

# UE 123 C – Prévention iatrogénie médicamenteuse

## Hypnosédatifs et Sujet âgé

# Objectifs du cours

- Objectifs thérapeutiques

- **Ce que vous devez connaître avant d'aborder ce cours :**

- Les médicaments psychotropes : structure, mécanisme d'action, indications
  - UE 17A Substances actives (3<sup>ème</sup> année)
  - UE 18P Pharmacologie (3<sup>ème</sup> année)

- **Les objectifs de ce cours :**

- Acquérir les connaissances de base sur le **sommeil** et les **troubles du sommeil**
- Connaître la **stratégie thérapeutique** des troubles du sommeil
- Prévenir et prendre en charge la iatrogénie liée aux traitements hypnotiques
- Connaître la particularité d'utilisation des hypnotiques chez le sujet âgé.

# PLAN

- I. Le sommeil
  - a. Architecture
  - b. Spécificité du sujet âgé
  
- II. L'insomnie
  - a. Définition
  - b. Epidémiologie
  - c. Diagnostic
  
- III. Prise en charge de l'insomnie
  - a. Problématique actuelle
  - b. Stratégie thérapeutique
  - c. Approche non pharmacologique
  - d. Approche pharmacologique

## Conclusion

# I. Le sommeil

## a. Architecture

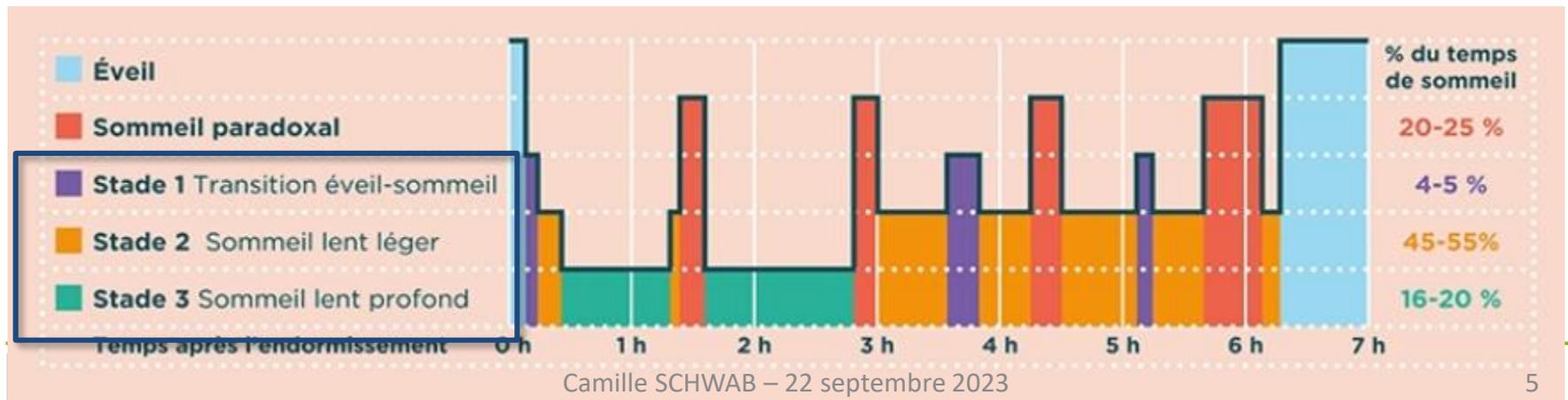
- Le sommeil = baisse de l'état de conscience qui sépare deux périodes d'éveil
  - Perte de vigilance
  - Diminution du tonus musculaire
  - Conservation partielle de la perception sensitive
- Succession de plusieurs cycles successifs :
  - Entre 3 et 6 cycles
  - Cycles de 60 à 120 minutes chacun
- Chaque cycle se divise en plusieurs phases de sommeil :
  - Le sommeil lent
  - Le sommeil paradoxal

# I. Le sommeil

## a. Architecture

### • Le sommeil lent

- Ondes lentes : grandes amplitudes et faible fréquence
- Consommation en oxygène réduite
- Métabolisme cérébral ralenti
- Tonus musculaire diminué
- Plusieurs stades
  - Phase de transition (quelques minutes) : sépare la veille et le sommeil
  - Sommeil léger
  - Sommeil progressivement plus profond (plusieurs dizaines de minutes)



