

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 7 mai 2024

Stratégie de déprescription de somnifères: sait-on comment faire?

Prof. Thomas Agoritsas, Médecine Interne Générale

L'arrêt de prescription des somnifères est un sujet important à travers lequel la science de l'implémentation va nous guider.

Tous sommes conscients des problèmes de polymédication et de surprescription...les patients ont de la peine à prendre toutes leurs pilules. Ici, c'est un peu différent, puisque les somnifères sont souvent réclamés par les patients...

Plusieurs mouvements internationaux promeuvent la déprescription: less is more, choosing wisely, et en suisse, smarter medicine.

L'orateur déclare présider la fondation [MAGIC](#), qui travaille dans les synthèses d'évidences. C'est dans ce cadre qu'est créé le projet [BE-SAFE](#), qui est financé par l'UE et le SERI, et inclut 6 pays européens, dont la Suisse.

BE-SAFE: Implémenter une intervention centrée sur le patient et basée sur les preuves pour réduire l'utilisation de benzodiazépines et d'hypnotiques sédatifs dans le but d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins.

Ce projet est un bon exemple pour montrer comment la science de l'implémentation peut se mettre en marche. Il est constitué de plusieurs sous-projets:

- Compréhension du patient et du système: quand le besoin de somnifère se fait sentir?
- Recommandations d'implémentation, guidelines // Matériels d'information
- Essai randomisé dans 6 pays sur les stratégies d'implémentation
- Etude de cas: analyse des réussites et échecs d'implémentation

Somnifères

Il s'agit principalement de benzodiazépines et de leurs analogues... Ils ont un rôle particulier dans la pharmacopée du patient, qui peut être dépisté en 4 questions:

1. C'est la meilleure solution pour gérer mes troubles du sommeil. Oui / Non
2. Je peux prendre ce traitement sur le long terme en toute sécurité. Oui / Non
3. Ce médicament ne me provoque aucun effet secondaire. Oui / Non
4. Je ne peux pas dormir sans ce traitement. Oui/ Non

Les guidelines, au niveau européen, recommandent les approches non-pharmacologiques, surtout pour les insomnies >3 mois, et de garder les molécules pour les insomnies brèves, sur le court terme (< 4 sem).

Force est de constater que ces recommandations sont dures à suivre, puisque l'utilisation de benzos sur le long terme est très fréquente, bien que leurs bénéfices à long terme soient mal prouvés.

Les effets secondaires sont nombreux: Chutes, fractures, confusion, hospitalisations, démence?

→ tout cela augmente les coûts de la santé: chutes hospitalières liées à une prise de somnifère = 1,8 milliards d'euros par an en Europe.

[Une revue et meta-analyse](#) en réseau du Lancet, sur 170 études pharmacologiques, montre que malgré quelques différences, les molécules sont assez semblables...

L'effet initial de soulagement est assez grand, avec une bonne tolérance immédiate, et ils peuvent être pris assez longtemps sans forcément provoquer d'effets secondaires notables...

[Une autre méta-analyse](#) sur les Z-drugs, (Zolpidem, Zepclone...), qui sont souvent utilisés en alternative aux benzodiazépines, montre que comparé au placebo, celles-ci présentent tout de même des risques augmentés de chutes, de fractures et de blessures éventuelles...

La qualité de l'évidence a beau être très basse, une si grande prise dans la population a forcément un impact, que le risque soit augmenté de 3 ou 9%.

Le panel BE-SAFE affirme qu'il y a une grande variation dans les valeurs et préférences des patients, comme l'envie de fournir l'effort pour diminuer ou changer de traitement, l'importance accordée à des effets secondaires peut-être pas encore vécus ou encore l'ambivalence envers une approche de soutien (TCC, hygiène du sommeil...)

Une majorité des patients place beaucoup d'importance à la peur de perdre leur fonctionnalité diurne, et moins d'importance à leur véritable qualité du sommeil.

Ce qui suit est basé sur les [guidelines](#) basées sur la revue systématique du projet BE-SAFE, qui compare l'efficacité de différentes interventions.

Une des interventions possibles, c'est l'éducation au patient: Ici réponses aux Q plus haut

