HAL
open science

Étude de l'impact d'un rappel des recommandations de bonne pratique de prescription des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines au sein du service de Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque

Typhaine Connan

To cite this version:

Typhaine Connan. Étude de l'impact d'un rappel des recommandations de bonne pratique de prescription des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines au sein du service de Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03508078

HAL Id: dumas-03508078

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03508078v1

Submitted on 3 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

université de BORDEAUX

q

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021 Thèse n° 161

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par CONNAN Typhaine

Née le 25 octobre 1991 à LOUDEAC

Le 16 décembre 2021

Étude de l'impact d'un rappel des recommandations de bonne pratique de prescription des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines au sein du service de Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque.

Sous la direction du Docteur Ingrid LESCARRET

Membres du jury :

Mme le Professeur Nathalie SALLES	Présidente
Mme le Professeur Claire ROUBAUD	Rapporteur
M. le Professeur William DURIEUX	Examinateur
M. le Docteur Franck LAMOULIATTE	Examinateur
Mme le Docteur Ingrid LESCARRET	Examinateur

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Nathalie SALLES,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver en ces mots mes sincères remerciements.

Madame le Professeur Claire ROUBAUD,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur d'accepter d'évaluer et de vous prononcer sur l'intérêt de ce travail. Soyez assurée de ma reconnaissance pour votre expertise.

Monsieur le Professeur William DURIEUX
Professeur associé – Département de Médecine Générale, CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Merci de la disponibilité dont vous faites preuve.

Monsieur le Docteur Franck LAMOULIATTE
Chef de pôle de la filière gériatrique – Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de la Côte Basque

Je tiens à témoigner du profond respect que j'ai pour toi. Merci de m'avoir accueillie au sein de ton pôle avec la plus grande bienveillance et de me guider dans cette spécialité qu'est la gériatrie.

Madame le Docteur Ingrid LESCARRET
Chef de Service du Court Séjour Gériatrique – Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de la Côte Basque

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, d'avoir été si patiente au long de ces deux années. Merci de ne pas prendre certaines de mes maladresses pour de l'impolitesse. Merci de m'avoir proposé ce remplacement d'un mois dans ton service car je ne savais pas trop quoi faire de mon post-internat et de me faire confiance quotidiennement.

Aux médecins et équipes soignantes qui ont marqué mon chemin,

A l'équipe de gériatrie d'Oloron pour m'avoir cocoonée pendant ces 6 premiers mois d'internat. A l'équipe de médecine interne de Libourne et particulièrement au Docteur Meunier pour cet apprentissage extrêmement matinal mais rigoureux, au lit du patient. En un mot : « la clinique ».

A toute l'équipe para-médicale de gériatrie de Bayonne, avec qui je prends un immense plaisir à travailler. Aux secrétaires pour leur réactivité. A Mme Dubroca pour son analyse statistique.

A Céline, à Nathalie, à Marie, à Ingrid et Franck, merci de m'avoir accueillie dans votre équipe, de me transmettre votre savoir. Merci de me supporter tous les jours, même ceux où je suis soulée, même ceux où je vais mourir. Je ne sais pas si j'aime beaucoup travailler, mais une chose est certaine, j'aime le faire avec vous. Franck, j'espère un jour voir aussi grand et aussi loin que toi (qui sait, jusque Saint Palais ?).

A mes anciens co-internes. Aux différents internes du service pour avoir eu la politesse de ne pas (trop) me remettre en question malgré l'absence de cette petite formalité appelée thèse.

Aux amis d'hier et d'aujourd'hui,

A Emilie, à Julien, à Servane et Sophie pour votre amitié si précieuse, cette jeunesse insouciante. Pour tous ces souvenirs et ceux à venir. Merci. A Alma, Xavier et Thomas, quel courage (ou folie) de rester ! A Manon et Felix, loin des yeux mais toujours dans le cœur après tant d'année. A Charlotte et à sa liberté, à Julie, à Jonathan. A toute la Rue des Écoles, en particulier à Polo et Clément, finalement on ne l'aura jamais loupé ce car.

Aux Brestois, Clémentine, Elodie, Davy, Pierre, Charles, Mathieu, Martin et Yves, grâce à qui l'externat s'est transformé en colonie de vacances. A Mathilde et Romain, pour être venus visiter tous les périph' de Bordeaux. Vous avez le bon choix avec Bayonne !

Une pensée émue pour Natacha, Emilien, Clémence, Bérénice et Audrey. A Amir et à son sourire. A Mathilde, inépuisable, après tout on a qu'une vie. Aux Bordelais, à Caroline, Coline, Juliette et Eliette. A Ophélie et son incapacité décisionnelle, sa sensibilité et sa générosité. A Julie et sa passion pour le bowling, merci pour ces instants privilégiés à Bayonne. Une mention particulière pour Claire, dont la grâce n'a d'égale que l'élégance de son esprit. C'est un bonheur d'être ton amie.

A tous mes anciens colocs, à l'internat de Périgueux, cette expérience que l'on est heureux de faire une fois dans sa vie, mais pas deux. A Vincent et Manon (et à Nut's). A Mathilda, Maïlys, Enzo et Kevin et ces rendez-vous en divan inconnu. Merci à Isaure et Kevin pour ne pas prendre mes absences pour de l'indifférence, d'avoir été à l'écoute et de m'avoir nourrie ces 3 derniers mois.

A Marco, merci pour tout. A Anne-Lise et Quiterie. Merci à vous trois d'être présents (presque) tous les jours à mes côtés, d'être si exceptionnels, si libres et si audacieux que cela me pousse à l'être aussi.

A Ines, pour cette écoute et ce soutien sans faille. A Marie, phénix prodigieux. A Léna, bienveillance incarnée. Le hasard a fait nos chemins se croiser, indéfectibles désormais sont

nos liens. Les mots me manquent pour exprimer l'amitié que je vous porte. Continuez de briller les filles, que le monde s'incline devant tant de splendeur.

A ma famille, en particulier au côte Houédé et à ma grand-mère.

Aux personnes à qui je dédie ce travail,

A ma maman, à mon papa et à ma sœur. Depuis toujours et pour toujours, merci. Merci pour votre soutien inconditionnel, pour tous les sacrifices dont je ne mesure pas toujours la beauté. Merci pour votre amour. Par ces quelques mots, j'espère que vous trouverez tout le respect, l'admiration et l'amour que je vous porte.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS *2*
TABLE DES MATIERES *5*
LISTE DES ABREVIATIONS *6*
PREAMBULE *7*
INTRODUCTION *9*
Sommeil du sujet âgé 9
Hypnotiques apparentés aux benzodiazépines : Zolpidem, Zopiclone 16
L'amélioration des pratiques au Centre Hospitaliser de la Côte Basque 19
MATERIEL ET METHODE *21*
Type d'étude 21
Protocole 21
Population étudiée 23
Critère de jugement principal 24
Analyse statistique 24
RESULTATS *26*
Diagramme de flux 26
Caractéristiques des populations 26
Analyse du critère de jugement principal 28
Analyse des critères de jugement secondaires 29
DISCUSSION *38*
CONCLUSION *42*
BIBLIOGRAPHIE *43*
ANNEXES *46*
Annexe 1 : Critères généraux de l'insomnie selon l'ICSD-2 (10) 46
Annexe 2 : Les règles d'hygiène de veille et de sommeil à conseiller au sujet âgé insomniaque (11) 46
Annexe 3 : Les bonnes règles de prescription d'un hypnotique chez le sujet âgé (11) 47
Annexe 4 : Grille d'audit 47
Annexe 5 : Lettre d'information au personnel médical du CSG 50
SERMENT D'HIPPOCRATE *52*
RESUME *54*

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CHCB	Centre Hospitalier de la Côte Basque
CSG	Court Séjour Gériatrique
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
GABA	Acide Gamma-Aminobutyrique
HAS	Haute Autorité de Santé
ICSD	International Classification of Sleep Disorders
MMSE	Mini Mental State Examination
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SFTG	Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

PREAMBULE

La population française est une population vieillissante : en 2020, les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent près d'un habitant sur dix. Dans l'hypothèse d'une société stable, d'ici une vingtaine d'années, l'effectif dans cette tranche d'âge ne cessera d'augmenter pour atteindre, environ, 11 millions.

Vieillissante certes, mais « vieillissant bien ». Dans ce sens, l'OMS a défini le concept de vieillissement actif comme « le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie» ; concept repris par différents ministères français dans le cadre du Plan « Bien Vieillir » 2007-2009.

De ce Plan se dégage l'Axe 5, centré sur la promotion du bon usage des médicaments. En effet, plusieurs modalités de prescription chez le sujet âgé sont aujourd'hui rapportées comme excessives, inappropriées ou insuffisantes, avec un risque iatrogénique non négligeable. La prescription des psychotropes, dont les hypnotiques, n'échappe pas à cette règle. (1)

S'agissant d'un enjeu de santé publique, les autorités sanitaires compétentes diffusent des programmes d'amélioration de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. L'utilisation de ces outils est valorisée auprès des professionnels médicaux au travers du dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles.

C'est ainsi que s'est développé notre travail : dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles réalisée au sein du court séjour gériatrique de Bayonne, il nous a semblé important de nous intéresser à la prescription des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines.

Pour cela, nous décrirons le sommeil et un de ses troubles, l'insomnie, chez le sujet âgé. Nous développerons sa prise en charge médicamenteuse, avec une attention particulière sur les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines et leur consommation préoccupante. Nous retracerons le déroulé de l'évaluation des pratiques professionnelles, afin de montrer l'éventuel impact d'un rappel des recommandations de bonne pratique de prescription des hypnotiques

apparentés aux benzodiazépines. Nous tenterons de dégager des caractéristiques de non conformité aux recommandations. Ces résultats seront discutés, en comparaison à la littérature, et ce dans le but de proposer de nouvelles perspectives de travail.

INTRODUCTION

Sommeil du sujet âgé

Généralités

Le sommeil peut être défini par la répétition de 4 à 6 cycles, d'environ 90 minutes, eux-mêmes divisés en différents stades (2) :

- Le sommeil lent léger avec le stade N1 (ou phase d'endormissement) et le stade N2 principalement retrouvé en deuxième moitié de nuit.
- Le sommeil lent profond avec le stade N3, surtout présent dans la première moitié de nuit.
- Le sommeil paradoxal aussi appelé sommeil à mouvements oculaires rapides, ou Rapid Eye Movement, également retrouvé en deuxième moitié de nuit.

L'état de sommeil alterne régulièrement avec l'état de veille (ou stade W (2)) selon un biorythme circadien d'environ 24 heures, régulé par un schéma complexe (3). Selon le modèle de Borbély (4), on retient :

- Le processus homéostatique (processus S) est basé sur l'augmentation exponentielle de la pression de sommeil au cours de la phase d'éveil, qui diminue pendant le sommeil. Il reflète le besoin de dormir et l'intensité du sommeil.
- Le processus circadien (processus C) est généré par l'horloge biologique interne et composé de régulateurs centraux, comme le noyau suprachiasmatique, mais aussi périphériques. Il est responsable de l'aspect rythmique du cycle éveil-sommeil et commande les moments de faible et de forte propension à l'éveil au cours de 24 heures.

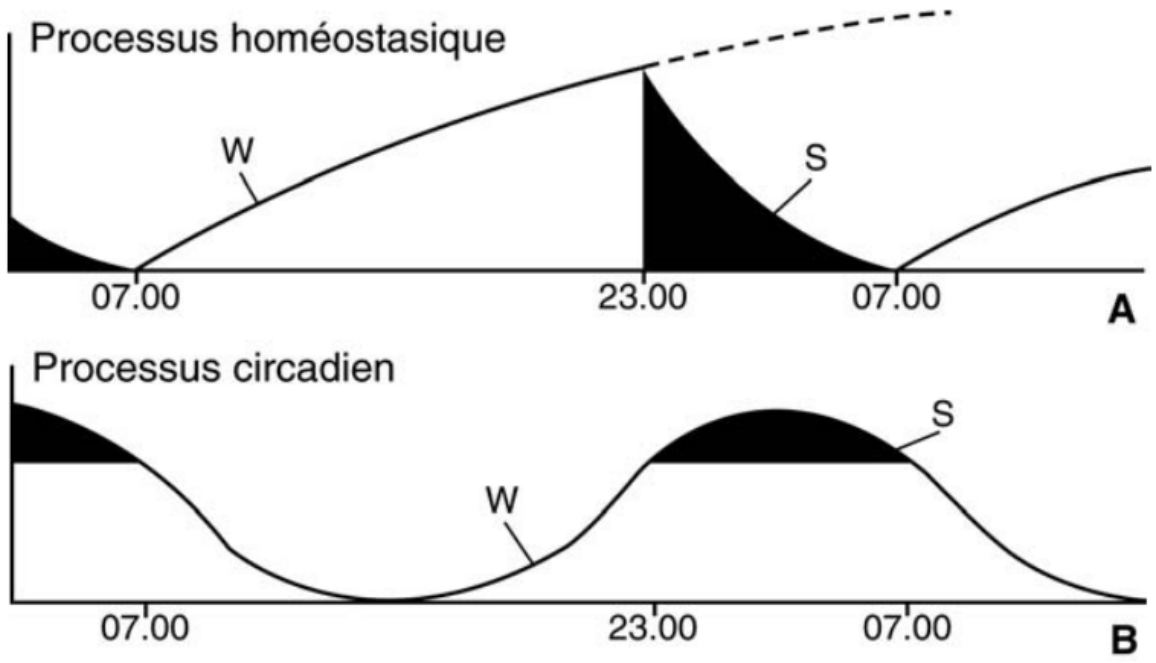


Figure 1 Représentation des processus impliqués dans la régulation des états de vigilance : régulation homéostasique ; régulation ciracadienne. W: wake, veille; S: sommeil. (4)

Chez l'Homme, cette double régulation résulte en la production d'un cycle veille/sommeil biphasique. Il se compose d'une phase d'éveil unique d'environ 16 heures durant la journée et d'une phase de sommeil unique de 8 heures en moyenne qui se déroule la nuit.

