



VOS PROCHES PEUVENT DORMIR SUR LEURS DEUX OREILLES SANS SÉDATIFS!

Outil pour réduire l'utilisation inappropriée de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les adultes hospitalisés.

Cette boîte à outils a été révisée et soutenue par :



CGS - SCG
CANADIAN GERIATRICS SOCIETY
LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE GÉRIATRIE



Canadian Society of
Hospital Pharmacists



Société canadienne des
pharmaciens d'hôpitaux

Résumé

Justification

Selon des études antérieures, plus du quart de la patientèle adulte hospitalisée reçoit des benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques (BSH) pour le sommeil, la majorité étant des utilisateurs novices^{1,2}. Bien que le taux d'adultes faisant un usage chronique de BSH soit en baisse, un rapport récent de Choisir avec soin et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) démontre que la surutilisation demeure prévalente : une personne âgée sur 12 les utilise régulièrement³. Les raisons les plus courantes d'emploi des BSH en milieu hospitalier sont liées à la prise en charge de l'insomnie, un état confusionnel aigu et de l'agitation. Cependant, le risque de ralentissement cognitif et psychomoteur et de fatigue diurne dépasse souvent les bienfaits potentiels des BSH⁴. En outre, la patientèle qui reçoit de nouvelles ordonnances de BSH après le congé hospitalier présente un risque accru de développer une dépendance à ces médicaments pour le sommeil. Le recours aux BSH est aussi associé à des préjudices évitables comme les chutes, les fractures et l'état confusionnel aigu^{1,2}. Les initiatives d'amélioration de la qualité peuvent réduire la prescription inappropriée de BSH chez la patientèle hospitalisée^{5,6}.

Objectif

Cet outil a pour objectif d'appuyer l'adoption d'interventions visant à réduire la surutilisation de BSH en milieu hospitalier.

Public cible

Cet outil est approprié pour les hôpitaux où l'on observe une surutilisation des BSH pour la gestion du sommeil. Les prestataires de soins hospitaliers, les services cliniques et les hôpitaux peuvent utiliser l'outil pour les aider à réaliser des réductions significatives de l'utilisation excessive de BSH.

Table des matières

RECOMMANDATIONS	5
RÉDUCTION DE LA SURUTILISATION DES BSH À L'HÔPITAL	6
MESURES POUR UN BON SOMMEIL	7
VÉRIFICATION DE VOTRE AMÉLIORATION	8
CRÉDITS ET PROGRAMME DE DÉSIGNATION DES HÔPITAUX	9
RÉFÉRENCES	10

Recommandations

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
Le Chapitre canadien de la société de médecine d'hôpital

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'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique
L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
L'Association des psychiatres du Canada

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

L'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique
L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
L'Association des psychiatres du Canada

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

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

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.

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

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

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

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).

L'Association des pharmaciens du Canada

APPROCHE POUR RÉDUIRE LA SURUTILISATION DES BSH CHEZ LES ADULTES HOSPITALISÉS

Idées de changement	Interventions
<p>1. Mettre en œuvre des stratégies non pharmacologiques pour favoriser 6 à 8 heures de sommeil ininterrompu⁷⁻¹⁰.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures pour un bon sommeil (page 6) • Documents pour la patientèle : <ul style="list-style-type: none"> • Les somnifères sont rarement la meilleure solution • Somnifères • Bloc d'ordonnances pour l'insomnie
<p>2. Commencer un traitement approprié aux BSH si leur utilisation est inévitable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtention d'un consensus sur les indications appropriées des BSH. Voir l'exemple de critères de consensus dans l'encadré 1 ci-dessous. • Modifications à l'ensemble d'ordonnances (document en anglais) pour y intégrer les pratiques appropriées de prescription de BSH • Revue systématique des médicaments par les services de pharmacie hospitaliers : <ul style="list-style-type: none"> • Réseau canadien pour la déprescription • Deprescribing.org • Ressources éducatives pour les prestataires et la patientèle : <ul style="list-style-type: none"> • MieuxDormir • Modules d'apprentissage par cas : <ul style="list-style-type: none"> • Lien 1 • Lien 2 (documents en anglais)
<p>3. Commencer un traitement approprié aux BSH si leur utilisation est inévitable.</p>	<p>Quand les stratégies non pharmacologiques ne fonctionnent pas, et que l'insomnie nuit au fonctionnement durant la journée, commencer les BSH :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un sédatif est requis, envisager de commencer par un médicament à faible risque comme la mélatonine¹¹. • Commencer à la dose la plus faible possible*; • Prescrire pour la durée la plus courte possible* (envisager une dose unique avec surveillance étroite des effets); • Surveiller pour déceler la présence d'effets indésirables (état confusionnel aigu, somnolence diurne excessive causée par « l'effet gueule de bois »); <p>*Le médicament optimal et la dose optimale ne sont pas connus.</p>

