



**VOS PROCHES ÂGÉS PEUVENT DORMIR SUR
LEURS DEUX OREILLES SANS SÉDATIFS!**

**Outil pour réduire l'utilisation inappropriée de
benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques
chez les personnes âgées des hôpitaux**

N'utilisez pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le délirium.

La Société canadienne de gériatrie,
Recommandation de Choisir avec soin #2
La Société canadienne de médecine d'hôpital,
Recommandation de Choisir avec soin #3

Ne poursuivez pas d'emblée un traitement de benzodiazépines amorcé lors d'une hospitalisation en soins de courte durée sans avoir effectué un examen rigoureux du cas et dressé un plan de réduction progressive et d'arrêt de la dose, idéalement avant le congé de l'hôpital.

L'Association des psychiatres du Canada,
L'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique,
L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Recommandation de Choisir avec soin #9

N'utilisez pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie.

L'Association des psychiatres du Canada,
L'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique,
L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Recommandation de Choisir avec soin #13

Ne maintenez pas les médicaments qui ne sont plus indiqués ou dont les risques excèdent les bienfaits.

N'utilisez pas un médicament pour une réduction des risques à long terme si l'espérance de vie est moindre que le délai d'obtention des bienfaits du médicament.

Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux,
Recommandation de Choisir avec soin #1 et #2

Ne prescrivez pas d'emblée des benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques pour favoriser le sommeil sans d'abord essayer des mesures non pharmacologiques.

Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux,
Recommandation de Choisir avec soin #5

Ne prescrivez pas ou ne remettez pas de benzodiazépines à un patient sans ajouter à son plan de traitement des stratégies de cessation du médicament (sauf pour les patients ayant une indication justifiant un traitement à long terme).

Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux,
Recommandation de Choisir avec soin #6



Inspiration pour cette trousse d'outils

Au Système de santé Sinai à Toronto, 15,9 % des patients qui ne prenaient auparavant pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques (patients naïfs de BSH) ont reçu ces médicaments pendant leur hospitalisation. Quatre-vingt-sept pour cent (87 %) de ces médicaments ont été prescrits pour l'insomnie de façon inappropriée. Une équipe multidisciplinaire a été créée, composée de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et d'administrateurs, avec pour objectif, sur une période d'un an, de réduire de 20 % la proportion mensuelle de patients hospitalisés naïfs de BSH qui reçoivent une nouvelle ordonnance de BSH pour le sommeil. L'initiative comprenait la formation des médecins et du personnel infirmier, la modification de l'ensemble d'ordonnances afin d'améliorer la prescription appropriée et la création d'un environnement favorable au sommeil. Pendant la période de mise en œuvre de septembre 2015 à juillet 2016, le taux de patients naïfs de BSH auxquels on a prescrit ces médicaments est passé de 15,9 % à 8,9 %, soit une baisse de 44 %.

Références :

Pek, E. A., Remfry, A., Pendrith, C., et coll. High Prevalence of Inappropriate Benzodiazepine and Sedative Hypnotic Prescriptions among Hospitalized Older Adults. *J. Hosp. Med.* 2017; vol. 12, no 5 : p. 310-316.

Soong, C., Burry, L., Cho, H. J., et coll. An Implementation Guide to Promote Sleep and Reduce Sedative-Hypnotic Initiation for Noncritically Ill Inpatients. *JAMA Intern Med.* Publié en ligne le 3 juin 2019; vol. 179, no 7 : p. 965-972.

Fan-Lun, C., Chung, C., Lee, E. H. G., et coll. Reducing unnecessary sedative-hypnotic use among hospitalised older adults. *BMJ Quality & Safety.* D'abord publié en ligne le 3 juillet 2019.

Cet outil a été préparé en partie par la Dre Christine Soong qui a dirigé l'initiative au Système de santé Sinai.



Introduction

Cet outil a pour but d'appuyer l'adoption d'interventions visant à réduire l'utilisation inappropriée de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques (BSH) chez les personnes âgées (65 ans et plus) de votre hôpital. Les regroupements de médecins, les services et les organismes cliniques peuvent utiliser l'outil pour les aider à réaliser des réductions significatives de l'utilisation excessive de BSH.

