Programme de promotion de la qualité pour une concertation médico-pharmaceutique

**Utilisation rationnelle des benzodiazépines pour l'insomnie grâce à une collaboration multidisciplinaire**

Matériel de travail

pour une concertation entre médecins et pharmaciens et

pour la conclusion d'accords en ce qui concerne l'approche et le traitement des patients souffrant d'insomnie en insistant sur les alternatives non médicamenteuses et l'utilisation rationnelle des benzodiazépines.

*Auteur*

Phn Carolien Bogaerts, Responsable des soins pharmaceutiques de la KOVAG

*Avec la collaboration de*

Ce programme de promotion de la qualité est une initiative conjointe :

* du Réseau des pharmaciens flamands (*Vlaams Apothekersnetwerk* [VAN])
* du Groupe de projet « Psychofarmaca », UGent
* de l'APB (Association pharmaceutique belge)
* et de Domus Medica

*Correspondance*

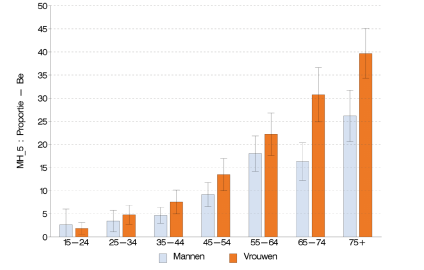
|  |
| --- |
| KOVAG |
| Phn Carolien Bogaerts |
| Kortrijksesteenweg 157, 9830 Sint-Martens-Latem |
| 09/225.41.90 |
| Carolien.bogaerts@kovag.be |

Sommaire

1. Introduction
   1. Motivation pour le sujet choisi
   2. Objectif de la concertation médico-pharmaceutique
   3. Feuille de route pour le lancement de la CMP
   4. Pour préparer la CMP
2. Quelques notions
3. Prise en charge de l'insomnie
   1. Psychoéducation
   2. Hygiène de sommeil
      1. Environnement de sommeil
      2. Pattern de sommeil/veille
      3. Détente
      4. Alimentation saine
      5. Déconnexion
      6. Activité physique
      7. Thérapie comportementale cognitive
         1. Thérapie cognitive
         2. Thérapie de contrôle du stimulus
         3. Thérapie de restriction du sommeil
         4. Preuves en faveur de la thérapie comportementale cognitive
   3. Place de la phytothérapie dans la prise en charge de l'insomnie
   4. Place de la mélatonine dans la prise en charge de l'insomnie
4. Benzodiazépines et somnifères apparentés
   1. Que sont les benzodiazépines et somnifères apparentés ?
   2. Dans quelles situations l'utilisation d'une benzodiazépine peut-elle être judicieuse ?
   3. Effets indésirables des benzodiazépines et somnifères apparentés
5. Utilisation rationnelle des benzodiazépines
6. Prise en charge d'une consommation chronique existante de benzodiazépines et somnifères apparentés
   1. Auto-évaluation en ligne
   2. Diminution (contrôlée) de la dose
   3. Intervention minime
      1. Lettre encourageant l'arrêt
      2. Distribution d'informations (d'auto-assistance)
   4. Orientation vers des centres spécialisés
7. Évaluation
8. Sources
9. Annexes
10. **Introduction**
    1. ***Motivation pour le sujet choisi***

Chaque jour, 1 260 034 DDD (*daily defined doses* [doses journalières définies]) de somnifères et calmants sont délivrées dans les officines belges (*Source : APB 2016*). C'est un chiffre très élevé.

Selon l’Enquête de santé de 20131 de l’Institut Scientifique de Santé Publique, 13 % de la population de plus de 15 ans a consommé un somnifère ou un calmant au cours des deux semaines précédant le sondage. Ce pourcentage augmente encore avec l’âge. Ainsi, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ce pourcentage est d’environ 40 % chez les femmes et 26 % chez les hommes (*Figure 1*). L'insomnie et les événements majeurs de la vie constituent généralement les facteurs menant à l'instauration de ces médicaments.



*Figure 1 : Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) ayant consommé un somnifère ou un calmant au cours des 2 semaines écoulées, en fonction de l'âge et du sexe, Enquête de santé, Belgique, 20131.*

La majorité des somnifères et des calmants sont des benzodiazépines.  Ces médicaments peuvent être utiles dans certains cas, à dose ****minimale**** et pendant ****une courte période.**** Cependant, bon nombre de patients souffrant d’anxiété, de stress ou d'insomnie les utilisent de manière prolongée.  Les benzodiazépines entrainent de nombreux ****effets indésirables**** et comportent des ****risques**** pour la santé : troubles cognitifs, risque de chutes, somnolence diurne, accoutumance, voire dépendance. Ceux-ci peuvent être évités en indiquant aux patients, dès le début du traitement, d'autres solutions qui s'avèrent d'ailleurs nettement plus efficaces à long terme.

Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer à ce niveau : informer, sensibiliser, diagnostiquer, motiver, accompagner, etc.

Il est toutefois important de souligner aussi le rôle et la ****responsabilité du patient****.  En effet, le patient cherche souvent une solution simple et immédiate à son problème, et donc un médicament.  Le patient doit donc également s’impliquer et évaluer, en concertation avec le médecin ou le pharmacien, s'il existe d’autres solutions possibles.

**Comment mieux dormir sans médicaments ?**

* 1. ***Objectif de la concertation médico-pharmaceutique***

|  |
| --- |
| Objectif principal :   * 1. **Utilisation rationnelle des benzodiazépines**: proposer des alternatives et interventions non médicamenteuse adéquates en vue d'aboutir à une prescription et une délivrance rationnelles des benzodiazépines   2. **Prise en charge de la consommation chronique de benzodiazépines**:   proposition d'interventions et d'outils pour le sevrage d'une consommation chronique de benzodiazépines |

L'objectif de la présente CMP est de conclure des accords locaux entre médecins généralistes et pharmaciens en vue de réduire la consommation de somnifères. Il convient de conclure des accords clairs en ce qui concerne l'approche de l'instauration et du sevrage des benzodiazépines, ainsi qu'au niveau de la façon de motiver les patients. Il convient de toujours envisager les conseils non médicamenteux comme première option et l'instauration des benzodiazépines comme dernier recours. Le sevrage d'une consommation chronique de benzodiazépines n'est pas simple mais il est tout à fait possible. Il est important que le pharmacien et le médecin généraliste y travaillent en étroite collaboration et tiennent le même discours aux patients. Ce n'est qu'ainsi que le succès pourra être au rendez-vous et que l'on sera en mesure de réduire la consommation de benzodiazépines dans notre pays.

* 1. ***Feuille de route pour le lancement de la CMP***

*Voir annexe 1.*

Cette feuille de route se veut être un fil conducteur pour le médecin et le pharmacien responsables qui souhaitent organiser une CMP au sujet de « l'utilisation rationnelle des benzodiazépines pour l'insomnie grâce à une collaboration multidisciplinaire ».

* 1. ***Pour préparer la CMP***

Comment les médecins généralistes et les pharmaciens peuvent-ils se préparer de manière optimale à cette CMP ?