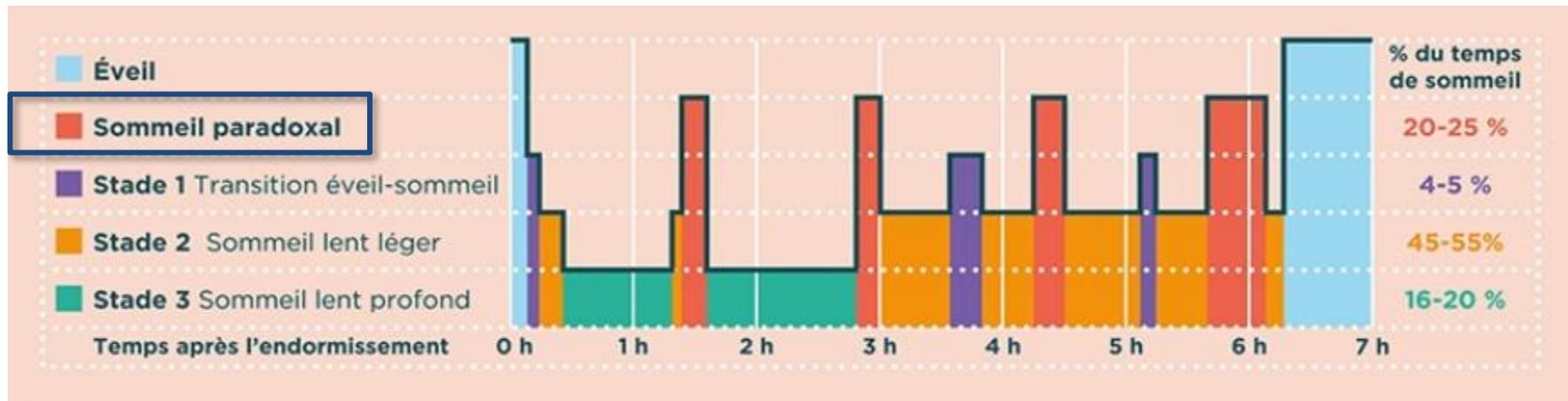
Camille SCHWAB – 22 septembre 2023

# I. Le sommeil

## a. Architecture

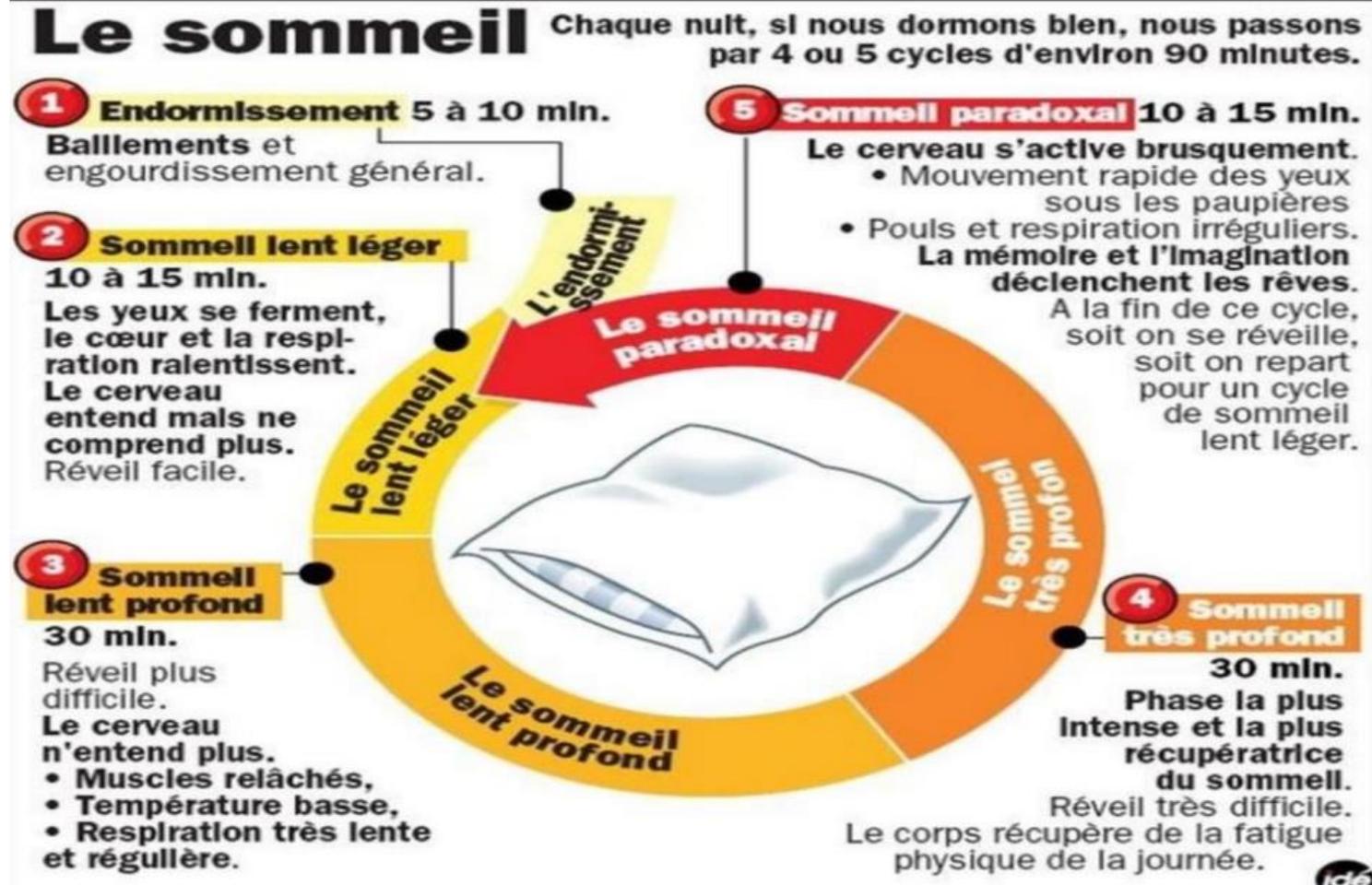
- Le sommeil paradoxal

- Activité cérébrale proche de celle de la phase d'éveil
- Aussi appelée période REM (Rapid Eye Movement)
- Tonus musculaire totalement aboli
- Rêves



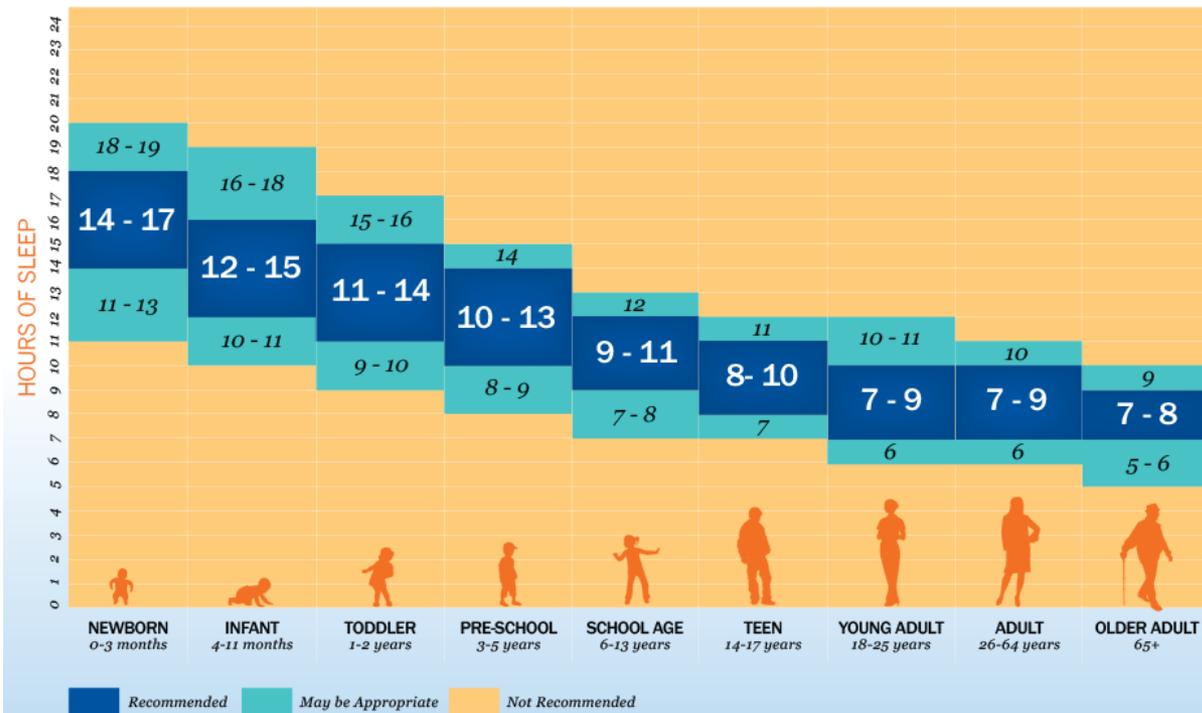
Différents stades du sommeil et de l'éveil (<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sommeil>)

# I. Le sommeil



# I. Le sommeil

## SLEEP DURATION RECOMMENDATIONS



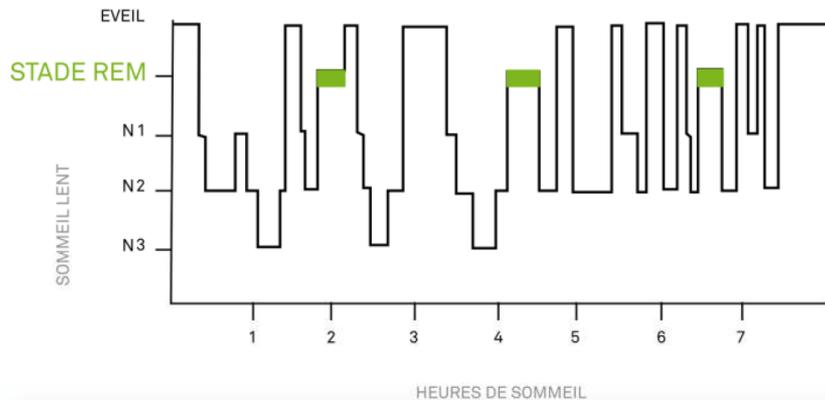
SLEEPFOUNDATION.ORG | SLEEP.ORG

Hirshkowitz M, The National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary, Sleep Health (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>