Variations physiologiques

Le sommeil, comme tout autre fonction physiologique, se modifie avec le temps. Connaitre ces modifications est nécessaire afin de mieux appréhender les troubles du sommeil chez le sujet âgé, tout en gardant à l'esprit qu'il existe une grande variabilité individuelle. (5)

Rappelons qu'une double régulation, homéostatique et circadienne, régit le sommeil. Chez le sujet âgé, on montre une altération de ce processus de régulation, bien que la physiopathologie ne soit pas complètement élucidée. Néanmoins, on constate une atteinte de l'horloge biologique circadienne endogène par l'altération morphologique et neurochimique des noyaux suprachiasmatiques. Biologiquement, cela entraine une variation de sécrétion de mélatonine et d'autres facteurs hormonaux. (6) On observe également une diminution de l'influence des synchroniseurs externes via la modification du mode de vie (réduction voire disparition des

contraintes socio professionnelles) et les déficits neurosensoriels (cataracte, rétinopathies, presbyacousie...). (5)

En comparaison à l'adulte jeune, on assiste à un sommeil polyphasique, une avance de phase du rythme veille-sommeil et un émoussement de l'amplitude du rythme veille-sommeil. Cliniquement, cela se traduit par des éveils nocturnes et la réapparition des siestes diurnes, les deux augmentant en fréquence et en durée. D'où la sensation fréquemment retrouvée chez le sujet âgé d'un sommeil de courte durée non réparateur. Il est admis que l'index d'efficacité du sommeil (temps de sommeil/temps passé au lit) est altéré chez le sujet âgé. (7) On retrouve également un coucher et un réveil précoce. Malgré tout, la durée moyenne de sommeil nycthéméral (sommeil nocturne et siestes diurnes) ne semble pas diminuer de façon importante, et reste aux alentours de 7 heures (entre 5 et 9 heures). (5,6)

Chez le sujet âgé atteint de troubles cognitifs, particulièrement dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, s'ajoute des éveils nocturnes de plus en plus long avec une agitation, voire des déambulations excessives, et un ralentissement diurne. On note, parfois, un rythme anarchique avec un retard de phase (endormissements nocturnes tardifs suivis de réveils matinaux tardifs), contrairement aux sujets non déments. (8) La survenue d'un trouble du comportement en sommeil paradoxal est souvent avant-coureur d'une démence à corps de Lewy, ou fait partie de son tableau clinique, comme lors de la démence parkinsonienne. (9)

L'architecture du sommeil chez le sujet âgé est également remaniée. La latence d'endormissement augmente modestement avec l'âge, en comparaison à l'adulte très jeune (18-40 ans). (7) On constate une atteinte du sommeil lent profond ; en compensation, on observe une augmentation relative du sommeil léger. La durée du temps de sommeil paradoxal tend à être conservée. (5)

Les hypnogrammes sont également modifiés chez le sujet âgé dément, de façon proche mais plus marquée que chez le sujet âgé sain. (9)

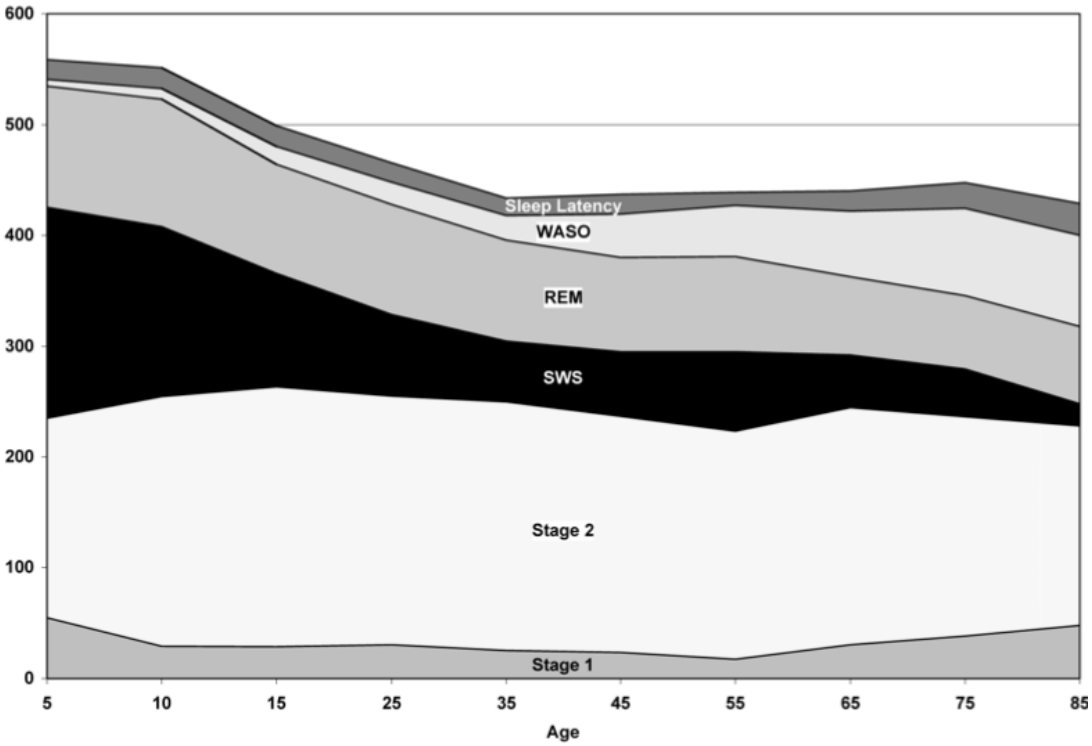


Figure 2 Évolution entre les différents stades du sommeil, en minutes, selon l'âge. (7)

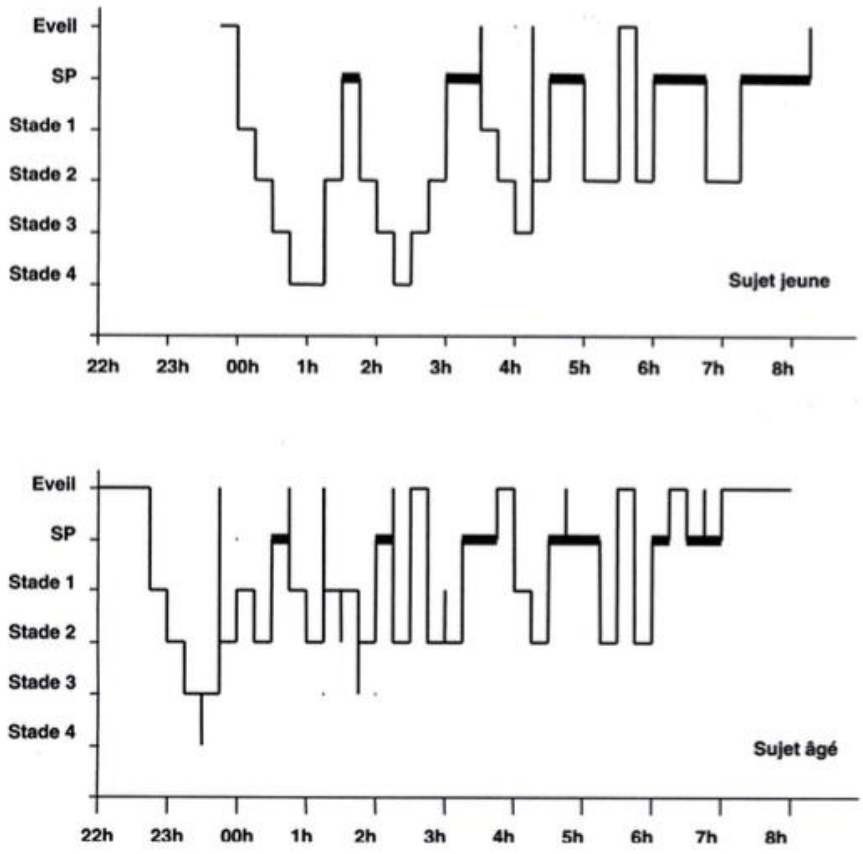


Figure 3 Hypnogrammes illustrant les caractéristiques du sommeil chez le sujet jeune et le sujet âgé. (5)

Insomnie du sujet âgé : définition et prise en charge médicamenteuse

Par définition, l'insomnie est la sensation d'une installation ou d'un maintien du sommeil insuffisant, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches. (10)

La notion d'insomnie se base sur la plainte subjective du patient. Quant à son diagnostic, il reste clinique mais complexe, car il prend en compte l'ensemble du cycle veille/sommeil. La Haute Autorité de Santé recommande d'utiliser les critères diagnostiques, visibles en Annexe 1, de l'ICSD-2, révisée en 2004, en raison de leur relative simplicité et de leur caractère opérationnel, même s'ils ne sont pas parfaitement adaptés aux situations particulières des sujets âgés. (11) Face à un patient âgé se plaignant de troubles du sommeil, il convient de rechercher d'autres signes associés évocateurs de troubles organiques, de facteurs de mauvaise hygiène du sommeil, de consommation de psychostimulant et/ou un événement récent. (10)

Il s'agit d'une affection fréquente, et non sans conséquence, chez les sujets de 75 ans ou plus : environ 40% se plaignent de ce symptôme ou prennent une molécule pour le traiter, avec donc un risque de surconsommation médicamenteuse. (11) L'insomnie est un facteur de risque de dépression, et peut aggraver le déclin cognitif. Il existe une association significative entre insomnie et maladies cardiovasculaires, respiratoires, gastro-intestinales, rénales et rhumatologiques. (12,13) Enfin, d'anciennes études longitudinales ont montré une hausse de la mortalité lorsque la durée du sommeil est inférieure à 6 ou 7 heures. (12)

Concernant la prise en charge thérapeutique, les différents auteurs s'accordent sur la nécessité première de redéfinir les règles d'hygiène de sommeil, visibles en Annexe 2, avant tout autre initiative. (6,10–12,14,15) Les aspects chrono biologiques ne doivent pas être oubliés. Ainsi, la photothérapie peut être utilisée pour les avances de phase. L'activité physique et le contact social, synchroniseurs puissants, sont à intensifier chez le sujet âgé. (11) Les thérapies cognitivo-comportementales, d'efficacité modérée chez les sujets âgés de 60 ans et plus (16), peuvent être proposées, sous forme de groupe, à un public sans ou avec peu de troubles cognitifs. Il a été montré, après 4 semaines de séances de psychoéducation, de restriction du sommeil et de restructuration cognitive, une amélioration significative de la qualité du sommeil, une réduction de la latence d'endormissement et un meilleur fonctionnement diurne. (17)

Le traitement médicamenteux ne peut être envisagé qu'après échec des méthodes non pharmacologiques, et la prise en charge des comorbidités. (11) Trop souvent, l'usage des hypnotiques apparait en première intention, malgré les alertes de la Haute Autorité de Santé sur l'emploi de ces substances. (15) A court terme, l'efficacité des hypnotiques par rapport au placebo a été démontrée, avec une amélioration subjective de la qualité du sommeil et une discrète amélioration du temps de sommeil total (25 minutes). A propos de l'efficacité à long terme, aucun essai randomisé n'a été conduit chez le sujet âgé (18) ; bien que l'avancée en âge soit un facteur de risque de consommation à long terme des hypnotiques (19). Cependant, il a été démontré la survenue d'effets indésirables sous hypnotique, faisant pencher la balance bénéfice/risque en défaveur de leur utilisation chez le sujet âgé. (18,20)

Néanmoins, lorsque l'usage d'hypnotiques parait nécessaire (insomnies occasionnelles ou transitoires sévères), la Haute Autorité de Santé préconise le choix de produits à demi-vie courte (c'est-à-dire < 20 heures) et de demi-doses par rapport à celles de l'adulte jeune. (10)

Les médicaments remboursés dans la prise en charge des troubles sévères du sommeil à court terme sont au nombre de 6 : 4 benzodiazépines et 2 molécules apparentées

DCI	Spécialités	DCI	Spécialités
Benzodiazépines		**Molécules apparentées**	
Estazolam	NUCTALON	Zolpidem	STILNOX
Loprazolam	HAVLANE	Zopiclone	IMOVANE
Lormétazépam	NOCTAMIDE		
Nitrazépeam	MOGADON		

Tableau 1 Médicaments remboursés dans la prise en charge de l'insomnie, selon la Haute Autorité de Santé (14)

La durée de prescription est limitée à 4 semaines, incluant la période de diminution de dose, cela s'inscrit donc dans une stratégie à court terme. En effet, les hypnotiques ne sont pas recommandés dans les insomnies dites « chroniques ». Le cumul de plusieurs médicaments sédatifs est à bannir : il n'y a pas de bénéfice supplémentaire, seulement une potentialisation des effets indésirables. (14) Enfin, une prise discontinue (2 à 3 prises par semaine) est à privilégier seulement si la collaboration du patient le permet. (11) L'ensemble de ces règles de bonnes pratiques est visibles en Annexe 3.

L'arrêt brutal d'un traitement hypnotique est à écarter, afin de prévenir ou limiter les effets d'un syndrome de sevrage. Il n'existe pas de protocole préétabli. L'association d'une réduction graduelle de posologie (palier de ¼ de comprimé) à une thérapie cognitivo-comportementale s'avère la plus efficace pour aider les patients de plus de 60 ans à diminuer ou cesser la consommation de benzodiazépines et apparentés. (15) La mélatonine apparait supérieure au placebo pour réduire la consommation de benzodiazépines et d'apparentés chez les utilisateurs à long terme. (21)

Il faut également retenir la mélatonine, synchroniseur endogène, dont la production s'estompe voire disparait avec le vieillissement. Chez la population d'insomniaques de plus de 55 ans, elle doit être utilisée, selon son autorisation de mise sur le marché, en monothérapie, sous sa forme à libération prolongée dosée à 2mg, deux heures avant le coucher. Le rapport bénéfice/risque apparait en faveur de son utilisation chez le sujet âgé, avec une efficacité démontrée sur la

qualité du sommeil et l'amélioration de la vigilance matinale, à court comme à long terme (3 mois), sans effet indésirable sévère. On ne retrouve pas de syndrome de sevrage, ni d'effet rebond à son arrêt. Une prudence est de mise chez les insuffisants rénaux, hépatiques et chez les patients sous antivitamines K, car à risque de perturber l'INR. (21)

Chez le sujet âgé présentant une maladie d'Alzheimer, les psychotropes doivent être évités ou utilisés avec parcimonie. Il faut centrer la prise en charge sur une approche chrono biologique réunissant l'administration de mélatonine associée à de la photothérapie, avec une supériorité démontrée de cette association par rapport aux traitements non combinés. (8,22)

Hypnotiques apparentés aux benzodiazépines : Zolpidem, Zopiclone

État des lieux de la consommation des hypnotiques en France

Les benzodiazépines et apparentés (Zolpidem, Zopiclone) sont les hypnotiques les plus utilisés en France. Avec 46,1 millions de boites d'hypnotiques vendues en 2015, le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des produits de santé fait figurer la France au 3ème rang de la consommation d'hypnotiques, en comparaison à 8 autres pays européens. (23)

En comparaison aux chiffres de 2010 (24), la tendance de consommation des benzodiazépines hypnotiques est à la baisse (-12,8%). Ceci se reflète dans le sous-groupe des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines, représenté par le Zolpidem et le Zopiclone. (23)

Toutefois, l'analyse des données de l'Assurance Maladie montre un nombre de consommateurs encore élevé : 5,6% de la population française, soit environ 3,5 millions de personnes, ont consommé au moins une fois une benzodiazépine hypnotique. En 2015, la proportion de personnes ayant débuté un traitement à visée hypnotique est de 1,2%, soit environ 744 000 personnes ; l'initiation étant réalisée par un médecin généraliste dans environ 82% des cas. (23)

Pharmacologie

On appelle hypnotique toute substance capable d'induire et/ou de maintenir le sommeil.

