



L'insomnie chez la personne âgée

par Paule Hottin

« Docteur, je ne dors pas... »

Cette phrase vous est probablement bien familière, surtout si vous voyez des patients âgés.

Mais qu'est-ce que l'insomnie ? Est-ce un symptôme ou une maladie ? Le besoin de sommeil diminue-t-il avec l'âge ? L'architecture du sommeil se modifie-t-elle avec la vieillesse ? Est-il vrai qu'il existe près de 50 causes possibles de ce phénomène ? Les benzodiazépines sont-elles la solution aux problèmes de sommeil ?

LA QUALITÉ ET LA QUANTITÉ de sommeil varient d'un individu à l'autre. La façon dont le patient évalue la qualité de son sommeil est très subjective et ne tient pas compte des répercussions sur son fonctionnement le jour. Il peut surestimer son temps de latence, sous-estimer le temps total de sommeil ou percevoir ses éveils successifs comme une veille continue.

La personne âgée dira avoir de la difficulté à s'endormir, des réveils fréquents à la suite desquels elle a de la difficulté à se rendormir, ou des réveils matinaux précoces.

Les troubles de sommeil se divisent en deux grands groupes : les **parasomnies** (cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme, troubles de comportement au cours du sommeil paradoxal) et les **dyssomnies**, qui se manifestent soit par une hypersomnolence diurne comme la narcolepsie, ou par de l'insomnie, dont nous discuterons plus en détail dans cet article.

L'**insomnie** est définie comme un trouble du sommeil caractérisé par une difficulté à amorcer le sommeil (insomnie initiale ou pré-dormitionnelle), une difficulté à maintenir le sommeil (insomnie de maintien) ou une difficulté à maintenir le sommeil matinal (insomnie terminale ou post-dormitionnelle), qui engendre un sommeil non réparateur et a des répercussions sur le fonctionnement diurne comme une sensation accrue de fatigue, de la somnolence, une baisse de la vigilance et des capacités cognitives, une diminution de la performance dans l'accomplissement des activités

habituelles ou des symptômes affectifs comme l'irritabilité.

L'insomnie peut être aiguë et transitoire lorsqu'elle est due à un stress, au décalage horaire ou à un changement dans l'environnement. Elle peut être à court terme si elle est la conséquence d'une maladie physique ou psychique. Elle peut aussi être à long terme lorsqu'elle est due à un trouble primaire du sommeil ou à des problèmes médicaux ou psychiatriques chroniques.

L'incidence de l'insomnie augmente avec l'âge : de 35 à 50 % des personnes de plus de 65 ans se plaignent d'avoir un mauvais sommeil. Ainsi, aux États-Unis, où les aînés ne représentent pourtant que 11 à 12 % de la population, ils consomment de 35 à 40 % de tous les sédatifs prescrits¹.

Il s'agit donc d'un problème très fré-

quent, auquel il faut porter une attention particulière.

Modifications électrophysiologiques du sommeil avec l'âge

Le sommeil se compose d'une série de cycles d'une durée de 55 à 90 minutes ayant chacun des stades aux caractéristiques électrophysiologiques distinctes : éveil, endormissement, stades I à IV du sommeil et sommeil paradoxal. Le vieillissement entraîne des modifications dans l'architecture du sommeil. Le sommeil tend à se redistribuer sur 24 heures et devient polyphasique, les deux tiers des personnes âgées faisant des siestes le jour. Il y a donc une diminution du temps de sommeil nocturne mais, par contre, le besoin de sommeil change peu². Le

La D^{re} Paule Hottin, gériopsychiatre et professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke, est chef du département de psychiatrie de l'Institut universitaire de gériatrie, à Sherbrooke.

Repère

Avec le vieillissement, les stades III et IV de sommeil profond raccourcissent nettement, ce qui allège le sommeil et accroît le nombre de réveils. Il y a donc une diminution du temps de sommeil nocturne mais, par contre, le besoin de sommeil change peu, puisqu'il est redistribué sur 24 heures.