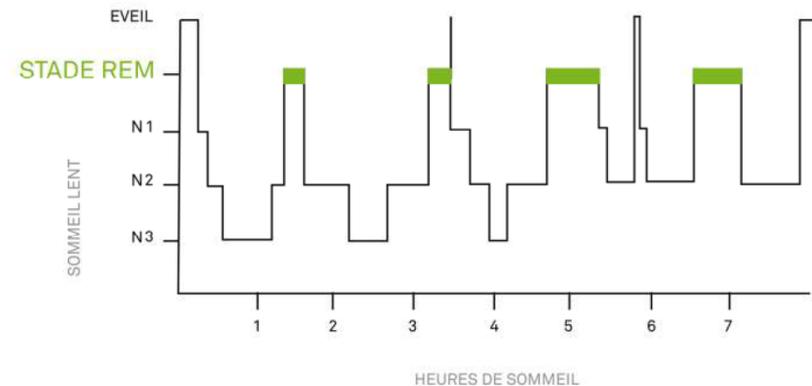
# I. Le sommeil

## b. Spécificité du sujet âgé

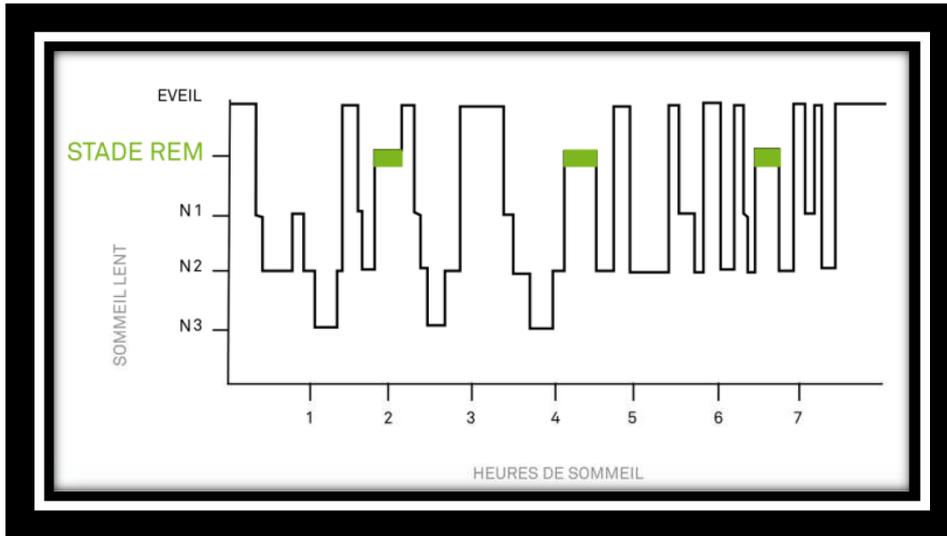
Hypnogramme sujet âgé



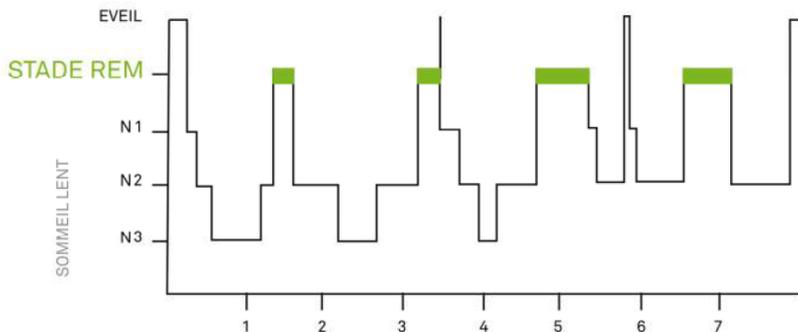
Hypnogramme adulte jeune



# I. Le sommeil



- Endormissement et réveil plus précoces
- Augmentation du délai d'endormissement
- Diminution du temps total de sommeil
- Réduction du sommeil lent profond et paradoxal
- Sommeil polyphasique (éveils nocturnes plus souvent perçus)
- Augmentation de la fréquence des siestes diurnes



# I. Le sommeil

## b. Spécificité du sujet âgé

- La plupart de ces changements ont lieu à partir de 50 ans
- Diminution de l'exposition à la lumière naturelle
  - Cataracte
  - Diminution des sorties extérieures
- Diminution des exercices physiques

# II. L'insomnie

## a. Définition

- Insomnie = Plainte d'un sommeil ressenti comme :
  - Difficile à obtenir
  - Insuffisant
  - Non récupérateur
- Plusieurs types de difficultés
  - Difficulté d'endormissement
  - Eveils fréquents ou de longue durée
  - Réveil trop précoce
  - Temps de sommeil perçu comme insuffisant
  - Sommeil de mauvaise qualité ou jugé comme non réparateur



# II. L'insomnie

## a. Définition

- Retentissement sur le fonctionnement de la journée :
  - Modifications de la vigilance ;
  - Adynamie ;
  - Troubles cognitifs, du comportement ou de l'humeur.
- Associations à d'autres troubles :
  - Troubles psychiatriques
  - Stress
  - Dépression
  - *etc.*



# II. L'insomnie

## b) Epidémiologie

- Ne pas sous-estimer le besoin de dormir :