* Lecture du manuel d'aide médecin/pharmacien

(http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/)

* E-learning benzoconsult (https://www.health.belgium.be/fr/e-services/e-learning)
* Formation lors des Glem (demande via [benzo@sante.belgique.be](mailto:benzo@sante.belgique.be))

Toutes les informations sont disponibles sur le site Internet suivant : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/medication/somniferes-et-calmants>

1. **Quelques notions**

***Le sommeil normal****:*   
Le besoin naturel de sommeil et le moment d'endormissement varient d'un individu à l'autre et dépendent de l'âge/de la phase de la vie, du sexe et du mode de vie. Chez 65 % des adultes, la durée totale du sommeil est de 7 à 8 heures en moyenne. Néanmoins, chez 8 % des adultes, moins de 6 heures de sommeil suffisent, alors que 2 % des adultes dorment plus de 10 heures. La durée normale d'endormissement est inférieure à 30 minutes, et inférieure à 1 heure chez les personnes âgées. Il est normal qu'une personne se réveille deux à trois fois par nuit, souvent sans en être consciente (*NHG-Standaard Slapeloosheid en slaapmiddelen, 2014*). La quantité quotidienne totale de sommeil chez les personnes de 60 ans et plus ne diffère pas fondamentalement de la quantité de sommeil dont ont besoin les personnes de 40-50 ans. Ce qui change néanmoins c'est la distribution du sommeil sur la journée et la profondeur et la qualité de celui-ci. La durée totale de sommeil profond est moindre, ce qui entraine plus facilement des réveils, en particulier durant la deuxième moitié de la nuit. En outre, les siestes de l'après-midi auront presque toujours un impact négatif sur le sommeil profond nocturne déjà plus rare.

***Trouble du sommeil****:* on parle de trouble du sommeil lorsqu'une personne est confrontée à ce qui suit :  
difficultés à s'endormir, réveils trop fréquents durant la nuit, difficultés à se rendormir, réveils trop précoces, rêves agités et/ou sensation de ne pas être reposée au réveil (*NHG-standaard*  
*slapeloosheid en slaapmiddelen, 2014*).

***Insomnie prétendue****:*plaintes relatives à un sommeil de mauvaise qualité, sans plainte quant au fonctionnement durant la journée.

***Insomnie***: on parle d'insomnie lorsqu'une personne dort mal au moins 3 fois par semaine, depuis au moins 3 mois, et que ce phénomène s'accompagne d'une souffrance cliniquement significative ou d'un fonctionnement perturbé en journée7. Un mauvais sommeil est défini comme un problème subjectif d'endormissement, de maintien du sommeil ou de réveil trop précoce, ou comme un problème de sommeil non suffisamment récupérateur en dépit de conditions favorables pour dormir. Selon cette définition, l'insomnie est toujours un problème 24h/24. Elle entraine une perturbation du fonctionnement en journée en raison de la fatigue, de la somnolence, de l'irritabilité, du déclin de concentration, de mémoire et de performances durant la journée.6,10 L'insomnie peut être causée par des problèmes sous-jacents : problèmes psychiques, problèmes physiques, consommation de substances (drogues, alcool, médicaments) et pathologies du sommeil spécifiques (narcolepsie ou crises de sommeil irrépressibles, syndrome d'apnée du sommeil [périodes d'apnée ou de respiration sévèrement affaiblie durant le sommeil] et syndrome des jambes sans repos).10

***Consommation chronique de somnifères****:*consommation de somnifères pendant plus de 60 jours au cours des 3 derniers mois.6

1. **Prise en charge de l'insomnie**

La prise en charge de l'insomnie peut s'effectuer de manière non médicamenteuse et médicamenteuse ; l'approche non pharmacologique étant la solution à privilégier en premier lieu. Ci-après sont développées étape par étape les mesures non médicamenteuses que l'on peut proposer aux patients.

* 1. **Psychoéducation**

Expliquer au patient tous les stades du sommeil, ce qu'est le sommeil et les attentes que l'on peut avoir. Il est très important que les patients connaissent ces notions et qu'ils comprennent les mauvaises habitudes de sommeil et sachent comment y remédier. Les patients sont ouverts aux conseils non médicamenteux mais n'en font que rarement la demande par simple ignorance. Ils pensent souvent que les somnifères sont la seule solution. Lorsqu'on leur propose des solutions non médicamenteuses, les patients réagissent souvent positivement.

*Conseil : utilisez les outils pratiques suivants2*

* *Brochure pour les patients : « Somnifères et calmants, pensez d'abord aux autres solutions » :* <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/medication/somniferes-et-calmants>
* *Brochure d'information pour les médecins et les pharmaciens : « Insomnie, bon à savoir » :*

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/wp-content/uploads/2018/01/FR-Brochure-Insomnie-1.pdf>

* *Questionnaire en cas d'insomnie :*

[http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/wp-content/uploads/2018/03/NL-Vragenlijstbijslapeloosheid02.pdf](http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/wp-content/uploads/2018/01/FR-Questionnaire-des-troubles-du-sommeil-1.pdf)

* 1. **Hygiène de sommeil**
     1. **Environnement de sommeil**
* La lumière : un des principaux facteurs influençant le sommeil. Veillez à un environnement sombre en occultant la chambre afin d'éviter l'entrée de lumière provenant du soleil ou de l'éclairage public. Pour les personnes anxieuses, il peut être important de ne pas occulter totalement la pièce. Les réveils lumineux sont à proscrire.
* La température : la température idéale est comprise entre 18 °C et 22 °C.
  + Température trop basse : le corps va se refroidir et le dormeur va changer plus souvent de position durant la nuit pour se réchauffer, ce qui donne lieu à des interruptions du sommeil.

Résultat : sentiment de ne pas être « frais » au lever

* + Température trop élevée : l'activité onirique augmente.

Résultat : davantage de difficultés à se lever.

* Le bruit : un environnement silencieux (aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur) est à conseiller. Les bouchons d'oreilles peuvent être une bonne solution.
* Aération suffisante
* Choisir un bon matelas et un bon oreiller.

*Conseil : utilisez les outils pratiques suivants2*

* *Fiche d'information avec points d'action pour le patient : « Hygiène de sommeil, conseils pour un meilleur sommeil ».*

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/wp-content/uploads/2019/11/FR-Hygiene-de-sommeil.pdf>

* + 1. **Pattern de sommeil/veille**

Le respect d'un pattern fixe de sommeil/veille est très important :

* Toujours se lever et se coucher à heure fixe (régularité !).
* Essayer de dormir un nombre d'heures constant (p. ex. toujours 8 heures par nuit).
  + Il convient de respecter ce canevas 7 jours sur 7. Si l'on souhaite faire une « grasse matinée », ne pas dormir plus d'une heure en plus par rapport aux jours habituels.
* Éviter de récupérer du sommeil en journée, même après une mauvaise nuit.
* Ne pas faire de siestes.
* En cas d'utilisation d'une alarme : ne pas utiliser la fonction « *snooze* » mais se lever immédiatement.