Tableau I

Causes d'insomnie chez la personne âgée

Problèmes médicaux

primaires

- syndrome des jambes sans repos
- mouvements périodiques des jambes
- apnée du sommeil
- narcolepsie

secondaires

- douleur
- prurit
- malaise : plénitude vésicale, incontinence, bouffées de chaleur
- diabète
- maladie de Parkinson
- problème thyroïdien
- problèmes cardiovasculaires : dyspnée paroxystique, trouble du rythme, douleurs angineuses
- problèmes respiratoires : toux, bronchite chronique, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- problèmes gastro-intestinaux : ulcère duodénal, reflux gastro-œsophagien
- démence
- *delirium*

Problèmes psychiatriques

- anxiété
- dépression
- deuil
- psychose

Médicaments

- anticholinergiques
- stimulants du SNC
- corticostéroïdes
- théophylline
- lévodopa
- phénytoïne
- antidépresseurs
- décongestifs
- cimétidine
- diurétiques
- tolérance aux benzodiazépines
- sevrage d'hypnotiques
- médicaments sans ordonnance

Facteurs extrinsèques

- lumière
- bruit
- température inconfortable de la pièce
- humidité
- changement de milieu
- insécurité
- produits excitants : menthe, chocolat, nicotine, caféine
- alcool
- mauvaise hygiène du sommeil (absence de routine, diminution des activités, etc.)

temps de latence avant l'endormissement change aussi très peu. Le stade I, caractérisé par un sommeil plus léger, s'allonge, ce qui favorise un accroissement du nombre de réveils. Le stade II change très peu, mais par contre, les stades III et IV, appelés sommeil à onde longue ou sommeil profond, raccourcissent nettement, ce qui allège le sommeil et donne au patient l'impression de ne pas dormir. Le sommeil paradoxal, aussi appelé REM (*rapid eye movements*), ne se modifie qu'à un âge très avancé ou chez les personnes atteintes de démence.

Étiologie

Chez la personne âgée, les causes de l'insomnie sont nombreuses, mais elles sont le plus souvent **dues à** des problèmes médicaux, psychiatriques, médicamenteux, ou à des facteurs extrinsèques (*tableau I*).

Les **insomnies primaires** sont plus rares et, à l'exception du syndrome des jambes sans repos, elles se manifestent plus souvent par une hypersomnolence diurne.

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR)

La principale plainte des patients souffrant du SJSR est une difficulté d'endormissement en raison de dysesthésies profondes des membres inférieurs. Ces derniers les décrivent comme des sensations de serrement, de fourmillement, de picotement, de brûlure ou d'impatiences qui sont soulagées partiellement par le mouvement, la friction ou les étirements.

Les mouvements périodiques des jambes associés au sommeil (MPJS)

Aussi appelé myoclonies nocturnes, ce phénomène est très répandu chez les aînés (37,5 %³ à 57 %⁴), mais sou-

vent asymptomatique et sans répercussions sur le sommeil. Il se caractérise par des mouvements stéréotypés, involontaires et répétitifs des jambes durant le sommeil créant, lorsqu'il est intense, une fragmentation du sommeil.

L'approche thérapeutique du SJSR et des MPJS est avant tout pharmacologique. Les médicaments les plus souvent prescrits sont le clonazépam et la lévodopa.

Les apnées du sommeil

L'incidence des apnées du sommeil augmente avec l'âge. Elles affectent 25 % des personnes âgées vivant dans la communauté, et 42 % des patients vivant dans un établissement⁵. Ce sont des pauses respiratoires de plus de 10 secondes survenant plus de cinq fois par heure de sommeil. Selon qu'elles sont d'origine centrale ou obstructive, le tableau clinique peut varier. Plusieurs indices peuvent nous faire soupçonner une apnée obstructive : tout d'abord, l'observation, par un tiers, de ronflements ou d'un sommeil agité avec des pauses respiratoires pendant le sommeil. Le patient, quant à lui, se plaint d'hypersomnolence le jour avec de nombreuses siestes non réparatrices, de céphalées au réveil ou d'un mal de gorge matinal. Il peut présenter une baisse de la concentration ou des pertes de mémoire. Il s'agit le plus souvent d'un homme obèse souffrant d'hypertension artérielle, d'insuffisance cardiaque droite et d'hypertension pulmonaire⁶. Le médecin devrait lui recommander de perdre du poids, de ne pas dormir sur le dos et de ne pas consommer d'alcool. Il évitera aussi de lui prescrire des médicaments dépresseurs du système nerveux central comme les benzodiazépines. Ces patients devraient être dirigés vers une