AS Urrila et coll. Sci Rep, 2017

FP Cappuccio et coll. Diabetes Care, 2010

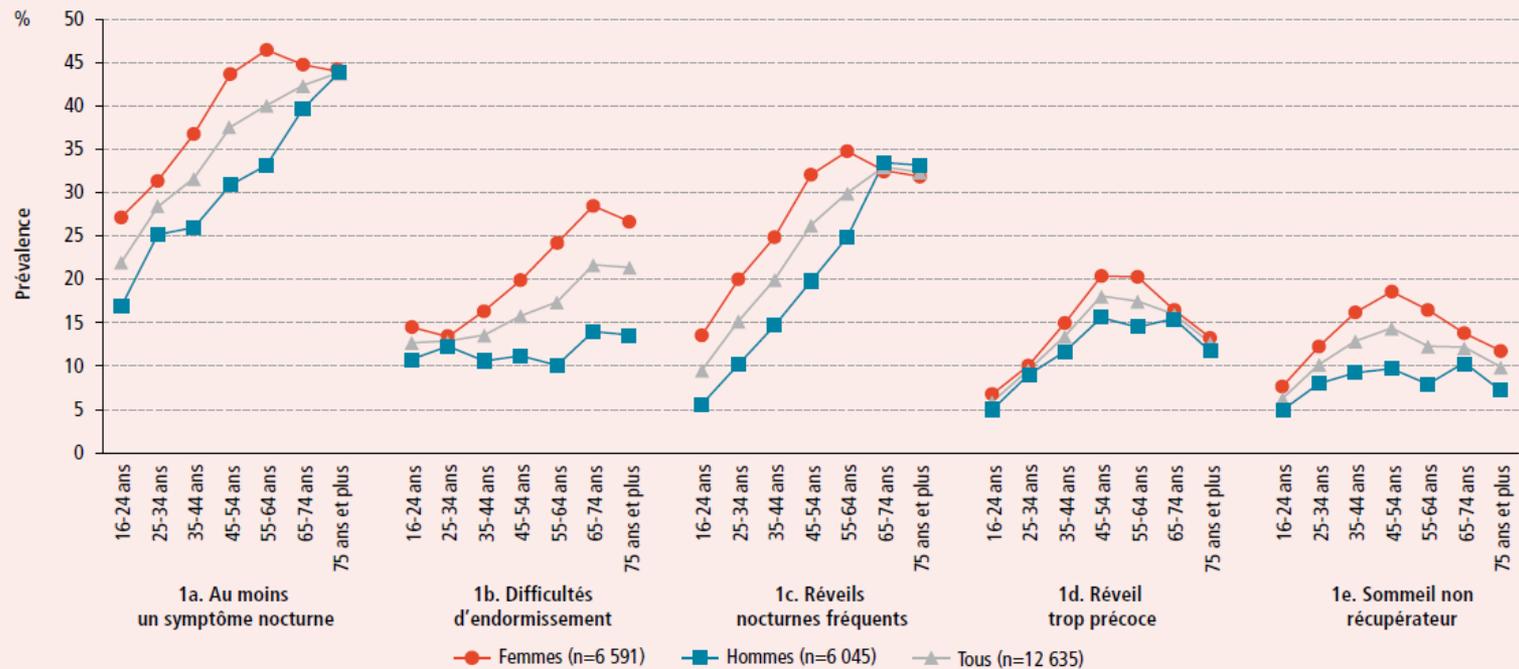
AA Prather et coll. Sleep, 2015



# II. L'insomnie

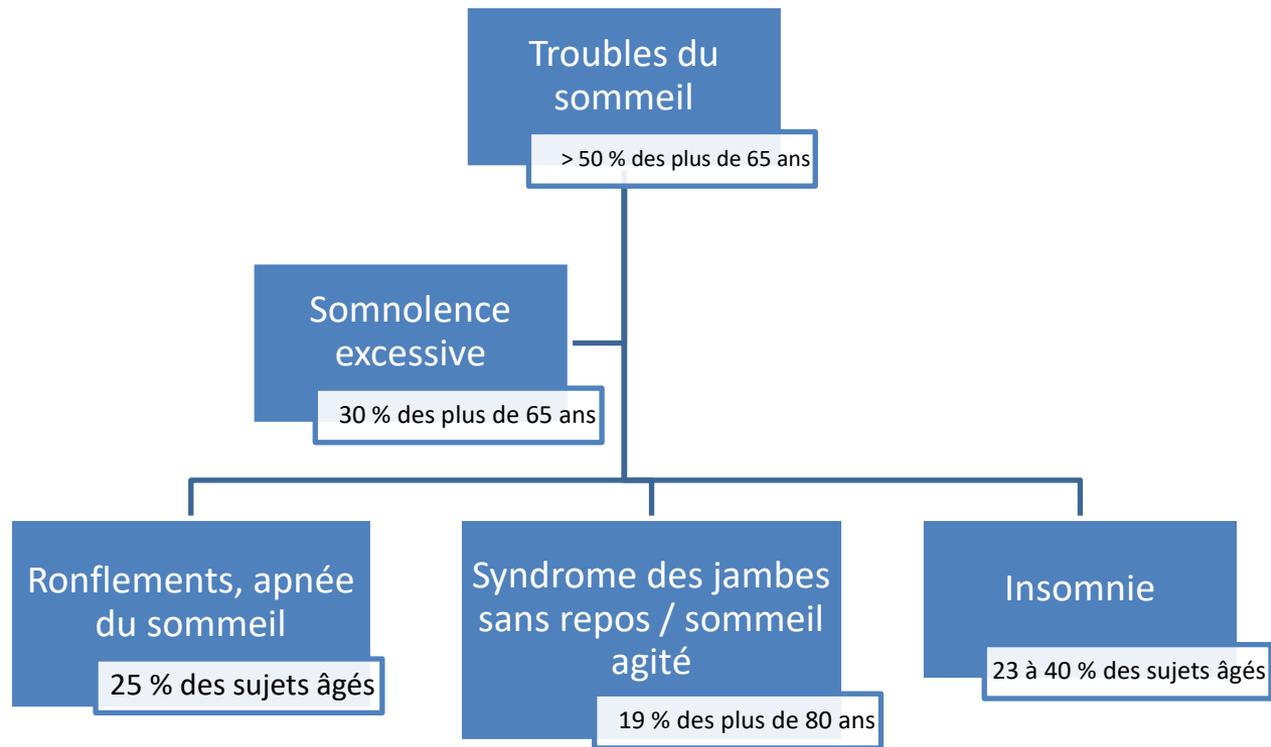
## b) Epidémiologie

Figure 1 Prévalence des symptômes d'insomnie ( $\geq 3$  nuits par semaine) selon l'âge et le sexe, ESPS 2008, France / *Figure 1 Prevalence of insomnia symptoms ( $\geq 3$  nights/week) by age groups and by gender, ESPS 2008, France*



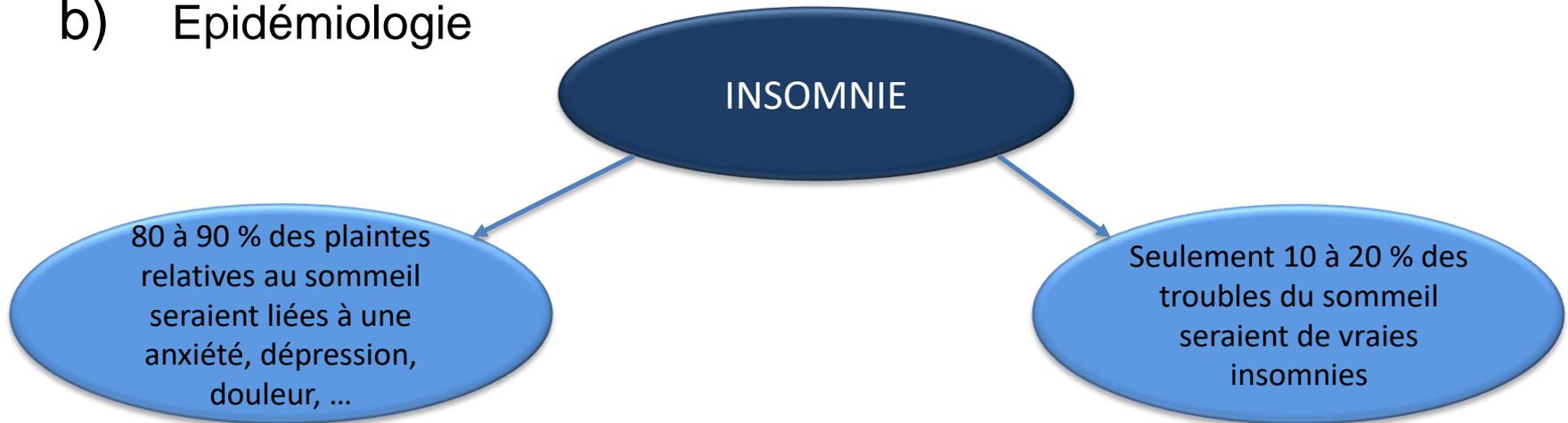
# II. L'insomnie

## b) Epidémiologie



# II. L'insomnie

## b) Epidémiologie



# II. L'insomnie

## b. Diagnostic

- Insomnie à court terme

- Durée < 3 mois
- Evènement marquant (deuil, hospitalisation, institutionnalisation...)

- Insomnie chronique

- Insomnie comorbide avec une pathologie mentale ou somatique
- Insomnie primaire

- Insomnie chronique et pathologies somatiques :

- Douleur (arthrose, ...)
- Dyspnée (BPCO, ...)