Pour choisir l'intervention la plus appropriée, il importe de bien comprendre l'élément principal à l'origine de l'utilisation inappropriée des BSH dans votre établissement ou service clinique. Les raisons les plus courantes sont liées à la prise en charge de l'insomnie, du delirium et de l'agitation en milieu hospitalier.

Cet outil est approprié pour votre établissement si le problème est que les BSH sont utilisés pour gérer l'insomnie à l'hôpital.



Assurez-vous que cet outil est approprié à votre situation

Cet outil est approprié pour votre établissement si vous avez déterminé que la surutilisation des BSH est largement liée à la gestion du sommeil dans votre établissement. Les études antérieures suggèrent que plus du quart des patients hospitalisés reçoivent des BSH pour le sommeil et que la majorité sont des utilisateurs novices. Les patients qui reçoivent de nouvelles ordonnances de BSH après leur sortie de l'hôpital sont à risque plus élevé de développer une dépendance à cette médication pour le sommeil. L'utilisation de BSH est associée à des préjudices évitables tels que les chutes, les fractures et le delirium^{1, 2}.



Éléments clés de cette intervention

Ce module pourrait vous aider à réduire la surutilisation des BSH grâce aux mesures suivantes :

- 1) Créer une équipe interprofessionnelle et faire participer les intervenants;
- 2) Adopter des critères consensuels pour l'utilisation appropriée des BSH;
- 3) Mettre en œuvre des stratégies non pharmacologiques pour favoriser le sommeil;
- 4) Restreindre l'utilisation des BSH.

<p>1</p>	<p>Créer une équipe interprofessionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> Groupes de médecins (gériatres, psychiatres, internistes et hospitalistes) Personnel infirmier en chef et enseignant Pharmaciens Faire participer les intervenants 	<p>2</p>	<p>Adopter des critères consensuels pour l'utilisation appropriée des BSH</p> <ul style="list-style-type: none"> Faire participer les intervenants et obtenir un consensus
<p>3</p>	<p>Mettre en œuvre des stratégies non pharmacologiques pour favoriser le sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> Réduire au minimum les interruptions du sommeil Favoriser le sommeil Répondre aux besoins 	<p>4</p>	<p>Établir des restrictions pour l'utilisation des BSH</p> <ul style="list-style-type: none"> Fournisseurs de services d'enseignement Mise à jour et retrait des ordonnances de routine de BSH de l'ensemble d'ordonnances Revue des médicaments par la pharmacie

Il importe de terminer les étapes 1 à 3 avant de passer à l'étape 4. La création d'un tel environnement propice au sommeil s'est révélée efficace pour réduire la demande de BSH^{3,4}.

1) Créer une équipe interprofessionnelle

La création d'une équipe de mise en œuvre solide est un facteur clé du changement. L'équipe se compose de participants multidisciplinaires représentant tous les groupes d'intervenants. Les intervenants clés de l'équipe comprennent les gériatres, les psychiatres et gérontopsychiatres, les médecins exerçant en milieu hospitalier (internistes et hospitalistes), le personnel infirmier, les pharmaciens ainsi que les patients et leur famille.

Mobilisation et participation du personnel infirmier aux efforts pour favoriser le sommeil

Il est essentiel de mobiliser le personnel infirmier et de reconnaître les répercussions négatives des problèmes de sommeil si l'on veut optimiser le milieu hospitalier pour qu'il soit propice au sommeil. Pour favoriser la participation du personnel infirmier gestionnaire et du personnel infirmier de première ligne, il conviendra de souligner qu'au lieu d'accroître leur charge de travail, l'intervention leur permet de jouer un rôle plus actif dans la création d'un environnement sécuritaire pour les personnes âgées. Nommer des intervenants qui agiront comme champions du sommeil pour encourager le changement de culture au sein des unités peut constituer un moyen efficace d'obtenir les résultats désirés.