clinique spécialisée où ils recevront une évaluation plus approfondie et un traitement approprié : appareil nasal à pression positive continue (CPAP), traitement médicamenteux ou chirurgie.

La narcolepsie

Elle débute très rarement après l'âge de 65 ans et ne s'accompagne pas d'insomnie, mais plutôt d'une hypersomnolence le jour et d'attaques de cataplexie consistant en de brèves périodes de paralysie bilatérale des muscles antigravifiques.

Approche thérapeutique

Le but du traitement de l'insomnie n'est pas seulement de procurer au patient un meilleur sommeil, mais aussi d'améliorer son fonctionnement diurne⁷.

Évaluation

Le traitement ne peut être efficace que si le problème est bien évalué de façon que les interventions soient adaptées au patient. Pour ce faire, il faut procéder à une anamnèse détaillée sur l'insomnie, aller chercher l'information auprès d'un tiers, revoir les antécédents médicaux et procéder à un examen mental et physique (*tableau II*)⁸.

Diagnostic

L'insomnie n'étant qu'un symptôme, il faut en chercher la cause afin

de poser un diagnostic et de déterminer le traitement approprié.

Traitement des causes secondaires

Le traitement de première intention est celui de la maladie physique ou du problème psychiatrique sous-jacent. Dans certaines circonstances, il faudra soulager la douleur ou changer les médicaments qui causent l'insomnie ou y contribuent. Par ailleurs, il faut modifier l'environnement ou les habitudes pour traiter les causes extrinsèques.

Polysomnographie

Lorsque l'on soupçonne une dysomnie primaire, il est souhaitable d'adresser le patient à une clinique spécialisée où l'on procédera à une évaluation plus approfondie ou à une polysomnographie s'il s'agit d'une apnée du sommeil ou de myoclonies nocturnes. Cette évaluation sera également nécessaire si aucune cause n'a pu être trouvée ou si le patient n'a pas répondu au traitement usuel.

Enseignement

Il est très important d'aider le patient à comprendre que « la pilule pour dormir » n'est pas toujours la solution, et qu'elle peut même contribuer à aggraver son problème. Cela s'applique particulièrement à l'insatisfaction par rapport au sommeil due aux changements normaux liés à l'âge, où l'enseignement devient le premier choix de traitement. Si elle est due à des

Chez la personne âgée, les causes de l'insomnie sont nombreuses, mais elles sont le plus souvent dues à des problèmes médicaux, psychiatriques, médicamenteux, ou à des facteurs extrinsèques.

Le but du traitement de l'insomnie n'est pas seulement de procurer au patient un meilleur sommeil, mais aussi d'améliorer son fonctionnement diurne.

Repères

Tableau II

Évaluation

Questionnaire détaillé sur l'insomnie

- début du problème
 - facteurs déclenchants
- type d'insomnie :
 - initiale
 - de maintien
 - réveil précoce
 - somnolence diurne
- description sur 24 heures :
 - description de l'environnement
 - routine avant d'aller au lit
 - heure du coucher
 - temps de latence avant l'endormissement (pensées associées, douleur, mouvement des jambes, etc.)
 - réveils nocturnes (nombre, fréquence, durée)
 - heure du réveil matinal
 - satisfaction par rapport au sommeil au réveil
 - siestes diurnes (heure, fréquence, durée)
 - somnolence diurne
 - rendement diurne (diminution de la concentration, de la mémoire, des activités)
 - description d'une nuit typique avant l'apparition des problèmes de sommeil
- durée du problème
- description de l'évolution du problème
- traitements non pharmacologiques et pharmacologiques déjà essayés

Informations d'un tiers

Ronflement, mouvement des jambes, pauses respiratoires, etc.

Histoire médicale

- Antécédents : médicaux, chirurgicaux, psychiatriques
- Liste complète des médicaments pris (incluant les médicaments sans ordonnance et les produits naturels)
- Prise d'alcool ou de stimulants
- Revue des systèmes et appareils (douleur, toux, dyspnée, reflux, etc.)
- État psychique : anxiété, dépression, etc.

Examen mental

Examen physique

Calendrier du sommeil au besoin

Adapté de Lorrain D, Boivin DB. Troubles du sommeil. Dans : Arcand M, Hébert R, éd. *Précis pratique de gériatrie*. 2^e éd. Saint-Hyacinthe : Edisem-Maloine-FMOQ, 1997 ; chap. 17.

Tableau III

Hygiène du sommeil

- Établir un horaire régulier de lever et de coucher.
- Éviter de faire des siestes le jour.
- Faire de l'exercice le jour, mais pas en soirée.
- Prendre une petite collation en soirée, mais pas de repas copieux au souper.
- Boire une tisane ou un lait chaud.
- Éviter les stimulants (coca-cola, caféine, nicotine, menthe, chocolat).
- Éviter l'alcool.
- Aménager un environnement propice au sommeil (température, bruit, lumière).
- Faire des activités de détente avant le coucher.
- Aller au lit seulement pour dormir ou pour les relations intimes.
- Se lever lorsque le sommeil n'est pas venu après 20 ou 30 minutes.

causes secondaires, il faut expliquer au patient quelles sont les répercussions de la cause sous-jacente sur son sommeil et les moyens envisagés pour y remédier. Dans tous les cas, les risques et les bénéfices des différentes approches devraient être discutés avec le patient.

Traitement non pharmacologique

Généralement, les approches non pharmacologiques demandent plus de temps au médecin et les résultats sont moins rapides pour le patient. Toutefois, les bénéfices à moyen terme sont importants. Plusieurs stratégies peuvent être envisagées, mais une bonne hygiène du sommeil (*tableau III*) devrait être à la base de toutes les interventions. Une étude a montré qu'un programme régulier d'exercices modérés pouvait améliorer la qualité du

sommeil⁹. Les techniques de relaxation – relaxation progressive, *training* autogène ou rétroaction biologique (*biofeedback*) – permettent de diminuer les tensions et favorisent le sommeil. La thérapie cognitive vise à diminuer les attentes irréalistes et les fausses croyances concernant les causes et les conséquences de l'insomnie. La thérapie de restriction de sommeil, présentée par Spielman en 1987¹⁰, consiste à restreindre le temps passé au lit au temps réel estimé de sommeil. La privation de sommeil qui en résulte favorise un endormissement plus rapide et augmente l'efficacité du sommeil. Le traitement par contrôle du stimulus décrit par Bootzin¹¹ vise à modifier le conditionnement de l'insomniaque pour créer une association positive entre la chambre à coucher et un sommeil réparateur.

Traitements pharmacologiques

Lorsque tout a été mis en œuvre pour traiter les causes sous-jacentes et que les mesures non pharmacologiques n'ont pas donné de résultats satisfaisants, il peut s'avérer nécessaire d'y ajouter un hypnotique. Comme il n'y a pas de médicament de premier choix, la décision devrait plutôt tenir compte des éléments suivants :

Les modifications pharmacocinétiques. Par exemple, le métabolisme hépatique étant altéré avec l'âge, les médicaments ayant des métabolites actifs et de longues demi-vies auront tendance à s'accumuler dans l'organisme et à causer davantage d'effets secondaires.

La réponse antérieure. Avant d'en juger, il est important de vérifier pendant combien de temps et à quelle dose le patient a pris les médicaments.

Le symptôme cible. Le type d'insomnie influera sur notre choix. Si le pa-

tient a une insomnie initiale, il faudra fixer l'heure de la prise du médicament en fonction de sa rapidité d'absorption.