- Insomnie chronique et pathologie psychiatrique :

- Dépression
- Anxiété

# II. L'insomnie

## INTERROGATOIRE DU PATIENT

### 1. Caractériser la plainte du patient

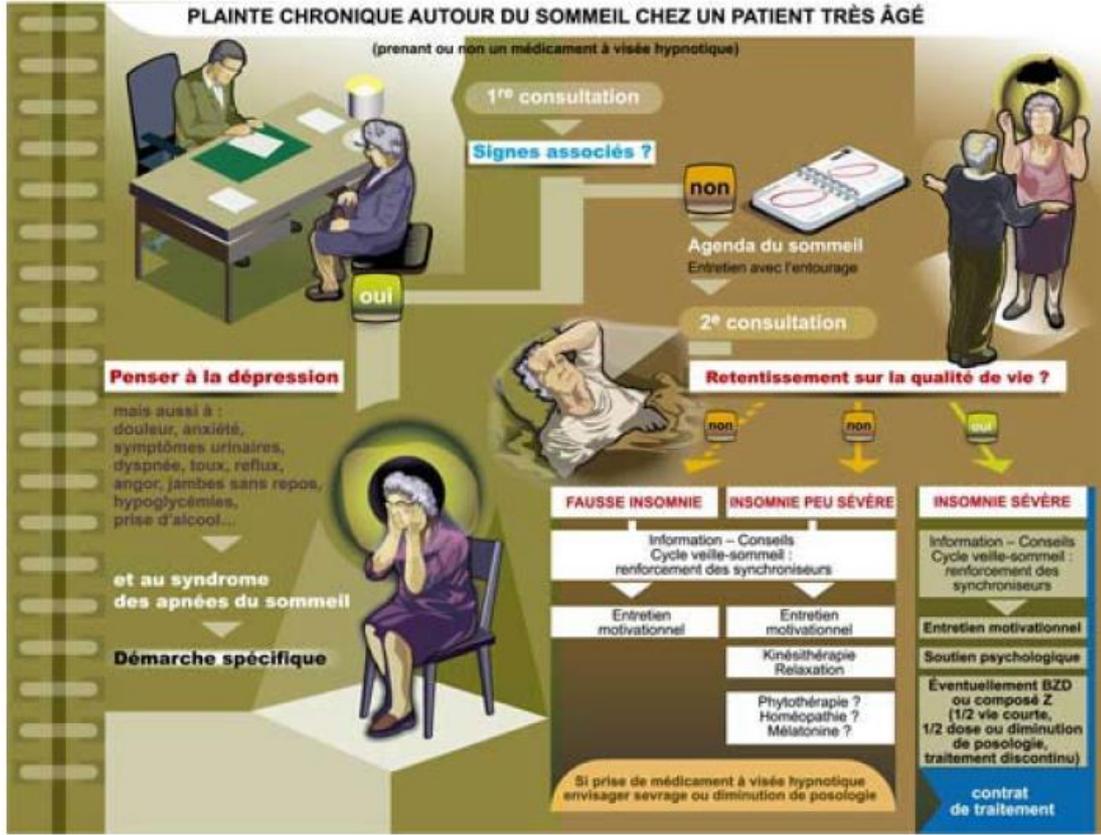
- Insomnie **légère** : 1 nuit par semaine, faible retentissement diurne
- Insomnie **modérée** : 2-3 nuits par semaine, retentissement diurne plus important
- Insomnie **sévère** : au moins 4 nuits par semaine, retentissement diurne majeur

### 2. Rechercher les causes

- Pathologie associée
- Iatrogénie
- Mauvaise hygiène du sommeil
- Croyances, représentations ou pensées parasites

# II. L'insomnie

## b. Diagnostic



Troubles du sommeil : stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées, HAS

# II. L'insomnie

## b. Diagnostic

- Questionnaire

**Tableau 1.** Exemple de questionnaire permettant une évaluation des troubles du sommeil chez une personne âgée (Adapté de réf. 2,23).

### 1. Evaluation de la qualité et de la quantité de sommeil

- Avez-vous des difficultés à vous endormir au coucher?
- A quelle heure vous couchez-vous et vous levez-vous?
- Vous réveillez-vous la nuit et si oui combien de fois?
- Si vous vous réveillez la nuit, avez-vous des difficultés à vous rendormir?
- Quelle durée ont vos réveils nocturnes?
- Vous sentez-vous somnolent ou fatigué dans la journée?
- Depuis combien de temps durent ces troubles?
- Quelle quantité de sommeil vous faut-il pour vous sentir bien et fonctionner normalement dans la journée?
- Faites-vous une ou plusieurs siestes dans la journée? De quelle durée?

### 2. Evaluation de l'hygiène du sommeil

- Faites-vous quotidiennement une activité physique ou de l'exercice et dans quelle proportion et à quelle heure?
- La journée, vous exposez-vous à la lumière naturelle extérieure?
- Consommez-vous de la caféine ou de l'alcool régulièrement? Le jour et/ou la nuit?
- Prenez-vous un traitement pour vous aider à dormir?

### 3. Recherche d'une cause

- Avez-vous subi une perte personnelle récemment?
- Avez-vous des douleurs ou souffrez-vous d'essoufflement la nuit?
- Vous sentez-vous triste ou anxieux?
- Avez-vous des douleurs ou des difficultés à respirer la nuit?
- Votre conjoint(e) rapporte-t-il que vous donnez des coups de pied quand vous dormez?
- Votre conjoint(e) a-t-il noté des ronflements ou des apnées nocturnes? Vous réveillez-vous en manquant d'air? Transpirez-vous courant la nuit? Avez-vous des céphalées matinales?
- Allez-vous fréquemment uriner la nuit?
- Avez-vous des impatiences dans les jambes la nuit ou avez-vous des sensations d'inconfort dans les jambes au repos ou la nuit? Ressentez-vous le besoin de bouger les jambes quand vous êtes au repos ou couché?

- Agenda

# II. L'insomnie

## b. Diagnostic

### – examens complémentaires :

- la polysomnographie

- surveillance et d'enregistrement de plusieurs données physiologiques pendant le sommeil
- EOG, EEG, ECG, EMG, PaCO<sub>2</sub>/PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, ...