Les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines ont une action agoniste sélective du récepteur GABA-A. Pour information, l'acide gamma-amino-butyrique ou GABA est le principal

neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central via son interaction avec ses récepteurs spécifiques GABA-A (canaux transmembranaires perméables aux ions chlores) et GABA-B (récepteurs couplés aux protéines G). En se fixant sur leur site, le Zopiclone et le Zolpidem facilitent l'action du GABA et accroissent la perméabilité de la membrane aux ions chlores. (25)

Leur effet sédatif est lié à un changement au niveau des paramètres du sommeil, à savoir : une réduction de la latence d'endormissement et une augmentation de la durée totale du sommeil concordant à l'augmentation du sommeil lent. Le sommeil paradoxal n'apparait pas modifié. Un amoindrissement des effets résiduels avec le Zolpidem est mis en évidence.

Leur pharmacocinétique se caractérise par une bonne biodisponibilité orale, avec un effet plus rapide chez le Zolpidem, et une bonne distribution, du fait de leur lipophilie importante, au niveau du système nerveux central, en passant la barrière hémato-encéphalique. Leur métabolisation est principalement hépatique et leur élimination rénale.

A la différence du Zolpidem, le Zopiclone présente un faible taux de fixation aux protéines plasmatiques (45%) et un métabolite actif. (26,27)

Molécules	Tmax (h)	Demi-vie (h)	Métabolite actif
Zolpidem	0,5-3	2,4	Non
Zopiclone	1,3-2	5	Oui

Tableau 2 Caractéristiques pharmacocinétiques utiles en clinique

Ces médicaments ne doivent jamais être utilisés en cas d'insuffisance respiratoire ou hépatique sévère, de syndrome d'apnée du sommeil, ou en cas de myasthénie. (25)

Effets indésirables chez le sujet âgé

De par leur mécanisme d'action, les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines sont sources d'effets indésirables bien définis.
Les principaux sont d'ordre neuropsychologique avec :

- Des troubles mnésiques dont une amnésie antérograde, avec un effet dose-dépendant, observés lors de l'exposition au médicament. (28)

- Une altération des fonctions psychomotrices responsables
    - d'une part, de troubles de l'équilibre avec un risque accru de chute et donc de fracture du col fémoral (18) (3,5% des événements indésirables graves rapportés sous hypnotiques (23)).
    - d'autre part, d'une diminution de l'aptitude à conduire avec un risque d'accident de la voie publique s'élevant à 60/80%. (23)
- Une altération de l'état de conscience, allant de la somnolence au coma, une confusion et/ou des troubles du comportement, possiblement nocturne avec un risque de somnambulisme. (20)

L'ensemble de ces effets sont majorés par la prise concomitante de traitement dépresseur du système nerveux central et/ou la consommation d'alcool. (23)

Il a été montré une association significative entre déclin cognitif et prise d'hypnotiques au long terme. Pourtant, il reste difficile de mettre en évidence un lien de cause à effet. (28)

On observe aussi une tolérance conduisant à l'augmentation des doses pour obtenir l'effet recherché. Il peut exister une dépendance physique et psychique avec un possible phénomène de sevrage à leur arrêt, d'autant plus sévère que l'arrêt est brutal. Le taux de dépendance est estimé à 35% selon les critères du DSM-IV. (19)(29) Enfin, on peut voir un effet rebond caractérisé par une intensification de l'insomnie. (23)

Selon une revue de la littérature, ces effets indésirables sont présents à un taux plus élevé chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. On constate un risque de mortalité plus important chez le patient dément sous benzodiazépines. (30)

Les modifications physiologiques du sujet âgé, telles l'insuffisance rénale ou hépatique, sont responsables d'une accumulation des thérapeutiques avec une possible exacerbation des effets indésirables. (26,27)

Finalement, le risque d'hospitalisation apparait majeur chez le sujet âgé sous hypnotiques justifiant une amélioration de leur bon usage. (15)

L'amélioration des pratiques au Centre Hospitaliser de la Côte Basque

Présentation du CHCB et de son Court Séjour Gériatrique

Second ensemble hospitalier de l'ancienne Région Aquitaine après le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, le CHCB s'organise sur 4 sites principaux, auxquels s'ajoutent divers lieux de consultations dans tout le Pays Basque :

- Site de Saint-Léon à Bayonne,
- Site de Cam de Prats à Bayonne,
- Site des Unités de soins actifs à Saint-Jean-de-Luz,
- Site de Trikaldi à Saint-Jean-de-Luz.

Le pôle Filière Gériatrique regroupe les services de personnes âgées des sites de Bayonne et Saint-Jean-de-Luz. Il comporte 44 lits d'hospitalisation en court séjour, 38 lits d'hospitalisation en SSR, 150 lits d'hébergement en USLD et 246 lits d'hébergement en EHPAD.

Le CSG du site de Bayonne assure la prise en charge des patients de plus de 75 ans, polypathologiques, présentant une affection aigüe ou une décompensation d'une pathologie chronique cardiovasculaire, neurodégénérative, ostéo-articulaire. Il s'organise sur deux étages avec :

- Une unité de 20 lits, dont 4 de neurogériatrie, au premier étage, soit le CSG 1,
- Une unité de 24 lits au troisième étage, soit le CSG 3.

Chaque année, environ 2000 patients sont hospitalisés dans ces unités, avec une moyenne d'âge de 87,3 ans. La durée moyenne de séjour est de 8,08 jours.

L'activité est assurée par 5 praticiens hospitaliers gériatres, 1 médecin faisant fonction d'assistant, 3 internes de médecine générale et 1 interne de médecine d'urgence.

Justification de l'étude

Comme expliqué en préambule, plusieurs modalités de prescription chez le sujet âgé sont aujourd'hui rapportées comme excessives, inappropriées ou insuffisantes. Elles constituent une cause d'événements indésirables médicamenteux évitables et sont associées à des allongements de durée d'hospitalisation, une diminution de la qualité de vie, une augmentation de la morbimortalité, ou encore à des surcouts pour les systèmes de santé. Étant donné leur consommation alarmante, une attention particulière doit être portée à la classe des psychotropes, dont les hypnotiques.

Parallèlement, l'ensemble des professionnels de santé est appelé à s'engager dans l'évaluation des pratiques professionnelles, dans l'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. L'audit clinique constitue une des possibilités d'évaluation des pratiques professionnelles expérimentées par l'HAS. Il s'agit d'une méthode d'évaluation qui mesure l'écart entre la pratique réelle observée et la pratique recommandée. Cet écart observé impose la mise en place d'un plan d'action puis le suivi de son impact. (31)

Ainsi, nous, l'équipe médicale du CSG, en lien avec le service qualité du CHCB, avons voulu évaluer notre pratique de prescription des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines par un audit clinique, la mise en place d'un plan d'action puis le suivi de son impact.

L'hypothèse de recherche est qu'il existe un écart entre notre pratique de prescription des hypnotiques et la pratique recommandée, ainsi un rappel des recommandations doit améliorer notre pratique et réduire cet écart.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact d'un rappel des recommandations de prescriptions d'hypnotiques apparentés aux benzodiazépines au sein du CSG du CHCB.

Les objectifs secondaires sont d'observer les pratiques des médecins participants à l'étude et de dégager des caractéristiques de non-conformité aux recommandations.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude

Il s'agit d'une étude de type quasi expérimental avant/après, monocentrique, sur données rétrospectives s'intégrant dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles réalisée au sein du CSG du site de Bayonne.

Cette étude porte sur l'amélioration des pratiques et s'inscrit donc dans une étude hors loi Jardé, sur données rétrospectives. Elle a fait l'objet d'une déclaration de recherche auprès du département de Recherche Clinique du CHCB.

Protocole

Le choix du thème de l'audit est défini lors de la réunion de la Commission des Produits de Santé du 10 octobre 2020 : il s'agit de réaliser une revue des prescriptions des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines à l'admission et à la sortie, afin de détecter des prescriptions potentiellement inappropriées au regard des recommandations de bonnes pratiques. Le référentiel choisi est la recommandation de la SFTG, en partenariat avec la HAS, sur la prise en charge de l'adulte se plaignant d'insomnie, parue en 2007 ; reprise en 2017 par la HAS dans sa fiche de bon usage des benzodiazépines dans l'insomnie.

La méthode retenue est une revue de conformité.

Les modalités de mesure ont également été définies lors de cette réunion, à savoir un recueil rétrospectif de 30 prescriptions d'entrées et de sorties dans les services de Court Séjour Gériatrique du site de Bayonne, par une grille d'audit ; l'auditeur étant la thésarde.

L'audit a également été présenté en Cellule Qualité du pôle de Gériatrie le 10 décembre 2020.

Recueil des données

L'ensemble des paramètres nécessaires au recueil des données a été collecté à l'aide du dossier médical via les logiciels informatiques CLINICOM® et TRAKCARE® utilisés au CHCB.

Le recueil des données s'est fait à partir d'une grille d'Audit, visible en Annexe 4. Il s'agit d'une grille réalisée pour chaque patient, contenant :

- Les données sociodémographiques : âge, sexe, mode de vie, unité d'hospitalisation en CSG).
- Les caractéristiques médicales du patient : diagnostic retenu (codage CIM-10), troubles du sommeil, troubles cognitifs, comorbidités correspondant aux contre-indications des benzodiazépines : insuffisance respiratoire et/ou hépatique sévère, syndrome d'apnée du sommeil, myasthénie.
- Le traitement d'entrée avec : le nombre de médicaments présents sur l'ordonnance d'entrée, la présence ou non d'un hypnotique apparenté aux benzodiazépines, et si présent, leur durée de prescription.
- L'évolution au cours de l'hospitalisation avec : la survenue d'effets indésirables en lien avec l'hypnotique, l'éventuel arrêt de l'hypnotique et la réalisation d'une conciliation médicamenteuse.
- Le traitement de sortie avec : la présence ou non d'un hypnotique apparenté aux benzodiazépines, et si présent, la demi-vie, la posologie, la durée de prescription et l'éventuel cumul à une autre molécule sédative.

Les données sont recueillies par une seule personne (la thésarde) afin de limiter la variabilité inter-investigateur.

Le premier audit s'est déroulé du 15 juin au 15 septembre 2020.

Mise en place du plan d'action

L'analyse des données du premier audit a été présentée lors d'une nouvelle réunion de la Commission des Produits de Santé du 24 mai 2021 ; date à laquelle le plan d'action a été validé :

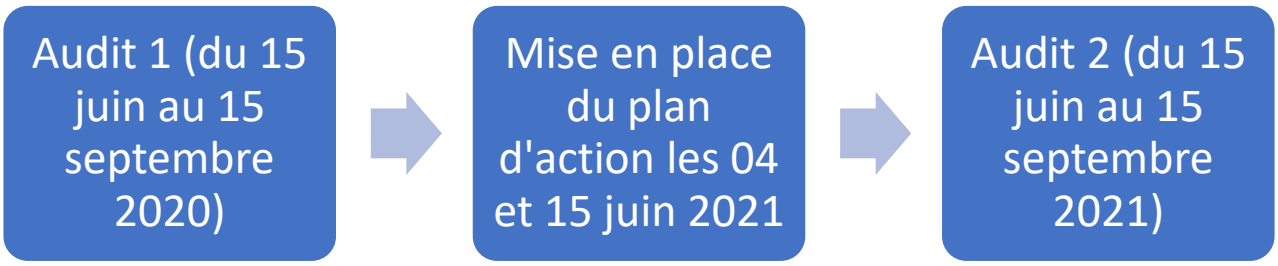
- Un rappel oral des recommandations de bonne pratique auprès du personnel médical, praticiens hospitaliers et internes via la projection d'un diaporama décrivant les résultats du premier audit.
- Un rappel écrit des recommandations de bonne pratique auprès du personnel médical, praticiens hospitaliers et internes via la diffusion par messagerie électronique d'une lettre d'information, visible en Annexe 5.

Le rappel oral des recommandations a eu lieu le 04 juin 2021. Le rappel écrit a eu lieu le 15 juin 2021.

Le suivi du plan d'action est assuré par la seconde période d'observation avec un recueil rétrospectif, qui a débuté immédiatement après la diffusion du mail, soit du 15 juin 2021 au 15 septembre 2021.

Choix d'une durée d'étude supérieure à 8 semaines

Afin d'atteindre un nombre de dossiers minimum suffisant à analyser (30), il a été choisi d'étendre la durée d'étude à 13 semaines.



Population étudiée

Critères d'inclusion

- Age supérieur ou égal à 75 ans.
- Hospitalisation dans les unités de CSG, à savoir CSG 1 et CSG 3 du site de Bayonne.

- Date de séjour comprise entre le 15 juin 2020 et le 15 septembre 2020 pour le premier audit ; entre le 15 juin 2021 et le 15 septembre 2021 pour le deuxième audit.
- Présence de Zolpidem ou de Zopiclone sur l'ordonnance d'entrée et/ou de sortie.

Critères d'exclusion

- Age inférieur à 75 ans.
- Hospitalisation dans une autre unité que celles du CSG.
- Date de séjour antérieure au 15 juin 2020 ou postérieure au 15 septembre 2020 pour le premier audit ; antérieure au 15 juin 2021 ou postérieure au 15 septembre 2021 pour le deuxième audit.
- Réhospitalisation d'un même patient dans la période analysée.
- Absence de Zolpidem ou de Zopiclone sur l'ordonnance d'entrée et/ou de sortie.