*Conseil : utilisez les outils pratiques suivants2*

* *Journal veille/sommeil et qualité du sommeil*

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/wp-content/uploads/2018/03/FR-Journal-veille-sommeil02.pdf>

* + 1. **Détente**
* Ne pas travailler, ni pratiquer d'autres activités mentales intenses juste avant le coucher.
* De manière générale, l'idéal est d'essayer de se changer les idées, p. ex. à l'aide d'une activité agréable, d'un hobby ou d'exercices de relaxation.
* Il convient de laisser la dernière demi-heure de la journée libre afin de préparer le sommeil.
* Ne pas rester au lit lorsqu'on ne peut pas dormir. Il est préférable de se lever et de se recoucher quand une somnolence apparaît.
* Retourner son réveil pour éviter de regarder sans cesse les heures défiler.

*Conseil : utilisez les outils pratiques suivants :*

* [www.ontspanningsoefeningen.com](http://www.ontspanningsoefeningen.com)
  + 1. **Alimentation saine**
* Il est très important d'adopter de bonnes habitudes alimentaires. Une alimentation variée et équilibrée aide à mieux se sentir dans sa peau.
* Il convient d'éviter les repas copieux ou fortement épicés avant le coucher. Un estomac surchargé peut perturber le sommeil nocturne.
* Un estomac vide est tout aussi peu favorable à un bon sommeil. Une légère collation est acceptable et peut aider à s'endormir. Il faut donc éviter aussi de se coucher avec une sensation de faim.
* Ne pas fumer (la nicotine a un effet stimulant).
* Ne pas consommer de boissons stimulantes (café, thé, boissons riches en caféine et/ou en sucre...) 4 à 6 heures avant le coucher. Ce sont des stimulants qui réveillent et qui ont donc une influence négative sur le sommeil.
* Éviter le plus possible de boire de l'alcool dans les 2 heures qui précèdent le coucher. L'alcool aide parfois à s'endormir mais il provoque des réveils nocturnes.
  + 1. **Déconnexion**
* Ne pas lire, utiliser d'ordinateur ou regarder la télévision au lit. Réserver la chambre à coucher exclusivement au sommeil. Ceci permet d'apprendre au corps à associer le lit au sommeil.
* Éviter l'utilisation d'appareils électroniques à partir de 1 à 1 ½ heure avant le coucher. Ceci permet de réduire la stimulation du cerveau et d'éviter l'exposition à la lumière bleue. En effet, la lumière bleue inhibe la production de mélatonine.
  + 1. **Activité physique**
* Une activité physique régulière est recommandée. Toute forme d'activité physique, adaptée au niveau du patient, garantit un bon sommeil nocturne. Il faut toutefois éviter les efforts physiques intenses juste avant le coucher.
  + 1. **Thérapie comportementale cognitive**2,15,16

La thérapie comportementale cognitive pour l'insomnie se compose de ce qui suit :

* + thérapie cognitive
  + thérapie de contrôle du stimulus
  + thérapie de restriction du sommeil
    - 1. **Thérapie cognitive**

Celle-ci consiste à apprendre à transformer les pensées entravant le sommeil en pensées favorisant le sommeil. Le défi est de remplacer les pensées personnelles par des pensées neutres.

* + - 1. **Thérapie de contrôle du stimulus**

Chez les patients insomniaques, la chambre à coucher et le lit sont devenus le stimulus qui les tient éveillés. La thérapie de contrôle du stimulus vise à annihiler ce stimulus.

* + - 1. **Thérapie de restriction du sommeil**

Cette thérapie consiste à réapprendre à dormir d'une seule traite. La thérapie de restriction de sommeil aide rapidement à réduire la longue durée d'éveil dans le lit. Cette thérapie consiste à mesurer l'efficience du sommeil grâce à la tenue d'un journal de sommeil/veille (*voir 3.2.2*). Si celle-ci est inférieure à 85 %, le temps passé au lit est réduit au nombre d'heure réellement dormies.

* + - 1. **Preuves en faveur de la thérapie comportementale cognitive (CBTI)**

La thérapie comportementale cognitive permet de traiter de manière efficace les troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil. « CBTI » est l'acronyme de *Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia* (thérapie comportementale cognitive pour l'insomnie). Le principe fondamental de la thérapie comportementale cognitive est que les pensées, les sentiments et le comportement sont liés entre eux et qu'ils influencent et renforcent mutuellement l'insomnie d'endormissement et l'insomnie de maintien du sommeil. Une étude scientifique démontre que la thérapie comportementale cognitive est plus efficace contre l'insomnie et possède davantage d'effets positifs à long terme. Les personnes qui ont suivi une thérapie comportementale cognitive ont appris des exercices quotidiens pour identifier et modifier leurs pensées stressantes. Les techniques qu'elles ont apprises étaient par exemple de retarder l'heure du coucher, ou de se lever pour lire lorsqu'elles ne parvenaient pas à s'endormir dans les 20 minutes. Ces techniques se sont donc avérées plus efficaces contre l'insomnie que les médicaments.

La thérapie comportementale cognitive a un taux de succès de 70 à 80 % pour aider les personnes qui souffrent d'insomnie chronique. Un tiers des personnes qui suivent cette thérapie retrouvent un sommeil normal, et la plupart constatent une diminution des symptômes de 50 % et un sommeil allongé de 45 à 60 minutes supplémentaires par nuit.

*Conseil : utilisez les outils pratiques suivants2*

* *Cercle de l'insomnie et interventions possibles*

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/wp-content/uploads/2018/03/FR-Cercle-de-linsomnie02.pdf>

* 1. **Place de la phytothérapie dans la prise en charge de l'insomnie**

Le Répertoire commenté des médicaments mentionne un certain nombre de médicaments à base d'extraits de plantes dans le chapitre « Hypnotiques, sédatifs, anxiolytiques ». Ces extraits de plantes ont subi une procédure d'enregistrement simplifiée en raison :

* de leur « usage traditionnel » : les preuves issues d'études cliniques sont limitées mais leur efficacité est plausible. En outre, il a été démontré que ces substances ont été utilisées de cette manière en toute sécurité depuis au moins 30 ans, dont au moins 15 années en Union européenne ;
* ou de leur « usage bien connu » : les données de la littérature fournissent des preuves scientifiques de leur efficacité et de leur innocuité en cas d'utilisation de cette manière et couvrent une période d'au moins 10 ans en Union européenne.

Pour l'instant, aucun effet indésirable à long terme n'a été encore constaté lors de l'utilisation de ces plantes (dépendance, accoutumance). Néanmoins, leur utilisation ne doit pas faire oublier au patient l'importance des **mesures non médicamenteuses ainsi que de l'identification et de la prise en charge de la cause de ses symptômes.**

Pour la valériane (*Valeriana officinalis*), il existe des preuves limitées d'un effet hypnotique9. En ce qui concerne les autres produits à base de plantes (*Crataegus monogyna*, *Oxycantha rhodiola rosea*, *Passiﬂora incarnata* et *Ballota foetida*) traditionnellement utilisés comme somnifères et calmants,  
on dispose de données insuffisantes quant à leur efficacité et leur innocuité17.

* 1. **Place de la mélatonine dans la prise en charge de l'insomnie**

La mélatonine est une hormone naturellement présente qui joue un rôle important dans la régulation du cycle de sommeil/veille de l'organisme. Normalement, la quantité de mélatonine dans le sang augmente tard le soir. Ceci induit une somnolence et une baisse de la température corporelle. On ne dispose que de preuves limitées en ce qui concerne la mélatonine. Quelques études contrôlées randomisées ont montré un effet limité de produits à base de mélatonine à longue durée d'action dans le cadre de la prise en charge de l'insomnie chez les personnes de plus de 55 ans. L'effet à long terme est indéterminé*.*9

1. **Benzodiazépines et somnifères apparentés**

|  |
| --- |
| **Une étude longitudinale a révélé que, parmi les patients ayant commencé à prendre des benzodiazépines, 2 sur 3 en prenaient toujours après 1 an. Après 8 ans, cette proportion était encore de 1 sur 3 !19** |

La plupart des gens considèrent les benzodiazépines comme des substances inoffensives. Une étude de « Project Farmaka » a révélé que 68 % en moyenne des symptômes d'insomnie sont traités de manière médicamenteuse, dont 98 % par des benzodiazépines.18

Divers facteurs font en sorte qu'une fois instauré, le traitement médicamenteux se poursuit souvent beaucoup trop longtemps. Une étude longitudinale internationale, ayant comparé deux pays disposant de systèmes de soins de santé différents (à savoir les Pays-Bas et la Suède), révèle que 2/3 des utilisateurs initiaux de benzodiazépines en consomment toujours après 1 an et que cette proportion est encore d'1/3 après 8 ans ! En Belgique, la consommation chronique de ces médicaments concerne surtout la population âgée, qui est justement particulièrement vulnérable aux effets secondaires/indésirables.18,19

1. ***Que sont les benzodiazépines et somnifères apparentés ?***

Les benzodiazépines et les substances qui y sont apparentées (que l'on appelle « produits Z » ou « *Z-drugs* ») appartiennent au groupe des « hypnotiques, sédatifs et anxiolytiques »9. Ces « produits Z » ne présentent pas d'avantages par rapport aux benzodiazépines en ce qui concerne l'efficacité ou l'innocuité. Il existe trop peu d'arguments pour privilégier les benzodiazépines ou les produits Z.

Il est établi que les benzodiazépines et les substances apparentées (*Z-drugs*) sont efficaces en cas d'insomnie : d'une part elles augmentent la durée du sommeil (49 à 61 minutes) et d'autre part elles raccourcissent la durée d'endormissement (en moyenne 14 minutes). Néanmoins, cette efficacité n'est étayée que pour une durée d'1 semaine et diminue avec le temps. En ce qui concerne l'anxiété, l'efficacité est également étayée pour un traitement d'une durée de quelques semaines.

* 1. ***Dans quelles situations l'utilisation d'une benzodiazépine peut-elle être judicieuse ?***

Situations dans lesquelles une utilisation de courte durée d'une benzodiazépine peut s'avérer judicieuse :

* en cas d'insomnie de courte durée (l'insomnie chronique n'est PAS une indication  
  pour des somnifères)
* en cas de troubles de l'anxiété
* comme adjuvant (temporaire) dans le cadre du traitement de l'anxiété ou de la dépression avec des  
  antidépresseurs
* en cas de peur des examens ou de la scène
* en cas de symptômes de sevrage alcoolique
* en cas d'épilepsie
* en cas d'agitation aiguë, d'acathisie et de catatonie lors de psychose
* comme prémédication et sédatif lors d'interventions
* en cas de sédation palliative20
  1. ***Effets indésirables des benzodiazépines et somnifères apparentés***

Les effets indésirables des benzodiazépines sont connus depuis des dizaines d'années déjà3 :

* **Troubles moteurs (faiblesse et fatigue musculaires)**  
  Le relâchement musculaire – associé à une diminution de la capacité de réaction et de concentration – augmente le risque de chutes. Ce risque est  
  le plus élevé au début de la prise. En cas de consommation chronique, le risque diminue progressivement mais reste augmenté.
* **Somnolence (diminution de la capacité de réaction et de concentration) ; « gueule de bois »**  
  Ceci entraine un danger lors de la conduite d'un véhicule ou de l'utilisation de machines. Il y a une  
  nette augmentation du risque d'accidents de la route.6  
  L'augmentation de ce risque semble être dose-dépendante.
* **Troubles de la mémoire**  
  Les benzodiazépines peuvent provoquer des troubles de la mémoire (en particulier une amnésie  
  antérograde). Ceci réduit la capacité d'enregistrement d'informations dans  
  la mémoire à long terme. C'est également valable pour la récupération  
  d'informations qui ont été enregistrées dans la mémoire à long terme durant l'utilisation.  
  Ces troubles de la mémoire peuvent être un effet indésirable ennuyeux  
  en cas d'utilisation la journée et en cas d'utilisation de benzodiazépines  
  à longue durée d'action, tant lors d'une utilisation de courte durée que lors d'une utilisation chronique.7 Une confusion se manifeste surtout chez les patients âgés.
* **Estompement de la personnalité**  
  Par exemple, absence de sentiments, passivité et apathie.
* **Symptômes dépressifs**  
  Par exemple morosité, anhédonie et perte d'initiative et/ou de la libido.
* **Accoutumance**  
  L'efficacité des benzodiazépines diminue lors d'une d'utilisation régulière  
  pendant plusieurs semaines (les effets indésirables persistent en revanche). Ceci est dû  
  à l'apparition d'une accoutumance. Celle-ci peut entrainer une augmentation  
  (perpétuelle) de la posologie afin d'obtenir le même effet. Ce phénomène induit  
  lui aussi un risque accru d'effets indésirables7.
* **Dépendance**  
  Des cas de dépendance psychique et physique se manifestent. La dépendance  
  physique s'exprime par l'apparition de symptômes de sevrage après  
  l'arrêt de l'utilisation. C'est le principal motif de reprise de la consommation  
  après l'arrêt. Le risque de dépendance augmente en cas de posologies  
  plus élevées, en cas d'utilisation de plus longue durée, en présence d'un trouble de la personnalité, et lorsque l'anamnèse fait état d'une problématique antérieure de dépendance et d'alcoolisme et/ou  
  de toxicomanie7.
* **Symptômes de sevrage**  
  Les symptômes connus sont des troubles du sommeil (insomnie rebond) et  
  l'apparition d'anxiété et de tension. Ces symptômes sont très semblables à ceux  
  pour lesquels le patient a initialement reçu la prescription de  
  benzodiazépine. Les autres symptômes possibles sont : morosité,  
  irritabilité, tremblements, céphalées, douleurs musculaires, vertiges, sudation,  
  perte d'appétit, vision trouble, irritations, nausées, hypersensibilité à la lumière,  
  au bruit ou au toucher, crises d’épilepsie et délire de sevrage20. Les symptômes apparaissent généralement dans un délai d'un à dix jours après l'arrêt. Dans le cas des benzodiazépines de longue durée d'action, les symptômes de sevrage apparaissent plus tard et présentent une évolution plus légère qu'avec les benzodiazépines de courte durée d'action. En général, les symptômes  
  disparaissent après une à quatre semaines7*.*
* **Intoxications aiguës potentielles**

Les intoxications aiguës induisent dans de rares cas une dépression respiratoire. Habituellement, l'évolution n'est pas fatale sauf en cas de prise concomitante d'alcool ou d'autres produits pharmaceutiques dépresseurs centraux ou en présence d'une pathologie sous-jacente.

Ces effets indésirables sont encore plus fréquents et plus sévères chez les **patients âgés** ; ils peuvent accentuer une éventuelle démence et interférer avec le diagnostic de celle-ci.

1. **Utilisation rationnelle des benzodiazépines**

**Ne pas les instaurer est le message clé\*.**

*\* Dans certaines situations, une utilisation de courte durée de benzodiazépines peut s'avérer judicieuse (voir 4.2)*

On a trop vite recours à la prescription de somnifères et de calmants. Que ce soit en cas d'insomnie ou d'anxiété, il faut privilégier une prise en charge non médicamenteuse comme premier choix. En cas d'insomnie, les benzodiazépines sont le deuxième choix. Elles sont à éviter chez les personnes âgées. Les benzodiazépines chez les patients non âgés ne sont judicieuses que s'il est question d'une forme sévère d'insomnie, ayant une forte répercussion sur le fonctionnement, ou lorsque la prise en charge non médicamenteuse est infructueuse ou difficilement applicable. La règle consiste à effectuer une évaluation après une semaine et à mettre fin à l'utilisation de benzodiazépines. En cas de symptômes d'anxiété, les benzodiazépines ne sont que le troisième choix. Pour la plupart des formes d'anxiété, une prise en charge non médicamenteuse est indiquée. Ce n'est qu'en cas de formes sévères ou lorsque les symptômes ne répondent pas à la prise en charge non médicamenteuse que l'on envisagera des antidépresseurs. Les benzodiazépines pourront uniquement être envisagées en cas d'anxiété aiguë et leur cure sera de courte durée.

La consommation chronique indésirable de benzodiazépines peut être évitée grâce aux mesures qui suivent :

* **Diagnostic adéquat**  
  Effectuer une anamnèse détaillée et se pencher sur les attentes relatives au sommeil, sur les idées et connaissances relatives à l'insomnie, sur les facteurs étiologiques ou aggravants et sur la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments. Le patient peut définir son pattern de sommeil en complétant un **journal du sommeil** *(voir 3.2.2)*. Celui-ci peut être un outil permettant d'obtenir une meilleure compréhension de la sévérité des symptômes de sommeil et des habitudes entravant le sommeil. Cela permettra d'agir sur de fausses idées éventuelles du patient quant au sommeil et à l'insomnie ainsi que sur  
  les facteurs entravant le sommeil.
* **Information adéquate/psychoéducation**  
  La démarche en cas d'insomnie consiste toujours en premier lieu à informer le patient. De cette manière,  
  le professionnel de la santé corrige les fausses idées éventuelles relatives au sommeil et apporte de meilleures  
  connaissances au patient quant aux activités favorisant et entravant le sommeil. Si le patient dort mal sans répercussion néfaste durant la journée, cette démarche informative sera généralement suffisante *(voir 3.1).*
* **Traitement non médicamenteux**  
  En cas d'insomnie de plus longue durée, un traitement comportemental (thérapie comportementale cognitive) est également judicieux. Celui-ci permettra de briser le conditionnement négatif entretenant l'insomnie *(voir 3.2.7).*
* **Traitement de la problématique sous-jacente**  
  Il est important d'identifier l'éventuelle étiologie psychosociale, psychiatrique  
  ou somatique sous-jacente à l'insomnie. En effet, les utilisateurs potentiels se présentent souvent chez leur médecin généraliste ou leur pharmacien pour une insomnie, une anxiété ou des sentiments dépressifs résultant de problèmes (imminents) ou d'inquiétudes par exemple dans le domaine familial, relationnel, professionnel ou de la santé. Des atteintes physiques – telles que douleur et problèmes cardiovasculaires – peuvent également entrainer une insomnie, une nervosité et d'autres réactions psychiques. La prévention de la consommation inutile de benzodiazépines s'effectue en traitant la problématique sous-jacente de manière adéquate et en réagissant de manière adaptée aux symptômes.
* **Information adéquate des nouveaux utilisateurs de benzodiazépines**  
  Lors de l'instauration d'une benzodiazépine, les informations adéquates fournies par le médecin et le pharmacien24 constituent l'un des aspects les plus importants pour la prévention d'une consommation chronique indésirable. Il faut donc discuter clairement des avantages et des inconvénients de l'utilisation d'une benzodiazépine. Il faut par exemple envisager l'effet des médicaments sur le sommeil et la survenue d'une dépendance/d'effets indésirables. Il convient d'informer le patient aussi bien oralement que par écrit.
* **Ne prescrire des benzodiazépines que pour une courte période**  
  Lors de l'instauration d'une benzodiazépine, les aspects suivants sont importants7 :
  + Faire savoir que le médicament est seulement destiné à une utilisation de courte durée.
  + Obtenir l'approbation du patient quant à l'objectif des  
    somnifères et quant au caractère unique de la prescription.
  + Prescrire le conditionnement contenant le moins de comprimés.
  + Prescrire la plus faible posologie possible.
  + Bien expliquer au patient que le somnifère ne peut être pris que temporairement et inscrire la **date d'arrêt** sur l'emballage.
  + Préférer un produit « Z » à effet intermédiaire plutôt que la moitié de la posologie des jeunes adultes, et ce pendant une durée **ne dépassant pas 1 à 2 semaines** (accoutumance aux effets souhaités et certains effets indésirables après une prise de 1 à 2 semaines. Dépendance psychique et physique après une prise de 1 à 2 semaines).
* **Surveillance du pattern de consommation des nouveaux utilisateurs**  
  Il est important de bien surveiller le pattern de consommation des nouveaux utilisateurs de benzodiazépines. Le pharmacien peut également y apporter son soutien en signalant une consommation chronique débutante ou une augmentation de la consommation. Le pharmacien peut contrôler cela facilement grâce au dossier pharmaceutique partagé (**DPP**)24. Ce dossier partagé permet également au pharmacien de voir si le patient se rend éventuellement chez d'autres médecins et pharmaciens pour obtenir des somnifères.