Encadré 1 : Critères proposés et indications cliniques appropriées pour débiter l'utilisation des BSH chez la patientèle hospitalisée⁷.

- Prise en charge aiguë des troubles convulsifs et des crises de panique
- Sevrage de l'alcool et des drogues
- Aggression grave posant un risque physique imminent
- à la patientèle ou aux prestataires de soins de santé (sauf l'état confusionnel aigu associé au sevrage non alcoolique)
- Sédation avant intervention
- Trouble d'anxiété généralisée grave ne répondant pas aux autres traitements
- Soulagement de symptômes en fin de vie

MESURES POUR UN BON SOMMEIL

STRATÉGIES NON PHARMACOLOGIQUES POUR FAVORISER LE SOMMEIL À L'HÔPITAL



CHANGEMENTS POUR LES PRESTATAIRES	CHANGEMENTS POUR LES UNITÉS	CHANGEMENTS POUR LES ORGANISATIONS
<ul style="list-style-type: none"> Distribuer des affiches pour la patientèle afin de faire participer celle-ci et les personnes en situation de proche aide à la promotion de <u>stratégies non pharmacologiques pour le sommeil</u> (document en anglais). 	<ul style="list-style-type: none"> Durant les heures de sommeil établies, réduire si possible : <ul style="list-style-type: none"> les tests de glycémie; les vérifications des signes vitaux; l'administration de médicaments; les transferts inutiles à l'intérieur ou vers l'extérieur des services. 	<ul style="list-style-type: none"> Faire les prélèvements sanguins de routine après 7 h.
<ul style="list-style-type: none"> Songer à placer la patientèle près d'une fenêtre et la faire participer activement aux activités pendant la journée (c.-à-d. thérapie d'éveil pour réduire au minimum le sommeil diurne). 	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser un éclairage sous le lit, des lampes de poche et des veilleuses dotées d'un détecteur de mouvement. 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Établir des stratégies de sommeil non pharmacologiques</u> comme politique d'établissement (document en anglais).
<ul style="list-style-type: none"> <u>Fournir des aides au sommeil</u> (p. ex., masques pour les yeux, bouchons auriculaires, breuvages chauds sans caféine, couvertures chaudes, rideaux ou stores) (document en anglais) et envisager la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I). 	<ul style="list-style-type: none"> Durant l'admission, demander à la patientèle et aux personnes en situation de proche aide leurs stratégies pour la routine du soir (p. ex., toilette, musique calme, revoir son utilisation de produits caféinés). 	<ul style="list-style-type: none"> Établir un <u>temps de sommeil tranquille</u> de 22 h à 6 h pour limiter les perturbations (p. ex., laveuse à plancher de type « Zamboni », aspirateur, éclairage tamisé, annonces générales) (document en anglais).
<ul style="list-style-type: none"> Faire un dépistage périodique des autres causes d'insomnie : <ul style="list-style-type: none"> Douleur Infection Jeûne prolongé Constipation Rétention urinaire Essoufflement Apnée du sommeil Hypertrophie de la prostate Insuffisance cardiaque Reflux gastro-œsophagien Syndrome des jambes sans repos Anxiété/dépression 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir une rétroaction sur la <u>vérification et le rendement</u> à partir des données mesurées pour mobiliser les équipes¹². 	<ul style="list-style-type: none"> Établir des protocoles pour les interactions avec des représentants pharmaceutiques de BSH.

VÉRIFICATION DE VOTRE AMÉLIORATION

Choisir l'outil de mesure pour l'extraction des données :

1. Vérification de dossiers : Vérification hebdomadaire ou mensuelle et création de graphiques pour visualiser l'effet au fil du temps et la réponse aux interventions.
2. Utilisation de la saisie électronique des ordonnances de médicaments pour fournir une liste de patientes et patients à qui l'on a prescrit des BSH pendant leur séjour à l'hôpital. Une telle fonctionnalité peut être utile pour créer une base de données des médicaments qui servira aux révisions ciblées des dossiers.