Critère de jugement principal

Le critère de jugement utilisé est la différence de conformité de prescription de l'hypnotique apparenté aux benzodiazépines aux recommandations HAS, suite à l'intervention menée.

Une prescription est jugée non conforme si elle ne vérifie pas les trois critères décrits ci-dessous :

- La molécule utilisée présente une demi-vie courte (<20 heures).
- La posologie est diminuée de moitié par rapport à l'adulte jeune, soit 5mg pour le Zolpidem et 3,75mg pour le Zopiclone.
- La durée de prescription est inférieure à 4 semaines.

Analyse statistique

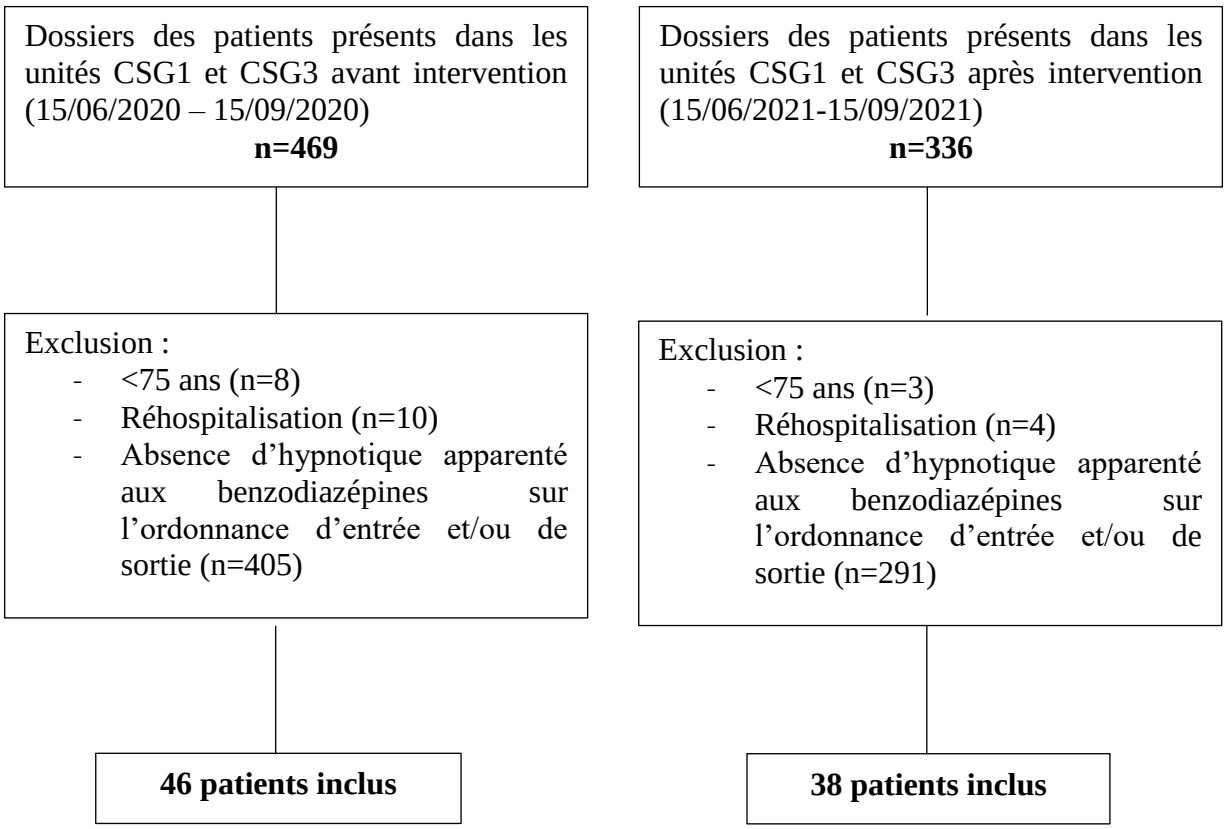
Une analyse descriptive des variables socio-démographiques, médicales et thérapeutiques a été réalisée. Une analyse descriptive des facteurs de non-conformité a été également réalisée. Les résultats sont exprimés en effectifs bruts et relatifs pour les variables qualitatives et sont présentés sous la forme de moyenne avec un intervalle de confiance à 95% pour les variables quantitatives.

L'analyse univariée des deux audits a été réalisée avec un test de Chi^2 pour les variables qualitatives, et un test de Student pour les variables quantitatives. L'hypothèse H0 émise lors de la comparaison statistique est l'absence de différence entre les deux audits. Un risque alpha de 5% est retenu.

Tous les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Stata® version 16.

RESULTATS

Diagramme de flux



Caractéristiques des populations

	Audit 1 (N=46) **n (%)**	**Audit 2 (N=38)** **n (%)**	
Sexe			*p=0,01*
Femme	34 (74)	18 (47)	
Homme	12 (34)	20 (53)	
Age (années)			
Age moyen	89,3 [87,5-91,2]	87,1 [85,1-89,1]	*p=0.09*
Mode de vie			*p=0,001*
Domicile	23 (50)	30 (79)	
EHPAD	23 (50)	8 (21)	

Unité d'hospitalisation			*p=0,8*
CSG 1	21 (46)	18 (47)	
CSG 3	25 (54)	20 (52)	
Diagnostic retenu			
Cardiaque	10	9	
Infectieux	6	9	
Traumatique	8	6	
Neurologique	7	5	
Autres	15	9	
Troubles du sommeil	19 (41)	14 (38)	*p=0,07*
Troubles cognitifs	18 (39)	12 (31)	*p=0,5*
Léger	4	4	
Modéré	4	4	
Comorbidités			
Insuffisance respiratoire	2 (4)	10 (26)	*p=0,04*
Insuffisance hépatique	0 (0)	1 (3)	*p=0,2*
SAOS	1 (3)	3 (8)	*p=0,2*
Myasthénie	0 (0)	0 (0)	

Tableau 3 Caractéristiques sociodémographiques et médicales

Les caractéristiques générales des deux populations diffèrent sur :

- Le sexe où l'on observe une majorité féminine lors de l'Audit 1 (*p=0,01*).
- Le mode de vie où l'on observe une répartition équivalente entre le domicile et l'EHPAD lors de l'Audit 1, qui s'efface lors de l'Audit 2 au profit du domicile (*p<0,001*).
- La présence plus fréquente d'une insuffisance respiratoire dans les antécédents des patients de l'Audit 2 (*p=0,04*).

L'âge moyen est d'environ 88 ans. Environ un tiers des patients présente des troubles cognitifs, deux tiers des troubles du sommeil, présentés en Figure 4.

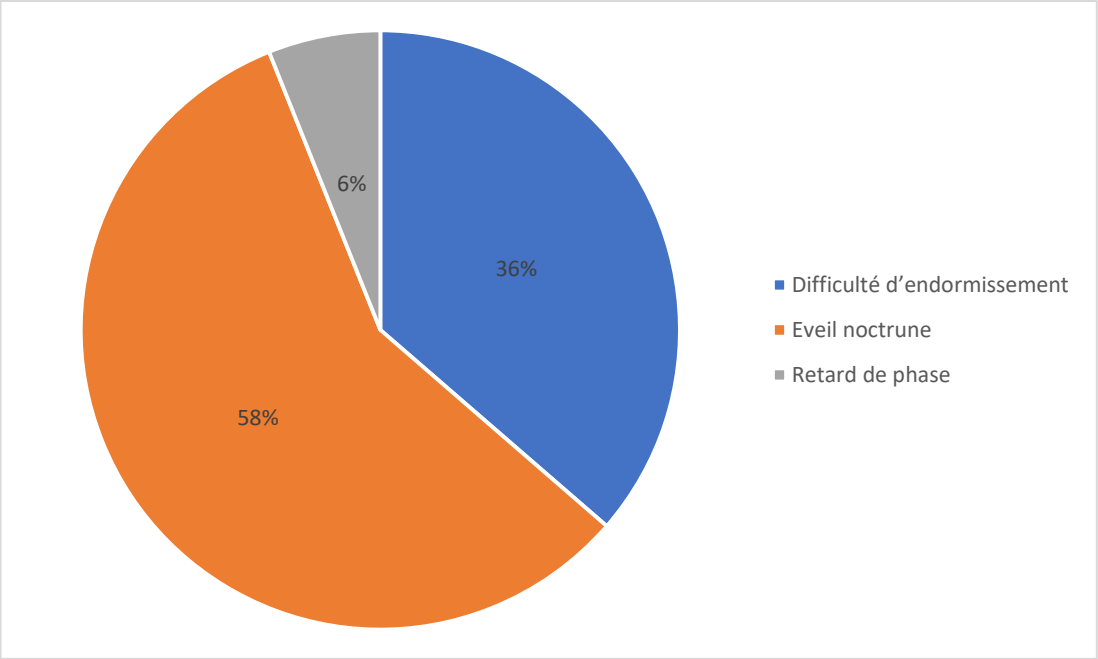


Figure 4 Description des troubles du sommeil retrouvés dans les deux Audits

Analyse du critère de jugement principal

Les prescriptions d'hypnotiques conformes aux recommandations de la HAS sont au nombre de 9 (29%) dans l'Audit 1 contre 26 (81%) dans l'Audit 2, soit une augmentation brute de 52 points et relative de 189% (Figure 5). L'amélioration est statistiquement significative ($p<0,001$).

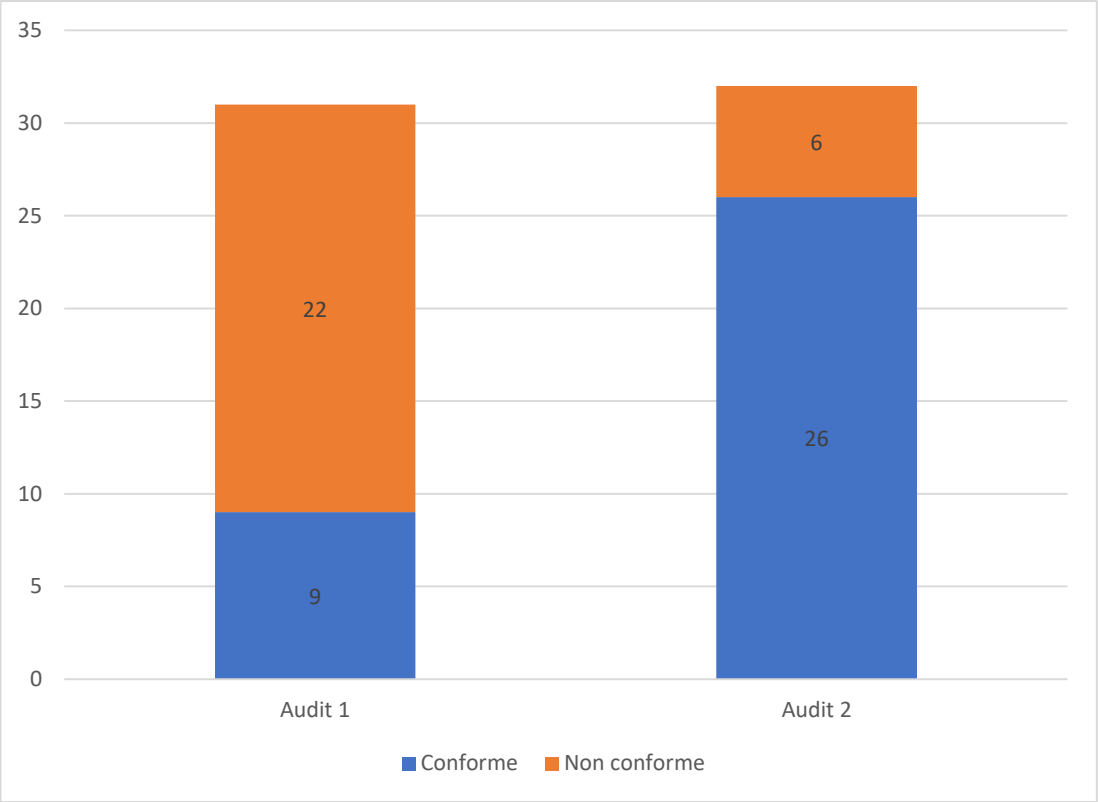


Figure 5 Conformité de prescription des hypnotiques sur les ordonnances de sortie

Analyse des critères de jugement secondaires

Description des ordonnances d'entrée

On retrouve un hypnotique apparenté aux benzodiazépines sur 85% des ordonnances d'entrée (Audit 1 : 86%, Audit 2 : 84%, *p=0,12*) (Tableau 4), avec une proportion plus marquée de Zopiclone, comme présenté sur la Figure 6. Lorsqu'un hypnotique est présent, il s'agit d'une prescription datant de plus de 3 mois dans 40% des cas. En cumulant les deux audits, les femmes sont plus consommatrices que les hommes, à hauteur de 32%, bien que cela soit moins probant dans l'Audit 2, comme présenté en Figure 7. Deux-tiers des patients présentant des troubles du sommeil consomment un hypnotique (Figure 8). Les patients institutionnalisés représentent, dans les deux audits, une moindre proportion de consommateurs d'hypnotiques apparentés aux benzodiazépines, à savoir 33% (Audit 1 : 45%, Audit 2 : 19%) (Figure 9). Il en est de même pour les patients présentant des troubles cognitifs : la prévalence d'hypnotiques apparentés est estimée à 36% dans les deux audits (Audit 1 : 40%, Audit 2 : 31%) (Figure 10).

De façon comparable dans les deux audits, la polymédication, soit la présence de plus de 6 médicaments sur l'ordonnance, est estimée à plus de 90% (*p=0,4*).