1. **Prise en charge d'une utilisation chronique existante de benzodiazépines et somnifères apparentés.**

En cas d'arrêt brutal des benzodiazépines, il existe un risque de symptômes de sevrage aigus. Ces  
symptômes de sevrage sont identiques à ceux observés lors d'un sevrage alcoolique (l'alcool est comparable à un anxiolytique de très courte durée). Le risque de symptômes de sevrage augmente avec l'augmentation de la dose de calmants, chez les utilisateurs de longue durée, chez les utilisateurs âgés et chez les patients souffrant de multiples problèmes médicaux ou psychiatriques.  
En cas de suppression brutale de doses élevées de benzodiazépines, de graves symptômes et  
signes de sevrage peuvent se développer, à savoir : insomnie, tremblements, anxiété, agitation, tachycardie,  
hypertension, hyperthermie, sudation, hallucinations, épilepsie. En cas de syndrome de sevrage sévère,  
on peut observer une sudation excessive, des nausées et vomissements (pouvant mener à une pneumonie par fausse route),  
un délire avec hallucinations, des arythmies cardiaques, un infarctus du myocarde et un infarctus cérébral6.  
Une thérapie comportementale cognitive peut accroître les chances de succès d'un sevrage9,10. En cas de troubles du sommeil sévères, il est recommandé d'entamer une thérapie comportementale cognitive avant de débuter  
le sevrage. Il convient également de prendre en charge la dépression ou les problèmes médicaux avant  
d'entreprendre le sevrage6.  
On ne dispose d'aucune preuve convaincante quant à l'utilité d'un quelconque médicament (antidépresseur, mélatonine, antiépileptique) comme aide au sevrage des benzodiazépines9,10.  
Des études montrent que le sevrage de benzodiazépines chez les patients âgés induit une amélioration du  
fonctionnement (physique et psychique)9,10.  
Après un sevrage aigu résultant d'un usage abusif, on peut être confronté pendant des mois à  
une anxiété et une insomnie. Ces manifestations peuvent entrainer une reprise de la consommation ou une récidive de l'abus de calmants. Un sevrage prudent (sur une durée de 2 à 3 mois voire plus) pourrait prévenir cette problématique6.

Envisagez certainement un sevrage chez les patients qui :

* utilisent une dose limitée de benzodiazépines
* présentent une consommation de benzodiazépines d'une durée limitée
* ont commencé des benzodiazépines pour une problématique légère
* fonctionnent relativement bien
* ne présentent pas de comorbidité psychiatrique importante
* ne présentent pas de dépendance à d'autres substances

Mais un sevrage est également indiqué dans des cas plus complexes !

Les médecins ainsi que les pharmaciens sont en mesure d'aborder la problématique de consommation chronique de benzodiazépines chez le patient (éducation quant aux médicaments et psychoéducation). Le recours à une lettre encourageant l'arrêt a également déjà permis d'obtenir de beaux résultats (voir ci-après).

***6.1 Auto-évaluation en ligne***

En Flandre, la *DrugLijn* propose un test d'auto-évaluation facile à utiliser pour toute personne souhaitant se pencher sur l'utilisation risquée de  
benzodiazépines. Ce test comporte 12 questions. Des conseils sont ensuite donnés en fonction du score obtenu :  
<https://www.druglijn.be/test-jezelf/test/zelftest-slaap--en-kalmeringsmiddelen> (développé par Jellinek).

***6.2 Intervention minime***

Une intervention minime du professionnel de la santé au niveau du sevrage des somnifères a souvent un effet positif même si le patient est réticent au départ.

Par « interventions minimes », on sous-entend :

* l'envoi d'une lettre conseillant d'arrêter de consommer des benzodiazépines
* la distribution d'informations (d'auto-assistance) (pharmacien, médecin généraliste...)
* une brève consultation chez le médecin généraliste.

**Lettre encourageant l'arrêt**

Cette méthode consiste à rédiger une simple « lettre encourageant l'arrêt », qui attire l'attention des patients sur les inconvénients d'une consommation chronique de benzodiazépines. Cette méthode se révèle la plus efficace chez les patients prenant au maximum 1 dose journalière standard par jour mais peut évidemment être adressée aux autres patients également. Il ressort effectivement d'une étude que la probabilité d'arrêt avec cette méthode dépend de la posologie et de la durée de consommation. Une proportion supérieure à 60 % des patients ayant consommé moins de 0,7 dose journalière standard pendant maximum 2 ans ont mis fin à leur consommation grâce à cette méthode. La probabilité d'arrêt diminuait à mesure de l'allongement de la durée de consommation6.

Cette approche consiste à informer l'utilisateur au travers d'une lettre (**lettre encourageant l'arrêt**) afin qu'il arrête de consommer des somnifères6. Cette lettre contient des informations relatives aux risques liés à l'utilisation de ces médicaments ainsi que des conseils pour les réduire progressivement et aboutir enfin à leur arrêt complet. Il est conseillé de rédiger cette lettre de manière personnalisée pour chaque patient9,10. Après trois mois, les utilisateurs sont invités et les résultats sont évalués. Cette approche permet à un tiers à la moitié de ces patients d'arrêter d'eux-mêmes leurs médicaments.6 **Cette intervention est l'une des stratégies les plus efficaces pour sevrer des benzodiazépines et est plus efficace comme première étape qu'une discussion motivationnelle.**

*Conseil : utilisez les outils pratiques suivants2*

* *Lettre encourageant l'arrêt des benzodiazépines*

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/wp-content/uploads/2018/03/NL-STOPBRIEFbij2BZD-02.pdf>

* *Lettre encourageant l'arrêt-intervention unique*

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/wp-content/uploads/2018/03/FR-Sevrage-lettre-dintervention-unique02.pdf>

**Distribution d'informations d'(auto-)assistance**

L'éducation relative aux médicaments est un outil important qui peut être proposé aussi bien par le pharmacien que par le médecin généraliste. Cette démarche peut s'effectuer facilement en remettant une brochure d'éducation au patient.

*Conseil : utilisez les outils pratiques suivants2*

* *Brochure d'éducation pour le patient : « Van slaappillen kan je vallen » (Les somnifères peuvent causer des chutes)*

<http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2016/2016_EVV_Brochure-medicatie_ZR.pdf>

Il ressort de l'étude canadienne suivante qu'une intervention minime chez le pharmacien peut certainement jouer un rôle dans la motivation des patients à se sevrer de leurs somnifères21,22 :

Une récente étude clinique pragmatique, randomisée par grappes, menée au Canada, a investigué l'effet d'une intervention minime du pharmacien sur la prescription non judicieuse de benzodiazépines chez les personnes âgées (1). Les auteurs ont recruté, auprès de 30 pharmacies, 303 seniors de plus de 65 ans résidant à domicile (âge moyen de 75 ans) à qui l'on avait prescrit au moins 5 médicaments et au moins 1 benzodiazépine pendant au moins 3 mois successifs. Les participants à l'étude consommaient des benzodiazépines depuis environ 10 ans, avec une dose quotidienne moyenne équivalente à 1,3 mg de lorazépam. Les patients atteints de démence ou d'un trouble psychique sévère ont été exclus. Les personnes âgées du groupe interventionnel ont reçu par courrier un livret d'information expliquant les inconvénients des benzodiazépines et les traitements alternatifs disponibles pour les troubles du sommeil et de l'anxiété. Un protocole de sevrage de la benzodiazépine consommée de manière chronique leur était également simultanément proposé, avec la recommandation d'en discuter avec le médecin généraliste ou le pharmacien. En effet, entreprendre seul un sevrage sans le soutien d'un professionnel de la santé n'est pas dénué de risques et l'arrêt brutal peut s'accompagner de symptômes de sevrage tels que symptômes d'anxiété, insomnie, confusion, hallucinations et cauchemars (2).