INDICATEURS DE RÉSULTATS

Ce sont les principales améliorations que vous essayez d'obtenir.

- Proportion de patient(e)s novices aux BSH qui reçoivent des BSH pour le sommeil = $B/(C A)*100$
- A = le nombre de patient(e)s auxquels on a prescrit des BSH pour le sommeil à la maison
- B = le nombre de patient(e)s auxquels on a prescrit un BSH quelconque pour le sommeil à l'hôpital, excluant les patient(e)s qui utilisent des BSH à la maison
- C = le total de patient(e)s hospitalisés pendant une période donnée (p. ex., un mois)

Autres résultats cliniques utiles :

- Chutes
- État confusionnel aigu
- Qualité du sommeil (envisager de demander à la patiente ou au patient de remplir un questionnaire sur le sommeil)

INDICATEURS DE PROCESSUS

Ces indicateurs veillent à ce que chaque aspect de l'intervention soit réalisé et mis en œuvre comme prévu.

- Proportion de prestataires de soins de santé qui ont participé à une activité éducative pour réduire la prescription des BSH
- Proportion de patient(e)s admissibles qui font l'objet d'une revue appropriée des médicaments d'ordonnance
- Proportion de patient(e)s pour qui les critères cliniques ont été utilisés pour prescrire des BSH
- Proportion de patient(e)s pour qui un ensemble d'ordonnances a été utilisé pour prescrire des BSH

INDICATEURS D'ÉQUILIBRE

Toute intervention peut entraîner de nouvelles conséquences imprévues qui doivent être mesurées.

- Occurrence d'arrêt abrupt inapproprié d'ordonnances de BSH chroniques avant l'admission
- Incidents de sevrage
- Taux d'ordonnance d'autres sédatifs (p. ex., quétiapine, trazodone, dimenhydramine, mélatonine)

FAITES D'UNE PIERRE DEUX COUPS

CRÉDITS DE DPC

L'amélioration de la qualité (AQ) est une excellente façon d'obtenir des crédits de développement professionnel continu (DPC). Les activités d'AQ de Choisir avec soin peuvent donner des crédits pour les programmes de permis d'exercice et de maintien du certificat suivants :

- **Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario :**
[Programme d'AQ pour les personnes et de partenariat en AQ pour les hôpitaux](#)
(page en anglais)
- **Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada :**
[Maintien du certificat](#)

CRÉDITS DE DÉSIGNATION DES HÔPITAUX

La mise en œuvre de cette trousse d'outils peut compter comme une activité d'AQ autogérée (un crédit) pour le programme de désignation « hôpital Choisir avec soin ».

En savoir plus sur la façon de devenir un [hôpital Choisir avec soin](#) de niveau « Amélioration de la qualité » ou « Leadership ».

RÉFÉRENCES CLÉS

1. PePek, E. A., Remfry, A., Pendrith, C., et coll. High Prevalence of Inappropriate Benzodiazepine and Sedative Hypnotic Prescriptions among Hospitalized Older Adults. [En ligne] J Hosp Med. 2017; vol. 5 : p. 310-316. PMID : 28459898..
2. Soong, C., Burry, L., Cho, H. J., et coll. An Implementation Guide to Promote Sleep and Reduce Sedative-Hypnotic Initiation for Noncritically Ill Inpatients. [En ligne] JAMA Intern Med. 1er juillet 2019; vol. 179, no 7 : p. 965. PMID : 31157831.
3. Fan-Lun, C., Chung, C., Lee, E. H. G., et coll. Reducing unnecessary sedative-hypnotic use among hospitalised older adults. [En ligne] BMJ Qual Saf. 3 juillet 2019. PMID : 31270252.

RÉFÉRENCES

1. Finkle, W. D., Der, J. S., Greenland, S., et coll. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. [En ligne] J Am Geriatr Soc. 2011; vol. 59, no 10 : p.1883-1890. PMID : 22091502.
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. PMID : 16156679.
3. Institut canadien d'information sur la santé et Choisir avec soin. Surutilisation des examens et des traitements au Canada.
4. Glass, J., Lanctôt, K. L., Herrmann, N., Sproule, B. A., Busto, U. E. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta- analysis of risks and benefits. BMJ. 19 novembre 2005; vol. 331, no 7526 : p. 1169. doi : 10.1136/bmj.38623.768588.47. Publication électronique le 11 novembre 2005. PMID : 16284208.
5. Soong, C., Ethier, C., Lee, Y., Othman, D., Burry, L., Wu, P. E., et coll. Reducing Sedative-Hypnotics Among Hospitalized Patients: a Multi-centered Study. [En ligne] J GEN INTERN MED. Août 2022 [consulté le 4 mars 2024]; vol. 37, no 10 : p. 2345-2350. PMID : 34981347.
6. Bartick, M. C., Thai, X., Schmidt, T., Altaye, A., Solet, J. M. Decrease in as-needed sedative use by limiting nighttime sleep disruptions from hospital staff. [En ligne] Journal of hospital medicine. 2010; vol. 5, no 3 : p. E20-24. PMID : 19768797.
7. McDowell, J. A., Mion, L. C., Lydon, T. J., Inouye, S. K.. A nonpharmacologic sleep protocol for hospitalized older patients. J Am Geriatr Soc. 1998; vol. 46, no 6 : p. 700-705. PMID : 9625184.
8. Arora, V., et coll. Effectiveness of SIESTA on Objective and Subjective Metrics of Nighttime Hospital Sleep Disruptors. Journal of Hospital Medicine. Janvier 2019; vol. 14, no 1. PMID: 30667409.
9. Novak, C., Packer, E., Paterson, A., Roshi, A., Locke, R., Keown, P., et coll. Feasibility and utility of enhanced sleep management on inpatient psychiatry wards. BJPsych Bull. Décembre 2020; vol. 44, no 6 : p. 255-260. PMID : 32329430.
10. Mangini, C., Zarantonello, L., Formentin, C., Giusti, G., Domenie, E. D., Ruggerini, D., et coll. Managing Circadian Disruption due to Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial of the Circadian Care Inpatient Management System. [En ligne] J Biol Rhythms. 28 décembre 2023 [consulté le 4 mars 2024]; 07487304231213916. PMID : 3815313.
11. Salahub C, Wu PE, Burry LD, Soong C, Sheehan KA, MacMillan TE, Lapointe-Shaw L. Melatonin for Insomnia in Medical Inpatients: A Narrative Review. J Clin Med. 2022 Dec 29;12(1):256. doi: 10.3390/jcm12010256. PMID : 36615056.
12. Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., Oxman, A. D. [En ligne] Base de données des revues systématiques Cochrane. 2012; vol. 6, CD000259.. PMID : 22696318.

CETTE TROUSSE D'OUTILS A ÉTÉ ORIGINALEMENT PRÉPARÉE PAR :

D^r Jerome Leis, M.D., M.Sc., FRCPC

Division des maladies infectieuses,
Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Professeur adjoint, Université de Toronto

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

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

CETTE TROUSSE D'OUTILS A ÉTÉ MISE À JOUR EN 2024 PAR :

D^{re} Chandandeep Bal, M.D., M. Sc., FRCPC

Membre affiliée, CQuIPS
Monitrice clinique en médecine pédiatrique universitaire,
l'Hôpital pour enfants malades

D^{re} Mercedes Magaz M.D., M. Sc. S.

Spécialiste en amélioration de la qualité, CQuIPS

D^{re} Olivia Ostrow, M.D., FAAP

Directrice adjointe, CQuIPS
Division de médecine d'urgence pédiatrique,
l'Hôpital pour enfants malades
Professeure agrégée, Université de Toronto

D^r William Silverstein, M.D., M. Sc, FRCPC

Membre affilié, CQuIPS
Division de médecine interne générale,
Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Professeur adjoint, Université de Toronto

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

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

LA TROUSSE D'OUTILS MISE À JOUR A ÉTÉ ÉVALUÉE PAR CES PAIRS :

D^{re} Sophiya Benjamin, MBBS, M. Sc. S., FRCPC

Professeure agrégée et titulaire de la Chaire de recherche
Schlegel sur la santé mentale et le vieillissement
Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales,
Université McMaster
Codirectrice générale, GeriMedRisk

D^{re} Tara Burra, M.D., FRCPC

Département de psychiatrie, Système de santé Sinai
Responsable de la formation, CQuIPS