Mobilisation et participation des pharmaciens aux efforts pour réduire l'utilisation inappropriée des BSH

La participation des pharmaciens est extrêmement utile pour réduire l'utilisation non nécessaire de BSH. Les pharmaciens peuvent identifier les ordonnances inappropriées de BSH et offrir un enseignement aux patients et aux soignants sur des solutions plus

sécuritaires. Une revue structurée des médicaments peut être une stratégie efficace pour réduire la prescription inappropriée de BSH.

Critères suggérés et indications cliniques appropriées pour débiter l'utilisation de benzodiazépines chez les patients hospitalisés⁵.

- Prise en charge aiguë du trouble épileptique
- Sevrage de l'alcool ou des drogues
- Agressivité grave qui pose un risque physique imminent pour les patients ou le professionnel de la santé (excluant le delirium non lié au sevrage de l'alcool)
- Sédation pré-intervention
- Grave trouble d'anxiété généralisée réfractaire aux autres traitements
- Prise en charge aiguë des crises de panique

2) Obtention d'un consensus sur les indications appropriées des BSH

L'obtention d'un consensus parmi les cliniciens sur les indications appropriées des BSH est une étape cruciale dans l'élaboration d'interventions visant à réduire la surutilisation. On veillera à faire participer les médecins exerçant en milieu hospitalier, les gériatres, les gérontopsychiatres, le personnel infirmier et les pharmaciens à l'établissement d'un consensus sur les critères d'utilisation des BSH.

Les experts recommandent d'envisager des agents pharmacologiques pour le sommeil lorsque les stratégies non pharmacologiques ont échoué ET lorsque l'insomnie a un impact négatif sur le fonctionnement diurne du patient. Si les BSH sont prescrits pour le sommeil, suivez les principes suivants :

- 1) Commencez à la dose la plus faible possible*;
- 2) Utilisez pendant la durée la plus courte possible* (envisagez une dose unique avec surveillance étroite des effets);
- 3) Surveillez pour déceler la présence d'effets indésirables (delirium, somnolence diurne excessive causée par « l'effet gueule de bois »).

*Le médicament optimal et la dose optimale ne sont pas connus.

Pour faire participer adéquatement les médecins et les fournisseurs de soins à la discussion, l'équipe d'amélioration doit s'assurer que les cliniciens reconnaissent que leur apport est nécessaire pour veiller à l'adoption de stratégies sécuritaires pour favoriser le sommeil à l'hôpital. L'objectif ultime est d'obtenir le consensus entre tous les intervenants de votre unité de soins avant de procéder à la prochaine étape.

3) Stratégies non pharmacologiques pour favoriser le sommeil à l'hôpital

Lorsque vous aurez obtenu le consensus des cliniciens interprofessionnels sur les critères pour l'utilisation appropriée des BSH et mobilisé les intervenants, l'élaboration d'un plan pour l'unité ou l'hôpital en vue d'un environnement favorable au sommeil est essentielle au succès. Sans cette étape cruciale, l'insomnie continuera d'avoir des conséquences néfastes pour les patients et mènera à l'utilisation supplémentaire de BSH. La participation des responsables administratifs de l'hôpital et des intervenants interservices est essentielle au succès de cette étape.

Réduire au minimum les interruptions du sommeil

Le milieu hospitalier perturbe le sommeil. Plusieurs facteurs peuvent empêcher les patients d'obtenir un sommeil reposant non interrompu la nuit : l'administration des médicaments, la surveillance clinique, le transfert entre les unités et les prises de sang matinales. La création d'un milieu hospitalier propice au sommeil s'est révélée capable de réduire de moitié le nombre d'ordonnances de BSH³.

Étapes à suivre pour la mise en œuvre :

- a) Réduire la fréquence de l'évaluation des signes vitaux et de l'administration des médicaments durant la nuit. Dans la mesure du possible, envisager une heure implicite pour l'administration des médicaments qui permet un minimum de 6 à 8 heures de sommeil ininterrompu. La fréquence de la vérification des signes vitaux pendant les heures de sommeil peut également être réduite pour la plupart des patients (non gravement malades) des unités de soins.
- b) Envisager l'adoption d'heures implicites pour l'administration des médicaments et la vérification des signes vitaux dans l'unité ou l'ensemble de l'hôpital. Faire participer les hauts dirigeants, le personnel infirmier et les pharmaciens à la création de nouvelles politiques pour intégrer les pratiques et veiller au maintien des changements.
- c) Faire participer les intervenants appropriés tels que le personnel de laboratoire, les médecins, le personnel infirmier et des services informatiques pour modifier la distribution pré-établie des demandes de prise de sang du matin.

Favoriser le sommeil

L'utilisation de non pharmacologiques pour le sommeil réduit le recours aux BSH⁴. Un leadership infirmier solide et le soutien de l'organisation sont essentiels au succès du changement de culture.

Étapes à suivre pour la mise en œuvre :

- a) Établir une routine pour la « période tranquille de sommeil » et limiter les interruptions du sommeil telles que l'utilisation d'appareils de nettoyage (p. ex. laveuse à plancher Zamboni, aspirateur), les conversations bruyantes dans les secteurs partagés, l'utilisation du système d'interphone dans l'unité et les systèmes d'alarme.

- b) Modifier l'éclairage ambiant, le contrôle de la température et l'éclairage automatisé dans les chambres des patients; prévoir l'utilisation de lampes de poche par le personnel soignant. Envisager un système d'éclairage sous le lit et des veilleuses dotées d'un détecteur de mouvement.
- c) Envisager de placer les patients près d'une fenêtre, si possible.
- d) Examiner les états médicaux associés aux problèmes de sommeil (p. ex. douleur; infection; période NPO ou de jeûne prolongée; symptômes pénibles tels que la constipation, la rétention urinaire, l'essoufflement; les états symptomatiques tels que l'apnée obstructive du sommeil, l'hypertrophie bénigne de la prostate, l'insuffisance cardiaque et le reflux gastro-œsophagien).
- e) Fournir des aides pour favoriser le sommeil (masques pour les yeux, bouchons d'oreille, boissons chaudes non caféinées, couvertures chaudes).
- f) Mobiliser et outiller les patients et les soignants pour la défense de stratégies favorables aux routines habituelles des patients la nuit et d'autres stratégies non pharmacologiques propices au sommeil (musique douce, consommation réduite de produits caféinés après le matin).

Répondre aux besoins des patients

Les plans de soins individualisés peuvent favoriser le sommeil de certains patients en milieu hospitalier. Les patients atteints de démence et de problèmes de comportement auront besoin d'un plan adapté selon chaque comportement. La mobilisation et la participation de spécialistes tels que les gériopsychiatres, les gériatres et le personnel infirmier spécialisé en gériologie vous permettra d'établir des plans de soins sécuritaires qui répondent aux besoins du patient.

Étapes à suivre pour la mise en œuvre :

- a) Élaborer des plans de soins individualisés pour aborder les comportements réactifs ou les symptômes liés au cycle de sommeil qui sont associés à la démence ou au delirium ([voir l'Alberta Guideline on the Appropriate Use of Antipsychotic \(AUA\) Medications, 2013](#)).
- b) Faire participer activement les patients aux activités pendant la journée (c. à d. thérapie d'éveil) et réduire au minimum le sommeil diurne.
- c) Créer des routines pour le coucher (p. ex. soins relatifs à l'incontinence, aller aux toilettes avant le coucher).
- d) Répondre aux besoins (contrôle de la température, faim, médicaments qui affectent le sommeil tels que les diurétiques).

Lorsque vous aurez obtenu un consensus sur l'utilisation appropriée des BSH, mobilisé le

personnel infirmier et les pharmaciens et créé un environnement propice au sommeil, vous serez prêt à réduire activement la prescription de BSH à l'hôpital.

4) Établir les restrictions pour l'utilisation des BSH

Voici des aspects précis d'interventions qui peuvent réduire le recours aux BSH. Selon les causes de la prescription excessive dans votre milieu, une partie ou la totalité des interventions peuvent être mises en œuvre.