- l'actimètre

- enregistrement des mouvements sur de longues périodes de temps
- analyse du rythme circadien

- la polygraphie ventilatoire

### – examens du domaine du spécialiste du sommeil :

- insomnie inexpliquée
- suspicion de troubles respiratoires du sommeil ou des mouvements anormaux du sommeil

# III. Prise en charge de l'insomnie

## a) Problématique actuelle

Figure 3 Prévalence du recours aux soins pour troubles du sommeil selon l'âge et le sexe, chez les personnes manifestant une insomnie chronique avec perturbations diurnes (ICPD), ESPS 2008, France | *Figure 3 Prevalence of use of care by age groups and by gender among people with chronic insomnia symptoms with daytime perturbations (ICPD), ESPS 2008, France*



# III. Prise en charge de l'insomnie

## a) Problématique actuelle

- En France, en 2012 :
  - 1 français sur 5 consommait une benzodiazépine ou apparenté
  - Durée d'exposition trop longue chez un nombre élevé de patients
- En France, en 2015 :
  - 2ème rang de la consommation de benzodiazépines (Europe)
  - 3ème rang de la consommation de bzd hypnotiques (Europe)
  - 46,1 millions de boîtes de bzd hypnotiques
  - 5,6 % des français (3,5 millions) ont consommé au moins une benzodiazépine hypnotique
  - Âge médian : 60 ans
  - 744 000 initiations de bzd hypnotiques

# III. Prise en charge de l'insomnie

## a) Problématique actuelle

- Risques liés à l'usage des bzd
  - Affections du système nerveux (23% des EI) somnolence, comas, convulsions...
  - Affections psychiatriques (17% des EI pour bzd hypno) : états confusionnels
  - **Chutes, particulièrement chez la personne âgée**
  - Risque de démence
  - Altération des capacités de conduite
  - Abus et dépendance

# III. Prise en charge de l'insomnie

## a) Problématique actuelle

- Surconsommation
  - Nombreux effets indésirables
- Amélioration de la prise en charge de l'insomnie du sujet âgé

# III. Prise en charge de l'insomnie

## b) Stratégie thérapeutique

1. Diagnostic
2. Elimination/Prise en charge des comorbidités/Facteurs favorisants
3. Prise en charge non pharmacologique
4. Traitement pharmacologique  
→ Attention aux spécificités du sujet âgé

# III. Prise en charge de l'insomnie

## b) Stratégie thérapeutique

- Pathologies pouvant causer des troubles du sommeil de type insomnie
  - Troubles psychiatrique : troubles bipolaires, dépression, anxiété
  - Troubles respiratoires : asthme, BPCO, SAS
  - Atteintes rhumatologiques : douleurs chroniques
  - Pathologies cardiovasculaires
  - Hyperthyroïdie
  - Troubles urinaires : HBP, incontinence
  - Troubles gastro-intestinaux : RGO
  - Pathologies dermatologiques : prurit
  - Troubles neurologiques/cognitifs : maladie d'Alzheimer, Parkinson, post AVC, migraine
  - ...

# III. Prise en charge de l'insomnie

## b) Stratégie thérapeutique

- Pathologies pouvant causer des troubles du sommeil de type insomnie
  - Troubles psychiatrique : troubles bipolaires, dépression, anxiété
  - Troubles respiratoires : asthme, BPCO, SAS
  - Atteintes rhumatologiques : douleurs chroniques
  - Pathologies cardiovasculaires
  - Hyperthyroïdie
  - Troubles urinaires : HBP, incontinence
  - Troubles gastro-intestinaux : RGO
  - Pathologies dermatologiques : prurit
  - Troubles neurologiques/cognitifs : maladie d'Alzheimer, Parkinson, post AVC, migraine
  - ...

TRAITEMENT DES COMORBIDITÉS  
PARFOIS SUFFISANT POUR ENRAYER  
L'INSOMNIE  
Orienter le patient vers une  
consultation médicale

# III. Prise en charge de l'insomnie

## b) Stratégie thérapeutique

- **Ré-évaluer les traitements : médicaments et substances pouvant causer des troubles du sommeil de type insomnie**
  - Glucocorticoïdes
  - Diurétiques
  - IRSS
  - Hormones thyroïdiennes
  - Donépézil
  - Béta-bloquants
  - Atorvastatine
  - Nortriptyline, venlafaxine
  - Théophylline
  - Caféine, thé, amphétamines, nicotine, pseudoéphédrine
  - Alcool
  - ...

# III. Prise en charge de l'insomnie

## b) Stratégie thérapeutique

### • Ré-évaluer les traitements : médicaments et substances pouvant causer des troubles du sommeil de type insomnie

- Glucocorticoïdes
- Diurétiques
- IRSS
- Hormones thyroïdiennes
- Donépézil
- Béta-bloquants
- Atorvastatine
- Nortriptyline, venlafaxine
- Théophylline
- Caféine, thé, amphétamines, nicotine, pseudoéphédrine
- Alcool
- ...

**NE PAS ARRÊTER LE TRAITEMENT SANS AVIS MÉDICAL**  
Vérifier les horaires de prise  
Règles hygiéno-diététiques  
Orienter le patient vers une consultation médicale

# III. Prise en charge de l'insomnie

c) Approche non pharmacologique

## Activité physique :

- Permet d'améliorer la latence d'endormissement, la durée et les plaintes d'insomnie
- Pas de programme type actuellement recommandé



## Luminothérapie :

- Pas d'efficacité démontrée dans la prise en charge de l'insomnie

## Acupuncture :

- Pas d'efficacité démontrée dans la prise en charge de l'insomnie

# III. Prise en charge de l'insomnie

- c) Approche non pharmacologique
- Règles hygiéno-diététiques



## Tableau 2. Règles d'hygiène du sommeil (Adapté de réf. 8,23).

1. Avoir une activité physique en journée (exemple: marche)
2. Bénéficier d'une exposition quotidienne à la lumière du jour
3. Eviter la consommation de caféine, d'alcool et de tabac durant la fin d'après-midi et la soirée
4. Eviter les activités psychostimulantes au lit comme lire, regarder la télévision ou un ordinateur. (le temps passé au lit doit être réservé au sommeil et à l'activité sexuelle)
5. Limiter le temps passé au lit
6. Eviter la sieste en journée ou en limiter la durée à 30 minutes et ce avant 15 h 00
7. Contrôle de l'environnement : adapter la température, éviter l'exposition au bruit et favoriser l'obscurité
8. N'aller se coucher que lorsque l'on a envie de dormir
9. Préférer des horaires de coucher et de lever réguliers

# III. Prise en charge de l'insomnie

## c) Approche non pharmacologique

- Thérapie cognitivo-comportementale
  - Pour :
    - Les insomnies chroniques psychophysiologiques
    - Les insomnies comorbides
  - Hygiène du sommeil
  - Agenda du sommeil



# III. Prise en charge de l'insomnie

## c) Approche non pharmacologique

- Thérapie cognitivo-comportementale
  - Agenda du sommeil
    - Obtenir la perception du sommeil par le patient
    - Outil subjectif
    - 15 jours
    - Suivi de l'évolution du sommeil
    - Calcul de l'efficacité du sommeil :  $(\text{temps de sommeil moyen} / \text{temps passé au lit}) \times 100$
  - Contrôle du stimulus
    - Réassocier la chambre à coucher avec le sommeil
    - Régulariser le cycle veille-sommeil
  - Restriction du sommeil
    - Augmenter l'efficacité du sommeil
  - Relaxation
    - Relaxation musculaire progressive

# III. Prise en charge de l'insomnie

## c) Approche non pharmacologique

### **Thérapies cognitivo-comportementales : efficacité ?**

- Amélioration au niveau des plaintes subjectives d'insomnie et des paramètres polysomnographiques (efficacité de sommeil, éveil matinal précoce, éveils nocturnes et durée des éveils nocturnes)
- Maintien sur le long terme des améliorations
- Pas d'effets secondaires
- Bonne efficacité dans le traitement et la prévention de la rechute de l'insomnie