	Audit 1 (N=46) n (%)	Audit 2 (N=38) n (%)	
Présence d'hypnotique	40 (86)	32 (84)	*p=0,12*
Consommation chronique > 3mois	16	13	*p=0,11*
Polymédication	44 (95)	35 (92)	*p=0,4*
Revue de l'ordonnance d'entrée	17 (36)	4 (10)	*p=0,05*

Tableau 4 Caractéristiques des ordonnances d'entrée

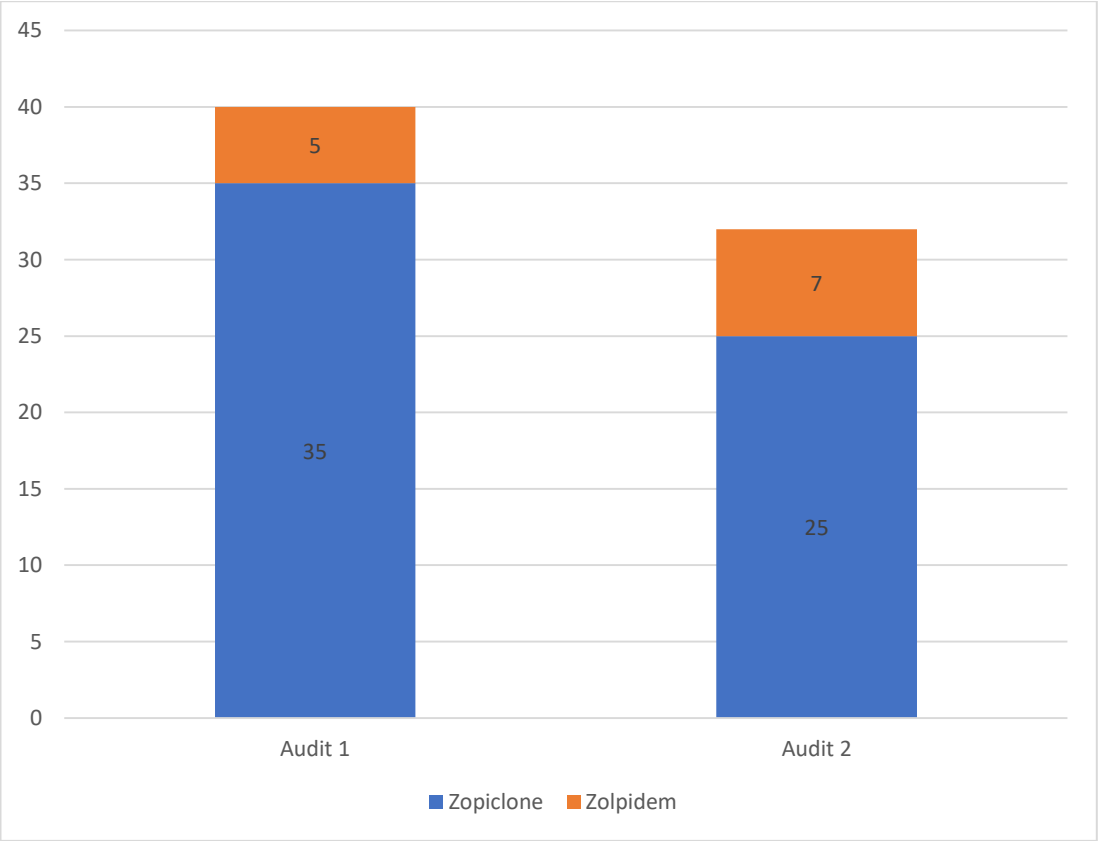


Figure 6 Répartition des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines sur les ordonnances d'entrée

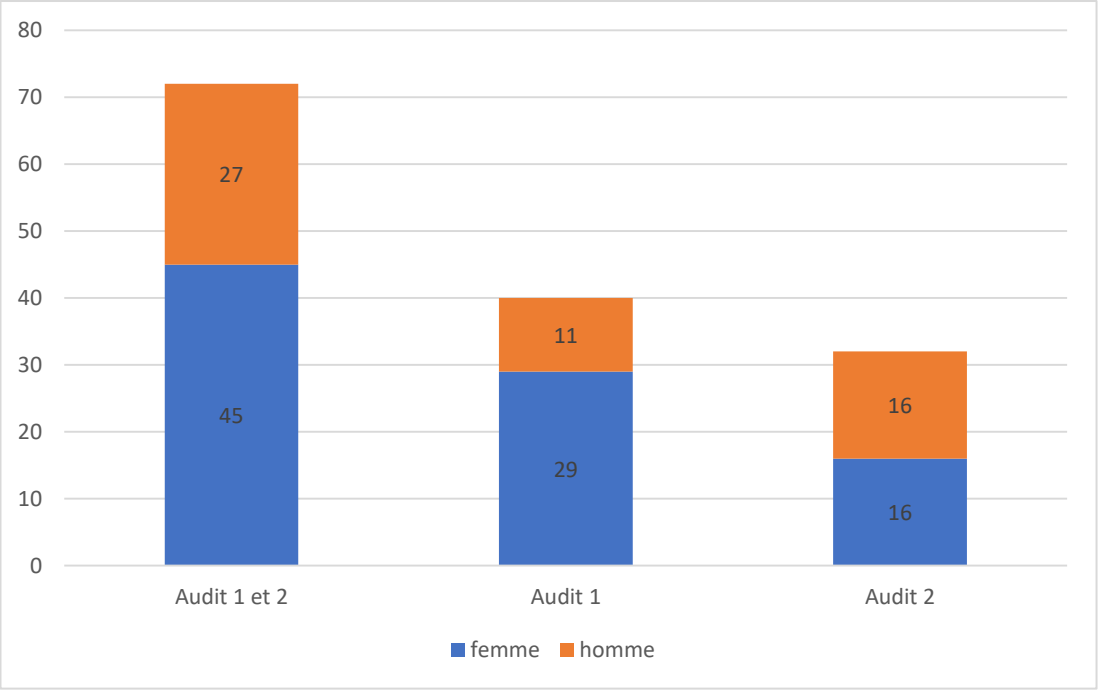


Figure 7 Proportion de consommateur d'hypnotiques selon le sexe

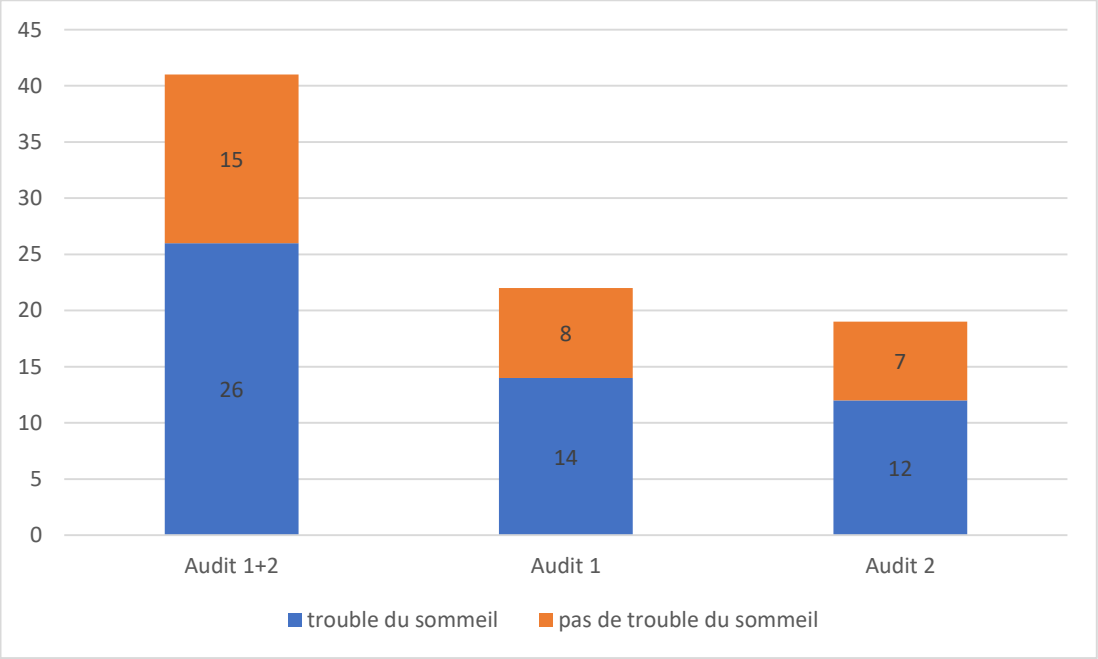


Figure 8 Proportion de consommateur d'hypnotiques selon la qualité du sommeil

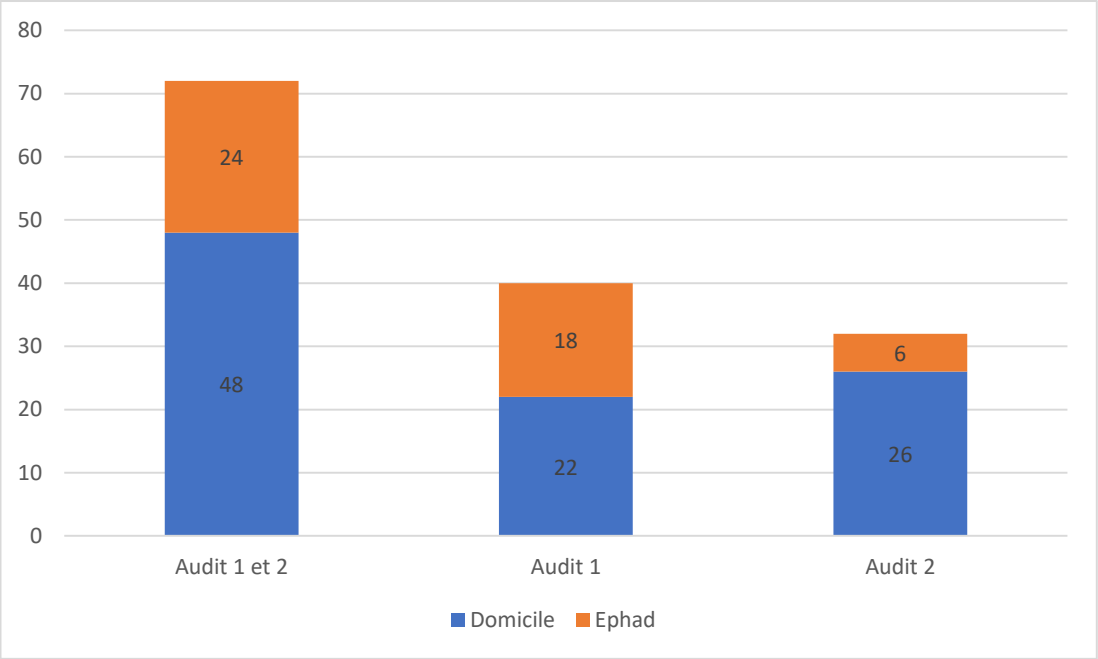


Figure 9 Proportion de consommateur d'hypnotiques selon le mode de vie

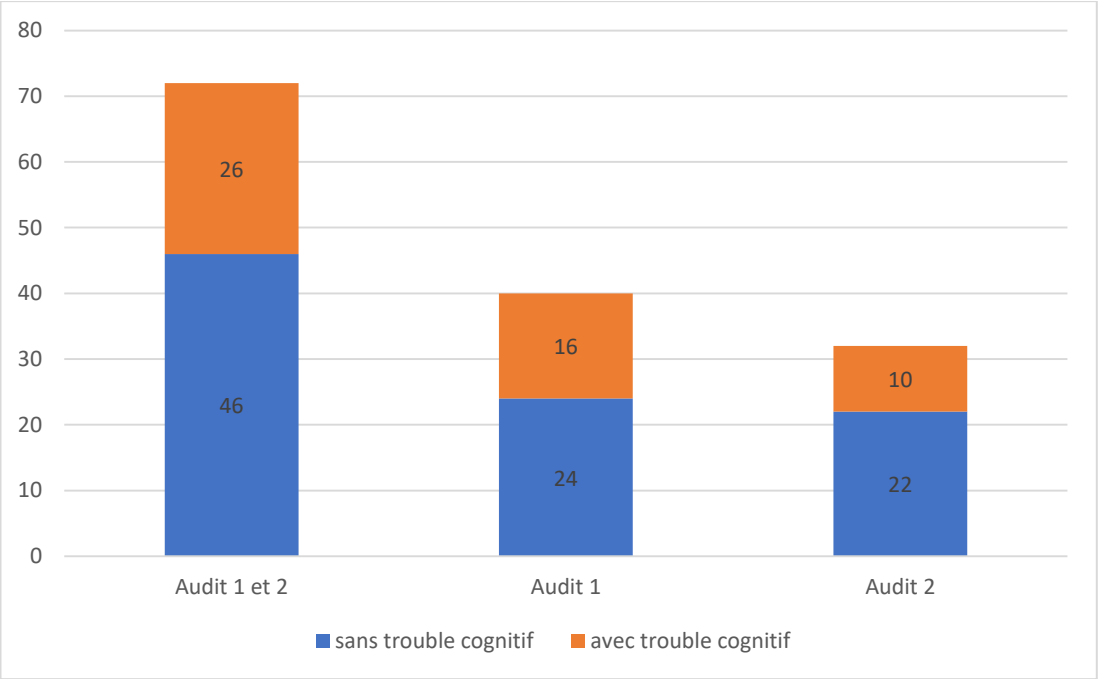


Figure 10 Proportion de consommateur d'hypnotiques selon le statut cognitif

Au cours de l'hospitalisation

A l'arrivée du patient dans le service, une conciliation médicamenteuse du traitement habituel a été réalisée de façon plus fréquente dans l'Audit 1. 40% des ordonnances d'entrée ont été révisées dans l'Audit 1 contre 10% dans l'Audit 2 (*p=0,05*).

Au cours de l'hospitalisation :

- Les deux-tiers des prescriptions d'hypnotiques sont poursuivies (Audit 1 : 57%, Audit 2 : 78%) (Figure 11).
- Un hypnotique est introduit dans 15% des cas pour l'Audit 1 et 18% des cas pour l'Audit 2 (Figure 11).

Le critère d'inclusion étant la présence de Zolpidem ou de Zopiclone sur l'ordonnance d'entrée et/ou de sortie, nous ne nous sommes pas intéressés à la prescription transitoire d'hypnotiques au cours de l'hospitalisation.

Lorsqu'ils sont arrêtés, il s'agit d'un arrêt brutal à chaque fois pour l'Audit 1. Pour l'Audit 2, ils sont arrêtés brutalement dans 2/3 des cas, et remplacés par une autre molécule sédative (Diazepam, Oxazepam) dans 1/3 des cas (Figure 11).