Enseignement

Un enseignement aux médecins, aux patients/soignants et au personnel infirmier peut réduire le recours aux BSH pour le sommeil. Cela comprend un enseignement sur les stratégies non pharmacologiques pour favoriser le sommeil et l'utilisation restrictive des BSH. Un enseignement précis sur les méfaits des BSH ciblant les médecins prescripteurs peut être efficace pour rectifier la croyance erronée à savoir que les médicaments « Z » (tels que Zopiclone/Imovane) sont des sédatifs « sécuritaires ». Les stratégies éducatives comprennent des modules d'apprentissage se rapportant à un cas et des rencontres ou séminaires dirigés par un expert. Il convient d'inclure les cliniciens de toutes les disciplines, notamment les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens et autres professionnels de la santé interdisciplinaires. D'autres solutions, telles que la mélatonine, pourraient être appropriées.

Revue de l'ensemble d'ordonnances électroniques ou pré-imprimées

La revue des ensembles d'ordonnances peut permettre de découvrir les ordonnances de routine de BSH, et offrir une occasion de réduire le recours aux BSH. On veillera à examiner et à retirer toute ordonnance de routine de BSH prescrite pour l'insomnie. Le point crucial est de veiller à l'évaluation clinique des patients aux prises avec des problèmes de sommeil. De plus, on s'assurera que les stratégies non pharmacologiques sont optimisées avant d'envisager de commencer un agent pharmacologique.

Revue des médicaments par la pharmacie

La revue des médicaments par la pharmacie peut être un moyen efficace d'utiliser les critères consensuels auprès des patients qui ont reçu des BSH. Les pharmaciens et autres experts, tels que les gériatres et gérontopsychiatres, sont d'excellentes ressources. Ils peuvent collaborer à une revue en temps réel des BSH avec les équipes de cliniciens pour veiller à leur utilisation appropriée en offrant une gestion pertinente. De plus, les patients auxquels on a pré-prescrit sans indication des BSH en milieu communautaire, pourraient être de bons candidats pour une intervention de déprescription à domicile. La collaboration avec les fournisseurs de soins primaires est une stratégie efficace pour veiller aux efforts continus de déprescription. Il peut être approprié de prévoir une stratégie de déprescription pour les patients stables qui seront hospitalisés pendant une période prolongée et qui sont en attente de la planification de leur congé.



Pourquoi le patient prend-il un BZRA?

En cas de doute, vérifier ses antécédents: anxiété, consultations antérieures en psychiatrie, amorcé en milieu hospitalier pour traiter un trouble du sommeil, ou une réaction de deuil.

- Insomnie seule OU insomnie avec gestion de comorbidités sous-jacentes
Pour ceux dont l'âge ≥ 65 ans : prise de BZRA, indépendamment de la durée (éviter comme traitement de première ligne chez les personnes âgées)
Entre 18-64 ans : prise de BZRA > 4 semaines

- Autres problèmes de sommeil (p. ex. syndrome des jambes sans repos)
- Anxiété non gérée, dépression, problème de santé physique ou mentale qui pourrait causer ou aggraver l'insomnie
- Benzodiazépines spécifiquement efficaces contre l'anxiété
- Sevrage alcoolique

Impliquer les patients (Discuter avec eux des risques potentiels, avantages, plan de sevrage, symptômes et durée)

Recommander la déprescription

Réduire les doses puis cesser la prise du BZRA

(Réduire graduellement les doses en collaboration avec le patient; p.ex. ~25 % à chaque quinzaine et, si possible, 12,5 % de réduction vers la fin et/ou planification de jours sans médicament)

- **Patients âgés de plus de 65 ans** (forte recommandation selon une revue systématique et approche GRADE)
- **Patients âgés entre 18-64 ans** (recommandation faible selon une revue systématique et approche GRADE)
- Offrir des conseils sur les comportements liés au sommeil; envisager la TCC, si disponible (voir au verso)

Continuer BZRA

- Minimiser l'utilisation de substances qui aggravent l'insomnie (caféine, alcool, etc.)
- Traiter les troubles sous-jacents
- Envisager la consultation d'un psychologue, psychiatre, spécialiste du sommeil