Le problème médical. Si, par exemple, le patient souffre d'une dysfonction respiratoire, il faut éviter dans la mesure du possible les dépresseurs du système nerveux central.

Le traitement médicamenteux global. Il influera sur le choix de l'hypnotique, tant à cause des risques d'interactions médicamenteuses que du potentiel de synergie d'effets secondaires.

Les caractéristiques du médicament. Des caractéristiques comme la demi-vie et le temps d'élimination déterminent le risque de somnolence diurne.

Les effets secondaires. Tous les médicaments ont des effets secondaires, mais certains peuvent être plus problématiques pour un patient à cause de son état global.

Voyons maintenant les principales caractéristiques des différents médicaments utilisés comme hypnotiques chez la personne âgée.

Les benzodiazépines. Bien que les benzodiazépines soient la classe de médicaments la plus prescrite pour traiter l'insomnie, peu d'études en ont démontré l'efficacité, surtout à long terme¹². Par contre, leurs effets secondaires sont bien connus, et les patients âgés y sont particulièrement vulnérables. Avant d'en prescrire, il faut donc prendre en considération les risques de ralentissement psychomoteur, d'aggravation de l'apnée du sommeil, de diminution de l'attention et de la mémoire, de confusion, de

somnolence diurne, d'ataxie et de chutes. De plus, en raison du phénomène de tolérance, pour obtenir la même efficacité, il faut parfois augmenter les doses, ce qui accroît le risque de complications. Par ailleurs, lorsque le patient arrête de les prendre, il y a un risque de rechute, c'est-à-dire de retour de l'insomnie ou d'insomnie rebond, qui n'est rien de moins que la réapparition de l'insomnie sous une forme plus marquée, et surtout, des symptômes de sevrage se manifestant par des nausées, des tremblements, une tension musculaire, de la parésie, des céphalées, de la confusion ou des convulsions.

Pour toutes ces raisons, il faut les prescrire avec circonspection et commencer à petites doses, augmenter graduellement, être à l'affût des effets secondaires et faire un suivi régulier.

Pour les patients qui prennent depuis longtemps des benzodiazépines comme hypnotiques, les modifications pharmacocinétiques liées à l'âge devraient nous amener à considérer un ajustement de la posologie ou un changement de benzodiazépine. Car même si toutes les benzodiazépines ont des propriétés similaires, leur métabolisme, leur demi-vie et leur délai d'action diffèrent (*tableau IV*). Lorsque l'on prescrit des benzodiazépines comme hypnotiques à une personne âgée, il faut éviter celles qui ont de longues demi-vies et des métabolites actifs, car elles sont plus susceptibles de s'accumuler dans l'organisme. Il vaut mieux privilégier les benzodiazépines à courte demi-vie

Généralement, la recherche de causes sous-jacentes et les approches non pharmacologiques demandent plus de temps au médecin et les résultats sont moins rapides pour le patient. Toutefois, les bénéfices à moyen terme sont importants.

Repère

Tableau IV

Benzodiazépines

Nom	Début d'action	Métabolites actifs	Demi-vie (chez l'adulte) Heures
Chlordiazépoxide (Librium®)	Intermédiaire	Oui	Longue 30-100
Clorzépaté (Tranxene®)	Rapide	Oui	Longue 30-200
Diazépam (Valium®)	Très rapide	Oui	Longue 20-100
Flurazépam (Dalmane®)	Rapide	Oui	Longue 50-200
Bromazépam (Lectopam®)	Rapide à intermédiaire	Oui	Courte 8-20
Alprazolam (Xanax®)	Intermédiaire	Oui	Courte 6-20
Clonazépam (Rivotril®)	Rapide à intermédiaire	Non	Intermédiaire 20-50
Lorazépam (Ativan®)	Intermédiaire	Non	Courte 10-20
Oxazépam (Serax®)	Lent	Non	Courte 5-15
Témazépam (Restoril®)	Intermédiaire	Non	Courte 8-15
Triazolam (Halcion®)	Rapide	Non	Très courte 2-5
Midazolam (Versed®)	Rapide	Oui	Très courte 1-2

sans métabolite actif comme le témazépam, l'oxazépam et le lorazépam. Le triazolam pose problème, car il peut entraîner des réactions paradoxales (insomnie et cauchemar) et des symptômes de dépersonnalisation, de distorsion sensorielle, de déréalisation et d'anxiété.