<p>1. This medication is the best available solution to handle my sleep problems.</p> <p>FALSE</p> <hr/> <p>Experts no longer recommend using a sleeping pill to treat sleep problems. People who take it are:</p> <ul style="list-style-type: none">• 5 times more likely to have memory and concentration problems• 4 times more likely to feel very tired during the day• 2 times more likely to experience falls and fractures (hip, wrist)• 2 times more likely to have a motor vehicle accident• at higher risk of developing problems holding their urine.	<p>3. This medication does not cause me any side effects.</p> <p>FALSE</p> <hr/> <p>Even if you only take a small dose, sleeping pills may have side effects. They can impair the way your brain works and slow down your reflexes.</p>
<p>2. I can take this medication safely for a long time.</p> <p>FALSE</p> <hr/> <p>Although sleeping pills are effective for a short time, research showed that sleeping pills are not the best long-term treatment for sleep problems. This is because they only cover up the symptoms without actually solving the underlying problem — while causing many side effects. Please keep on reading to learn more about how you can develop healthier sleep patterns.at higher risk of developing problems holding their urine.</p>	<p>4. I would not sleep without this medication.</p> <p>TRUE... temporarily</p> <hr/> <p>Your body has probably developed a physical and psychological addiction to the sleeping pill. This is not your fault, it is because your body and brain have become used to the medication. If you suddenly stop taking it, you may have trouble sleeping. Although it may not be easy, millions have successfully phased out their sleeping pills and found other solutions to manage their sleep problems.</p>

Les réponses sont directes et tranchées, c'est peut-être la bonne façon, ou alors c'est un peu exagéré... Il est clair que traduire les informations récoltées pour les rendre accessibles au patient n'est pas tâche aisée.

Une autre façon de faire, peut-être plus efficace, c'est de dire "vous avez peut-être bien supporté jusqu'à maintenant, mais qu'avec l'âge, avec d'autres médicaments, la situation peut changer."

Le programme de sevrage progressif est présenté ainsi:

En restant critique, certaines pilules ne sont pas toutes faites pour être coupées, et couper en 4 c'est pas évident...A voir quelles pilules sont adaptées et pour qui.

A côté, un questionnaire sur les valeurs et préférences des patients, à noter sur 5..."il est important pour moi de...: rester fonctionnel en journée / restaurer mon cycle de sommeil naturel / prendre le moins de somnifère possible / modifier le moins possible mon traitement / minimiser les coûts.

WEEKS	TAPERING SCHEDULE						
	MO	TU	WE	TH	FR	SA	SU
1 and 2	●	●	●	●	●	●	●
3 and 4	●	●	●	●	●	●	●
5 and 6	●	●	●	●	●	●	●
7 and 8	●	●	●	●	●	●	●
9 and 10	●	●	●	●	●	●	●
11 and 12	●	●	●	●	●	●	●
13 and 14	●	●	●	●	●	●	●
15 and 16	×	●	×	×	●	×	●
17 and 18	×	×	×	×	×	×	×

EXPLANATIONS			
●	●	●	×
full dose	half dose	quarter of dose	no dose

Parmi ces prospectus, se trouve un carnet du sommeil, accompagné d'un carnet diurne et des conseils sur la gestion du stress.

S'y ajoutent des témoignages, qui semblent bien aider les patients, surtout lorsqu'ils ne sont pas trop promotionnels....

Une brochure pour les proches-aidants sera également disponible.

L'étude sur laquelle se basent les recommandations : *"The comparative effectiveness of interventions to facilitate deprescribing benzodiazepines and other sedative hypnotics: a systematic review and meta-analysis"* de Zeraatkar D, et al (dont je n'ai pas trouvé la publication... à venir je suppose, ou combinée à la guideline).

Exclusion: < 20 participants; si plus de 60% des prescriptions traitent autre chose que l'insomnie.

En plus des informations sur les patients et leur traitement, sont extraites les données sur l'implémentation: comment, intensité, fidélité...

Sur 30'000 études filtrées, seules 43 études (41 essais) sont incluses.

Il y a une majorité de femmes (65%), l'âge moyen est de 66 ans (36 à 80). 80% des patients ont des insomnies documentées, et la durée moyenne de prise de somnifère est de 10 ans.

Lieux de prise en charge: Cabinet, Hôpital, un peu en pharmacie, jamais aux urgences...Avec une distribution dans 12 pays, avec le USA et le Canada en tête. La Suisse n'y figure pas.

Interventions comparées entre elles:

- soins standards, éducation patient, éducation soignant, audit & feedback...
- TCC et sevrage progressif en diverses combinaisons...
- pharmacologie: autres benzodiazépines vs arrêt brutal, melatonine ou paroxetine vs sevrage progressif ou soins standard...

Des données très intriquées, il est donc parfois difficile de tirer des conclusions très claires.

Résultats - recommandations

- Déprescrire ou pas?
- Un seul type d'intervention ou plusieurs en même temps?
- Si oui, lesquelles et comment?

La recommandation pour la prescription est faible. C'est une option à proposer au patient, qui conviendra à la plupart, mais pas tous.

S'il y a une grosse opposition à la déprescription, envisager la non-prescription, car l'arrêt sera très difficile...

Sur toutes les études, 14% des patients ont arrêté le traitement après intervention, et 2,4% ont abandonné en cours de route.

Lorsque plusieurs interventions sont combinées, le taux de succès augmente à 28%.

L'éducation des patients marche bien pour l'arrêt, tout comme l'éducation des pharmaciens qui informent à leur tour patients et médecins. Les résultats de l'éducation des médecins sont trop incertains pour en tirer une conclusion...