Suivi toutes les 1-2 semaines pendant la réduction des doses

Bienfaits attendus

- Peut améliorer la vigilance et la cognition; peut diminuer la sédation diurne et les chutes

Symptômes de sevrage

- Insomnie, anxiété, irritabilité, sudation, symptômes gastro-intestinaux (tous sont habituellement légers et durent de quelques jours à quelques semaines)

Utiliser des approches non pharmacologiques pour gérer l'insomnie

Utiliser des approches comportementales et/ou TCC (voir au verso)

En cas de réapparition des symptômes :

Envisager

- Maintien de la dose de BZRA actuelle pour 1-2 semaines, puis reprendre la réduction des doses très graduellement

Autres médicaments

- D'autres médicaments peuvent être utilisés pour gérer l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et efficacité dépasse le cadre du présent algorithme. Pour de plus amples renseignements, consulter les lignes directrices pour la déprescription de BZRA.

© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commerciale-ShareAlike 4.0.

Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE
 Bruyère
 RESEARCH INSTITUTE

open
 ONTARIO PHARMACY
 EVIDENCE NETWORK

Disponibilité des BZRA

BZRA	Strength
Alprazolam (Xanax®) ^T	0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg
Bromazépam (Lectopam®) ^T	1,5 mg 3 mg 6 mg
Chlordiazépoxyde (Librax®) ^C	5 mg 10 mg 25 mg
Clonazépam (Rivotril®) ^T	0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg
Clorazépate (Tranxene®) ^C	3,75 mg 7,5 mg 15 mg
Diazépam (Valium®) ^T	2 mg 5 mg 10 mg
Flurazépam (Dalmane®) ^C	15 mg 30 mg
Lorazépam (Ativan®) ^{T, S}	0,5 mg 1 mg 2 mg
Nitrazépam (Mogadon®) ^T	5 mg 10 mg
Oxazépam (Serax®) ^T	10 mg 15 mg 30 mg
Temazépam (Restoril®) ^C	15 mg 30 mg
Triazolam (Halcion®) ^T	0,125 mg 0,25 mg
Zopiclone (Imovane®, Rhovane®) ^T	5 mg 7,5 mg
Zolpidem (Sublinox®) ^S	5 mg 10 mg

T = comprimé, C = capsule, S = comprimé sublingual

Effets secondaires des BZRA

- Les BZRA ont été associés à :
 - dépendance physique, chutes, troubles de la mémoire, démences, incapacités fonctionnelles, sédation diurne et accidents de la route
- Risques accrus chez les personnes âgées

Participation des patients et des soignants

Les patients doivent comprendre :

- Les raisons justifiant la déprescription (risques liés à l'usage continu de BZRA, efficacité réduite à long terme)
- Des symptômes de sevrage (insomnie, anxiété) peuvent se manifester, mais ils sont habituellement légers, passagers et de court terme (quelques jours à quelques semaines)
- Ils font partie du plan de réduction des doses, et peuvent contrôler le rythme de réduction, ainsi que sa durée.

Réduction des doses

- Aucune donnée publiée ne montre que le changement vers un BZRA à action prolongée réduit l'incidence des symptômes de sevrage ou que cela est plus efficace que la réduction des doses d'un BZRA à action plus brève.
- Si les formes posologiques ne permettent pas une réduction de 25 %, envisager d'abord une réduction de 50 %, en intégrant des jours sans médicaments pendant la dernière partie du plan de réduction, ou utiliser le lorazépam ou oxazépam lors des dernières étapes.