Zopiclone (Imovane®). La zopiclone est un hypnotique non benzodiazépinique à courte durée d'action. Chez la personne âgée, sa demi-vie d'élimination est d'environ huit heures. Elle appartient à une nouvelle famille chimique, mais son profil pharmacolo-

gique est toutefois semblable à celui des benzodiazépines. Elle se lie faiblement aux protéines plasmatiques, ce qui diminue le risque d'interactions médicamenteuses. L'effet secondaire le plus fréquent est une perturbation du goût (goût amer, métallique). Elle est contre-indiquée pour les patients ayant une dysfonction respiratoire grave, et la prudence est de mise pour ceux qui présentent une myasthénie ou une insuffisance hépatique grave.

Zaleplon (Starnoc®). Il s'agit d'un hypnotique non benzodiazépinique à début d'action rapide, sans métabo-

lite actif et à très courte demi-vie. Le profil pharmaceutique ne diffère pas substantiellement de celui du jeune adulte. Il n'est pas indiqué pour les patients souffrant d'insuffisance hépatique grave. Comme les autres hypnotiques, il exerce des effets dépressifs sur le système nerveux central (SNC). Il serait surtout utile pour diminuer la latence du sommeil et, à plus forte dose, pour en augmenter la durée totale. Toutefois, à l'heure actuelle, nous disposons presque seulement d'études portant sur l'emploi de ce médicament à court terme.

Hydrate de chloral (Noctec). L'hydrate de chloral est un médicament qui peut être efficace pour le patient âgé. Son effet hypnotique est rapide et sa demi-vie est d'environ huit heures. Il modifie peu l'architecture normale du sommeil. Les doses thérapeutiques ont peu d'effets sur la respiration. Toutefois, il donne des irritations gastriques et n'est pas recommandé pour les patients souffrant de gastrite ou d'ulcère. Il est contre-indiqué pour les patients présentant une grave atteinte hépatique ou rénale. Il augmente l'effet de la warfarine en la déplaçant des sites de liaison aux protéines.

Tryptophane. Le tryptophane n'est pas recommandé en première intention pour les personnes âgées, car son efficacité, de même que les doses et les effets secondaires, sont mal établis. Le tryptophane serait l'ingrédient actif du verre de lait chaud.

Barbituriques. Les barbituriques sont à proscrire à cause du risque de somnolence diurne, d'interactions médicamenteuses, de tolérance rapide, d'insomnie rebond et de létalité qu'ils entraînent et de leurs nombreux effets secondaires.

Anciens hypnotiques non barbituriques. Ils ressemblent beaucoup aux

barbituriques, et les mêmes restrictions s'appliquent au méprobamate (Equanil®), à l'ethchlorvynol (Placidyl®), au glutéthimide (Doriden®), au méthypylon (Noludar®), à l'éthinamate (Valmid®) et à la méthaqualone (Mandrax®).

Antihistaminiques. Les antihistaminiques sédatifs comme la diphenhydramine (Benadryl®) ou l'hydroxyzine (Atarax^{MC}) sont parfois efficaces pour déclencher le sommeil, mais les risques d'effets secondaires anticholinergiques n'en font pas un bon choix pour les personnes âgées. Les antihistaminiques sont l'ingrédient le plus commun dans les médicaments hypnotiques vendus sans ordonnance.

Antidépresseurs. Les antidépresseurs ne sont pas indiqués comme traitement de l'insomnie, sauf si la dépression en est la cause sous-jacente. Toutefois, on pourra envisager d'utiliser le trazodone (Desyrel®) comme hypnotique dans le traitement à plus long terme et lorsque les benzodiazépines sont contre-indiquées. Il faut faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on le prescrit à des patients suicidaires ou ayant des problèmes cardiaques ou un glaucome. De plus, le risque d'hypotension doit être pris en considération.