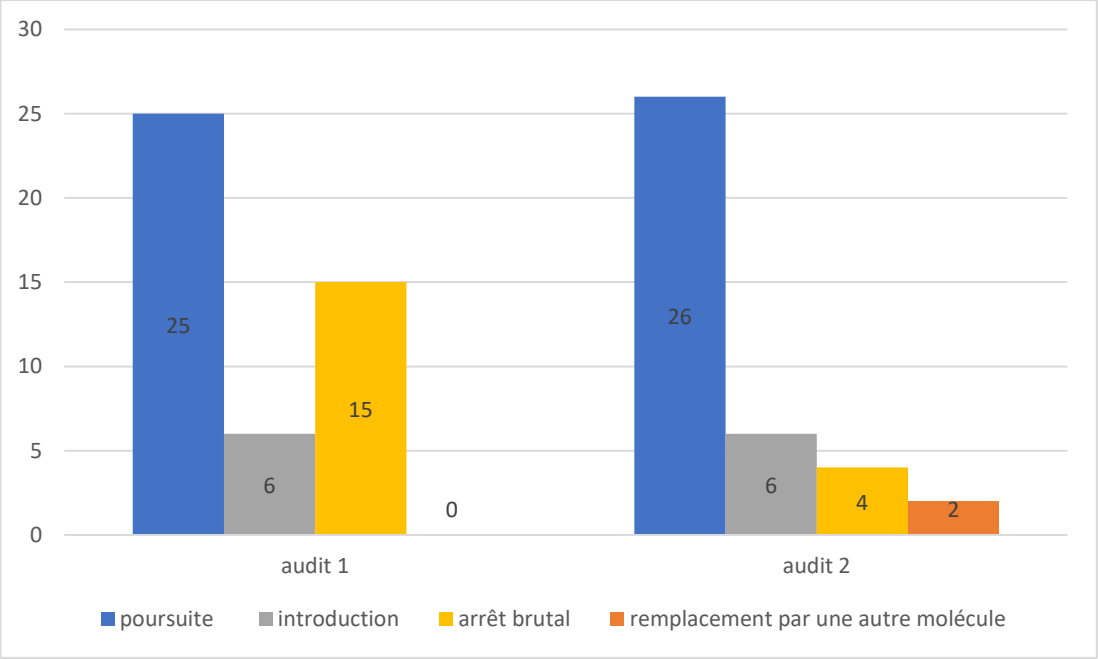


Figure 11 Pratiques de prescriptions des hypnotiques au cours du séjour

La Figure 12 présente les différents effets indésirables retrouvés lors de la prise d'hypnotique apparenté aux benzodiazépines. Pour les deux audits, il s'agit d'une confusion dans plus de la moitié des cas.

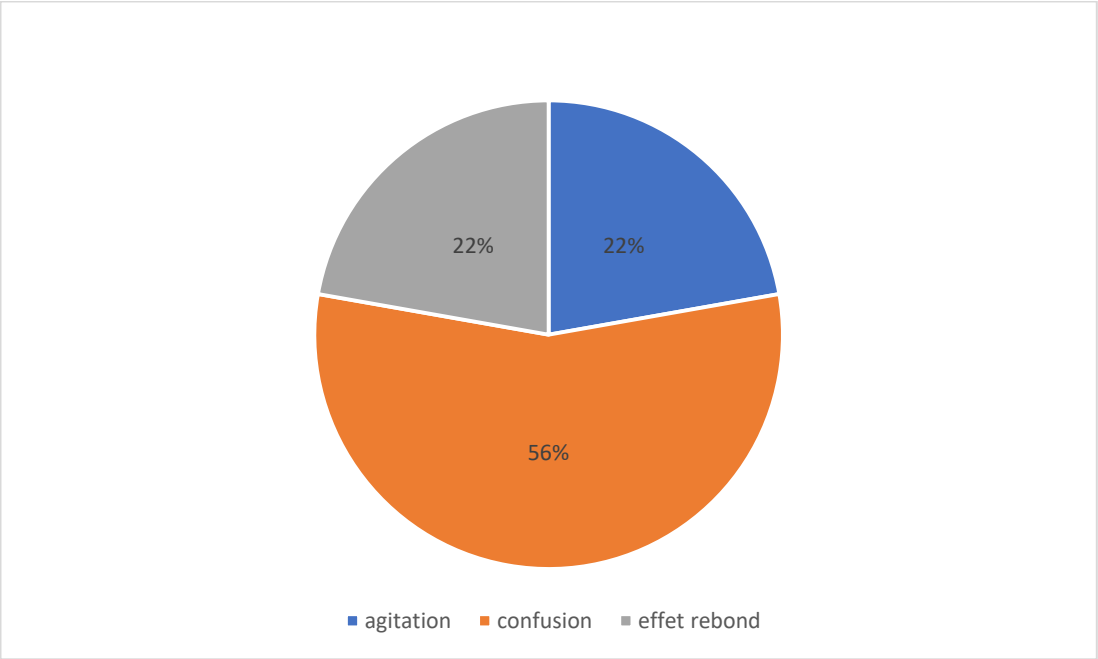


Figure 12 Descriptions des différents effets indésirables

Description des ordonnances de sortie

On retrouve un hypnotique apparenté aux benzodiazépines sur 75% des ordonnances de sortie (Audit 1 : 67%, Audit 2 : 84%, *p=0,07*), avec une proportion plus marquée de Zopiclone, comme présenté sur la Figure 13. Pour rappeler la Figure 11, il s'agit d'une introduction intra-hospitalière pour 12 d'entre elles (Audit 1 : 6, Audit 2 : 6).

Lorsqu'un hypnotique est présent, il s'agit d'une prescription à demi-dose par rapport à celle de l'adulte jeune dans 30% des cas pour l'Audit 1, et dans 81% des cas pour l'Audit 2 (*p=0,001)* (Figure 14). Il n'est pas associé à une autre molécule sédative dans 46% des cas pour l'Audit 1, et dans 63% des cas pour l'Audit 2 (*p=0,16*) (Figure 15).

	Audit 1 (N=46)	**Audit 2 (N=38)**	
	n (%)	**n (%)**	
Présence d'un hypnotique	31 (67)	32 (84)	*p=0,07*
Utilisation d'une demi-vie courte (<20h)	31	32	

Prescription < 4 semaines	31	32	
Utilisation d'une demi-dose	9	26	*p=0,001*
Cumul de molécule sédative	17	12	*p=0,16*

Tableau 5 Caractéristiques des ordonnances de sortie

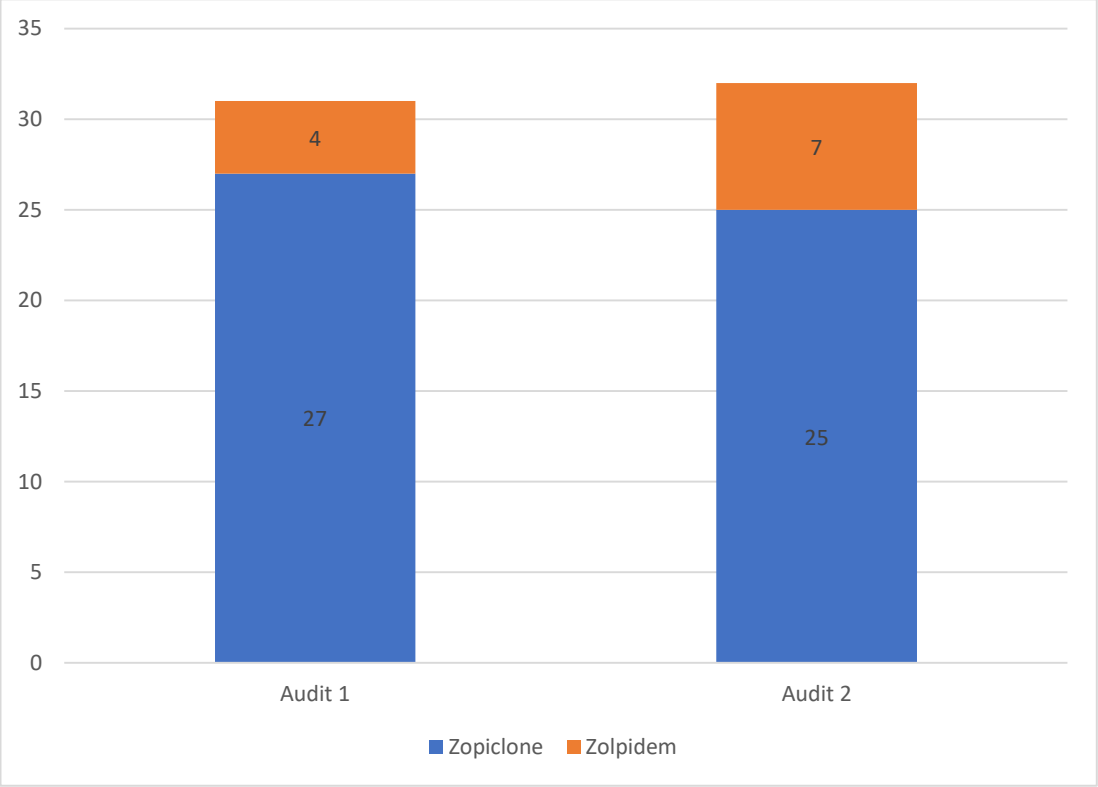


Figure 13 Répartition des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines sur les ordonnances de sortie

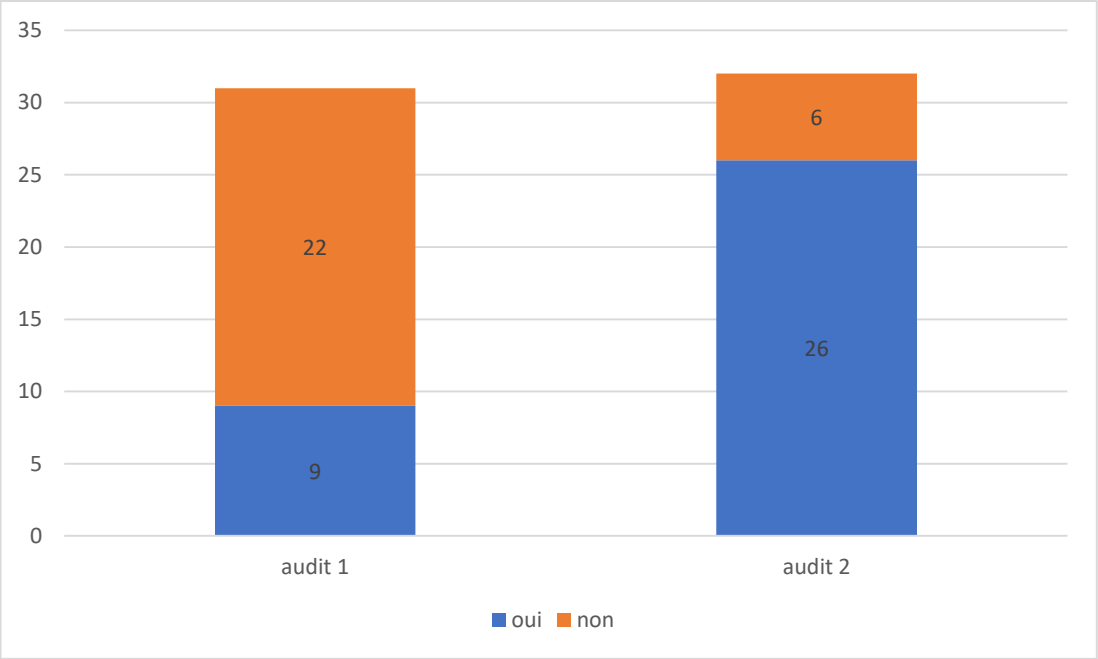


Figure 14 Respect d'une prescription à demi-dose de celle de l'adulte jeune

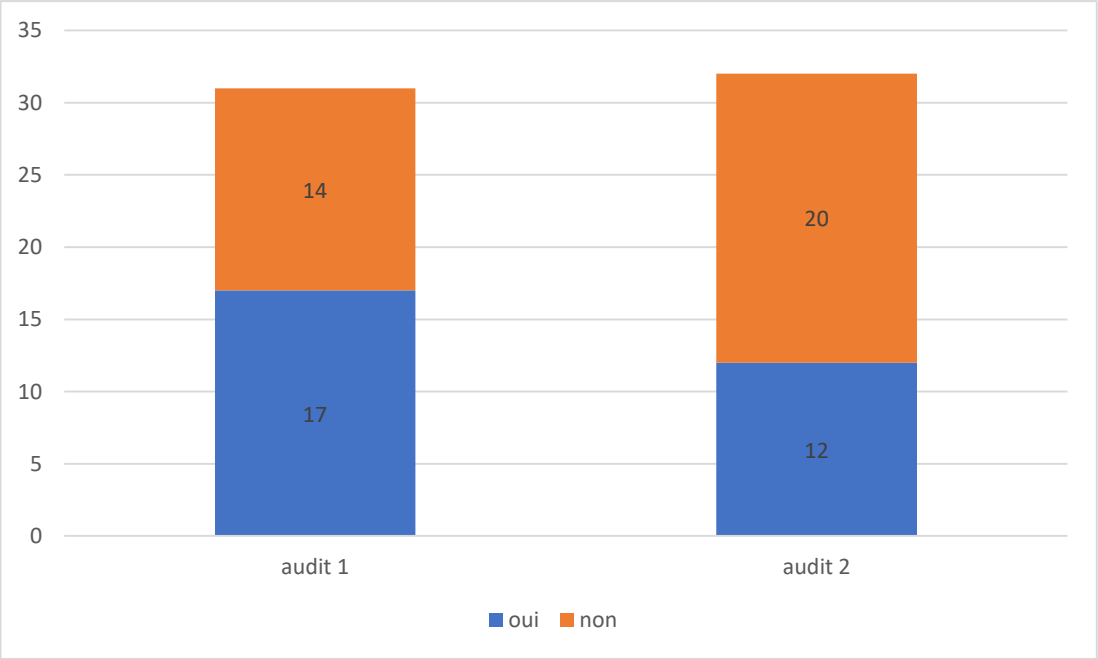


Figure 15 Cumul de molécule sédative

Caractéristiques des prescriptions non conformes

On retrouve des prescriptions non conformes plus fréquemment chez la femme (64%), le patient institutionnalisé (39%), le patient hospitalisé dans l'unité du CSG 3 (57%). Sur l'ensemble des prescriptions d'hypnotique apparenté aux benzodiazépines non conforme aux recommandations HAS, on retrouve à chaque fois une polymédication. Étonnamment, la

réalisation d'une conciliation médicamenteuse est retrouvée dans 36% des cas de prescriptions non conformes.