# III. Prise en charge de l'insomnie

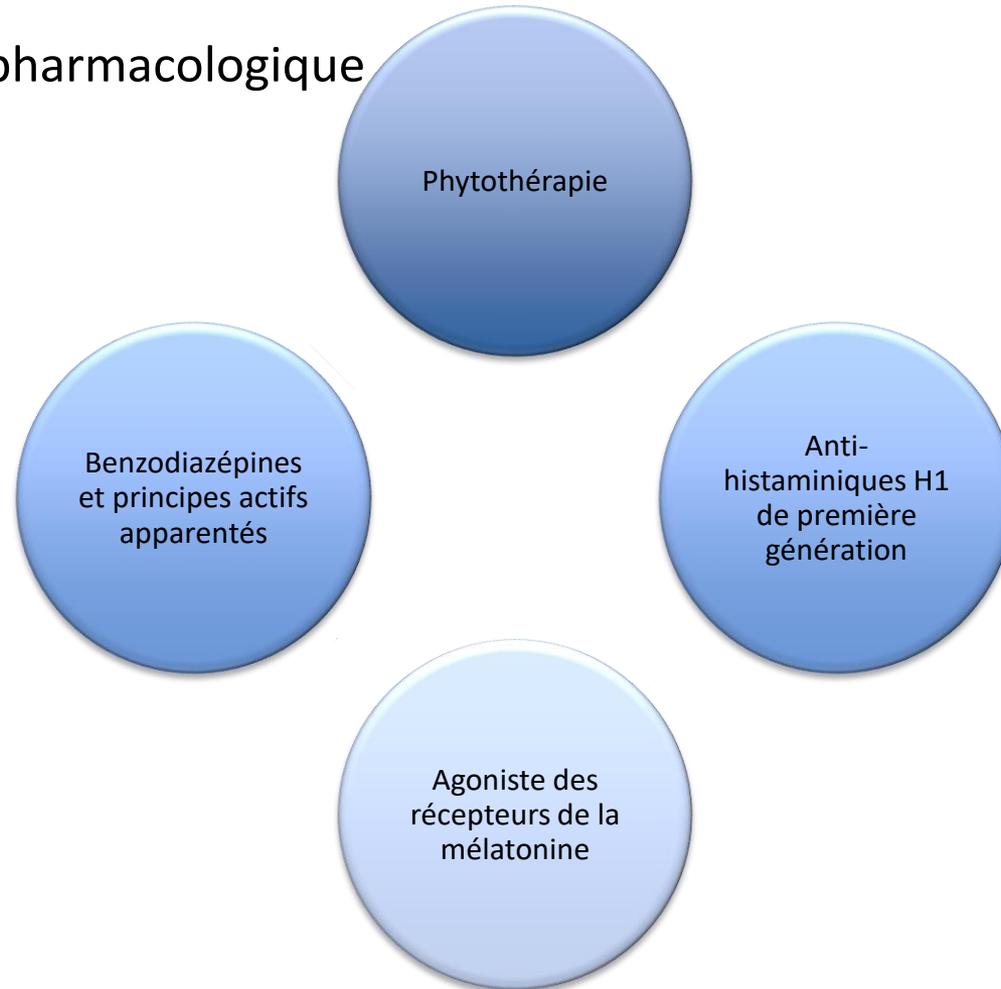
c) Approche non pharmacologique

## **Thérapies cognitivo-comportementales : modalités**

- Par psychologue et/ou médecins formés
- Dépend de la motivation et des capacités du patient

# III. Prise en charge de l'insomnie

## d) Approche pharmacologique



# III. Prise en charge de l'insomnie

## Placebo



Peut permettre une amélioration des plaintes subjectives et des paramètres polysomnographiques (latence d'endormissement, réveils nocturnes, efficacité de sommeil et temps total de sommeil) chez certains patients

### **A systematic review and meta-analysis of placebo versus no treatment for insomnia symptoms**

V. Yeung et al, Sleep Med Rev, 2018 Apr;38:17-27. doi: 10.1016



“strong evidence for placebo effects for perceived insomnia symptoms”

# III. Prise en charge de l'insomnie



## Valériane (principalement)

- Agirait par différents intermédiaires sur les récepteurs GABA
- Attention à la méthodologie des études : Méta-analyses (Leach et al., 2015 ; Bent et al., 2006), essais randomisés contrôlés (Taibi et al., 2009)
  - Efficacité essentiellement sur la perception (= subjectif) du délai d'endormissement
  - **Pas d'effet avec les mesures objectives** (polysomnographie)
- Préférer les présentations à dose « fixe » par rapport aux présentations « vrac »
- **Utilisée uniquement en cas de troubles mineurs du sommeil**

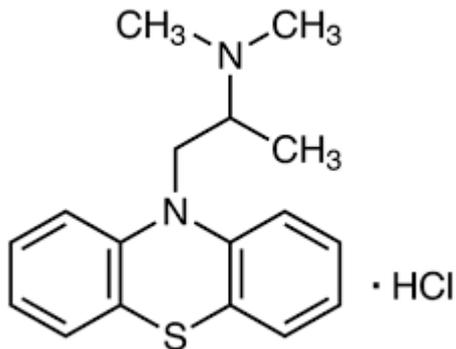


# III. Prise en charge de l'insomnie

Anti-  
histaminiques  
H1 de première  
génération

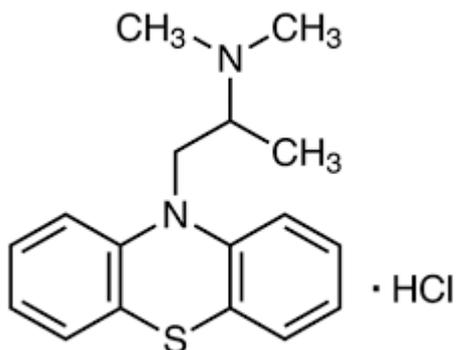
DCI : Prométhazine, Alimémazine, Doxylamine

- AMM = insomnie occasionnelle/transitoire
- Agonistes inverses des récepteurs H1 de l'histamine
- Efficacité dans l'insomnie :
  - Peu de données
  - Qualité des études ?
  - Augmentation du temps total de sommeil ?
- **Diminution du délai d'endormissement**



# III. Prise en charge de l'insomnie

DCI	Nom commercial	Absorption (Tmax)	T ½ (adulte)	T ½ (sujet âgé)
Prométhazine	PHENERGAN®	3,5 h (sirop) 4,5 h (cpr)	4,8 – 8 h	?
Alimémazine	THERALENE®	1 h (cpr eff) 2 h (cpr)	10 h	?
Doxylamine	DONORMYL®	1,5 à 3 h	10 -15 h	?

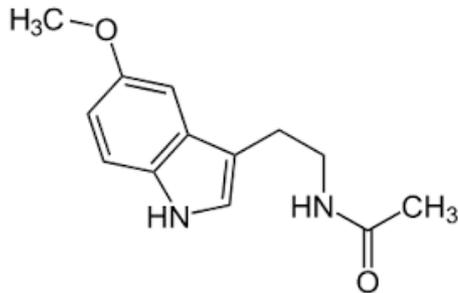


# III. Prise en charge de l'insomnie

Agoniste des récepteurs de la mélatonine

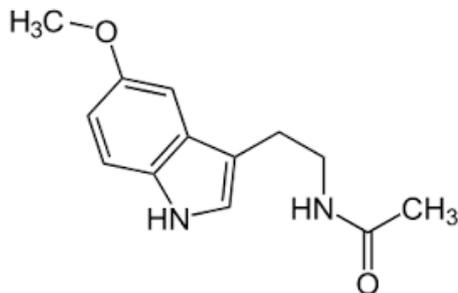
## DCI : Mélatonine

- AMM = traitement à court terme, insomnie primaire, sujet  $\geq$  55 ans
- Agoniste des récepteurs MT1 et MT2 de la mélatonine
- Efficacité dans l'insomnie :
  - Efficacité modeste sur la qualité du sommeil et le comportement au réveil
  - **Traitement à court terme de l'insomnie primaire caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité, chez des patients de 55 ans ou plus**



# III. Prise en charge de l'insomnie

DCI	Nom commercial	Absorption (Tmax)	T ½ (adulte)	T ½ (sujet âgé)
Mélatonine	MELATONINE®, CIRCADIN®	3 h (après un repas) 0,75 h (à jeun)	3,5 – 4 h	?