**Résultat :**

Il ressort de cette étude que le pharmacien doit envoyer par courrier un livret d'information avec protocole de sevrage à quatre personnes âgées sous consommation chronique de benzodiazépines pour qu'une personne âgée mette fin à son utilisation de benzodiazépines après six mois. Toutefois, la benzodiazépine a été remplacée par un antidépresseur chez plus de 10 % des personnes âgées, ce qui n'est pas réellement l'objectif.

***6.2 Diminution (contrôlée) de la dose***

Cette méthode convient aux patients qui ne parviennent pas à mettre fin par eux-mêmes à leur consommation de benzodiazépines. Cette méthode repose sur l'utilisation d'un **protocole de sevrage**, permettant de réduire les symptômes de sevrage. Environ la moitié des utilisateurs de benzodiazépines parviennent à mettre fin à leur consommation grâce à cette méthode.

**Comment effectuer un sevrage de benzodiazépines à l'aide d'une diminution contrôlée de la dose ?23**

* Si l'on souhaite mettre fin à un traitement de longue durée, il faudra diminuer la dose de manière très progressive, p. ex. de 10 à 20 % par semaine ou sur 2 semaines (Grade A). Ceci peut éventuellement s'effectuer à l'aide de préparations magistrales.
* Passer à une benzodiazépine possédant une longue demi-vie (comme p. ex. le diazépam) peut être une option. Dans ce cas-ci aussi, des préparations magistrales sont possibles (voir tableau 1).
  + On manque de données robustes à ce sujet ; on ne dispose que de données approximatives.
  + Il règne encore des discussions quant à savoir si le passage au diazépam serait une meilleure stratégie que la seule diminution progressive du produit utilisé, compte tenu de la longue demi-vie du diazépam et de ses métabolites actifs.
  + Il est en tout cas déconseillé de passer au diazépam chez les patients âgés. La meilleure option dans cette population consiste à diminuer progressivement la benzodiazépine déjà utilisée.
* Les performances cognitives et psychomotrices des personnes âgées ayant mis fin à une utilisation prolongée (plusieurs années) de benzodiazépines comme hypnotiques se sont améliorées par rapport aux personnes ne l'ayant pas fait (Grade B).
* Il n'y a pas de différence du point de vue de la durée quotidienne et de la qualité du sommeil entre les patients âgés qui ont arrêté les hypnotiques et ceux qui ne l'ont pas fait (Grade B).
* La préparation d'un pilulier hebdomadaire peut être un outil supplémentaire. Une option supplémentaire consiste à ce que le patient se rende chaque jour ou chaque semaine à la pharmacie pour chercher sa benzodiazépine, afin de réduire la probabilité de rechute24.
* Conseil : au début du sevrage, le médecin peut inscrire le **STS** (*start to stop*) sur l'ordonnance. Ceci permet de faire également savoir au pharmacien que le patient va entreprendre un sevrage de ses somnifères. Ainsi, le médecin généraliste et le pharmacien pourront tous deux soutenir le patient dans cette démarche

|  |
| --- |
| ****Diazépam 10 mg****  alprazolam 0,5 - 1 mg t1/2 : 12 à 15 h  bromazépam 4,5 - 9 mg t1/2 : 15 à 22 h  brotizolam 0,25 - 0,5 mg t1/2 : 3 à 6 h  clobazam 10 - 30 mg t1/2 : 18 h (42 h)\*  clorazépate 10 - 30 mg t1/2 : 2 à 3 h (42 à 120 h)  flunitrazépam 0,5 - 2 mg t1/2 : 16 à 35 h  kétazolam 15 - 75 mg t1/2 : 2 h (42 à 120 h)  loprazolam 0,5 - 2 mg t1/2 : 8 h (6 à 8 h)  lorazépam 2 - 8 mg t1/2 : 12 à 16 h  lormétazépam 1 - 2 mg t1/2 : 10 h  midazolam 7,5 - 15 mg t1/2 : 2,1 à 3,5 h  nitrazépam 5 - 10 mg t1/2 : 18 à 34 h  nordazépam 2,5 - 10 mg t1/2 : 42 à 120 h  oxazépam 15 - 100 mg t1/2 : 4 à 15 h  prazépam 30 - 60 mg t1/2 : 42 à 120 h  triazolam 0,25 - 0,5 mg t1/2 : 1,5 à 5,5 h  zolpidem 20 mg t1/2 : 2,4 h  zopiclone 15 mg t1/2 : 5 h  \* : entre parenthèses : demi-vie des métabolites. |

**Tableau 1 : tableau d'équivalence des benzodiazépines avec mention de leur durée de demi-vie**

(CBIP, Répertoire commenté des médicaments), (*Apotheekkennisbank*)

***6.4 Orientation vers des centres spécialisés***

Si la diminution contrôlée de la dose s'avère inefficace, si l'on est confronté à une grave  
dépendance aux benzodiazépines (utilisation de posologies nettement supérieures aux posologies habituelles, augmentation rapide  
de la consommation, contrefaçon d'ordonnances, manipulation pour obtenir davantage de prescriptions) et en cas d'existence concomitante d'une autre problématique de dépendance (drogues, alcool ou jeu), il conviendra d'opter pour un traitement dans un centre spécialisé6.

1. **Évaluation de la CMP**
2. **Outils pratiques**

***Matériel de campagne du SPF Santé publique « Somnifères et calmants, pensez d'abord aux autres solutions ».***

* + affiche, brochure pour les patients, vidéo (personnalisées pour le patient)
  + manuel d'aide pour les médecins et pour les pharmaciens
  + fiche pratique, e-learning, formation pour le Glem

Tout ce matériel ainsi que les informations nécessaires sont disponibles sur :

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/medication/somniferes-et-calmants>

***Brochure d'éducation*** [***« Van slaappillen kan je vallen »***](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2015/2015_EVV_brochure-medicatie.pdf) ***(Les somnifères peuvent causer des chutes).***

Cette brochure informe les seniors de plus de 65 ans sous somnifère ou sédatif des conséquences néfastes d'une utilisation prolongée de ces substances, avec une attention particulière pour l'effet sur le risque de chutes. Cette brochure fournit plusieurs conseils très concrets pour un sommeil nocturne de qualité sans somnifères. Cette brochure peut être téléchargée gratuitement sur : <http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2016/2016_EVV_Brochure-medicatie_ZR.pdf>

Important : l'objectif est qu'un professionnel de la santé (médecin, pharmacien, infirmier ou professionnel paramédical compétent) parcoure la brochure avec le patient et discute des possibilités avec lui. Par conséquent, il est préférable de demander et de se procurer la brochure auprès de personnes et/ou organismes disposant d'un professionnel de la santé/d'une relation patient.

***Films de sensibilisation***

Ces films sont disponibles sur le site Internet de l'EVV, à savoir [www.valpreventie.be](http://www.valpreventie.be), et peuvent être téléchargés gratuitement.