Antipsychotiques. Les antipsychotiques ne devraient pas être employés comme hypnotiques, sauf si des symptômes psychotiques sont la cause des insomnies.

L'INSOMNIE N'EST PAS une maladie, mais plutôt un symptôme pour lequel il faut procéder à une évaluation approfondie afin d'en trouver la cause sous-jacente, ce qui nous permettra de poser un diagnostic et de déterminer ainsi le traitement approprié. Celui-ci doit être individualisé et ne

pas passer systématiquement par la prescription d'une benzodiazépine. Les approches non pharmacologiques doivent également en faire partie, de même que l'enseignement. S'il est nécessaire d'y ajouter un hypnotique afin de permettre au patient d'avoir un sommeil suffisant pour maintenir un bon fonctionnement diurne, il est important de respecter certaines règles de façon à faire le choix le plus judicieux en fonction de l'état global du patient, et ce, dans le but de lui assurer la meilleure qualité de vie possible. □

Date de réception : 28 février 2001.

Date d'acceptation : 25 mars 2001.

Mots clés : insomnie, hypnotiques, personne âgée, troubles du sommeil.

Bibliographie

1. Moran MG, Thompson TL, Nies AS. Sleep disorders in the elderly. *Am J Psychiatry* 1998 ; 145 (11) : 1369-78.
2. Dement WC, Miles LE, Carskadon MA. "White Paper" on sleep and aging. *J Am Geriatr Soc* 1982 ; 30 : 25-50.
3. Ancoli-Israel S, Kripke DF, Klauber MR, et al. Periodic limb movements in sleep in community dwelling elderly. *Sleep* 1991 ; 14 : 496-500.
4. Reynolds CF III, Kupfer DJ, Taska LS, et al. Sleep of healthy seniors: a revisit. *Sleep* 1985 ; 8 : 20-9.
5. Ancoli-Israel S, Kripke DF, Klauber MR, et al. Sleep disordered breathing in community-dwelling elderly. *Sleep* 1991 ; 14 : 486-95.
6. Sériès F, Laforge J, Cormier Y. Le syndrome des apnées du sommeil. *Revue générale. L'Union médicale du Canada* janvier-février 1989 : 26-35.
7. Primeau F. How to treat insomnia in the elderly. *The Canadian Journal of CME* avril 1997 : 117-27.
8. Lorrain D, Boivin DB. Troubles du sommeil. Dans : Arcand M, Hébert R, éd. *Précis pratique de gériatrie*. 2^e éd. Saint-Hyacinthe : Edisem-Maloiné-FMOQ, 1997 ; chap. 17.
9. King AC, Oman RF, Brassington GS, et al. Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults. *JAMA* 1997 ; 277 : 32-7.
10. Spielman A, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 1987 ; 10 : 45-56.
11. Bootzin AR. A stimulus control treatment for insomnia. *American Psychological Association proceedings*. Washington, DC : American Psychological Association, 1972 : 395-6.
12. Grad RM. Benzodiazepines for insomnia in community-dwelling elderly: a review of benefits and risk. *J Fam Pract* 1995 ; 41 (5) : 473-81.

Summary

Insomnia in the elderly. Insomnia is not an illness, but rather a symptom that requires an in-depth analysis to uncover the underlying cause that will in turn determine the diagnosis and the appropriate treatment. The analysis must be individualized and the prescription of a benzodiazepine not be systematic. A non pharmacological approach along with patient education must also be considered in the treatment of insomnia.

If an hypnotic must be prescribed to ensure an adequate amount of sleep so one can function adequately during waking hours, it is important to respect certain rules before doing so. A judicious choice of hypnotic must be made, considering both the patient's general condition and the ultimate goal of ensuring the best quality of life possible.

Key words: insomnia, hypnotics, elderly, sleep disorders.

L'insomnie n'est pas une maladie, mais un symptôme dont il faut trouver la cause pour poser un diagnostic et déterminer le traitement approprié.