et Ancoli-Israel, 2006; Cross et al., 2019) et les difficultés cognitives (Cricco et al., 2001; Yaffe et al., 2014). Un sommeil de mauvaise qualité et la fragmentation du sommeil engendrent une augmentation du dépôt de plaques bêta-amyloïdes, qui peut mener au développement ultérieur de troubles neurocognitifs majeurs, dont la maladie d'Alzheimer (Yaffe et al., 2014).

D'un point de vue économique, l'insomnie est un problème de santé coûteux; les aînés souffrant d'insomnie chronique utilisent davantage de soins médicaux. Au Canada, les coûts directs et indirects attribuables à l'insomnie en 2021 étaient estimés à 1,9 milliard de dollars et 12,6 millions de dollars respectivement, y compris les coûts liés aux visites médicales et aux médicaments (Chaput et al., 2022).

4. Conclusions

Compte tenu des nombreux effets nocifs des perturbations du sommeil chez les aînés, il importe d'offrir des traitements pour l'insomnie à la fois efficaces et adaptés. Il existe plusieurs options de traitement pour les aînés avec et sans comorbidité médicale, psychiatrique ou cognitive, dont la TCC-I et divers médicaments. Quelle que soit l'intervention choisie, il est primordial de réévaluer l'efficacité du traitement de manière continue afin de réajuster le plan d'intervention au besoin. Bien qu'elle soit recommandée en première ligne de traitement, la TCC-I demeure difficilement accessible, notamment à cause du nombre limité de professionnels qualifiés (Koffel et al., 2018). De nombreux efforts ont été déployés afin de livrer la TCC-I

à l'aide de moyens alternatifs tels que la téléthérapie, le téléphone, les manuels d'autosoins et les programmes en ligne. Les résultats obtenus sont prometteurs et démontrent de bons niveaux de faisabilité, d'efficacité et de rétention auprès des aînés (Godzik et al., 2021 ; Hinrichsen et Leipzig, 2021 ; McCurry et al., 2021 ; Morgan et al., 2012). Néanmoins, les approches virtuelles ne sont pas adaptées pour tous ; plusieurs personnes continueront d'avoir besoin du soutien de psychothérapeutes spécialisés. La grande majorité des gens aux prises avec le trouble d'insomnie ne peuvent pas accéder à la TCC-I. Il y a un besoin criant d'augmenter le nombre de psychothérapeutes spécialisés.

5. Ressources

Informations générales sur le sommeil

- recherchesommeil.ca
- dormezladessuscanada.ca
- Société canadienne du sommeil

Formation en psychothérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I)

- catalog.pesi.com/sales/bh_c_001249_cbti_041718_sem-124126
- queens.cm-hosting.com/product?catalog=Insomnia-2022

Webinaire sur le traitement de l'insomnie dans le contexte de troubles psychiatriques

- catalog.pesi.com/item/49087

Outils pour l'évaluation du sommeil

- Questionnaires
 - Index de sévérité de l'insomnie : cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/insomnie.pdf
 - Échelle de croyances et attitudes concernant le sommeil : cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/croyances_et_attitudes_concernant_le_sommeil_16_items.pdf
- Agendas de sommeil
 - cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/agenda_du_sommeil.pdf
 - consensusleepdiary.com