La thérapie cognitivo-comportementale (CTT) a des effets relativement neutres, très légèrement positifs à haute incertitude, son effet varie donc grandement de ce qu'elle peut apporter en traitement de l'insomnie!

Le sevrage progressif montre un effet plutôt neutre. Il est probablement nécessaire dans l'accompagnement du patient, mais change peu les choses.

Globalement, il reste encore de nombreuses questions: Quels sont les déclencheurs idéaux pour arrêter? les contre-indications? schéma dégressif idéal?

Les différentes interventions sont catégorisées:

- Modalités d'exécution → en groupe vs seul, autogestion, durée de consultation... nombreuses sont les possibilités non testées de façon randomisée
- Incitatifs financiers → rarement utilisé, critiqué pour effets collatéraux
- Régulations gouvernementales → aucune étude, alors que de nombreux pays ont des lois strictes sur la question
- Stratégies d'implémentation → sujet de la plupart des études analysées, audit et feedback, rencontres éducationnelles, matériel éducationnel (brochures, ...)...

Il reste donc beaucoup de possibilités de recherche pour trouver comment faire mieux.

Rôle des science de l'implémentation

Il n'y a pas de stratégie magique, des fois ça marche, d'autres pas. Il n'est pas clair lorsque ça marche si cela améliore la pratique au maximum et si c'est la meilleure utilisation des ressources d'amélioration du système de santé.

Les sciences de l'implémentation sont toutes les sciences humaines et médicales qui permettent de voir les déterminants, processus et issues de l'implémentation. Le but est de produire un corpus le plus généralisable possible.

C'est une discipline récente, interdisciplinaire, dans laquelle on retrouve des disciplines cliniques, de recherche en santé, de science sociale, de design, méthodologie...

Elle permet: synthèse d'évidence, critique des recommandations, analyse des barrières et facilitateurs à l'implémentation, optimisation des programmes d'implémentation, trouver ce qui est efficace et ce qui ne marche pas..

Efficacité des stratégies d'implémentation:

- Audit et feedback (Ivers 2012): sur 140 études, amélioration de 4% (1-16%)

Les effets sont plus grands si:

- la compliance initiale est basse
- la personne qui donne le feedback est un superviseur direct ou un collègue
- le retour est donné plus d'une fois
- il est délivré à l'écrit et à l'oral
- il inclut des objectifs explicites et un plan d'action

Il faut aussi adresser les barrières et facilitateurs liés au comportement, car c'est ce qui conduit la pratique. Entrent en jeu les habitudes (processus non-réflexifs)...

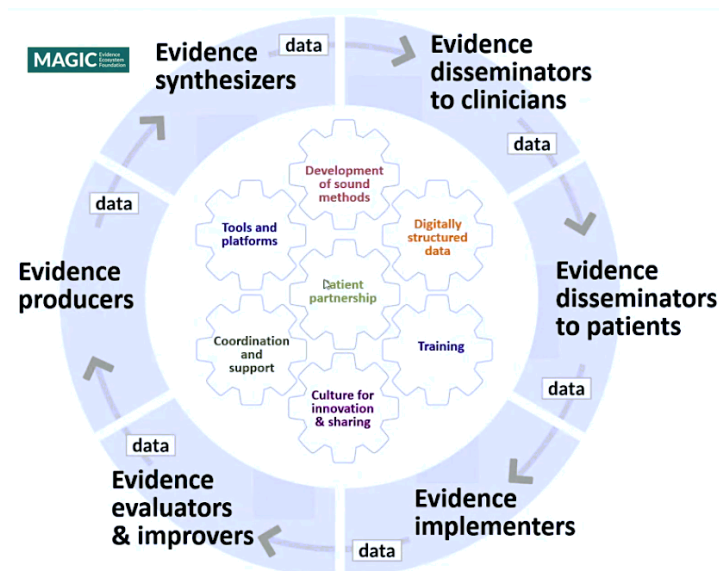
Un modèle d'implémentation, en approche globale à la question, comporte 4 étapes:

- Qui doit faire quoi différemment?
→ Définir: Action, Acteur, Contexte, Cible (pour qui?), Temps (Quand, fréquence)
- Quels sont les barrières et facilitateurs?
→ connaissances, compétences, croyances, intentions, objectifs..
- Comment les dépasser?
- Comment mesurer les résultats de cette modification?

BE-SAFE va implémenter ce modèle dans les 6 pays participants.

L'implémentation des sciences de l'implémentation...

- Besoin d'un langage commun
- Beaucoup de théories, mais peu d'entre elles sont opérationnelles
- Difficultés à cumuler la science - pleins d'études manquent d'incorporer les connaissances acquises et ne peuvent être comparées entre elles efficacement.
- Peu de soutien financier envers ce type de projet
- L'écosystème: comment faire travailler tout le monde ensemble? →





Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch