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

**La prévention des chutes :**

**lien entre chutes et psychotropes**

Matériel de travail

pour une concertation entre médecins et pharmaciens et

pour la conclusion d'accords

en matière d'instauration et de sevrage des benzodiazépines

*Auteur*

Phn Carolien Bogaerts, coordinatrice pour le développement professionnel de la KOVAG (*Koninklijk Oost-Vlaams Apothekersgild*)

*Avec la collaboration de*

Le programme de promotion de la qualité « La prévention des chutes » est une initiative conjointe :

* du Réseau des pharmaciens flamands (*Vlaams Apothekersnetwerk* [VAN])
* du Centre d’expertise pour la prévention des chutes et des fractures de Flandre (*Expertisecentrum Val-en Fractuurpreventie Vlaanderen* [EVV])
* de Domus Medica

*Correspondance*

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

Sommaire

1. Introduction
   1. Motivation pour le sujet choisi
   2. Objectif de la concertation médico-pharmaceutique
   3. Feuille de route pour le lancement de la CMP
2. La prévention des chutes
   1. Incidence
   2. Réalité
   3. Facteurs de risque de chutes
   4. Conséquences
   5. Semaine de la prévention des chutes
3. Chutes et médicaments
   1. Facteur de risque
   2. Choix des psychotropes
4. Les benzodiazépines
   1. Instauration d'une benzodiazépine
   2. Hygiène de sommeil
   3. Sevrage d'une benzodiazépine
   4. Intervention minime
   5. Recommandations pour les médecins et les pharmaciens
   6. Matériel à disposition des patients
   7. Films de sensibilisation
5. Évaluation
6. Sources
7. Annexes
8. **Introduction**
   1. ***Motivation pour le sujet choisi***

Les personnes âgées sont souvent encore trop peu conscientes de la réalité du problème des chutes et de la possibilité de les prévenir. Des idées telles que « je suis devenu trop vieux », « on ne peut rien y faire » ou « moi, les chutes, ça ne m'arrivera pas » retiennent souvent les personnes âgées de (faire) prendre en charge leur risque de chute. Ceci vous parle ? Il est dès lors capital, en tant que professionnel de la santé, de sensibiliser les personnes âgées à la fréquence des chutes et aux graves conséquences que celles-ci peuvent avoir. Il vous faut donc motiver les personnes âgées à agir à temps à l'aide de mesures préventives. Il est par ailleurs important que les professionnels de la santé restent attentifs au risque de chutes des personnes âgées, qu'ils les informent à ce sujet et les soutiennent si nécessaire.

Après une brève vue d'ensemble des facteurs de risque de chutes, le présent programme de concertation médico-pharmaceutique (CMP) s'appesantira surtout sur le lien entre chutes et médicaments, en insistant sur les psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs et antipsychotiques). Notre objectif ultime est de réduire l'utilisation de benzodiazépines. En effet, les abus de somnifères sont beaucoup trop fréquents en Belgique.

*Dans ce programme, il a été délibérément choisi de se concentrer uniquement sur le lien qui existe entre chutes et psychotropes (en particulier les benzodiazépines et* Z-drugs)*. Il existe également d'autres classes de médicaments qui augmentent le risque de chutes mais les aborder en détail dans le cadre de ce programme serait trop complexe pour une seule soirée. Une brève vue d'ensemble des autres médicaments exposant à un risque de chutes sera néanmoins fournie (voir aussi rubrique 3 « Chutes et médicaments » en p. 8).*

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

L'objectif de la présente CMP est de conclure des accords locaux entre médecins généralistes et pharmaciens afin de réduire la consommation de somnifères, avec en point de mire les patients âgés exposés à un risque accru de chutes. Il convient de conclure des accords locaux clairs en ce qui concerne l'approche de l'instauration et du sevrage des benzodiazépines, ainsi qu'au niveau de la façon de motiver les patients. Le sevrage d'une consommation chronique de benzodiazépines n'est pas simple mais il est tout à fait possible. Il est important que le pharmacien et le médecin généraliste y travaillent en étroite collaboration et tiennent le même discours aux patients. Ce n'est qu'ainsi que le succès pourra être au rendez-vous et que l'on sera en mesure de réduire la consommation de benzodiazépines dans notre pays.

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

Voir annexe.

Cette feuille de route se veut être un fil conducteur pour le médecin et le pharmacien responsables qui souhaitent organiser une CMP au sujet des chutes et des médicaments (sevrage des benzodiazépines).

1. **La prévention des chutes**
   1. ***Incidence***

**Le risque de chutes augmente avec l'âge :**

* 28 % à 35 % (soit 1 personne sur 3) des seniors de plus de 65 ans résidant à domicile tombent au moins **une fois par an**. Dans ce groupe, 10 % à 31 % des personnes âgées tombent même deux fois par an ou plus.
* 32 % à 42 % des seniors de plus de 75 ans résidant à domicile tombent au moins une fois par an.
* Ces pourcentages sont probablement encore plus élevés en réalité puisque un cinquième seulement des chutes sont rapportées au médecin généraliste.

Il arrive souvent que les personnes âgées taisent une chute de peur de perdre leur indépendance et d'être admises en maison de repos.

**Les femmes (30 %) tombent deux fois plus que les hommes (15 %) :**

* Cette différence s'amenuise toutefois avec l'âge.
* Les femmes sont exposées à un risque de fracture deux à trois fois plus élevé que les hommes. Ceci est dû à l'ostéoporose qui accompagne la ménopause.

**Les résidents de maisons de repos et de soins tombent plus souvent que les personnes âgées résidant à domicile :**

* 30 % à 70 % tombent au moins une fois par an.
* 15 % à 40 % tombent deux fois ou plus.
* Le risque augmente encore chez les résidents atteints de troubles mentaux. *Par « troubles mentaux » on sous-entend par exemple des affections telles que la démence ou la maladie de Parkinson*. Chez les personnes âgées souffrant de démence, le pourcentage de personnes faisant une chute peut atteindre 66 %.
  1. ***Réalité***

En dépit de ces chiffres élevés, la **problématique** reste encore **sous-estimée**.

Les chutes non accompagnées de lésions sont souvent non signalées car :

* + elles impliquent une confrontation avec la fragilité accrue
  + les personnes âgées craignent une admission en maison de repos et de soins
  1. ***Facteurs de risque de chutes***

Dans l'élaboration de la recommandation flamande pour la prévention des chutes en pratique (« *[Valpreventie bij thuiswonende ouderen:](http://www.valpreventie.be/LinkClick.aspx?link=2349&tabid=2348&mid=5191)**[Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen](http://www.valpreventie.be/LinkClick.aspx?link=2349&tabid=2348&mid=5191)* » (Milisen et al., 2010), 7 facteurs de risque ont été sélectionnés sur la base des meilleures preuves scientifiques disponibles en matière de prévention des chutes.

7 facteurs de risque :

1. Équilibre, force musculaire et mobilité
2. Médicaments à risque
3. Vertiges
4. Problèmes de vue
5. Problèmes de pieds et de chaussures
6. Risques au niveau de l'environnement et du comportement
7. Crainte des chutes
   1. ***Conséquences***

Les chutes peuvent avoir des conséquences sur ce qui suit :

* **Au niveau physique :** les chutes entraînent une lésion physique chez 40 à 60 % des personnes âgées :
* **Lésion légère** comme p. ex. entorse, coupures, dommages tissulaires (30 à 50 %).
* **Lésion sévère** (10 % à 15 %) dont notamment fracture de la hanche, autres fractures (p. ex. : fracture du poignet, de la cheville...), lésions des tissus mous (comme les poumons et le cerveau) et trauma crânien.

Les personnes âgées ayant subi une chute sont exposées à un **risque accru de décès**:

* Les « lésions involontaires » représentent la 5e cause de mortalité chez les seniors de plus de 75 ans, et les chutes en sont la cause principale. *Par « lésions involontaires » on sous-entend des lésions liées à des blessures non intentionnelles.*
* **Au niveau psycho-social : la crainte des chutes**

Chez les personnes âgées, les chutes n'induisent pas seulement des lésions physiques. Elles suscitent souvent aussi la crainte de faire de nouvelles chutes. Et cette crainte des chutes peut même se développer chez des personnes âgées qui ne sont pas tombées elles-mêmes, notamment en raison de la fragilité qu'elles ressentent.

Vivre dans la crainte (de tomber) affecte fortement la qualité de vie. De plus, la probabilité de (nouvelles) chutes est plus élevée chez les personnes âgées qui ont la crainte de tomber par rapport aux autres qui n'ont pas cette crainte. La crainte des chutes peut perturber le traitement des informations pertinentes pour l'orientation. Ceci détériore la stabilité. Ce phénomène peut être si subtil que la personne âgée n'en a pas conscience, alors que le risque peut effectivement être augmenté. La crainte des chutes entraine souvent une diminution des activités physiques ; les personnes âgées deviennent moins entreprenantes. Ceci induit une perte de force musculaire, de coordination et de souplesse, ce qui accroît encore le risque de chutes. La crainte des chutes peut ainsi plonger les personnes âgées dans un cercle vicieux.

* **Au niveau économique :** les chutes occasionnent enfin une **augmentation des coûts**, tant pour la personne âgée elle-même que pour la société. Les lésions dues aux chutes représentent la catégorie la plus coûteuse de l'ensemble des traumas chez les personnes âgées. Les chutes impliquent en effet :
* des frais de consultation chez le médecin généraliste.
* **des hospitalisations**, des soins de suivi, des médicaments, des coûts liés aux différents examens, des adaptations drastiques de l'environnement domestique.
* Les coûts les plus lourds sont évidemment ceux liés à une **admission en maison de repos et de soins**, et les coûts liés à une fracture de la hanche peuvent être particulièrement élevés.

*Les hospitalisations pour cause de chute sont 6 fois plus fréquentes à partir de l'âge de 65 ans, et les personnes âgées qui ont fait une chute présentent 2 à 3 fois plus de chances d'être admises en maison de repos et de soins*

* **Exemple** : suite à une fracture de la hanche :
  + **Seule 1 personne âgée sur 5 récupère une autonomie totale en termes d'AVQ (activités de la vie quotidienne)**
  + 1 personne âgée sur 5 (soit 20 %) perd sa mobilité
  + 1 personne âgée sur 3 décède dans l'année qui suit la chute. Et ce risque de mortalité accru persiste jusqu'à 10 à 15 ans après la fracture de la hanche.
  + 6 à 12 % risquent une nouvelle fracture de la hanche.
  + Les fractures de la hanche dues à une chute en Belgique coûtent par exemple en moyenne 11 500 € par patient, avec un coût annuel total estimé à 308 millions d'euros. Et ce montant ne va faire que grimper puisque le nombre de fractures de la hanche est estimé à 19 000 d'ici 2025.
  1. ***Semaine de la prévention des chutes***

Dernière semaine d'avril (chaque année).

Objectif : sensibiliser les seniors de plus de 65 ans et leur famille, ainsi que tous les professionnels de la santé et du bien-être, à la prévention des chutes et des fractures, et les informer à ce sujet

Collaboration entre le Centre d’expertise pour prévention des chutes et des fractures de Flandre (*Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen* [EVV]), l'Institut flamand de promotion de la santé et de prévention des maladies (*Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie* [[VIGeZ](http://www.vigez.be/)]) et l'Action locale de santé (*Lokaal Gezondheidsoverleg* [[LOGO](http://www.vlaamselogos.be/)]), avec le soutien de l'Agence flamande des soins et de la santé ([*Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid*](http://www.zorg-en-gezondheid.be/)).

La Semaine de la prévention des chutes met chaque année en lumière 1 facteur de risque et en informe et y sensibilise les personnes âgées et les professionnels de la santé.

Thèmes de la Semaine de la prévention des chutes (années précédentes) :

* **2012**: la prévention des chutes en maison de repos et de soins
* **2013 et 2014**: focus sur le facteur de risque de chute qu'est l'« **activité physique** » (équilibre, force musculaire et mobilité). La campagne « Dansez toute votre vie » (« [*Dans je leven lang*](http://www.valpreventie.be/Aanbod/WeekvandeValpreventie/Focusbewegen/Dansjelevenlang.aspx)*!* »), destinée à inciter/entretenir l'activité physique d'un maximum de personnes âgées, s'est révélée être un franc succès !
* **2015 et 2016**: focus sur le facteur de risque de chutes que sont les « **médicaments** » et sur le sevrage des somnifères

1. **Chutes et médicaments**
   1. ***Facteur de risque***

Les médicaments font partie des facteurs de risque pouvant entrainer des chutes.

Le **risque de chutes augmente** si le/la patient(e) :

* + - prend **≥ 4**médicaments différents
    - utilise des **médicaments à risque** spécifiques tels que
      * sédatifs, en particulier les benzodiazépines
      * antidépresseurs, en particulier les antidépresseurs tricycliques et les ISRS
      * antipsychotiques, en particulier les antipsychotiques classiques
      * antiépileptiques
      * antihypertenseurs
      * diurétiques
      * digoxine
      * antiarythmiques de type IA
  1. ***Choix des psychotropes***

Cela fait longtemps qu'un lien a été établi entre certains médicaments – en particulier les hypnotiques, les sédatifs, les anxiolytiques et les antidépresseurs – et une augmentation du risque de chutes.

Le risque de chutes augmente d'environ **1,7 x** lors de la prise d'un seul type de psychotrope (benzodiazépine, antidépresseur ou antipsychotique). Ce risque accru a été constaté dans le cadre d'études prospectives et rétrospectives dans plusieurs pays, et aussi bien chez les personnes âgées résidant à domicile que chez celles résidant en maison de repos et de soins.

Les seniors sont plus sensibles aux effets indésirables des médicaments (sédation, vertiges, hypotension orthostatique...). Ceci entraine par conséquent une augmentation du risque de chutes. Ce phénomène résulte notamment de ce qui suit :

1. **Modification de la pharmacocinétique**, à savoir notamment :
   * Diminution de la fonction rénale
   * Diminution de l'absorption
   * Diminution du métabolisme
   * Modification de la distribution (tissu adipeux/non adipeux)
2. **Modification de la pharmacodynamie :**
   * Plus forte sensibilité des organes cibles
3. **Non-observance thérapeutique :** 
   * Risque de sous-dosage ou de surdosage
4. **Capacités :** 
   * Oublis
   * Cognition

Pour une description détaillée des effets indésirables des psychotropes ayant une influence sur le risque de chutes, voir tableau en page 1 des « [Informations de base des algorithmes](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2015/2015_EVV_achtergrondinfo_algoritmes.pdf) » (document en annexe).

Il convient d'accorder une attention particulière aux psychotropes étant donné la forte consommation de ces substances chez les personnes âgées :

* + 35 % des seniors de plus de 75 ans prennent un somnifère ou un sédatif :
    - 40 % des femmes
    - 26 % des hommes
  + En MRS, 79 % des résidents prennent des psychotropes :
    - 54 % une benzodiazépine
    - 40 % un antidépresseur
    - 33 % un antipsychotique

Pourtant, les indications d'utilisation des psychotropes sont plutôt limitées et il existe, dans de nombreuses situations, des alternatives non pharmacologiques. Qui plus est, le sevrage ou l'arrêt des psychotropes chez les personnes âgées est possible sous supervision médicale, même après une utilisation prolongée.

1. **Les benzodiazépines et somnifères apparentés**

Le focus de la Semaine de la prévention des chutes de 2015 et 2016 a été de sensibiliser le grand public à l'utilisation (souvent chronique) des benzodiazépines et des *Z-drugs*. Dans ce cadre, l'augmentation du risque de chutes due à la consommation de somnifères est évidemment démontrée. On tente aussi de convaincre les personnes de se sevrer de ces médicaments et on leur propose des alternatives. Le sevrage des benzodiazépines et des *Z-drugs* doit évidemment toujours s'effectuer en collaboration avec le médecin généraliste et le pharmacien.

La 4e partie de cette présentation aborde l'instauration et le sevrage des benzodiazépines et des *Z-drugs*:

* 1. ***Que faut-il prendre en compte lors de l'instauration de benzodiazépines et de* Z-drugs*?***

Lors de l'instauration, il faut tenir compte de ce qui suit :

* + 1. Envisager un traitement non pharmacologique (voir point b : hygiène de sommeil)
    2. Préférer un produit « Z » à effet intermédiaire plutôt que la moitié de la posologie des jeunes adultes, et ce pendant une durée **ne dépassant pas 1 à 2 semaines** (accoutumance aux effets souhaités et certains effets indésirables après une prise de 1 à 2 semaines. Dépendance psychique et physique après une prise de 1 à 2 semaines)
    3. Bien expliquer au/à la patient(e) que le somnifère ne peut être pris que temporairement et inscrire la **date d'arrêt** sur l'emballage
  1. ***Conseils pour un sommeil de qualité (hygiène de sommeil)***

Lorsqu'un(e) patient(e) évoque des troubles du sommeil, il est préférable de discuter d'abord de **mesures non médicamenteuses**:

* + Hygiène de sommeil
    - Ne pas lire, utiliser d'ordinateur ou regarder la télévision au lit. Réserver la chambre à coucher exclusivement au sommeil. Ceci permet d'apprendre au corps à associer le lit au sommeil.
    - Ne pas fumer, ne pas consommer d'alcool ni d'autres boissons à base de caféine, comme du café, du thé et du coca, car ce sont des stimulants qui réveillent et qui ont donc une influence négative sur le sommeil.
    - Ne pas prendre de repas copieux avant le coucher car un estomac surchargé peut perturber le sommeil nocturne.
    - Un estomac vide est tout aussi peu favorable à un bon sommeil. Une légère collation est acceptable. Il faut donc veiller à ne pas se coucher avec une sensation de faim.
  + Thérapie de relaxation : apprendre des exercices de relaxation chez un thérapeute.
  + Il est également très important de signaler au/à la patient(e) que l'on a besoin de moins de sommeil avec l'âge.
  1. ***Comment sevrer d'une benzodiazépine ?***

Sevrage d'un traitement de longue durée :

* Il est préférable de diminuer progressivement la dose plutôt que d'arrêter brutalement le traitement (Grade A).
  + La dose peut par exemple être diminuée de 10 à 25 % par rapport à la dose initiale, et ce toutes les semaines à toutes les deux semaines.
  + Il n'est pas indiqué de changer de type de benzodiazépine (courte demi-vie versus longue demi-vie) avant la diminution progressive de la dose (Grade A).
  + L'ajout d'un autre médicament n'est pas recommandé (Grade A).
  + Les performances cognitives et psychomotrices des personnes âgées mettant fin à une utilisation longue de plusieurs années de benzodiazépines comme hypnotiques s'améliorent par rapport aux personnes ne le faisant pas (Grade B).
  + Il n'y a pas de différence du point de vue de la durée quotidienne et de la qualité du sommeil entre les patients âgés qui ont arrêté les hypnotiques et ceux ne l'ont pas fait (Grade B).

*Source : Chevalier P., Debauche M., Dereau P., Duray D., Gailly J., Paulus D., Vanhalewyn M. (2011).* Geneesmiddelenverslaving. *Domus Medica vzw, Huisarts Nu, 40(3), p. 110.*

**Informations complémentaires**

Farmaka asbl, Formulaire de soins aux personnes âgées : troubles du sommeil (2015).

http://www.farmaka.be/nl/formularium/208#main

* 1. ***Intervention minime***

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

Par interventions minimes, on sous-entend :

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

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

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

**Résultat :**

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

*Source :*

*1. Rédaction Minerva. Une intervention minime du pharmacien peut-elle réduire l’utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées ? Minerva Online 15/12/2014. Analyse de Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, et al.* Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med 2014;174:890-8.*

*2. Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP). Prise en charge de l'insomnie. Folia Pharmacotherapeutica 2009;36:37-41.*

* 1. ***Recommandations pour les médecins et les pharmaciens***
* Algorithmes pour un usage rationnel des psychotropes dans le cadre du risque de chutes chez les personnes âgées (voir annexe) : ces algorithmes informent les professionnels de la santé, tels que médecins, pharmaciens, infirmiers, etc., de l'influence des psychotropes sur l'augmentation du risque de chutes chez les personnes âgées et les assistent dans la rationalisation et l'éventuel sevrage/arrêt des psychotropes.
  + - * Informations de base des algorithmes pour un usage rationnel des psychotropes dans le cadre du risque de chutes chez les personnes âgées
      * [Algorithme benzodiazépines/*Z-drugs*](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2015/2015_EVV_algoritme_benzodiazepines_Z-producten.pdf)
      * [Algorithme antidépresseurs](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2015/2015_EVV_algoritme-antidepressiva.pdf)
      * [Algorithme antipsychotiques](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2015/2015_EVV_algoritme-antipsychotica.pdf)
* Recommandation de Domus Medica : « *Aanpak van slapeloosheid in de 1ste lijn* » (Prise en charge de l'insomnie en 1ère ligne) (12/2011)
* Recommandation de l'APB – Manuel d'aide aux pharmaciens : « Anxiété, stress et troubles du sommeil »
  + - Première délivrance et délivrances réitérées de benzodiazépines
    - Traitement non médicamenteux
    - Approche motivationnelle
* Plateforme ZEPHYR (Université de Gand) : e-learning relatif au sevrage des benzodiazépines
* Site Internet du Service public fédéral de la santé publique : https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/medication/somniferes-et-calmants
* Het Huis : apprendre en ligne comment mener une discussion motivationnelle ([www.VAD.be](http://www.vad.be/))
  1. ***Matériel à disposition des patients***
* Brochure d'éducation [« *Van slaappillen kan je vallen* » (Les somnifères peuvent causer des chutes)](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2015/2015_EVV_brochure-medicatie.pdf). Cette brochure informe les seniors de plus de 65 ans sous somnifère ou sédatif des conséquences néfastes d'une utilisation prolongée de ces substances, avec une attention particulière pour l'effet sur le risque de chutes. Cette brochure fournit plusieurs conseils très concrets pour un sommeil nocturne de qualité sans somnifères. Cette brochure peut être téléchargée gratuitement sur : http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2016/2016\_EVV\_Brochure-medicatie\_ZR.pdf

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

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

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

* Dans le film « *Van slaappillen kan je vallen* » (réalisé à domicile), Kris Baert, ancien animateur de Radio 2, témoigne du succès du sevrage et de l'arrêt des somnifères, ainsi que de l'effet sur son fonctionnement au quotidien.  
  Dr Tom Jacobs y ajoute des informations complémentaires relatives à l'utilisation de somnifères à un âge avancé. (https://vimeo.com/157582046)
* Ces films sont disponibles sur le site Internet de l'EVV, à savoir [www.valpreventie.be](http://www.valpreventie.be), et peuvent être téléchargés gratuitement.

1. **Évaluation**

L'évaluation du sevrage des benzodiazépines et du nombre de chutes qu'il permet d'éviter n'est pas un exercice facile.

Les benzodiazépines ne sont pas remboursées par l'INAMI, ce qui nous empêche de recueillir des données Pharmanet pour cette classe de médicaments. Il est donc moins évident de démontrer l'effet de la CMP. De même, démontrer une diminution du nombre de chutes est également complexe car, comme nous l'avons dit précédemment, les chutes sont souvent gardées sous silence et elles peuvent être déclenchées par plusieurs facteurs.

Afin de pouvoir quand même évaluer l'effet de la CMP, nous avons élaboré 4 questionnaires succincts (2 à destination des médecins généralistes et 2 à destination des pharmaciens – voir annexe).

Questionnaire 1 : il est demandé de faire, pendant 3 mois, le relevé des actions entreprises en ce qui concerne le sevrage des benzodiazépines, ainsi que du nombre de patients.

Questionnaire 2 : il est demandé de répondre, pendant 3 mois, aux questions pour chaque patient qui se présente suite à une chute et qui prend une benzodiazépine.

Ces questionnaires peuvent éventuellement être agrémentés de questions relatives aux accords locaux conclus lors de la CMP.

1. **Sources**

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

* Site Internet www.valpreventie.be
* *Vlaamse praktijkrichtlijn* (Recommandation flamande) (Milisen et al., 2010). Sept facteurs de risque ont été sélectionnés sur base des meilleures preuves scientifiques disponibles en matière de prévention des chutes.
* CBIP : sevrage des benzodiazépines
* Farmaka ([www.farmaka.be](http://www.farmaka.be)) : fiche Critères « *Start/Stop* » lors de l'instauration d'une benzodiazépine.
* Recommandation de Domus Medica : « *Aanpak van slapeloosheid in de 1ste lijn* » (Prise en charge de l'insomnie en 1re ligne) (12/2011).
* Plateforme ZEPHYR (Université de Gand) : e-learning relatif au sevrage des benzodiazépines.
* Recommandation de l'APB : « Anxiété, stress et troubles du sommeil »
  + Première délivrance et délivrances réitérées de benzodiazépines
  + Traitement non médicamenteux
  + Approche motivationnelle

1. **Annexes**
   1. Feuille de route pour le lancement de la CMP
   2. Présentation PowerPoint

* La page de commentaires de la présentation contient toutes les informations nécessaires au modérateur de la CMP.
  1. Formulaire d'évaluation de la soirée de CMP
  2. Questionnaires : évaluation de l'effet de la CMP
  3. Feuille de rapport
  4. Algorithmes pour un usage rationnel des psychotropes dans le cadre du risque de chutes chez les personnes âgées
     1. Informations de base des algorithmes pour un usage rationnel des psychotropes dans le cadre du risque de chutes chez les personnes âgées
     2. [Algorithme benzodiazépines/*Z-drugs*](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2015/2015_EVV_algoritme_benzodiazepines_Z-producten.pdf)
     3. [Algorithme antidépresseurs](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2015/2015_EVV_algoritme-antidepressiva.pdf)
     4. [Algorithme antipsychotiques](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2015/2015_EVV_algoritme-antipsychotica.pdf)
     5. Instructions pour le sevrage des benzodiazépines
  5. Brochure d'éducation [« *Van slaappillen kan je vallen* »](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2015/2015_EVV_brochure-medicatie.pdf) (Les somnifères peuvent causer des chutes).