Approche non-pharmacologique

Soins primaires :

1. Aller se coucher seulement lorsqu'on a sommeil
2. Utiliser le lit ou la chambre à coucher uniquement pour dormir (ou pour les activités intimes)
3. Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le coucher ou après un réveil, il est conseillé de sortir de la chambre à coucher.
4. Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le retour au lit, répéter l'étape 3.
5. Utiliser l'alarme pour se réveiller à la même heure chaque matin
6. Ne pas faire de sieste
7. Éviter la caféine l'après-midi
8. Éviter l'exercice, la nicotine, l'alcool et les repas copieux dans les deux heures précédant le coucher

Soins institutionnels :

1. Ouvrir les rideaux pendant le jour pour maximiser l'entrée de lumière
2. Minimiser le volume des alarmes
3. Augmenter l'activité pendant le jour et éviter le sommeil diurne
4. Réduire le nombre de siestes (pas plus de 30 min, pas de sieste après 14 h)
5. Le soir, offrir un breuvage chaud décaféiné ou du lait chaud
6. Limiter la prise de nourriture, de caféine et l'usage du tabac avant le coucher
7. Demander au résident d'aller à la toilette avant d'aller se coucher
8. Encourager des heures de coucher et de réveil régulières
9. Éviter les réveils pendant la nuit pour les soins directs
10. Offrir des massages légers et des massages du dos

Utiliser la TCC

Qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)?

- La TCC comprend 5-6 séances éducatives sur le sommeil et l'insomnie, le contrôle des stimuli, la restriction du sommeil, l'hygiène du sommeil, un entraînement à la relaxation et du soutien.

Est-ce que ça fonctionne?

- Plusieurs études ont démontré que la TCC améliore le sommeil, avec des effets soutenus à long terme.

Qui peut dispenser la TCC?

- Les psychologues cliniciens dispensent habituellement la TCC. D'autres intervenants peuvent aussi être formés ou offrir des séances de renseignements sur certains aspects de la TCC; des programmes d'autothérapie sont aussi disponibles.

Où les fournisseurs de soins et les patients peuvent-ils obtenir davantage d'informations à ce sujet?

- Quelques ressources sont suggérées sur ce site : <http://sleepwellns.ca/>

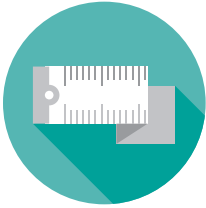
© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commerciale-ShareAlike 4.0.

Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.





Comment mesurer l'efficacité de votre intervention

Choisir un ensemble d'indicateurs

1) Indicateurs de résultats : Ce sont les principales améliorations que vous essayez d'obtenir. Par exemple, la proportion de patients novices aux BSH qui reçoivent une nouvelle ordonnance de BSH pour le sommeil pendant leur hospitalisation. Bien que cette mesure soit utile pour réduire l'exposition du patient aux méfaits potentiels, vous voudrez peut-être aussi faire le suivi du nombre de patients qui reçoivent en fait une aide au sommeil. Autres résultats cliniques utiles :

- Chutes
- Delirium
- Qualité du sommeil (envisager de demander au patient de remplir un questionnaire sur le sommeil)

2) Indicateurs de processus : Ces indicateurs veillent à ce que chaque aspect de l'intervention soit réalisé et mis en œuvre comme prévu. Par exemple, proportion de fournisseurs qui ont participé à une activité éducative pour réduire la prescription des BSH, proportion de patients admissibles qui font l'objet d'une revue appropriée des médicaments par la pharmacie.

3) Indicateurs d'équilibre : Toute intervention peut entraîner de nouvelles conséquences imprévues qui doivent être mesurées. Par exemple, occurrence de tout arrêt brusque et inapproprié d'ordonnances chroniques de BSH pré-admission; incidents liés au sevrage; taux de prescription d'autres sédatifs (p. ex. quétiapine, trazodone, dimenhydramine).

Déterminer une méthode de collecte des données

L'utilisation des BSH dans votre établissement peut être mesurée de plusieurs façons. La première étape consiste à choisir un outil de mesure :

1) Vérifications de dossiers :

- a) Compter le nombre de patients auxquels on a prescrit des BSH pour la maison (A);
- b) Compter le nombre de patients auxquels on a prescrit un BSH quelconque pour le sommeil à l'hôpital, excluant les patients qui utilisent des BSH à la maison (B);
- c) Compter le total de patients hospitalisés pendant une période donnée (p. ex. un mois) (C);
- d) Proportion de patients novices aux BSH qui reçoivent des BSH pour le sommeil = $B / (C - A) * 100$;
- e) Ces vérifications peuvent être effectuées par l'équipe d'amélioration sur une base hebdomadaire ou mensuelle. Elles peuvent également être consignées quotidiennement par le personnel de première ligne et représentées dans un graphique pour montrer visuellement les effets au fil du temps et l'efficacité des interventions.

2) Entrée électronique des ordonnances de médicaments :

- a) Les établissements dotés d'un système informatisé d'entrée des ordonnances médicales ont parfois une base de données de médicaments de la pharmacie que l'on peut interroger pour obtenir une liste des patients auxquels on a prescrit des BSH pendant leur hospitalisation. Une telle fonctionnalité peut être utile pour créer une base de données des médicaments qui servira aux révisions ciblées des dossiers.



Maintenir le succès initial de l'intervention

Il existe plusieurs manières importantes de maintenir la réduction significative du recours aux BSH obtenue après la période de rodage de l'intervention :

- L'établissement devrait créer une politique sur les stratégies non pharmacologiques visant à favoriser le sommeil. Ces renseignements devraient être fournis à tous les nouveaux médecins et à tout le nouveau personnel infirmier à l'embauche.
- Des affiches sur les indications des BSH peuvent être créées pour les unités de soins.



Ressources supplémentaires

Ressources sur le sommeil et la réduction du recours aux sédatifs

- 1) [Alberta Guideline on the Appropriate Use of Antipsychotic \(AUA\) Medications \(2013\)](#).
- 2) [Rx Files: Chronic insomnia in older adults](#).
- 3) [RNAO: Managing responsive behaviours](#).

Ressources sur l'amélioration de la qualité

- 1) Qualité des services de santé Ontario outils et ressources sur l'amélioration de la qualité
<https://quorum.hqontario.ca/fr/Home/Outils-et-ressources-sur-IAQ/Document-essentials>
- 2) Institute for Healthcare Improvement :
<http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>



Références

- 1) Finkle WD, Der JS, Greenland S, et coll. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. *J Am Geriatr Soc.* (2011). Vol. 59, no 10 : p. 1883–1890.
- 2) Allain H, Bentué-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging.* (2005). Vol. 22, no 9 : p. 749–765.
- 3) Bartick MC, Thai X, Schmidt T, Altaye A, Solet JM. Decrease in as-needed sedative use by limiting nighttime sleep disruptions from hospital staff. *Journal of hospital medicine (en ligne).* (2010). Vol. 5, no 3 : p. E20–24.
- 4) McDowell JA, Mion LC, Lydon TJ, Inouye SK. A nonpharmacologic sleep protocol for hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc.* (juillet 2002). Vol. 50, no 7 : p. 1186-1191.
- 5) Choisir avec soin. Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger. Société canadienne de gériatrie [en ligne]. Accessible ici : <http://www.choisiravecsoin.org/recommandations/la-societe-canadienne-de-geriatrie-2/> (consulté le 6 mars 2016).

Cet outil a été préparé par :

D^{re} Christine Soong, MD, M.Sc., CCMF

Division de médecine interne générale, Système de santé Sinai
Professeure adjointe, Université de Toronto

D^r Jerome Leis, MD, M.Sc., FCRMCC

Division des maladies infectieuses,
Sunnybrook Health Sciences Centre
Professeur adjoint, Université de Toronto

Il a été révisé par :

Dre Barbara Liu

Directrice générale, Programme gériatrique régional de Toronto,
Professeure agrégée, Département de médecine,
Université de Toronto

Deborah Brown

Infirmière praticienne, Équipe « Senior Friendly »,
Sunnybrook Health Sciences Centre

Membres du personnel en gériatrie et en psychiatrie,
Système de santé Sinai

**Choisir
avec soin**  MC



www.choisiravecsoin.org



info@ChoisirAvecSoin.org



Cet outil de Choisir avec soin est protégé par une licence Creative Commons (Attribution 4.0 licence internationale – Non commerciale – Non modifiable). Pour voir une copie de la licence, visitez www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.