* + Dans le film [« *Van slaappillen kan je vallen* »](https://vimeo.com/119361330) (réalisé en MRS), 3 personnes âgées témoignent du succès du sevrage et de l'arrêt de leurs somnifères, ainsi que de l'effet sur leur fonctionnement au quotidien. Des professionnels y ajoutent des informations complémentaires relatives à la consommation de somnifères à un âge avancé. Ce film a été tourné à la **MRS Leiehome à Drongen**.

Le projet de promotion de la qualité à la MRS Leiehome de Drongen est un bel exemple pratique illustrant ce qu'on peut qualifier de *success story.* La MRS a misé sur une utilisation plus rationnelle des psychotropes grâce à une approche centrée sur le patient. Celle-ci a permis d'obtenir une baisse significative des psychotropes, même après 1 année de suivi.

* + Dans le film « *Van slaappillen kan je vallen*» (réalisé à domicile), Kris Baert, ancien animateur de Radio 2, témoigne du succès du sevrage et de l'arrêt des somnifères, ainsi que de l'effet sur son fonctionnement au quotidien. Dr Tom Jacobs y ajoute des informations complémentaires relatives à la consommation de somnifères à un âge avancé. (<https://vimeo.com/157582046>)

***Brochure en ligne « Troubles du sommeil » :***

<https://issuu.com/ggvlaanderen/docs/vvgg_slaap2010_01?backgroundColor>

1. **Sources et références**

Pour développer ce programme de promotion de la qualité, nous nous sommes basés sur différentes sources :

1. Enquête de santé 2013 – Belgique

<https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf>

1. Manuel d'aide « Somnifères et calmants » pour les médecins et les pharmaciens ; développé dans le cadre de la campagne « **Somnifères et calmants, pensez d'abord aux autres solutions** », à la demande du SPF Santé publique.

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/>

1. *Instituut voor verantwoord medicijngebruik* (Institut pour l'utilisation rationnelle des médicaments) (Pays-Bas)
   * *Slaapstoornissen* (Troubles du sommeil)
   * FTO « *Stoppen met benzodiazepines* » (Arrêter les benzodiazépines)
   * <https://www.medicijngebruik.nl/fto/themas/slaapstoornissen>
2. *Geestelijk Gezond Vlaanderen: Slaapstoornissen* (Site Internet de la santé mentale en Flandre : Troubles du sommeil)

<https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/slaapstoornissen>

1. *Domus Medica*: *Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn* (Prise en charge de l'insomnie en première ligne) :

<http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/slapeloosheid-horizontaalmenu-392.html>

1. VAD : Dossier « *Slaap – en kalmeringsmiddelen* »(Somnifères et calmants) (2017)

<http://www.vad.be/materialen/detail/dossier-slaap--en-kalmeringsmiddelen>

1. *Nederlands Huisartsen Genootschap* (NHG) (Association des Médecins Généralistes Néerlandais) : *Uitgebreide info over de aanpak van slapeloosheid en slaapmiddelen* (Informations détaillées sur la prise en charge de l'insomnie et des somnifères) (2014) [https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/slapeloosheid-en-slaapmiddelen](https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/slaapproblemen-en-slaapmiddelen)
2. *Expertisecentrum Val-en Fractuurpreventie Vlaanderen* (EVV) (Centre d’expertise pour la prévention des chutes et des fractures de Flandre) : Algorithme pour une utilisation rationnelle des benzodiazépines (BZD)/« produits Z » dans le cadre du risque de chute chez les personnes âgées. <http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2016/2016_EVV_algoritme_benzodiazepines_Z-producten.pdf>
3. CBIP : Hypnotiques, sédatifs et anxiolytiques

<http://www.cbip.be/fr/chapters/11?frag=7468>

1. CBIP : Insomnie

<https://www.cbip.be/folia_pdfs/FR/P42F12.pdf>

1. Farmaka asbl ([www.farmaka.be](http://www.farmaka.be)) : S'abstenir de prescrire – Benzodiazépines (<https://www.farmaka.be/frontend/files/publications/files/s-abstenir-de-prescrire-seconde-partie.pdf>)
2. Farmaka asbl ([www.farmaka.be](http://www.farmaka.be)) : Interventions minimales pour arrêter l'utilisation prolongée de benzodiazépines

(<https://www.farmaka.be/frontend/files/publications/files/interventions-minimales-pour-arreter-l-utilisation-prolongee-de-benzodiazepines.pdf>)

1. Farmaka asbl ([www.farmaka.be](http://www.farmaka.be)) : Formulaire de soins aux personnes âgées : Troubles du sommeil (2015). [https://farmaka.cbip.be/fr/formulaire-p-a/208](https://farmaka.cbip.be/fr/formulaire-p-a/208#main)
2. Recommandation de l'APB : « Anxiété, stress et troubles du sommeil »

[http://www.apb.be/nl/my/Geneesmiddelen-en-farmaceutische-zorg/patientenfolders/Pages/Angst-stress-en-slapeloosheid.aspx](http://www.apb.be/nl/my/Geneesmiddelen-en-farmaceutische-zorg/patientenfolders/Pages/Angst-stress-en-slaapproblemen.aspx)

1. Article « *Een Belg op de negen gebruikt slaap- of kalmeermiddelen* » (Un Belge sur neuf consomme des somnifères ou des calmants) : [deredactie.be](http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/binnenland/130201_pillen).
2. Site Internet de l'*American Psychological Association* : [APA](http://www.apa.org/topics/sleep/why.aspx) ; <http://www.apa.org/topics/sleep/why.aspx>

<http://www.apa.org/helpcenter/sleep-disorders.aspx>

<http://www.apa.org/research/action/sleep.aspx>

1. CBIP ; Folia avril 2011 ; Les médicaments à base de plantes : quelques explications

<http://www.cbip.be/fr/articles/1956?folia=1951>

1. Anthierens S. : *(Het vermijden van) Opstarten van benzodiazépines in de eerste lijn.* ([Éviter d']Instaurer des benzodiazépines en première ligne). *Bespreking door* (Une discussion de) *M.* *De Meyere.* Huisarts Nu 2010;39(2):77-79.
2. van Hulten R, Isacson D, Bakker A, Leufkens HG. *Comparing patterns of long-term benzodiazepine use between a Dutch and a Swedish community.* Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2003;12(1):49–53.
3. Farmacotherapeutisch Kompas, 2016 ; KNMP Kennisbank

<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl>

1. Rédaction Minerva. Une intervention minime du pharmacien peut-elle réduire l’utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées ? Minerva Online 15/12/2014. Analyse de Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, et al. *Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial.* JAMA Intern Med 2014;174:890-8.
2. Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP). Prise en charge de l'insomnie. Folia Pharmacotherapeutica 2009;36:37-41.
3. Chevalier P., Debauche M., Dereau P., Duray D., Gailly J., Paulus D., Vanhalewyn M. (2011). *Geneesmiddelenverslaving.* (Dépendance aux médicaments) Domus Medica vzw, Huisarts Nu, 40(3), p110.
4. Haems M., Christiaens T., *Farmaceutische Zorg bij de afbouw van slaap-en kalmeermiddelen* (Soins pharmaceutiques dans le cadre du sevrage de somnifères er de calmants), Farmazine 80 (12/2017), p4-6