	Prescriptions conformes (N=35) n (%)	**Prescriptions non conformes (N=28) n (%)**
Sexe		
Femme	19 (54)	18 (64)
Homme	16 (46)	10 (36)
Age		
> 80 ans	34 (97)	23 (82)
Mode de vie		
Domicile	24 (69)	17 (61)
EHPAD	11 (31)	11 (39)
Unité d'hospitalisation		
CSG 1	19 (54)	12 (43)
CSG 3	16 (46)	16 (57)
Troubles du sommeil	18 (51)	8 (29)
Troubles cognitifs	12 (34)	7 (25)
Polymédicamention	32 (91)	28 (100)
Conciliation médicamenteuse	7 (20)	10 (36)

Tableau 6 Caractéristiques des prescriptions non conformes

DISCUSSION

Résultats principaux

Notre étude de type quasi expérimentale avant/après a montré une augmentation cliniquement et statistiquement significative de conformité de prescription des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines aux recommandations HAS (29 à 81% respectivement avant et après intervention ; $p<0,001$) grâce au rappel des recommandations de bonne pratique au personnel médical du CSG du site de Bayonne. L'hypothèse initiale a donc été vérifiée : un rappel des recommandations améliore notre pratique, qui tend à se rapprocher des recommandations de la HAS. L'amélioration a principalement portée sur l'utilisation de demi-dose par rapport à l'adulte jeune (9 versus 26).

Le cumul de molécule sédative régresse légèrement (54% à 37% respectivement avant et après intervention ; $p=0,16$). Cette proportion apparait toujours trop importante, au regard des risques potentiellement associés, mais reste acceptable comparée aux chiffres nationaux. En effet, une équipe française a étudiée l'impact d'une visite bi-hebdomadaire d'un médecin gériatre en EHPAD : on assiste à une réduction de 2,8%, également non significative sur le plan statistique, des coprescriptions de benzodiazépines et apparentés. (32)

La durée de prescription ne peut être intégrée dans l'amélioration des pratiques, étant donné qu'il est commun, dans les deux unités du CSG, de prescrire une ordonnance de sortie pour 4 semaines. Cependant, deux-tiers des prescriptions d'entrées sont poursuivies sur les ordonnances de sortie ; sachant que 40% d'entre elles datent de plus de 3 mois, cette proportion est également trop importante. Une étude qualitative allemande explique cette prescription d'hypnotique au long cours par un manque, ressenti par les médecins, de ressources, de temps ou de connaissances spécifiques sur les troubles du sommeil chez le sujet âgé. (33) Notre rappel des recommandations de bonne pratique aura permis de travailler sur ce dernier point. Une étude nord-américaine a étudié l'impact de l'intervention des pharmaciens cliniciens auprès des médecins sur la réduction des prescriptions chroniques : ce dernier a permis une réduction de 48.7%. (34) Dans notre étude, nous avons présenté les résultats du premier audit aux pharmaciens cliniciens du service, néanmoins, leur présence était moindre dans l'Audit 2 (4

vers 17 dans l'Audit 1) pouvant expliquer l'absence d'amélioration sur la diminution des prescriptions au long cours.

L'initiation d'un traitement hypnotique a lieu dans 18% des cas au cours de l'Audit 2, taux plus important que ceux retrouvés dans la littérature (5%). (35) Ceci peut s'expliquer par un effet négatif du rappel des recommandations qui a replacé les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines dans l'arsenal thérapeutique des gériatres du court séjour. Cette même étude a montré que l'ajout de conseils relatifs aux hypnotiques dans les courriers de sortie des patients, chez qui ces molécules ont été initiées, permet un arrêt précoce par les médecins généralistes, (35) pratique que nous tendons à généraliser au sein de nos unités.

La polymédication est malheureusement présente dans plus de 90% des cas. Ce chiffre s'explique par la littérature, notamment l'étude PAQUID, avec une augmentation de la consommation médicamenteuse avec l'âge. (36)

Dans notre étude, le Zopiclone apparait comme le plus prescrit. En 2015, il est admis que le Zolpidem est l'hypnotique apparenté aux benzodiazépines le plus utilisé après 65 ans. En 2017, devant des détournements d'usage du Zolpidem (usage à visée récréative, dans le cadre de soumissions chimiques), l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament a restreint ses conditions de prescription. Depuis, il ne peut être délivré qu'à partir d'une ordonnance sécurisée, ce qui peut expliquer sa moindre représentation. (23,25)

Points forts et limites

Comme point fort de notre étude, on retient les différents outils d'interventions : résultats du premier audit détaillés lors d'une communication orale et distribution d'une « lettre d'information » aux praticiens hospitaliers et aux pharmaciens cliniciens, permettant d'impliquer un maximum de professionnels. Les conséquences de cette amélioration des pratiques sont positives à plusieurs niveaux : individuel, populationnel et économique. Au vu de la différence observée, ce rappel des recommandations s'est avéré acceptable par les praticiens. Le coût de l'intervention était faible.

Une étude irlandaise similaire à notre étude a montré une diminution de la prévalence de prescription de benzodiazépine et de Z-drug (54 à 46%), mais non significative sur le plan

statistique. En supplément du rappel des recommandations de prescriptions des hypnotiques à tous les praticiens du centre hospitalier ; s'ajoutaient deux sessions éducatives auprès des médecins et des para-médicaux. (37) Une étude canadienne a montré qu'une intervention brève auprès du patient peut conduire à la diminution voire la déprescription de benzodiazépines. (38) Propos que l'on retrouve dans une revue de la littérature, qui a démontré qu'une éducation du patient sur les benzodiazépines et leur modalité d'arrêt diminue leur consommation. (39) Une autre étude canadienne a montré que l'utilisation d'une brochure EMPOWER (Eliminating Medications through Patient Ownership of End Results) chez le patient hospitalisé diminue la consommation de molécule sédative. (40) Dans notre étude, il aurait été intéressant de sensibiliser le personnel infirmer afin d'apporter à l'attention du médecin prescripteur d'éventuelles prescriptions inappropriées. Une intervention multi-facette (patient et personnel médical) aurait pu également être proposée.

Comme autre point fort, on admet que les deux populations sont comparables entre elles et aux chiffres nationaux : en effet, chez le sujet âgé, la consommation de benzodiazépines et apparentés est maximale chez les femmes : après 80 ans, environ une femme sur trois en consomme. (23) Dans les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les prescriptions de psychotropes sont également préoccupantes : 75% des personnes ont au moins un psychotrope, avec la présence d'hypnotiques apparentés aux benzodiazépines sur 21% des ordonnances. (41). Chez le patient âgé dément (MMSE 21-26), la prévalence d'utilisation des benzodiazépines est estimée entre 8,5% et 20%. (30)

Le principal point faible est l'absence de groupe contrôle, ne permettant pas de s'affranchir d'une tendance séculaire ou d'une variation liée à une autre cause que l'intervention. (42). Il s'agit également d'une étude rétrospective, ce qui a pour conséquence le manque de complétude de certaines données. L'analyse des ordonnances a été réalisée après retranscription de ces dernières sur le logiciel Trakcare, associée à une faible révision des ordonnances par le pharmacien clinicien, on peut à nouveau imaginer un manque de complétude de certaines données. Le petit effectif de cette étude monocentrique ne permet pas de généraliser les résultats, et ne permet pas de déterminer d'éventuel facteurs de risque de non-conformité, par manque de puissance statistique. Enfin, nous pouvons supposer qu'il existe un biais de performance : l'évaluation ayant lieu dans le service où travaille la thésarde, ceci a pu avoir un effet bénéfique sur l'amélioration des pratiques.

Perspectives

Un suivi sur le long terme reste indispensable dans les pratiques d'implémentation afin de vérifier la persistance des changements et l'absence de dérive. De plus, nous savons que la prescription d'hypnotique est initiée par un médecin généraliste dans 82% des cas (23), une étude similaire pourrait donc être menée en ambulatoire pour un impact encore plus grand.

CONCLUSION

Le bon usage du médicament est un enjeu de santé public. Les autorités sanitaires diffusent des programmes d'amélioration de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, comme l'évaluation des pratiques professionnelles.

Notre étude a montré qu'un rappel des recommandations de bonne pratique de prescriptions des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines améliore significativement la conformité et donc la qualité des prescriptions au sein du CSG du CHCB. Cette amélioration a principalement porté sur la réduction à demi-dose par rapport à celle de l'adulte jeune.

Une évaluation à distance de ce rappel permettrait d'apprécier la pérennisation des pratiques.

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles visant à améliorer la qualité des pratiques et à réduire les prescriptions médicamenteuses inappropriées, quête permanente en gériatrie. Mais, de nouveaux axes de travail semblent nécessaires, notamment autour de la sensibilisation des praticiens à la consommation chronique d'hypnotiques apparentés aux benzodiazépines.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la santé et des Solidarités, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009 [Internet]. 2007 [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
2. Iber C, Ancoli-Isral S, Chesson A, Quand S, for The American Academy of Sleep Medicine. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications. Westchester, IL; 2007.
3. Dauvilliers Y, Billiard M. Aspects du sommeil normal. EMC - Neurol. oct 2004;1(4):458-80.
4. Borbély AA, Daan S, Wirz-Justice A, Deboer T. The two-process model of sleep regulation: a reappraisal. J Sleep Res. 2016;25(2):131-43.
5. Hakki Onen S. Sommeil physiologique du sujet âgé. Médecine Sommeil. sept 2005;2(5):6-10.
6. Montemayor T. Sommeil du sujet âgé : Évolution, troubles et prise en charge. Médecine Sommeil. mars 2008;5(15):5-9.
7. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. Sleep. oct 2004;27(7):1255-73.
8. Onen SH, Onen F. Maladie d'Alzheimer et perturbations du rythme veille–sommeil. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. févr 2010;10(55):30-6.
9. Vecchierini M-F. Les troubles du sommeil dans la démence d'Alzheimer et autres démences. Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2010;8(1):15-23.
10. Société de formation thérapeutique du généraliste, Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Médecine Sommeil. déc 2007;4(14):5-27.
11. Onen F. Insomnie du sujet âgé. Médecine Sommeil. sept 2005;2(5):11-6.
12. Billiard M, Dauvilliers Y. Insomnie. EMC - Neurol. juill 2004;1(3):209-22.
13. Mc Carthy CE. Sleep Disturbance, Sleep Disorders and Co-Morbidities in the Care of the Older Person. Med Sci. 21 mai 2021;9(2):31.
14. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie? 2017.
15. Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Version Longue. 2007.
16. Montgomery P, Dennis JA. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 20 janv 2003 [cité 29 sept 2021]; Disponible sur: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003161
17. Briki M. Quelle place pour les thérapies cognitives et comportementales chez le sujet âgé ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. déc 2015;15(90):359-64.
18. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. BMJ. 19 nov 2005;331(7526):1169.
19. Airagnes G, Lemogne C, Renuy A, Goldberg M, Hoertel N, Roquelaure Y, et al. Prevalence of prescribed benzodiazepine long-term use in the French general population according to sociodemographic and clinical factors: findings from the CONSTANCES cohort. BMC Public Health. 14 mai 2019;19(1):566.

20. Schroeck JL, Ford J, Conway EL, Kurtzhalts KE, Gee ME, Vollmer KA, et al. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. Clin Ther. nov 2016;38(11):2340-72.
21. Quera-Salva M-A, Claustrat B. Mélatonine : aspects physiologiques et pharmacologiques en relation avec le sommeil, intérêt d'une forme galénique à libération prolongée (Circadin®) dans l'insomnie. L'Encéphale. déc 2018;44(6):548-57.
22. Vecchierini MF, Kilic-Huck U, Quera-Salva MA. La mélatonine (MEL) et son utilisation dans les pathologies neurologiques et l'insomnie : recommandations de la Société française de recherche et de médecine du sommeil (SFRMS). Médecine Sommeil. juin 2021;18(2):70-89.
23. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2017 p. 60.
24. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2012 p. 48.
25. Bordet R, Carton L, Deguil J, Dondaine T. Chapitre 13 - Pharmacologie des hypnotiques. Neuropsychopharmacologie. 2019;161-71.
26. Résumé des caractéristiques du produit - ZOPICLONE ALTER 7,5 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61438166&typedoc=R
27. Résumé des caractéristiques du produit - ZOLPIDEM ALMUS 10 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61705683&typedoc=R
28. Lapeyre-Mestre M. Impact des benzodiazépines sur les fonctions cognitives et le risque de démence. Revue des arguments de causalité issus des études observationnelles. Therapies. juin 2019;74(3):407-19.
29. Gérardin M, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Jolliet P. Benzodiazepines Consumption: Does Dependence Vary with Age? Subst Use Misuse. 19 sept 2014;49(11):1417-25.
30. Defrancesco M, Marksteiner J, Fleischhacker WW, Blasko I. Use of Benzodiazepines in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Literature. Int J Neuropsychopharmacol. sept 2015;18(10):pyv055.
31. ANAES. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration [Internet]. 2003 [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/reussir_un_audit_clinique_et_son_plan_damelioration_guide_2003_2009-10-20_11-09-52_821.pdf
32. de Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Cestac P, Vellas B, Rolland Y. Effects of a geriatric intervention aiming to improve quality care in nursing homes on benzodiazepine use and discontinuation: Geriatric intervention to reduce benzodiazepine use in nursing homes. Br J Clin Pharmacol. avr 2016;81(4):759-67.
33. Mokhar A, Kuhn S, Topp J, Dirmaier J, Härter M, Verthein U. Long-term use of benzodiazepines and Z drugs: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perceptions and possible levers for change. BJGP Open. avr 2019;3(1):bjgpopen18X101626.
34. Gemelli MG, Yockel K, Hohmeier KennethC. Evaluating the Impact of Pharmacists on Reducing Use of Sedative/Hypnotics for Treatment of Insomnia in Long-Term Care Facility Residents. Consult Pharm. 1 nov 2016;31(11):650-7.
35. Hospital initiation of benzodiazepines and Z-drugs in older adults and discontinuation in primary care | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 1 déc 2021]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1551741121002035?token=9CEDB1B02E444C83D

6D2D8E34FB7D1DAE8FD865C843ABE913D11724680F9A8F6C53FEC5077F3662014B1F1368921EE05&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211130230532
36. Salle N, Fourrier A, Dartigues JF, Rainfray' M, Emeriau' JP. Evolution des traitements médicamenteux des personnes âgées vivant à domicile. Rev Méd Interne. :8.
37. Dolan C, Omer S, Glynn D, Corcoran M, McCarthy G. Benzodiazepine and Z-drug Prescribing for Elderly People in a General Hospital: A Complete Audit Cycle. Ir J Psychol Med. 2012;29(2):128-31.
38. Carr F, Tian P, Chow J, Guzak J, Triscott J, Mathura P, et al. Deprescribing benzodiazepines among hospitalised older adults: quality improvement initiative. BMJ Open Qual. août 2019;8(3):e000539.
39. Reeve E, Ong M, Wu A, Jansen J, Petrovic M, Gnjidic D. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. Eur J Clin Pharmacol. août 2017;73(8):927-35.
40. Wilson MG, Lee TC, Hass A, Tannenbaum C, McDonald EG. EMPOWERing Hospitalized Older Adults to Deprescribe Sedative Hypnotics: A Pilot Study. J Am Geriatr Soc. 2018;66(6):1186-9.
41. Ardiet G, Monnier N, Poli A. Évolution des traitements psychotropes pour les personnes âgées en institution, entre 2004 et 2012, dans le Rhône. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mai 2013;171(4):257-61.
42. Zaugg V, Savoldelli V, Sabatier B, Durieux P. Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des études d'interventions. Santé Publique. 2014;26(4):519.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères généraux de l'insomnie selon l'ICSD-2 (10)

A. Le patient rapporte un ou plusieurs des plaintes suivantes :

1. difficulté à s'endormir
2. difficulté à rester endormi
3. réveil trop précoce
4. sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité

B. Les difficultés ci-dessus surviennent en dépit d'opportunités et de circonstances adéquates pour dormir.

C. Au moins un des symptômes suivants relatif au problème du sommeil nocturne est rapporté par le patient :

1. fatigue, méforme
2. baisse d'attention, de concentration ou de mémoire
3. dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire
4. instabilité d'humeur, irritabilité
5. somnolence diurne
6. baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative
7. tendance aux erreurs, accidents au travail ou lors de la conduite automobile
8. maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au manque de sommeil
9. préoccupations et soucis à propos du sommeil.

