

Epidémiologie et prise en charge des troubles du sommeil de la personne âgée

SF3PA - Le 04/06/2025

Vieillissement, sommeil et addictions : l'importance de dépasser nos préjugés pour mieux accompagner
Président : Philippe NUBUKPO – Limoges

Bastien Poirson

Gériatrie – Médecine du Sommeil



6^e Congrès

Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée



Représentations du vieillissement : arts, culture et société

Mercredi 4 et jeudi 5 JUIN 2025

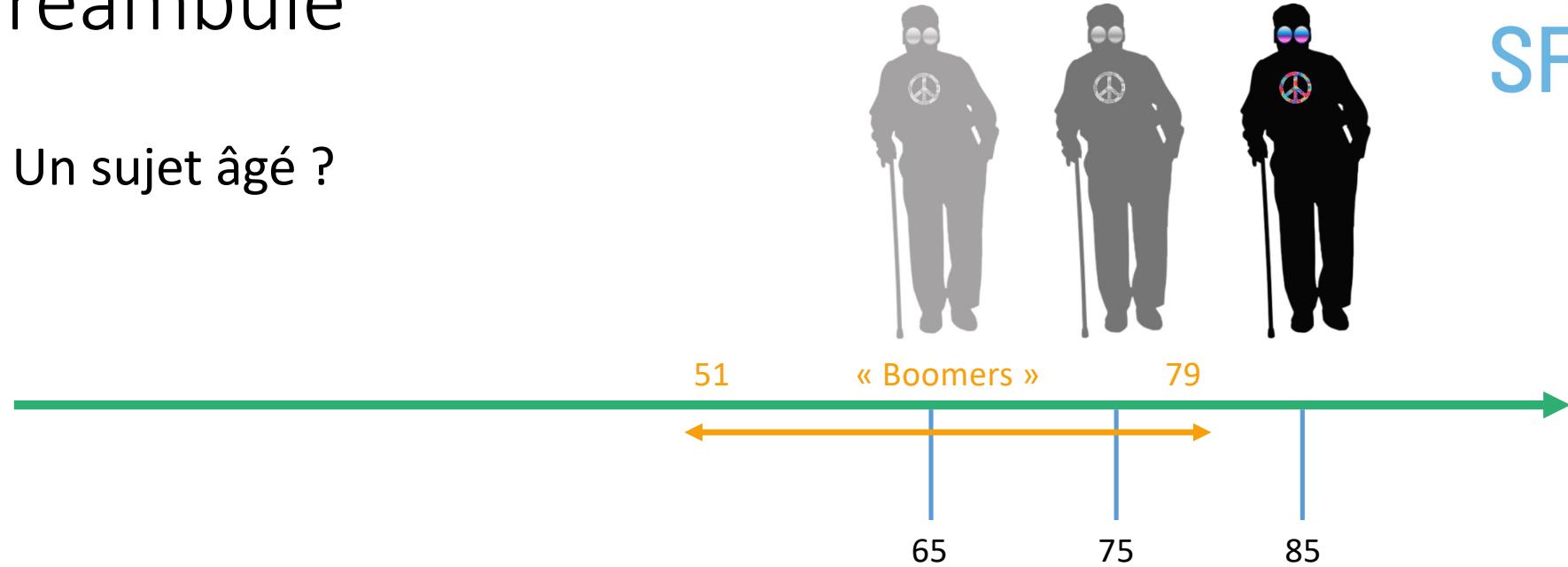
Campus des Cordeliers - PARIS

www.sf3pa-congres.com

L'auteur déclare n'avoir aucun lien ni conflit d'intérêt à signaler dans le cadre de cette intervention.

Préambule

- ❖ Un sujet âgé ?



- ❖ Un sommeil sans trouble ?

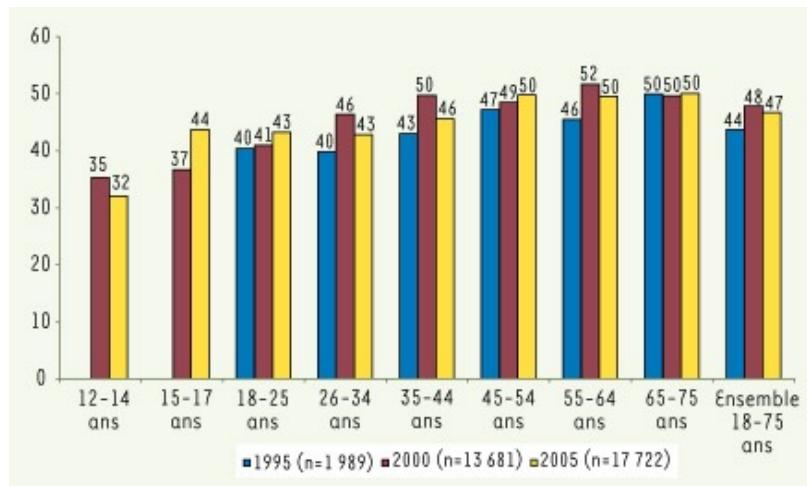


Tout trouble ?

Données françaises pas très récentes...

Beck F, Léon C, Léger D. Les troubles du sommeil en population générale: évolution 1995-2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés, *Med Sci (Paris)*. 2009 Feb;25(2):201-6.

C. Chan-Chee, V. Bayon, J. Bloch, F. Beck, J.-P. Giordanella, D. Léger, Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 59, Issue 6, 2011, Pages 409-422, ISSN 0398-7620



Auteurs (année(s) d'étude)	Quera-Salva et al. (1987) [10]	Ohayon (1993) [11-14]	Léger et al. (1997) [15]	Léger et al. (fin années 1990-début années 2000) [16,20]	Allaert et Urbinelli (début des années 2000) [19]	Léger et al. (2002-2003) [17,18]
Méthodologie	Méthode des quotas Questionnaire administré en face-à-face	Tirage au sort. Téléphone utilisant un système expert « Sleep-Eval »	Méthode des quotas Auto-questionnaire	Méthode des quotas Auto-questionnaire	Échantillonnage non précisé CATI pour le screening, puis en face-à-face pour les causes d'insomnie	Méthode des quotas CATI
Taux de réponse	85 %	80,8 %	85,2 %	76 %	Non précisé	Non précisé
Échantillon final (% hommes)	1003 sujets de 15 à 91 ans, (43 % H)	5622 sujets de 15 à 96 ans, (48 % H)	12 778 sujets, âge ≥ 18 ans, (47 % H)	8625 sujets, âge ≥ 18 ans, répartition sexe non précisée	8027 sujets dont 2028 en France, âge ≥ 18 ans, répartition sexe non précisée	1003 sujets en France, âge ≥ 18 ans, (48 % H)
Critères de jugement des troubles du sommeil	Symptômes d'insomnie actuels	DSM-IV (≥ 1 trouble du sommeil survenant depuis ≥ 1 mois + retentissement)	DSM-IV (≥ 1 trouble du sommeil ≥ 3 fois/semaine survenant depuis ≥ 4 semaines \pm retentissement)	DSM-IV (≥ 2 troubles du sommeil ≥ 3 fois/semaine survenant depuis ≥ 1 mois + retentissement)	Non précisé	Symptômes d'insomnie (12 derniers mois)
Prévalence	48 %	18,6 % sans retentissement 12,7 % avec retentissement	29 % ≥ 1 trouble sans retentissement 19 % ≥ 1 trouble avec retentissement 9 % ≥ 2 troubles avec retentissement	8,1 % insomniaques sévères	26,4 %	37,2 % : au moins un symptôme d'insomnie

Tout trouble ?

ITALIE

Prevalence of sleep disorders in geriatrics: an exploratory study using sleep questionnaires

Mariana Fernandes, PhD^{a,1}, Matteo Antonucci, B.Sc., RN^{a,1}, Francesca Capecci, MD^a, Nicola Biagio Mercuri, MD^{a,b}, David Della-Morte, MD, PhD^{c,d}, Claudio Liguori, MD, PhD^{a,b,*}

En introduction, concernant la littérature disponible :

« some of these studies may be relatively outdated, as the mean age of the current older population increased and is expecting to continue rising in the coming years »

Population : 65+, MMSE 24+, pas de neuroleptique, pas de pathologie neuro/psy

Tests : PSQI (IT), ISI (IT), IRLS, Berlin, ESS, MEQ (IT), GDS15 (IT)

Résultats population : âge 77,3, MMSE 26,8, IMC 26,5, 75% HTA, 48% HCT

Tout trouble ?

ITALIE

Prevalence of sleep disorders in geriatrics: an exploratory study using sleep questionnaires

Mariana Fernandes, PhD^{a,1}, Matteo Antonucci, B.Sc., RN^{a,1}, Francesca Capecci, MD^a, Nicola Biagio Mercuri, MD^{a,b}, David Della-Morte, MD, PhD^{c,d}, Claudio Liguori, MD, PhD^{a,b,*}

Résultats tests : 62% avec 1 trouble ou plus : 27% avec 1 ; 17% avec 2 ; 17% avec 3

« Mauvaise qualité » 36%

« Risque apnées » 34,5%

« Symptômes d'insomnie » 25,9%

Ajustements : Pas de différence sur âge, IMC, nombre comorbidités, MMSE

Femmes = + insomnie, - qualité, + GDS

« For nurses and healthcare providers working in geriatrics settings, these findings suggest a crucial role in routinely assessing sleep health as part of comprehensive care. »

Tout trouble ?

Autres pays francophones

CANADA



SUISSE

Troubles du sommeil courant chez les aînés

- Mis à part l'insomnie, il existe un bon nombre d'autres troubles du sommeil qui deviennent plus fréquents avec l'âge :
- Syndrome des jambes sans repos
- Mouvement périodiques des jambes
- L'apnée du sommeil
- Troubles du comportement en sommeil paradoxal
- Syndrome d'avance de phase

Troubles du sommeil	jusqu'à 42% des > 65 ans (1995)
Insomnie	23 à 34% des > 65 ans (2009)
chronique	83% "d'insomnie comorbide"
SAHOS	25% des âgés (2004)
Mouvements	jusqu'à 45% des > 65 ans (2009)
Avance de phase	1-7%

Périvier S, Mendes A, Heyrani Nobari B, Ammane H, Cervena K, Perrig S, et al. Approche pratique de l'insomnie en gériatrie : de la plainte au traitement. Rev Med Suisse. 11 nov 2015;494:2098-103.

Trouble par trouble ?

- SAHS ?
- SJSR ?
- SMPMS ?
- TCSP ?
- Rythme circadien ?
- Insomnie ?
- Somnolence DE ?
- Ronflements ?
- Psychotropes ?



Table 2. Prevalence of insomnia from different diagnostic criteria: The Tromsø Study 2015–2016.

	DSM-IV-TR (n=19,832)		DSM5 (n=19,800)		ICSD-3 (n=19,800)		ICD-10 (n=19,652)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Insomnia	4689	23.6	1687	8.5	3957	20.0	1954	9.9
No insomnia	15,143	76.4	18,113	91.5	15,843	80.0	17,698	90.1

Prevalence of insomnia in a general adult population cohort using different diagnostic criteria: The seventh survey of the Tromsø study 2015–2016. Porcheret K et al. Sleep Medicine. 119 July;24:289–295

Prevalence of sleep apnoea syndrome in the middle to old age general population. Heinzer, Raphael et al. The Lancet Respiratory Medicine, Volume 4, Issue 2, e5 - e6

Epidemiology of insomnia disorder in older persons according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: a systematic review and meta-analysis. Endomba et al. Eur Geriatr Med. 223 Dec;14(6):1261-1272

DONC

- ❖ Autant voire plus de troubles que l'adulte jeune
- ❖ Est-ce qu'il y a des conséquences ?

Est-ce qu'il y a des conséquences ?

❖ Augmentation de la « dépendance » si allongement du sommeil

Ding X, Pan Y, Chen Y, Li Y. Association between dependency and long sleep duration among elderly people: a community-based study. *Psychogeriatrics*. 2023 Sep;23(5):789-799.

“ In this present study, complex analysis methods confirmed that dependency was associated with long sleep duration, and the association was stronger than with cognitive function and depression ”

“ The individuals with dependency also were associated with early wakeup time, long duration to fall asleep, and nonparticipation in physical activity ”

❖ Augmentation de la « fragilité » avec les troubles du sommeil

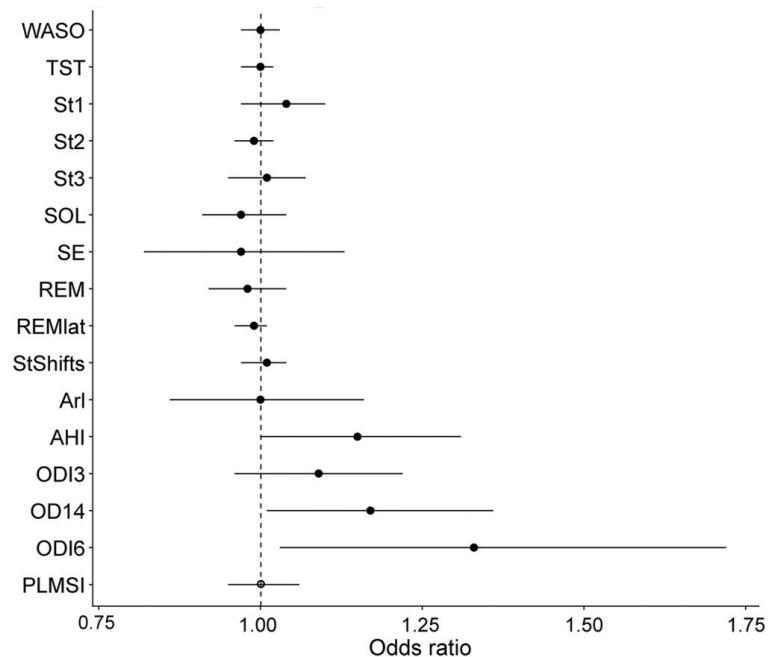
Sun R et al. Effects of different sleep disorders on frailty in the elderly: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sleep and Breathing*. 2023, 27:91-101

“ The risk of frailty differs between older adults with sleep disorders and controls, suggesting that the relationships between different sleep disorders and frailty vary. These results highlight the need to monitor sleep disorders of the elderly and conduct intervention to prevent or delay the frailty process. ”

Est-ce qu'il y a des conséquences ?

❖ Augmentation du risque de troubles neurocognitifs avec les apnées

Haba-Rubio J, Marti-Soler H, Tobback N, Andries D, Marques-Vidal P, Waeber G, Vollenweider P, von Gunten A, Preisig M, Castelao E, Tafti M, Heinzer R, Popp J. Sleep characteristics and cognitive impairment in the general population: The HypnoLaus study. *Neurology*. 2017 Jan 31;88(5):463-469.



Association of polysomnographic variables with a Clinical Dementia Rating scale score >0, multivariate analysis

AHI = apnea/hypopnea index (n/h); Arl = arousal index (n/h);
ODI3 = oxygen desaturation index $\geq 3\%$ during sleep (n/h);
ODI4 = oxygen desaturation index $\geq 4\%$ during sleep (n/h);
ODI6 = oxygen desaturation index $\geq 6\%$ during sleep (n/h);

Est-ce qu'il y a des conséquences ?

❖ Augmentation du risque cardiovasculaire avec les apnées

SAHS (sévère) non traité

- Mortalité CV x5,2 ; toute cause x3,8
- Première cause d'HTA secondaire & HTA résistante
- 20-40% HTAP, survie plus courte, [réversible sous PPC en 4M](#)
- 30% de diabète (et 30% de SAHS si diabète)
- Elévation TG/LDL et diminution HDL
- +68% de risque de coronaropathie à 8 ans
- AVC x2,52 à 6 ans ; [survie augmentée post AVC si PPC déployée](#)
- Augmentation FC au repos ; + de symptômes et + d'hospitalisation si FA + SAHS
- [Moins de FA nocturne et de passage en FA permanente si PPC instaurée](#)
- Prévalence augmentée si HFrEF (centrales) ou HFpEF (obstructives) ; plus de dysfonction diastolique

DONC

- ❖ Autant voire plus de troubles que l'adulte jeune
- ❖ Des conséquences générales et spécifiques
- ❖ Faut-il vraiment les prendre en charge ?

Que proposer ? L'apnée

1. Non connu, non suspect, mais FDR = dépistage à envisager
2. Non connu, mais suspect = diagnostic à entreprendre
3. Connu, non traité = à questionner
Depuis quand ? Comment ? Pourquoi ? Et maintenant ?
4. Connu, traité = à contrôler et réévaluer

Refus d'appareillage
« Echec » d'appareillage
→ Technique, tolérance,
prestataire, prescripteur ?
Abandon d'appareillage

Diagnostiquer les apnées

Comme un sujet jeune...	...ou presque
<ul style="list-style-type: none"> • Suspicion clinique • Somnolence diurne : Epworth Sleep Scale • Explorations : PV pour confirmation simple PSG si différentiels <p>Critères diagnostiques identiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique frustré mais plus de situations à risque • Disponibilité d'une hétéro-anamnèse • Somnolence diurne "excessive" • Explorations réalisable (ou pas) selon : mobilité / lieu de vie / cognition / comportement

Monti A et al, Clinical characteristics of sleep apnea in middle-old and oldest-old inpatients: symptoms and comorbidities. Sleep Med. 2021

Traiter les apnées

Comme un sujet jeune...	...ou presque
<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle pondéral • Chirurgie ORL • Thérapie positionnelle • Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM) • Pression Positive Continue (PPC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas favoriser une dénutrition • Contre-indication chirurgicale et rapport B/R • Pathologies rachidiennes et douleurs • Edentation et support insuffisant • Acceptation / tolérance du masque • Capacité de mise en place / aidants

Et les situations particulières

1. L'iatrogénie plus fréquente : Benzodiazépines, Z-drugs, Ticagrelor
2. Autant (voire plus) de consommation d'alcool
3. L'insuffisance cardiaque +/- diagnostiquée avec une FEVG +/- récente
4. Plus de risques avec les éveillants (dénutrition, HTA, QT long, CYP3A4)

Que proposer ? Les SJSR

- ❖ Critères cliniques indépendants de l'âge
- ❖ Critères modifiés en cas de troubles neurocognitifs

❖ Sur risque de forme « pharmaco-R »

Augmentation de la prévalence des situations à risque :
dépression, anxiété, carence martiale, SAHOS,
douleurs chroniques, polyneuropathie, alitement
réduction des activités, iatrogénie (ATD, NLP, anti-H1, Tramadol)

Signes d'inconfort des jambes
(se frotte / se masse en gémissant)

Activité motrice excessive
(gigote, se tourne, tape du pied)

Exclusivement pendant ou aggravés par le
repos / l'inactivité

Signes d'inconfort diminués par l'activité

1 et 2 uniquement ou aggravés le soir / la nuit

Allen RP, Picchietti D, Hening WA, et al. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. [...]. Sleep Med 2003;4:101-19.

Chenini S, Arnulf I, Monaca CC, Ghorayeb I. French consensus: Pharmacoresistant restless legs syndrome. Rev Neurol (Paris). 2018 Sep-Oct;174(7-8):522-531.

Considérer et bilanter la plainte clinique

- ❖ Mêmes thérapeutiques
- ❖ Vigilance accrue
 - ❖ Différentiels et copathologies (AOMI, IVC, carence martiale, iatrogénie)
 - ❖ Historique des molécules déjà employées
 - ❖ Profil neurocognitif plus à risque
 - ❖ Recommandations AASM 2024
 - ❖ Prégabaline / Gabapentine >> Agonistes dopa
 - ❖ Traquer et traiter la carence martiale

Winkelman JW, Berkowski JA, DelRosso LM, et al. Treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med.* 2025;21(1):137–152.

Que proposer ? Les TCSP

- Pathologie liée à l'âge (0,5-1% après 60 ans)
- À 15 ans de suivi : 45% MP, 45% MCL, 5% AMS
- Si MP/MCL + TCSP : forme plus sévère (motrice, non motrice, cognitive)

➔ Confirmer le diagnostic pour anticiper le devenir

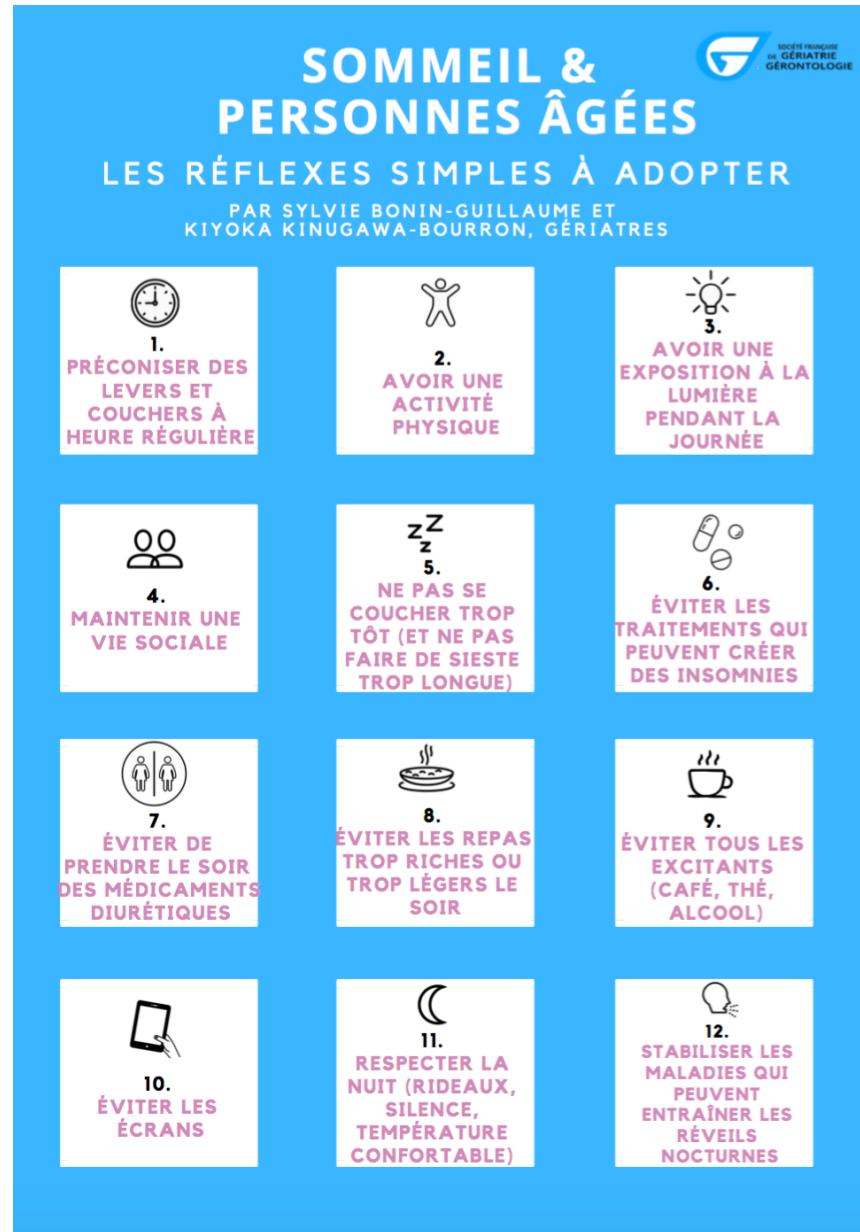
Figorilli M, Meloni M, Lanza G, Casaglia E, Lecca R, Saibene FL, Congiu P, Puligheddu M. Considering REM Sleep Behavior Disorder in the Management of Parkinson's Disease. *Nat Sci Sleep*. 2023 May 5;15:333-352. doi: 10.2147/NSS.S266071. PMID: 37180094; PMCID: PMC10167974.

Que proposer ? *Les insomniaques*

- ❖ Pas de spécificité diagnostique / thérapeutique liée au grand âge
- ❖ « Juste » plus d'antériorité, évolution, essais de traitements

Que proposer ?

Pour tous : conseils et règles d'hygiène



Que proposer ? A Jean-Michel,

Cet homme de 84 ans, qui consulte pour insomnie ?

Il prend scrupuleusement sa benzodiazépine depuis 15 ans, a testé 3 anti-dépresseurs en dix-huit mois « *mais aucun ne me convient Docteur et ils ont tous des effets indésirables* », a recouru à 4 compléments alimentaires différents au cours des six mois passés « *des fois je passe une bonne nuit et après ça ne me fait plus rien* », qu'il est apnéique sévère « *mais j'ai rendu la machine parce que je devais l'enlever trop souvent pour aller aux toilettes, c'était contraignant et je ne voyais pas de changement* ».

→ Une deuxième benzodiazépine ? Augmenter la première ?

Que proposer ? A Jean-Michel,

Ou

1. Switch pour une benzodiazépine à demi-vie courte et réduction de dose.
2. Evaluation thymique avec échelle et questionnement sur son suivi.
3. Education sur les compléments alimentaires vendus en parapharmacie.
4. Discussion sur l'antériorité diagnostique et thérapeutique du SAHOS et les possibilités d'un nouveau bilan / prise en charge.
5. Questionner ses symptômes urinaires au-delà de la nycturie car il a potentiellement une HBP non diagnostiquée.
6. S'enquérir du suivi post-AVC qui flashe en tête de liste de ses antécédents et qui avait d'ailleurs amené au dépistage SAHOS, il y a tout juste 18 mois...

Que proposer ? A Madeleine,

Cette femme de 98 ans, qui est adressée pour dépistage SAHOS ?

→ Rien car elle est trop âgée, aucun intérêt !

Que proposer ? A Madeleine,

→ Ou prendre le temps de regarder le dossier et la demande :

Hospitalisation de 24h seulement en gériatrie à la suite d'une chute.

Malaise > Hypotension orthostatique + HTA non équilibrée ← insuffisance de traitement.

Décrit un sommeil de mauvaise qualité. Est ronfleuse assumée. Présente une nycturie.

Par ailleurs ? Seule à domicile, indépendante, autonome, aucune aide requise hormis sa fille.

Aucune pathologie mettant en jeu le pronostic vital à court ni moyen terme.

A une benzodiazépine depuis des temps immémoriaux, du paracétamol, et un anti-hypertenseur.

→ Madeleine passe en polysomnographie ! (*et on attaque un prudent sevrage en benzodiazépine*)

Conclusions ?

- ❖ Autant voire plus de troubles du sommeil que l'adulte jeune
- ❖ Des conséquences générales et spécifiques
- ❖ Y penser souvent
- ❖ Ne jamais les banaliser
- ❖ Se donner les moyens de les diagnostiquer
- ❖ Pour pouvoir les traiter et accompagner les patients



SF3PA

Merci.

6^e Congrès

Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée



Représentations du vieillissement : arts, culture et société

Mercredi 4 et jeudi 5 JUIN 2025

Campus des Cordeliers - PARIS

www.sf3pa-congres.com