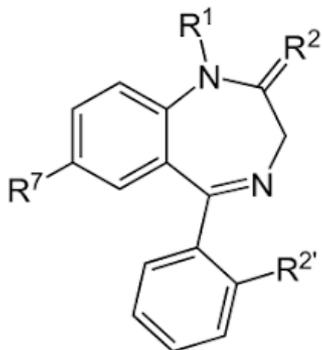
# III. Prise en charge de l'insomnie

Benzo-  
diazépines et  
apparentés

DCI des BZD : Loprazolam, Lormétazépam, Estazolam, Nitrazépam

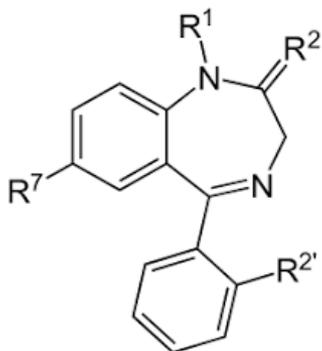
DCI des composés Z : Zolpidem, Zopiclone

- AMM = Troubles sévères du sommeil : insomnie occasionnelle et/ou transitoire
- Efficacité dans l'insomnie :
  - Méta-analyse de Glass *et al.*;2005 : **Augmentation du temps total de sommeil et diminution du nombre d'éveils nocturnes**
  - Méta-analyse de Riemann *et al.*, 2009 : **BZD moins efficaces que TCC**



# III. Prise en charge de l'insomnie

DCI	Nom commercial	Absorption (Tmax)	T ½ (adulte)	T ½ (sujet âgé)
<b>Zolpidem</b>	STILNOX®	0,5 – 3 h	2,4 h	3 h
<b>Zopiclone</b>	IMOVANE®	1h30 – 2 h	5 h	7 h
Loprazolam	HAVLANE®	1 h	8 h	Augmentée
Lormétazépam	NOCTAMIDE®	3 h	10 h	Augmentée
Estazolam	NUCTALON®	2 h	17 h	?
Nitrazépam	MOGADON®	2 – 3 h	16 – 48 h	Augmentée



# III. Prise en charge de l'insomnie

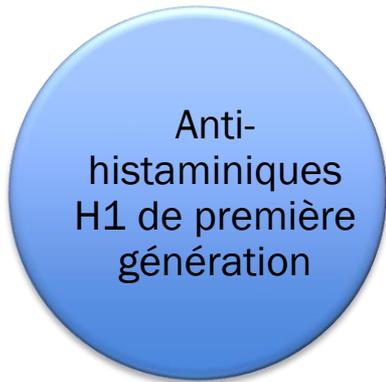
## Attention aux utilisations hors AMM !

Aniconvulsivants : clonazépam  
Antidépresseurs sédatifs : miansérine...  
Antipsychotiques : quétiapine...

**Sont hypnosédatifs MAIS ont une balance bénéfice risque défavorable dans l'insomnie : n'utiliser la composante hypnosédative lorsque l'indication principale est posée**



# IV. Prévenir la iatrogénie



- **Iatrogénie :**
  - Somnolence diurne résiduelle
  - Troubles de l'équilibre
  - Hypotension orthostatique
  - Effets anticholinergiques
- **Prévention :**
  - Règles hygiéno-diététiques
  - Non recommandé chez les personnes âgées

# IV. Prévenir la iatrogénie



Benzo-  
diazépines et  
apparentés

- **Iatrogénie :**
  - Somnolence diurne résiduelle
  - Troubles de la mémoire
  - Altération des capacités psychomotrices
  - Troubles du comportement
  - Insomnie rebond
  - Dépendance, tolérance
- **Prévention :**
  - Règles hygiéno-diététiques
  - Traitement de courte durée
  - Arrêt progressif
  - Non recommandé chez la personne âgée

# IV. Prévenir la iatrogénie

- **Benzodiazépines et principes actifs apparentés (« composés z »)**
- Particularités du sujet âgé
  - Résistance physique moindre
  - Métabolisme plus lent
  - Risque d'interactions médicamenteuse
  - **Augmentation du risque d'iatrogénie médicamenteuse**
  - Chutes
  - Troubles cognitifs
  - Troubles psychomoteurs et du comportement
  - Perte de l'autonomie, dépendance
  - **Balance bénéfice/risque défavorable dans les traitements chroniques des troubles du sommeil**
  - **BZD = Médicaments Potentiellement Inappropriés**

# Conclusion

- Recommandations d'utilisation des BZD chez le sujet âgé :
  - Privilégier les principes actifs à demi-vie courte
  - Posologie divisée par deux
  - Durée du traitement la plus courte possible ( 2-5 jours)
  - Toujours au coucher
  - Pas de prise trop proche de l'heure du réveil
  - Eviter de conduire
  - Pas d'arrêt brutal
  - Pas de modification de traitement sans supervision médicale
  - Reconnaître les EI et orienter vers une consultation médicale si besoin

# Conclusion

- Recommandations d'utilisation de la miansérine chez le sujet âgé :
  - 10 mg le soir 1h avant le coucher
- Recommandations d'utilisation de la mélatonine LP chez le sujet âgé :
  - Prise 1 à 2h avant le coucher, après le repas
  - Durée de traitement recommandée de 13 semaines
  - Durée maximale de prescription = 1 mois renouvelable



Comprendre le monde,  
construire l'avenir®

Merci de votre attention

# II L'insomnie

## Pour favoriser un bon sommeil

### ❖ Maintenir des activités régulières :



- ✓ Lever à des horaires réguliers ;
- ✓ Activité physique ou mobilisation dès le matin ;
- ✓ Repas à des heures régulières.

### ❖ S'exposer à la lumière :

- ✓ Lumière naturelle le matin
- ✓ Sorties à l'extérieur dans la journée si possible



### ❖ Une chambre tempérée (< 18 °C), lit confortable réservé au sommeil

### ❖ Des repas légers en soirée, mais contenant des sucres lents,

### ❖ Excitants à éviter : café, thé, chocolat, alcool...

### ❖ Médicaments à réévaluer, certains peuvent induire des troubles du sommeil.



# Titre...

- <https://sfgg.org/actualites/notre-dossier-special-sommeil-et-personnes-agees/>
- <http://plone.vermeil.org:8080/psychiatrie/Enseignement/sommeil-du-sujet-age>
- [https://www.jle.com/en/revues/gpn/e-docs/exploration\\_des\\_troubles\\_du\\_sommeil\\_chez\\_le\\_sujet\\_age\\_quelles\\_particularites\\_\\_308600/article.phtml](https://www.jle.com/en/revues/gpn/e-docs/exploration_des_troubles_du_sommeil_chez_le_sujet_age_quelles_particularites__308600/article.phtml)

# Titre...

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1627483009001792>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370447580800517>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1627483009001718>