Annexe 2 : Les règles d'hygiène de veille et de sommeil à conseiller au sujet âgé insomniaque (11)

- Réduire le temps passé au lit.
- Adopter une heure fixe de lever matinal.
- Faire un exercice physique dans la journée (marche, gymnastique douce …).
- Ne pas faire de repas copieux le soir.
- Prendre une petite collation (de préférence lactée) avant le coucher.
- Eviter l'alcool, le café, le thé, le coca-cola le soir.
- Eviter l'utilisation fréquente des somnifères.
- Ne se coucher que lorsque l'envie de dormir se fait sentir et si l'endormissement ne survient pas dans la demi-heure, se lever et aller dans une autre pièce pour s'occuper d'activités peu stimulantes, attendre que le besoin de sommeil se fasse à nouveau sentir pour retourner se coucher.
- Ne s'accorder qu'une sieste en début d'après-midi, ne dépassant pas une durée de 30 minutes.
- Passer le plus de temps possible à l'extérieur et s'exposer à la lumière du jour.

Annexe 3 : Les bonnes règles de prescription d'un hypnotique chez le sujet âgé (11)

- Essayer les méthodes non pharmacologiques avant toute prescription d'hypnotique.
- Rechercher systématiquement les contre-indications potentielles telles que les apnées du sommeil.
- Diminuer de moitié les doses de moitié de celles données à l'adulte jeune.
- Préférer les molécules à demi-vie courte.
- Préférer l'utilisation discontinue en 2 ou 3 prises par semaine si la collaboration du patient le permet. Se limiter toujours à une monothérapie.
- Limiter la prescription à 4 semaines maximum.
- Réévaluer l'intérêt d'un hypnotique chaque fois qu'un autre traitement est nécessaire.

Annexe 4 : Grille d'audit

Date : Auditeur : N° grille : Nom, Prénom : N°d'Episode : Date de naissance Date d'hospitalisation : Unité : CS1 – CSG 3	**PERTINENCE**	**COMMENTAIRES**
CONDITION SOCIO-DEMOGRAPHIQUES		
Sexe		Femme – Homme
Age		75-84ans – 85-94 ans – >95 ans
Mode de vie		Domicile – EHPAD

CARACTERISTIQUES MEDICALES		
Motif d'hospitalisation		
Diagnostic principal retenu		
Présence d'un trouble du sommeil	OUI – NON	Décrire plainte si décrite
Présence de troubles cognitifs	OUI – NON	Déclin cognitif si MMS entre 27 et 30 Troubles neurocognitif - léger si MMS entre 20 et 26 - modéré si MMS entre 19 et 10 - sévère si MMS <10
Présence d'une insuffisance respiratoire sévère	OUI – NON	
Présence d'une insuffisance hépatique sévère	OUI – NON	
Présence d'un syndrome d'apnée du sommeil	OUI – NON	
Présence d'une myasthénie	OUI – NON	
TRAITEMENT HABITUEL		
Nombre de médicaments sur l'ordonnance d'entrée		<6 – égal ou >6
Prescription d'hypnotique apparenté aux benzodiazépines	OUI – NON	Noter le nom du médicament
Durée de la prescription	OUI – NON	Noter si la durée est supérieure à 3 mois (consommateur chronique)

AU COURS DE L'HOSPITALISATION		
Arrêt de l'hypnotique apparentés aux benzodiazépines	OUI – NON	Noter si arrêt brutal
Effets indésirables en lien avec le traitement hypnotiques	OUI – NON	Noter lequel si décrit
Réalisation d'une conciliation médicamenteuse	OUI – NON	
ORDONNANCE DE SORTIE		
Prescription d'hypnotique	OUI – NON	
Hypnotique avec une ½ vie courte	OUI – NON	Noter le nom du médicament
Durée de la prescription < à 4 semaines	OUI-NON-NSP	Noter la durée si >à 4 semaines
Posologie à demi-dose (5mg (ZOLPIDEM), 3.75mg (ZOPICLONE))	OUI-NON-NSP	Noter la posologie si différente
Cumul de molécule sédative	OUI-NON-NSP	Noter le nom de la molécule
PERTINENCE de la prescription	**OUI-NON**	

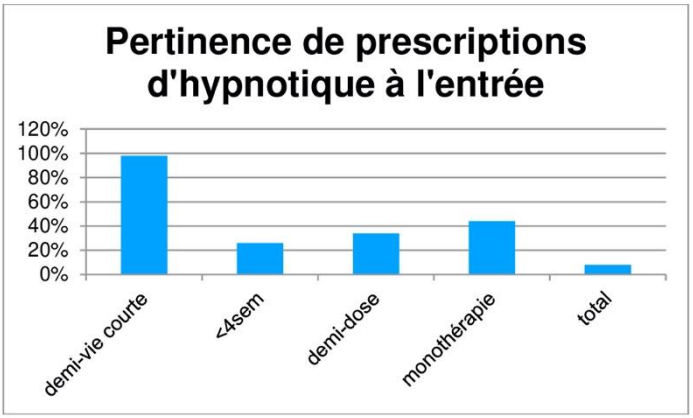
Annexe 5 : Lettre d'information au personnel médical du CSG

Flash info à l'attention des praticiens du Court Séjour Gériatrique

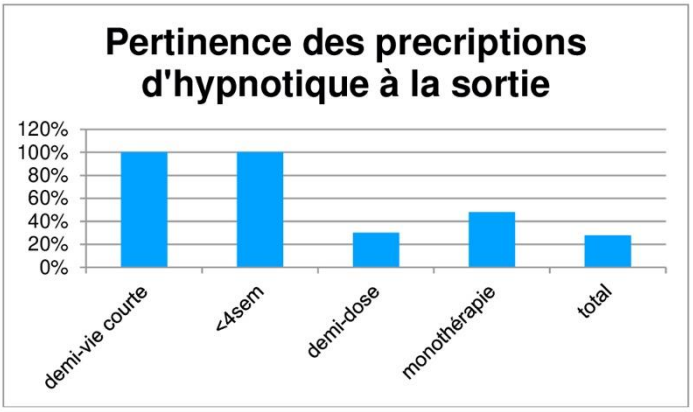
Nous avons réalisé une évaluation des pratiques professionnelles sur la pertinence des prescriptions des hypnotiques dans les services du Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitaliser de la Côte Basque.

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique (Centre Hospitaliser de la Côte Basque). Les données ont été recueilles sur la période de juin à septembre 2020 via le logiciel TrakCare. Nous avons retenu comme critère(s) d'inclusion(s) les patients de plus de 75 ans, hospitalisés en Court Séjour Gériatrique et la présence d'un hypnotique sur l'ordonnance d'entrée et/ou de sortie. Nous avons retenu comme critère(s) d'exclusion(s) les patients de moins de 75 ans, hospitalisés en Unité du Post-Urgence Gériatrique et les patients hébergés pour la Gériatrie dans un autre service que ceux du Court Séjour. Sur les 469 patients présents sur la période analysée, nous avons inclus 61 patients pour l'analyse du traitement d'entrée et 46 patients pour l'analyse du traitement de sortie. L'analyse portait sur la pertinence de conformité des hypnotiques selon les recommandations de bonne pratique.

Retour sur la première mesure :



L'analyse des ordonnances d'entrée montre un taux de conformité total de 8%. Nous notons que l'utilisation d'une demi-vie courte est respectée dans 98% des cas. Une durée de prescription inférieure à 4 semaines n'est présente que dans 26% des cas, l'utilisation d'une demi-dose dans 34% et la monothérapie dans 44%.



L'analyse des ordonnances de sortie montre un taux de pertinence total de 28%. Nous notons que l'utilisation d'une demi-vie courte est respectée à chaque fois, ainsi qu'une durée de prescription inférieure à 4 semaines. L'utilisation d'une demi-dose n'est présente que dans 54% des cas et la monothérapie dans 48%.

Rappel des bonnes pratiques :

La prescription d'hypnotique peut se justifier dans les insomnies occasionnelles, transitoires ou réactionnelles, après avoir privilégier la prise en charge des facteurs étiologiques et mise en place de techniques non médicamenteuses, notamment les mesures d'hygiène de veille-sommeil.

La prescription d'hypnotique chez le sujet âgé doit suivre les règles suivantes :

- Préférer les molécules à demi-vie courte, inférieure à 5 heures, soit le Zolpidem (2,5 heures) ou le Zopiclone (5h)
- Diminuer de moitié les les doses de celles données à l'adultes jeune (5mg pour le Zolpidem, 3,75mg pour le Zopiclone)
- Se limiter à une monothérapie. Préférer l'utilisation discontinue en 2 ou 3 prises par semaine si la collaboration du patient le permet
- Limiter la prescription à 4 semaines maximum, incluant la période de diminution de dose.

De manière générale, les erreurs à éviter sont les suivantes :

- Prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique
- Associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques
- Méconnaître une dépression, un autre troubles psychiatrique ou un syndrome d'apnées du sommeil
- Arrêter brutalement un hypnotique

Le sevrage d'un hypnotique doit se faire progressivement, en 4 à 10 semaines, sachant qu'il peut s'étendre sur plusieurs mois chez des utilisateurs de longues durée. Il n'existe pas de protocole pré-établi; selon la littérature, il est conseillé de réduire les doses par paliers de 1/4 de comprime.
Certaines données suggèrent qu'au cours d'une hospitalisation, un sevrage progressif rapide en une semaine serait possible chez le patient âgé, mais doit être intégré dans une prise en charge pluridisciplinaire (après concertation avec le médecin traitant, au mieux après information du pharmacien, et après accord du patient). Pour information, il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif, l'accent doit être mis sur les mesures d'accompagnement non

médicamenteuses. L'arrêt progressif associé à une thérapie cognitivo-comportementale semble plus efficace, difficile d'accès, que ce soit en ville ou à l'hôpital.

Proposition de plan d'action :

Retour des résultats aux différents praticiens des services de Court séjour lors de la réunion de service du 04 juin 2020.
Rappel des recommandations de bonnes pratiques lors de la diffusion de ce flash info.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Titre : Étude de l'impact d'un rappel des recommandations de bonne pratique de prescription des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines au sein du service de Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque.

Introduction : Plusieurs modalités de prescriptions chez le sujet âgé sont considérées comme inappropriées. La prescription des hypnotiques n'y échappe pas. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact d'un rappel des recommandations de bonne pratique de prescription des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines, dans le but de réduire le risque iatrogénique.
Méthode : Étude de type quasi expérimentale « avant/après », monocentrique au sein du Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque, lors d'une évaluation des pratiques professionnelles. Le recueil des données est rétrospectif : première phase du 15 juin au 15 septembre 2020, seconde phase du 15 juin au 15 septembre 2021. Le critère de jugement principal est la conformité des prescriptions d'hypnotiques apparentés aux benzodiazépines aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.
Résultats : On observe une amélioration statistiquement significative de conformité de prescriptions des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (29 à 81%, $p<0.001$)
Conclusion : Le rappel des recommandations a permis une amélioration significative de la conformité des prescriptions au sein du Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque. Une évaluation à distance semble nécessaire pour apprécier la persistance des changements.
Mots clés : hypnotiques et sédatifs ; sujet âgé ; recommandation professionnelle

---

Title: Study of the impact of a reminder of recommendations for prescribing Z-drugs at short-term geriatric service in the Center Hospitalier de la Côte Basque.

Introduction: Several modalities of prescription are inappropriate in the elderly population. The prescription of hypnotics are no exception. The main objective of this study is to assess the impact of a reminder of recommendations for prescribing Z-drugs, with the aim of reducing iatrogenic risk.
Method: Quasi-experimental "before/after" study, monocentric at the short-term geriatric service in the Centre Hospitalier de la Côte Basque, during an evaluation of professional practices. The data collection is retrospective: first phase from June 15 to September 15, 2020, second phase from June 15 to September 15, 2021. The primary outcome is compliance of prescriptions for Z-drugs with the recommendations of the Haute Autorité de Santé.
Results: There was a statistically significant improvement in compliance of prescriptions of Z-drugs to the recommendations of the Haute Autorité de Santé (29 to 81%, $p<0.001$)
Conclusion: The reminder of the recommendations has led to a significant improvement in the compliance of prescriptions at the short-term geriatric service in the Centre Hospitalier. A remote assessment seems necessary to assess the persistence of the changes.
Keywords: hypnotics and sedative ; elderly ; guideline

DISCIPLINE: GERIATRIE

UFR des Sciences Médicales, Université de Bordeaux. 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX.