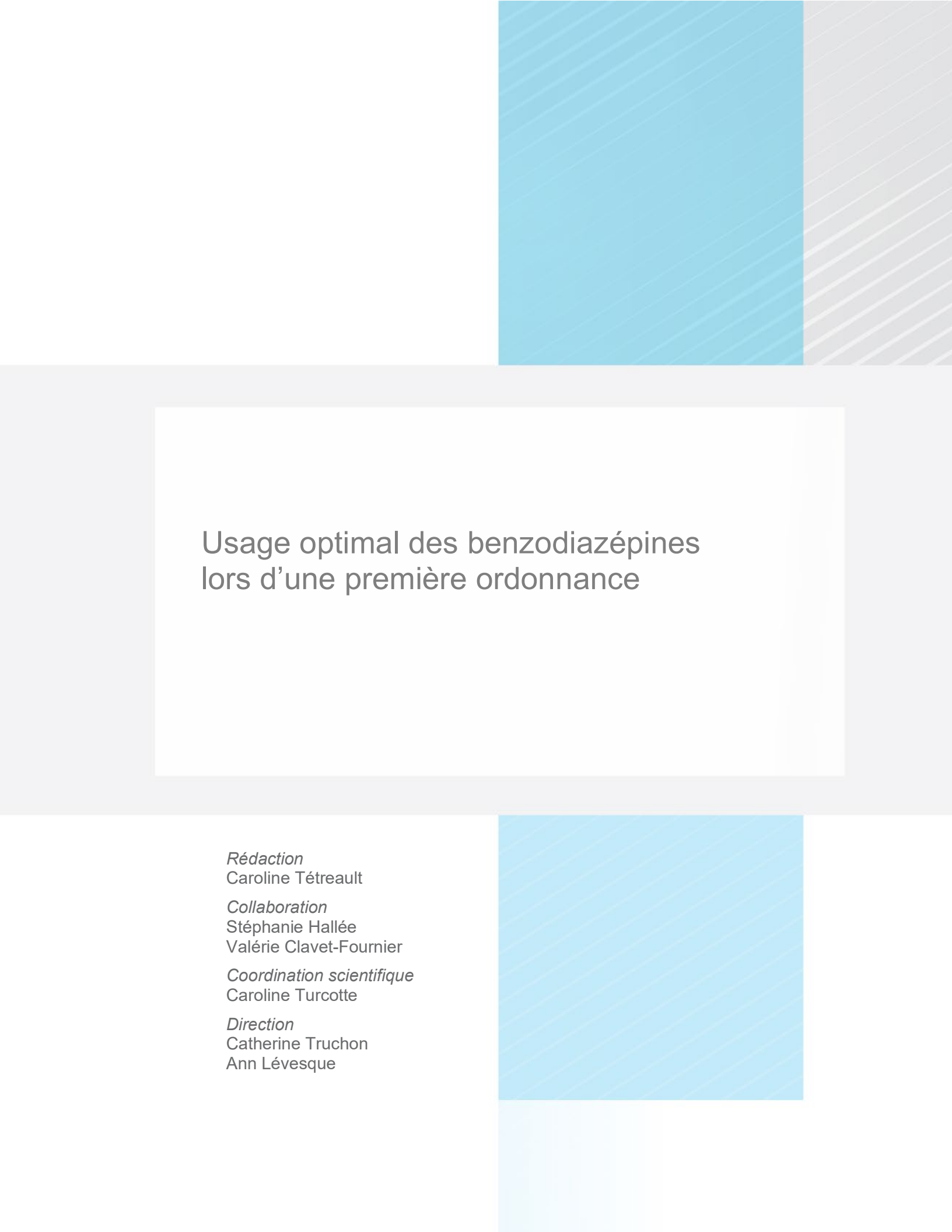


Usage optimal des benzodiazépines lors d'une première ordonnance

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Usage optimal des benzodiazépines lors d'une première ordonnance

Rédaction

Caroline Tétreault

Collaboration

Stéphanie Hallée

Valérie Clavet-Fournier

Coordination scientifique

Caroline Turcotte

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque

Le présent produit de connaissance a été présenté au Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 20 mars 2026.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Caroline Tétreault, B. Pharm., M. Sc., BCPS

Collaboratrices internes

Stéphanie Hallée, Ph. D.

Valérie Clavet-Fournier, Ph. D.

Cédric Bressan, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Caroline Turcotte, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Soutien administratif

Laura Guiol

Lolita Haddad

Bureau – Méthodes, données et éthique

Unité – Science de l'implantation

Professionnelle scientifique

Caroline Plante, M. Éd., M.S.I.

Unité – Science de l'information

Repérage de l'information scientifique

Renaud Lussier, Ph. D., M.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Jonathan Aubin, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN 978-2-555-04816-4 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Usage optimal des benzodiazépines lors d'une première ordonnance. Québec, Qc : INESSS. 49 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

Mélanie Carrier, B. Pharm., M. Sc. (candidate), pharmacienne, Clinique Circa

Myriam Dionne, M. Sc. Inf., IPSPL, Santé Québec Bas-Saint-Laurent

Nicolas Dugré, Pharm D., M. Sc., BCACP, pharmacien, Université de Montréal

David Lussier, M.D., FRCPC, gériatre, Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Sarah Marcoux, M.D, CEC, médecin de famille, Santé Québec Gaspésie, UMF Maria

Violaine Masson, B. Pharm., M. Sc., BCPP, Pharm. D., pharmacienne, Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Charles M. Morin, Ph. D., chercheur en psychologie clinique et directeur, Centre d'études des troubles du sommeil, Université Laval

Joanie Raïche, M.D., FRCPC, psychiatre, Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Annie Roberge, B. Pharm., M. Sc.

Marc-Antoine Turgeon, M.D., MBA, CCMF, médecin de famille, Santé Québec Lanaudière, GMF-U du Nord de Lanaudière

Lectrices et lecteur externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., FRCPC, gériatre, Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Anne Maheu, B. Pharm., M. Sc., pharmacienne, GMF-U Bordeaux-Cartierville, Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire, coordonnatrice du Réseau Québécois des pharmaciens GMF (RQP GMF)

Christophe Moderie, M.D., M. Sc., FRCPC, psychiatre et chercheur, Centre d'études avancées en médecine du sommeil

Patients, usagers, proches aidants et citoyens

L'INESSS remercie toutes les personnes qui ont donné généreusement de leur temps en participant à une discussion de groupe ou en répondant aux questionnaires en ligne. Les personnes qui ont accepté d'être nommées sont :

Pierre Bosisio

Corinne Chevalier

Laurence Cuillerier

Valérie Desbiens

Léandre Epoh

Ginette Leroux

Caroline Ouimette

Comité délibératif permanent – Mode d'intervention en santé

Gisèle Aubut, analyste de projets; représentante citoyenne

Mireille Bergeron, conseillère cadre à la Direction des soins infirmiers - volet IPS, Santé Québec Montrérégie-Est

Catherine Bouchard, médecin de famille, Santé Québec Capitale-Nationale - Universitaire, chargée d'enseignement clinique, Faculté de médecine, Université Laval

Ghislaine Cleret de Langavant, expert conseil éthique et gouvernance

Manon Cody, infirmière, cheffe de service - Intégration technologique
Direction du Centre d'expertise Programme Dossier santé numérique, Santé Québec Mauricie-et-Centre-du-Québec – Universitaire

Benoît Corriveau, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique de Montréal, Service de médecine des toxicomanies, Département de médecine préventive et de santé publique, Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal

Madeleine Durand, médecin interniste, professeure titulaire de clinique, Département de Médecine, Faculté de Médecine, Université de Montréal, chercheure, Centre de recherche de Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Steffany Grondin, conseillère génétique, Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill

Jean-Martial Kouame, chercheur, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Centre de recherche de Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval, Axe santé des populations et pratiques optimales en santé

Roger Ladouceur, médecin de famille, Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Naoko Mercier, professionnelle en développement durable

Félix Pageau, professeur de clinique, Division de gériatrie du Département de Médecine Université Laval, chercheur, Centre d'excellence en vieillissement de Québec, chercheur régulier, VITAM – Centre de recherche en santé durable, Santé Québec Capitale-Nationale - Universitaire, Université Laval

Christel Renoux, professeure agrégée, Département de Neurologie et Neurochirurgie, Faculté de médecine de l'Université McGill, Chercheure, Institut Lady Davis de recherches médicales-Hôpital général juif

Michèle Ricard, directrice de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique, Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Nadia Roumeliotis, pédiatre intensiviste, clinicienne-chercheure, Santé Québec – Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, professeure agrégée de Clinique, Faculté de Médecine, Université de Montréal

Mathieu Rousseau, chirurgien thoracique, Université McGill

Caroline Sirois, professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université Laval

Autres contributions

L'Institut tient à aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de l'outil et de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

Sophie Bernard, M. Sc., professionnelle scientifique, Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention - services sociaux et santé mentale, INESSS

Geneviève Bigras, B. Pharm., M. Sc., coordonnatrice scientifique, Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement, INESSS

Anne-Josée Guimond, Ph. D., professionnelle scientifique, Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention - services sociaux et santé mentale, INESSS

Ludovick Laroque Laplante, M. Sc., coordonnateur scientifique en pharmacoeconomie. Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement, INESSS

Julie Rivard, Pharm. D., M. Sc., professionnelle scientifique – pharmacienne, Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement, INESSS

L'Institut remercie également l'Ordre des psychologues du Québec pour avoir fourni de l'information au sujet des interventions cognitivo-comportementales.

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet. Les membres du comité consultatif et les lecteurs externes qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

Mélanie Carrier a déclaré être candidate à la maîtrise en sciences pharmaceutiques à la faculté de pharmacie de l'Université Laval et recevoir du financement public (bourse universitaire et appui du centre de recherche VITAM) pour un projet de recherche portant sur la faisabilité et l'efficacité de la thérapie comportementale de l'insomnie par les pharmaciens en GMF. Elle a également déclaré avoir reçu des honoraires pour la rédaction d'article scientifique portant sur l'insomnie et l'apnée obstructive du sommeil.

Nicolas Dugré a déclaré être président de l'entreprise de formation continue Pharmascope. Il déclare également être ou avoir été conférencier et/ou auteur avec rémunération pour la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, pour l'Ordre des pharmaciens du Québec, pour la Fédération des pharmaciens du Québec, pour Ensemble IQ, pour le Collège des médecins de familles du Canada, pour l'Association des pharmaciens d'établissement de santé du Québec, pour Santé Québec Bas-St-

Laurent, Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Montérégie-Centre et Saguenay–Lac-Saint-Jean – Universitaire ainsi que pour le groupe Brunet/Jean-Coutu et la bannière Familiprix.

Sarah Marcoux a déclaré être membre du comité scientifique de la Communauté de pratique médicale en dépendance du Québec et membre du comité universitaire sur l'enseignement de la médecine des toxicomanies de l'Université de Montréal.

Violaine Masson a déclaré avoir agi à titre de consultante pour les compagnies Otsuka, Lundbeck et JAMP. Elle déclare également être ou avoir été conférencière et formatrice avec rémunération pour l'organisme de formation continue Coach Pharma, l'entreprise Pharmapsy, la bannière Familiprix, la Fédération des pharmaciens du Québec, la Société Canadienne du Sommeil, la Société québécoise de schizophrénie et l'Association des pharmaciens d'établissement de santé.

Charles M. Morin a déclaré détenir des contrats de recherche de l'Université Laval et du Centre de recherche CERVO provenant de Idorsia, Eisai et Lallemand Health, toutefois aucun montant ne lui est directement versé. Charles M. Morin participe également à des comités consultatifs des compagnies Isorsia et Haléon pour lesquels il reçoit des honoraires et des remboursements de frais de déplacement. Charles M. Morin est l'auteur de plus de 300 publications scientifiques portant sur l'insomnie et le rôle des somnifères.

Marc-Antoine Turgeon a déclaré agir être conférencier pour divers organismes et congrès de formation sur le thème de la pertinence clinique. Il ne reçoit toutefois aucun honoraire provenant de compagnies pharmaceutiques.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

L'utilisation de l'IA générative dans ces présents travaux a été effectuée conformément aux [Balises sur l'utilisation responsable de l'IA](#) de l'INESSS. Les contenus, analyses et conclusions demeurent sous la responsabilité de l'INESSS et reposent sur l'expertise scientifique et le jugement professionnel des équipes.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY	IV
GLOSSAIRE	VII
INTRODUCTION.....	1
MANDAT.....	3
1 MÉTHODOLOGIE	5
1.1 Méthodologie sommaire.....	5
1.2 Description des documents retenus	6
2 PORTÉE DE L'OUTIL CLINIQUE	7
3 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	8
3.1 Processus décisionnel	8
3.1.1 Principes de traitement de l'insomnie et des troubles anxieux.....	8
3.2 Avant l'amorce d'une benzodiazépine	11
3.2.1 Évaluation clinique	11
3.2.2 Choisir le sédatif-hypnotique le plus approprié.....	17
3.3 Amorce d'une benzodiazépine	18
3.3.1 Choix de la molécule	18
3.3.2 Modalités de prescription d'une BZD	21
3.4 Particularités pour le milieu hospitalier	26
3.5 Suivi et révision de la médication	27
3.6 Dialogue avec l'utilisateur et prise de décision partagée	29
3.6.1 Processus de discussion.....	29
3.6.2 Fournir de l'information sur la problématique	29
3.6.3 Présenter les différentes options de traitement et leurs rôles	30
3.6.4 Préoccupations des patients.....	31
3.6.5 Information à transmettre sur les BZD	32
4 PERSPECTIVES DES AUTRES PARTIES PRENANTES CONSULTÉES	33
4.1 Comité délibératif permanent	33
4.2 Autres besoins dégagés	33
5 ENJEUX RELATIFS À LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS ET PISTES D'ACTION	35
CONCLUSION	37
MISE À JOUR	38
RÉFÉRENCES.....	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des benzodiazépines	20
Tableau 2	Durées de traitement recommandées dans les monographies officielles.....	22
Tableau 3	Recommandations des guides de pratique clinique sur les durées de traitement des BZD à privilégier	23

RÉSUMÉ

Introduction

La consommation de benzodiazépines (BZD) demeure élevée au Québec, particulièrement chez les personnes âgées. En 2022, une personne sur six de 65 ans et plus assurée par le régime public d'assurance médicaments (RPAM) a reçu au moins une BZD, et la province affiche un taux d'utilisation d'anxiolytiques à action rapide supérieur à celui du reste du Canada. Malgré leur efficacité à court terme pour traiter les épisodes d'anxiété aiguë, l'insomnie sévère ou les symptômes de sevrage alcoolique, les BZD présentent des risques à court et long terme, notamment la dépendance physique et psychologique, la tolérance et les chutes.

Face aux préoccupations croissantes concernant la chronicisation de leur utilisation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour élaborer un outil clinique visant à soutenir les professionnels de la santé dans une utilisation plus sécuritaire et plus pertinente des BZD en contexte d'**insomnie ou de symptômes anxieux** chez un patient naïf, en privilégiant les alternatives thérapeutiques et en réduisant le risque d'usage prolongé.

Méthodologie

La méthodologie repose sur une triangulation de trois sources d'information :

- 1) Recension systématique des guides de pratique clinique (GPC) et des documents contenant des recommandations cliniques publiés de 2019 à 2025 portant sur l'usage optimal des BZD ou sur la prise en charge de l'insomnie ou des troubles anxieux. Le repérage des guides de pratique dans les bases de données et dans la littérature grise a été effectué en collaboration avec un conseiller en information scientifique. La sélection des documents a été réalisée à partir de critères préétablis et la qualité des documents retenus a été évaluée à l'aide de l'outil AGREE II.
- 2) Analyse des éléments contextuels, y compris l'organisation des soins, l'accès aux traitements et la couverture des médicaments par le RPAM.
- 3) Intégration du savoir expérientiel :
 - Un comité consultatif composé de cliniciens de différentes spécialités et expertises (médecins de famille, pharmaciens, infirmière praticienne spécialisée en première ligne [IPSPL], psychiatre, gériatre, chercheur) a participé à l'élaboration des recommandations.
 - Une consultation d'usagers ayant pris des BZD pour soulager des symptômes d'insomnie ou d'anxiété, sous la forme de groupes de discussion, a été menée.
 - Une revue narrative des documents portant sur la perspective des usagers, ainsi que d'outils servant à soutenir la transmission d'informations aux usagers, a été réalisée.

Principaux constats et recommandations

Miser sur les traitements de première intention pour l'insomnie et les troubles anxieux

Les BZD ne sont pas recommandées comme traitement de première intention pour l'insomnie ou pour les troubles anxieux. Les recommandations actuelles privilégient d'abord des approches mieux établies quant à leur efficacité et présentant un profil d'innocuité plus favorable. Parmi celles-ci, les interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales occupent une place centrale, tant pour l'insomnie chronique que pour la majorité des troubles anxieux. Bien que ces interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales soient clairement reconnues comme traitement de première intention, leur accessibilité demeure limitée, ce qui en restreint encore trop souvent le recours. Dans le cas des troubles anxieux, les antidépresseurs de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) constituent également des traitements de première intention, puisqu'ils permettent une prise en charge durable des symptômes.

Les benzodiazépines, un traitement d'appoint à réserver aux contextes aigus

L'utilisation des BZD est à limiter et à justifier par un besoin **urgent** de soulager des symptômes **sévères**. Elle s'inscrit en complément des traitements de première intention et se réserve aux situations cliniques suivantes :

- **Insomnie sévère, situationnelle avec composante d'anxiété**
- **Troubles anxieux sévères**

Dans le cas de l'insomnie, l'exploration des autres options de sédatifs-hypnotiques fait partie intégrante de la démarche clinique. Au Québec, plusieurs de ces options alternatives ne sont toutefois pas remboursées par le régime public d'assurance médicaments.

L'évaluation clinique au cœur de la démarche de prise en charge

Une évaluation clinique complète est essentielle pour bien caractériser les symptômes d'insomnie ou d'anxiété, poser un diagnostic juste et offrir un traitement approprié. Cette évaluation inclut l'analyse globale de la condition de la personne, de son mode de vie et de sa routine de sommeil, pour déterminer les causes et les facteurs précipitants. Il est également important d'effectuer un diagnostic différentiel pour repérer d'éventuelles contre-indications et adapter la prise en charge.

L'utilisation des benzodiazépines à limiter à de courtes durées

Le bon usage des benzodiazépines repose à la fois sur une sélection appropriée des personnes candidates et sur l'adoption de bonnes pratiques de prescription. Plusieurs éléments doivent être soigneusement évalués, comme la dose, la posologie, la durée du traitement et la planification de la fin du traitement, y compris un suivi rapproché. Une

durée de traitement de plus de quatre semaines ainsi que les renouvellements systématiques sont à éviter.

Le dialogue avec la personne est mis de l'avant et repose sur une information claire, accessible et adaptée à ses besoins. Il porte sur la nature du problème, l'ensemble des options thérapeutiques (pharmacologiques et non pharmacologiques), leurs avantages et leurs inconvénients ainsi que sur les valeurs et les objectifs de la personne.

L'usage des BZD est à réévaluer régulièrement, et la promotion des approches non pharmacologiques doit être maintenue en continu.

Retombées potentielles des travaux

L'outil élaboré vise à améliorer la pertinence des prescriptions de benzodiazépines en encadrant l'évaluation, la durée et le suivi du traitement chez les personnes qui reçoivent une ordonnance de BZD pour la première fois. Il favorisera une prise de décision mieux informée et adaptée aux besoins des personnes, tout en contribuant à réduire le risque d'usage prolongé.

Enjeux et pistes d'action

Au Québec, la mise en œuvre des recommandations peut être plus complexe en raison d'un accès limité aux traitements de première intention, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), pourtant reconnue comme pierre angulaire du traitement de l'anxiété et de l'insomnie. Cette offre de services reconnue généralement comme étant insuffisante favorise le recours aux BZD, malgré les risques associés à leur usage prolongé.

Pour l'insomnie, bien que d'autres options pharmacologiques existent, leur non-remboursement par le RPAM en limite l'utilisation. Cette situation contribue au maintien du recours aux BZD et pourrait entraîner un déplacement vers d'autres molécules, parfois utilisées hors indication, ou vers des substances comme l'alcool, le cannabis ou les drogues. L'accès aux services psychosociaux ou aux médicaments non remboursés repose souvent sur le secteur privé, ce qui accentue les inégalités sociales.

Les contraintes de temps auxquelles font face les cliniciens représentent également un obstacle à l'application des recommandations, celles-ci nécessitant un suivi accru, davantage d'échanges avec les patients et une intégration plus importante d'approches non pharmacologiques.

Plusieurs leviers ont été identifiés pour soutenir l'implantation des recommandations, notamment une large diffusion de l'outil clinique, son intégration à la formation des professionnels et aux démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, le développement de l'offre psychosociale ainsi qu'un meilleur accès à des traitements pharmacologiques plus sécuritaires, notamment par leur inscription et leur remboursement par le RPAM.

SUMMARY

Optimal Use of Benzodiazepines for an Initial Prescription

Introduction

The use of benzodiazepines (BZD) remains high in Quebec, particularly among older adults. In 2022, one in six individuals aged 65 and over covered by the public drug insurance plan (RPAM) received at least one BZD, and the province shows a higher rate of anxiolytic use than the rest of Canada.

Despite their short-term effectiveness for treating acute anxiety episodes, severe insomnia, or alcohol withdrawal symptoms, BZDs carry both short- and long-term risks, including physical and psychological dependence, tolerance, and falls.

In response to growing concerns about chronic use, the MSSS mandated INESSS to develop a clinical tool to support healthcare professionals in promoting safer and more appropriate use of BZDs in cases of insomnia or anxiety symptoms in treatment-naïve patients, emphasizing therapeutic alternatives and reducing the risk of prolonged use.

Methodology

The methodology is based on triangulation of three sources of information:

- 1) Systematic review of clinical practice guidelines (CPGs) and documents containing clinical recommendations published between 2019 and 2025 on the optimal use of BZD or the management of insomnia or anxiety disorders. Identification of guidelines in databases and grey literature was carried out in collaboration with an information specialist. Documents were selected based on predefined criteria, and their quality was evaluated using the AGREE II tool.
- 2) Analysis of contextual factors, including healthcare organization, access to treatments, and drug coverage under the RPAM.
- 3) Integration of experiential knowledge:
 - An advisory committee composed of clinicians from various specialties and areas of expertise (family physicians, pharmacists, nurse practitioners, psychiatrist, geriatrician, researcher) contributed to the development of recommendations.
 - A consultation with users who had taken BZD to relieve insomnia or anxiety symptoms was conducted in the form of focus groups.
 - A narrative review of documents addressing user perspectives, as well as tools aimed at supporting the communication of information to users, was performed.

Key Findings and Recommendations

Focus on first-line treatments for insomnia and anxiety disorders

BZD are not recommended as first-line treatment for insomnia or anxiety disorders. Current guidelines prioritize approaches with stronger evidence of effectiveness and a more favorable safety profile. Among these, cognitive-behavioral interventions play a central role, both for chronic insomnia and for most anxiety disorders.

Although these approaches are clearly recognized as first-line treatments, their accessibility remains limited, which still restricts their use too often. In the case of anxiety disorders, SSRIs and SNRIs are also considered first-line treatments, as they allow for sustained symptom management.

Benzodiazepines as adjunct therapy reserved for acute situations

The use of BZDs should be limited and justified by an urgent need to relieve severe symptoms. They should be used as a complement to first-line treatments and reserved for the following clinical situations:

- **Severe, situational insomnia with an anxiety component**
- **Severe anxiety disorders**

For insomnia, exploring other sedative-hypnotic options is an integral part of the clinical approach. However, in Quebec, several of these alternatives are not covered by the public drug insurance plan.

Clinical assessment at the core of care management

A comprehensive clinical assessment is essential to properly characterize insomnia or anxiety symptoms, establish an accurate diagnosis, and provide appropriate treatment. This assessment includes a global analysis of the individual's condition, lifestyle, and sleep routine to identify causes and precipitating factors.

Differential diagnosis is also important to identify possible contraindications and to tailor management accordingly.

Limiting benzodiazepine use to short durations

Appropriate use of BZD depends both on proper patient selection and on good prescribing practices. Several elements must be carefully assessed, such as dosage, regimen, treatment duration, and planning for discontinuation, including close follow-up.

Treatment durations longer than 4 weeks and automatic renewals should be avoided.

Dialogue with the patient is emphasized and relies on clear, accessible, and needs-adapted information. This discussion should cover the nature of the problem, all therapeutic options (pharmacological and non-pharmacological), their advantages and disadvantages, as well as the patient's values and goals.

BZD use should be regularly reassessed, and the promotion of non-pharmacological approaches should be maintained continuously.

Potential Impact of the Work

The tool developed aims to improve the appropriateness of BZD prescribing by guiding assessment, duration, and follow-up for individuals receiving their first prescription. It will support more informed, patient-centered decision-making while helping reduce the risk of prolonged use.

Challenges and Potential Actions

In Quebec, implementing these recommendations may be more complex due to limited access to first-line treatments, particularly cognitive-behavioral therapy (CBT), despite its recognition as a cornerstone of treatment for anxiety disorders and insomnia. This service gap encourages reliance on BZD despite the risks associated with long-term use.

For insomnia, although other pharmacological options exist, their lack of coverage by the RPAM limits their use. This situation contributes to continued BZD use and may lead to a shift toward other medications sometimes used off-label, or toward substances such as alcohol, cannabis, or drugs. Access to psychosocial services or non-covered medications often depends on the private sector, thereby increasing social inequalities.

Clinician availability is another barrier, as implementing the recommendations requires more time for follow-up, patient dialogue, and promoting non-pharmacological approaches.

To support implementation, several levers have been identified: broader dissemination of the clinical tool, its integration into professional training and continuous quality improvement activities for care and services, development of psychosocial services, and expanded access to and coverage of safer alternatives.

GLOSSAIRE

BZD	Benzodiazépine
CPS	Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques
CIM	Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
IRSN	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
SAHOS	Syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil

INTRODUCTION

Au Québec, 1 personne sur 6 âgée de 65 ans et plus assurée par le RPAM a réclamé au moins une benzodiazépine¹ (BZD) en 2022 (INESSS, 2024). Le Québec est parmi les provinces où la prévalence de l'utilisation d'anxiolytiques² est la plus élevée, avec 10,3 % en 2024 contre 6,4 % en Colombie-Britannique et 7,0 % en Ontario (Canada : 8,1 %) (IQVIA, 2025). La consommation est également plus fréquente chez les femmes, tant au Québec qu'au Canada. En 2021, les BZD arrivaient en 13^e position des médicaments les plus utilisés au Québec chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et en 18^e position au Canada (ICIS, 2022; INESSS, 2024). Chaque mois, environ 60 000 nouvelles ordonnances pour des anxiolytiques³, principalement des BZD, sont émises pour des adultes assurés par le RPAM au Québec, dont environ les deux tiers chez des personnes de plus de 65 ans⁴. Au total, cela correspond à plus de 180 000 assurés du RPAM qui reçoivent mensuellement des anxiolytiques.

Bien que les propriétés anxiolytiques, sédatives-hypnotiques, relaxantes musculaires et anticonvulsivantes des BZD soient bien établies, la plupart des lignes directrices ne recommandent pas leur usage en première intention et à long terme en raison de leur profil d'innocuité défavorable. Bien que la prévalence de la tolérance et de la dépendance, ainsi que le délai de leur apparition, soient difficiles à déterminer avec précision, l'utilisation chronique de sédatifs tels que les BZD et les hypnotiques de type Z est reconnue comme étant associée au développement d'une tolérance ainsi que d'une dépendance physique et psychologique⁵.

Chez la population âgée, les BZD (et les hypnotiques en Z⁶) sont considérés comme des médicaments potentiellement inappropriés. Il est donc recommandé d'éviter leur utilisation ou d'en limiter l'utilisation à de très courtes durées de traitement (AGS, 2023; Bahat *et al.*, 2020b; De Las Salas *et al.*, 2023; INSPQ, 2025; O'Mahony *et al.*, 2023; Pazan *et al.*, 2023; Roux *et al.*, 2021; Steinman, 2025).

Une fois la dépendance installée, la réduction de dose ou l'arrêt des BZD peut entraîner des symptômes de sevrage éprouvants pouvant aller jusqu'à des épisodes de convulsions, à des déliriums et même à des décès (Brett, 2015). Ces sevrages parfois difficiles et inconfortables pour les usagers contribuent à favoriser la prise à long terme des BZD, malgré les effets délétères bien connus. Ainsi, de nombreuses personnes prennent ces médicaments en continu sur des mois, voire des années (Edinoff *et al.*, 2021). Même si la consommation chronique de BZD est en baisse au Québec et au Canada (Choisir avec soin Canada, 2024b; NHS-Bristol, 2023), le nombre de personnes

¹ Alprazolam, bromazépan, clonazépan, clobazam, chlórdiazépoxide, diazépan, flurazépan, lorazépan, oxazépan, nitrazépan, témazépan.

² Y compris les BZD, les hypnotiques en Z et les antagonistes des récepteurs de l'orexine.

³ Y compris les BZD (classe AHF 28:24:08), la buspirone ou le clonazépan.

⁴ <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/media/11451>.

⁵ Annexes complémentaires.

⁶ Zolpidem, zopiclone, eszopiclone.

qui consultent pour des problèmes de dépendance et d'effets indésirables aux BZD est en hausse partout dans le monde (Jones et McAninch, 2015).

En pratique de première ligne, les BZD sont surtout prescrites pour deux problématiques courantes : l'insomnie et les troubles anxieux. L'usage dans ces contextes, quoique de moins en moins fréquent, présente des enjeux de pertinence clinique et des risques de développement de dépendance pouvant mener à la chronicisation de la prise de la BZD. Il s'agit des deux situations cliniques qui sont abordées dans l'outil clinique.

MANDAT

Face aux préoccupations croissantes des professionnels de la santé, du public et des organismes de santé concernant les effets de la prise chronique et à long terme des BZD, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'INESSS pour recenser les bonnes pratiques d'utilisation des BZD afin d'élaborer des outils cliniques permettant de soutenir les professionnels de la santé dans l'usage optimal de cette classe de médicament. Le but est d'en prévenir la prise chronique et les complications qui en découlent.

Objectifs

Les principaux objectifs des travaux sont de :

- favoriser l'usage optimal des BZD lors d'une nouvelle ordonnance;
- sensibiliser les professionnels de la santé et les usagers aux risques associés à la prise de BZD et à leur sevrage;
- favoriser un dialogue avec les personnes pour qui une BZD est envisagée;
- prévenir la chronicisation de la prise de BZD.

Cela est possible entre autres en outillant les cliniciens à :

- sélectionner adéquatement les situations cliniques pour lesquelles les BZD pourraient être indiquées et envisagées;
- préconiser les options de traitement alternatives (pharmacologiques et non pharmacologiques) selon le contexte clinique.

Les outils proposés visent à soutenir les milieux et à faciliter le travail interprofessionnel au sein, notamment, des groupes de médecine familiale, des cliniques de soins infirmiers, des pharmacies, des milieux hospitaliers, des urgences et des milieux de soins de longue durée.

Livrables

- Outil clinique
- Rapport en soutien aux travaux

Aspects exclus

Les aspects suivants sont exclus du présent mandat :

- Les contextes de prise chronique de BZD et/ou de déprescription;
- Les contextes de péri-intervention, de soins critiques, de soins palliatifs ou de fin de vie;
- Les épisodes psychiatriques aigus nécessitant un séjour hospitalier;
- Le sevrage alcoolique.

Le besoin d'accompagnement et d'outils pour soutenir les cliniciens dans la déprescription des BZD a été souligné par toutes les parties prenantes. Cet aspect pourrait faire l'objet de travaux subséquents.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Méthodologie sommaire

La méthodologie complète est disponible dans le document *Annexes complémentaires*, disponible sur le site Web de l'INESSS. Pour la réalisation de l'outil clinique, la méthodologie repose sur une triangulation de trois sources d'information :

- 1) Recension systématique des guides de pratique clinique (GPC) et des documents présentant des recommandations cliniques (INESSS, 2023), publiés de 2019 à 2025, portant sur l'usage optimal des BZD ou sur la prise en charge de l'insomnie ou des troubles anxieux. La méthode adoptée conserve la démarche rigoureuse d'une revue systématique, mais comporte certaines modifications en vue de répondre en temps opportun au besoin décisionnel (Hamel *et al.*, 2021). Le repérage des guides de pratique dans les bases de données et dans la littérature grise a été effectué en collaboration avec un conseiller en information scientifique. La sélection des documents a été réalisée à partir de critères préétablis et la qualité des documents retenus a été évaluée à l'aide de l'outil AGREE II.
- 2) Analyse des éléments contextuels, y compris l'organisation des soins, l'accès aux traitements et la couverture des médicaments par le régime public d'assurance médicaments.
- 3) Intégration du savoir expérientiel :
 - Un comité consultatif composé de cliniciens de différentes spécialités et expertises (médecins de famille, pharmaciens, infirmière praticienne spécialisée en première ligne [IPSPL], psychiatre, gériatre, chercheur) a participé à l'élaboration des recommandations.
 - Une consultation d'usagers ayant pris des BZD, sous la forme de groupes de discussion, a été menée. Au total, ce sont 15 personnes qui ont participé aux travaux. Deux rencontres de groupe ont été menées selon la problématique de santé prédominante : anxiété ou insomnie. Une rencontre individuelle a également eu lieu.
- 4) Revue narrative de la littérature afin de recueillir de l'information sur les barrières et les facilitateurs à l'utilisation judicieuse des BZD, la perception des usagers sur les diverses autres options de traitement et les besoins d'information des usagers.

L'outil clinique a été validé par le Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé, par un groupe de futurs utilisateurs ainsi que par des lecteurs externes qui n'avaient pas participé à son élaboration.

1.2 Description des documents retenus

Dans le cadre du repérage des guides de pratique clinique, 4 175 documents publiés de janvier 2019 à février 2025 ont été repérés dans les bases de données bibliographiques. S'ajoutent 56 documents issus de la recherche de littérature grise et datés de janvier 2019 à octobre 2025 (voir la figure A-1 à l'annexe A du document *Annexes complémentaires*). La qualité méthodologique a été évaluée pour les 56 documents retenus (voir l'annexe F du document *Annexes complémentaires*).

- 18 documents portant sur la prise en charge de l'insomnie et/ou l'usage optimal des BZD pour l'insomnie
- 11 documents portant sur la prise en charge des troubles anxieux et/ou l'usage optimal des BZD en contexte de troubles anxieux
- 20 documents portant sur l'usage optimal des BZD en général
- 7 documents portant sur les médicaments potentiellement inappropriés

Dans le cadre de la revue narrative, un total de 67 documents a été retenus, soit :

- 22 documents portant sur l'expérience de prescription, d'utilisation, de prise ou de sevrage des BZD, sur les avantages et les inconvénients ainsi que sur les informations à transmettre;
- 28 documents avec des recommandations présentant des informations à transmettre à la personne ou appuyant la prise de décision partagée;
- 3 exemples d'outils d'aide à la décision partagée;
- 15 feuillets d'information sur les BZD, l'anxiété ou l'insomnie.

Les documents inclus sont présentés dans le tableau A-2 de l'annexe A du document *Annexes complémentaires*.

2 PORTÉE DE L'OUTIL CLINIQUE

La population visée par le présent outil est constituée des personnes naïves aux BZD. Aux fins du présent outil, une *personne naïve aux BZD* désigne une personne qui ne présente pas d'exposition significative antérieure ou actuelle aux BZD susceptibles d'influencer l'évaluation clinique.

Plus spécifiquement, est considérée comme naïve aux BZD toute personne qui répond à l'ensemble des critères suivants :

- Ne fait pas usage de BZD, que ce soit de façon chronique ou intermittente, au moment de l'évaluation clinique;
- N'a pas consommé de BZD récemment, c'est-à-dire dans une période suffisamment rapprochée pour qu'un effet résiduel, un phénomène de tolérance, de sevrage ou de dépendance puisse être présent;
- Ne présente pas d'antécédents documentés d'usage répété ou prolongé de BZD ayant entraîné une tolérance, une dépendance ou des difficultés de sevrage;
- N'est pas engagée dans une trajectoire de traitement visant la poursuite, la réduction ou l'arrêt d'un usage antérieur de BZD.

Conséquemment, ne sont pas considérées comme naïves aux BZD les personnes ayant un usage chronique, intermittent ou récurrent, celles présentant ou ayant présenté un trouble lié à l'usage des BZD ainsi que celles pour lesquelles une démarche de déprescription est en cours ou indiquée.

Cette définition vise à circonscrire une population pour laquelle la prise des BZD s'inscrit dans une première exposition thérapeutique, permettant ainsi une application sécuritaire, appropriée et conforme aux objectifs du présent outil.

Par ailleurs, puisque les présents travaux portent sur l'usage optimal des BZD pour le soulagement des symptômes anxieux ou de l'insomnie, les autres contextes d'utilisation sont exclus, notamment les soins critiques, les soins palliatifs ou de fin de vie, les épisodes psychiatriques nécessitant une hospitalisation ainsi que tout autre contexte relevant de la médecine spécialisée.

L'usage des BZD en contexte de sevrage alcoolique est bien documenté et limité.

L'INESSS a publié divers outils concernant la prise en charge du sevrage alcoolique et la prévention des rechutes en 2021 et en 2022 et abordant la place des BZD. Cette indication est exclue de l'outil clinique⁷.

Finalement, puisque l'usage des BZD chez les personnes enceintes ou allaitantes requiert une évaluation clinique particulière ainsi qu'une prise de décision partagée adaptée, l'outil clinique ne s'applique pas à cette population.

⁷ Se référer au [guide d'usage optimal](#) et au [protocole médical national](#) de l'INESSS sur le sevrage alcoolique.

3 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Cette section présente l'argumentaire sous-tendant la formulation de chacune des recommandations contenues dans l'outil clinique. Pour chaque section de l'outil, une synthèse de l'information scientifique tirée des guides de pratique clinique est présentée, suivie d'une synthèse de l'information issue de la perspective des membres du comité consultatif et des usagers consultés.

3.1 Processus décisionnel

3.1.1 Principes de traitement de l'insomnie et des troubles anxieux

Information et recommandations tirées des documents

Bien que les propriétés anxiolytiques, sédatives-hypnotiques, relaxantes musculaires et anticonvulsivantes des BZD soient bien établies, l'utilisation des BZD est généralement déconseillée en raison des effets indésirables et du risque de dépendance. Chez la population âgée, les BZD sont largement considérées comme des médicaments potentiellement inappropriés, et les guides retenus recommandent d'éviter leur utilisation ou d'en limiter l'utilisation à de très courtes durées de traitement (AGS, 2023; Bahat *et al.*, 2020b; De Las Salas *et al.*, 2023; INSPQ, 2025; O'Mahony *et al.*, 2023; OMS, 2023; Pazan *et al.*, 2023; Roux *et al.*, 2021; Steinman, 2025).

Les documents consultés sont unanimes sur le fait que les BZD ne sont pas des options de traitement de première instance pour l'insomnie et les troubles anxieux (ANSM, 2025b; Bandelow *et al.*, 2023; Bandelow *et al.*, 2022; CCSMH, 2024; CPDAP, 2022; Chen *et al.*, 2024; Choi *et al.*, 2020; Choisir avec soin Canada, 2024a, 2024b, 2024c, 2024d, 2025, 2024e, 2022; CPSNS, 2022; Conn *et al.*, 2020; DeGeorge *et al.*, 2022; VA/DoD, 2025a; GMMMG, 2021; Guay *et al.*, 2025; HAS, 2024a; HAS, 2024b; HSE, 2021; Kaiser Permanente, 2022; Matheson, 2024; MSSS, 2022a; MSSS, 2022b; Morin *et al.*, 2021; Morin *et al.*, 2024; NHS-Bristol, 2023; NHS-Essex Partnership University2024a; NHS-Essex Partnership University2024b; NHS-Nottinghamshire Area Prescribing Committee, 2025; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; NICE, 2019; NICE, 2022b; OMS, 2023; Palagini *et al.*, 2024; RUSHGQ, 2021; RUSHGQ, 2026; Riemann *et al.*, 2023; Rosenberg *et al.*, 2023; RANZCP, 2019; Selsick *et al.*, 2024; SQG, 2019; Steinman, 2025; Takaesu *et al.*, 2023; CPSM, 2020; Wichniak *et al.*, 2023; Wilson *et al.*, 2019).

Les guides consultés soulignent tous l'importance de privilégier d'abord les approches de première intention (pharmacologiques et non pharmacologiques) avant d'envisager des traitements d'appoint comme les BZD. Les traitements de première intention sont bien établis, tant pour l'insomnie que pour les troubles anxieux. Dans les deux cas, la prise en charge initiale repose surtout sur des interventions non pharmacologiques, notamment les approches cognitivo-comportementales. Pour les troubles anxieux, il est recommandé de proposer aux patients des approches psychosociales, des antidépresseurs, ou une combinaison des deux, dans le cadre d'un processus de décision partagée (Bandelow *et*

al., 2023; Bandelow *et al.*, 2022; CCSMH, 2024; Chen *et al.*, 2024; DeGeorge *et al.*, 2022; HAS, 2024a; MSSS, 2022a; MSSS, 2022b; NHS-Essex Partnership University, 2024a; RUSHGQ, 2021). L'utilisation de BZD en complément des traitements de première intention est envisageable pour une durée restreinte chez les personnes avec symptômes sévères qui en requièrent un soulagement rapide. Cette utilisation de BZD dans les premières semaines de prise en charge vise à compenser le délai d'action des antidépresseurs et des approches psychosociales, tout en palliant l'exacerbation initiale des symptômes anxieux souvent induite par les antidépresseurs (Bandelow *et al.*, 2023; Bandelow *et al.*, 2022; Conn *et al.*, 2020; GMMMG, 2021; MSSS, 2022a; NHS-Bristol, 2023; NHS-Essex Partnership University, 2024a; NHS-Nottinghamshire Area Prescribing Committee, 2025; NICE, 2019; OMS, 2023; RUSHGQ, 2021; Selsick *et al.*, 2024).

Pour le soulagement de l'insomnie, plusieurs guides de pratique consultés suggèrent d'éviter l'utilisation de BZD, même à court terme, particulièrement en contexte d'insomnie dite chronique, vu le risque de persistance de la consommation (AGS, 2023; Choisir avec soin Canada, 2024a, 2024b, 2024d, 2025; De Las Salas *et al.*, 2023; VA/DoD, 2025a; Matheson, 2024; NHS-Essex Partnership University, 2024b; Pazan *et al.*, 2023; Steinman, 2025). Cependant, certains guides reconnaissent une possible place à l'utilisation à court terme des BZD, en ajout aux interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales, pour le soulagement de l'insomnie avec symptômes sévères⁸ (Conn *et al.*, 2020; GMMMG, 2021; HAS, 2024b; HSE, 2021; NHS-Bristol, 2023; NHS-Nottinghamshire Area Prescribing Committee, 2025; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; Palagini *et al.*, 2024; Riemann *et al.*, 2023; SQG, 2019).

Les lignes directrices récentes de l'American Academy of Sleep Medicine (AASM) confirment le rôle central des approches cognitivo-comportementales en insomnie, en soulignant que la TCC-I seule est généralement suffisante et ne nécessite pas l'ajout systématique d'une médication. Lorsqu'un traitement pharmacologique est envisagé, l'AASM recommande de l'utiliser en complément de la TCC-I et d'éviter l'utilisation de sédatifs-hypnotiques en monothérapie (Buysse *et al.*, 2026).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité sont unanimes sur le rôle central des interventions d'approches cognitivo-comportementales pour la prise en charge de l'insomnie et des troubles anxieux. Le recours à ces approches devrait être systématique et accessible à tous les patients. Néanmoins, ils estiment que les BZD peuvent être envisagées dans certaines situations particulières :

- Insomnie **sévère** situationnelle avec composante d'anxiété
- Trouble anxieux **sévère** (durant le délai d'action des antidépresseurs)

⁸ Les symptômes sont considérés comme sévères lorsqu'ils sont persistants et intenses, causent une altération majeure du fonctionnement (social, professionnel, familial) et entraînent de la souffrance et de la détresse psychologique importante.

Les membres précisent qu'il faut limiter l'utilisation des BZD en insomnie situationnelle afin d'éviter l'utilisation en contexte d'insomnie chronique, ce qui augmenterait le risque de chronicisation de la prise de BZD.

Les membres soulignent que les benzodiazépines (BZD) peuvent être prescrites pour des indications autres que l'insomnie ou les troubles anxieux, notamment l'épilepsie, le syndrome des jambes sans repos, certains troubles musculaires ou la catatonie. Toutefois, ces indications relèvent généralement de contextes de soins spécialisés et ne devraient pas constituer des usages courants en première ligne.

Perspective des usagers

Certaines personnes consultées ayant vécu des expériences négatives liées aux BZD rapportent avoir perçu un manque d'empathie et s'être senties jugées dans leur parcours de soins. Le manque de compréhension et les préjugés sociaux face aux problématiques de santé mentale ont été soulevés par plusieurs personnes. À l'inverse, les expériences de soins positives semblent fortement influencées par la présence d'une relation de confiance avec le médecin de famille ou le pharmacien.

Les personnes consultées reconnaissent qu'elles étaient en situation de crise pour la plupart au moment de la consultation qui a mené à la prescription de BZD, mais elles soutiennent qu'on ne leur a peu, voire pas, proposé les options de traitement de première intention. Plusieurs soulignent également l'importance de prendre les symptômes anxieux ou d'insomnie au sérieux puisque, s'ils ne sont pas soulagés, ils peuvent avoir des conséquences négatives comme l'augmentation du risque suicidaire, une diminution de la qualité de vie et de la productivité, le développement ou l'exacerbation des problématiques de santé mentale ou physique et des troubles liés à l'usage de substances.

TRAITEMENTS DE PREMIÈRE INTENTION

Insomnie

- ▶ Interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales de l'insomnie

Troubles anxieux

- ▶ Interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales ET/OU
- ▶ Antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)

UTILISATION DES ANXIOLYTIQUES À ACTION RAPIDE ET DES SÉDATIFS-HYPNOTIQUES⁹

L'utilisation d'anxiolytiques à action rapide ou de sédatifs-hypnotiques, en appoint aux traitements de première intention, peut être envisagée :

- ▶ pour une **courte durée**;
- ▶ en **complément** des traitements de première intention;
- ▶ en présence de symptômes **sévères** nécessitant un soulagement **rapide**.

Les symptômes sont considérés comme sévères lorsqu'ils :

- ▶ causent une altération majeure du fonctionnement (social, professionnel, familial);
- ▶ entraînent de la détresse psychologique importante.

3.2 Avant l'amorce d'une benzodiazépine

3.2.1 Évaluation clinique

Information et recommandations tirées des documents

Les guides consultés mettent de l'avant l'importance de bien examiner et caractériser les symptômes du patient afin de bien évaluer la situation clinique de la personne et de poser un diagnostic juste. Cela permet de s'assurer que le bon traitement est offert au bon patient. Une évaluation clinique globale de la condition, du mode de vie et de la routine de sommeil de la personne est recommandée dans les guides consultés afin d'identifier les facteurs déclenchants ou précipitants des symptômes. La prescription de BZD ne doit pas être banalisée, car, bien qu'elles apportent un soulagement rapide des symptômes anxieux et de l'insomnie, elles ne traitent pas les causes sous-jacentes ou les comorbidités prédisposantes qui doivent être recherchées et abordées.

L'évaluation clinique et le processus de diagnostic différentiel sont également importants afin de déceler des contre-indications potentielles à l'usage de certaines options thérapeutiques et d'adapter la prise en charge en conséquence (Choi *et al.*, 2020; VA/DoD, 2025a; Morin *et al.*, 2021; Palagini *et al.*, 2024).

En contexte de tableau clinique complexe, il est important de bien caractériser le trouble de santé mentale, car, bien que les BZD puissent être indiquées dans certains troubles anxieux sévères, elles ne sont généralement pas recommandées dans la dépression (sans composante anxieuse), le trouble obsessionnel compulsif, l'état de stress post-traumatique ni en contexte de délirium ou de sevrage de substances¹⁰.

⁹ Aux fins des présents travaux, sont considérés comme des sédatifs-hypnotiques tous les médicaments présentant des propriétés sédatives, hypnotiques, ou une combinaison de celles-ci, lorsqu'ils sont utilisés dans le contexte de l'insomnie.

¹⁰ Exception : délirium secondaire au sevrage d'alcool ou de BZD. Se référer à l'outil d'aide à la [prise en charge du délirium chez les personnes âgées à l'urgence](#) de l'INESSS.

Les critères diagnostiques de l'insomnie du DSM-VTR¹¹ incluent la notion que les symptômes ne doivent pas être attribuables à une substance et que les troubles de santé mentale concomitants ou les affections médicales n'expliquent pas adéquatement la plainte prédominante d'insomnie (APA, 2022). Il est donc primordial de faire une évaluation complète et exhaustive pour bien définir la situation et éviter de traiter l'insomnie comme un symptôme sans aborder la problématique sous-jacente.

Perspective du comité consultatif

Les cliniciens rapportent qu'en première ligne, le temps manque souvent pour réaliser une évaluation complète du sommeil ou des troubles anxieux. Ils soulignent toutefois qu'un examen de la routine de sommeil et des symptômes anxieux demeure essentiel avant de choisir la stratégie thérapeutique, en particulier lorsqu'une BZD est envisagée.

Les BZD soulagent rapidement l'insomnie, mais elles peuvent masquer des problèmes de sommeil non réglés (horaire irrégulier, hygiène de sommeil déficiente, anxiété, ruminations, douleurs, etc.). Comme les BZD agissent surtout sur les symptômes, l'insomnie peut réapparaître à l'arrêt. Ainsi, leur utilisation comme hypnotiques n'est à envisager que lorsque l'évaluation de l'insomnie est complète.

Certains membres du comité mentionnent que l'usage des termes « insomnie primaire » et « insomnie secondaire », qui avaient été trouvés dans certains documents retenus, devrait être évité. Ces terminologies ne sont plus mentionnées dans le DSM-V-TR (APA, 2022). Bien que l'insomnie puisse être le symptôme d'une autre condition, l'insomnie peut perdurer même si la condition sous-jacente est bien traitée. Il serait donc plus approprié de considérer l'insomnie comme une condition distincte et de parler d'insomnie chronique dans ce contexte.

Information et recommandations tirées des documents

Plusieurs risques et effets indésirables associés à l'utilisation des BZD sont décrits dans la littérature retenue (AA Pharma Inc, 2021a, 2021b, 2021c, 2021d, 2022; NHS-Nottinghamshire Area Prescribing Committee, 2024; ANSM, 2025b; AGS, 2023; Apotex Inc, 2021a, 2021b, 2021c, 2022, 2023a, 2023b, 2023c; APhC, 2015; Bahat *et al.*, 2020b; Bausch Health Canada Inc, 2021; CPDAP, 2022; Choisir avec soin Canada, 2024a, 2024b, 2024c, 2024d, 2025, 2024e, 2022; CPSNS, 2022; Conn *et al.*, 2020; De Las Salas *et al.*, 2023; GMMMG, 2021; HSE, 2021; Kaiser Permanente, 2022; NHS-Bristol, 2023; NICE, 2022b; O'Mahony *et al.*, 2023; Pazan *et al.*, 2023; RUSHGQ, 2026; Roux *et al.*, 2021; RANZCP, 2019; Steinman, 2025; CPSM, 2020) :

- Somnolence résiduelle le lendemain;
- Dépendance physique et psychologique pouvant engendrer des symptômes de sevrage à l'arrêt du traitement, des difficultés de cessation du traitement et le développement de troubles liés à l'usage des BZD;

¹¹ [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^e édition, texte révisé.](#)

- Tolérance pouvant mener à l'augmentation des doses requises pour obtenir un soulagement;
- Réactions paradoxales (agitation, anxiété, manie, troubles du sommeil, spasticité musculaire, agressivité et hyperactivité);
- Altérations des fonctions psychomotrices pouvant entraîner des chutes, des fractures et des accidents;
- Symptômes neurocognitifs tels que de la confusion, des altérations de l'attention, de la concentration et de la vigilance, des troubles cognitifs et de la mémoire et des troubles neurologiques (dysfonctionnement neurologique induit par les BZD [BIND]);
- Altérations de l'humeur, troubles de comportement et symptômes dépressifs.

Plusieurs populations sont reconnues pour être plus vulnérables aux effets des BZD, et les GPC consultés recommandent d'éviter l'utilisation des BZD ou de faire preuve de prudence lors de l'utilisation chez ces populations, telles que les personnes :

- avec syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) (Chen *et al.*, 2024; VA/DoD, 2025a; HAS, 2024a; HAS, 2024b; RANZCP, 2019);
- avec des conditions respiratoires sévères (APhC, 2015; Bahat *et al.*, 2020a; CPDAP, 2022; Chen *et al.*, 2024; HAS, 2024a; HAS, 2024b; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; O'Mahony *et al.*, 2023; RANZCP, 2019);
- avec des troubles neurocognitifs (APhC, 2015; CPDAP, 2022; HAS, 2024a; HAS, 2024b; O'Mahony *et al.*, 2023; SQG, 2019);
- atteintes de myasthénie grave (APhC, 2015; HAS, 2024a; HAS, 2024b);
- atteints de glaucome à angle fermé (APhC, 2015);
- enceintes ou qui allaitent (APhC, AA Pharma Inc, 2021a, 2021b, 2021c, 2021d, 2022; Apotex Inc, 2021a, 2021b, 2021c, 2022, 2023a, 2023b, 2023c; 2015; Bausch Health Canada Inc, 2021);
- à risque de chute (Bahat *et al.*, 2020b; Matheson, 2024; Morin *et al.*, 2024; NHS-Essex Partnership University, 2024b; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; O'Mahony *et al.*, 2023; Palagini *et al.*, 2024; Riemann *et al.*, 2023);
- consommant des opioïdes (AA Pharma Inc, 2021a, 2021b, 2021c, 2021d, 2022; Apotex Inc, 2021a, 2021b, 2021c, 2022, 2023a, 2023b, 2023c; APhC, 2015; Bausch Health Canada Inc, 2021; CPDAP, 2022; Chen *et al.*, 2024; CPSNS, 2022; Conn *et al.*, 2020; Kaiser Permanente, 2022; NHS-Essex Partnership University, 2024a; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; NICE, 2019; NICE, 2022b; CPSM, 2020);
- âgées (AGS, 2023; Bahat *et al.*, 2020b; Bandelow *et al.*, 2022; CCSMH, 2024; Chen *et al.*, 2024; Conn *et al.*, 2020; De Las Salas *et al.*, 2023; VA/DoD, 2025a; Kaiser Permanente, 2022; Morin *et al.*, 2021; NHS-Essex Partnership University, 2024b; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; O'Mahony *et al.*,

2023; Palagini *et al.*, 2024; Pazan *et al.*, 2023; RUSHGQ, 2021; RUSHGQ, 2026; Roux *et al.*, 2021; RANZCP, 2019; SQG, 2019; Steinman, 2025; Wichniak *et al.*, 2023; Wilson *et al.*, 2019);

- atteintes d'insuffisance rénale ou hépatique (GMMMG, 2021; HAS, 2024a; HAS, 2024b; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; CPSM, 2020).

En 2016, la U.S. Food and Drug Administration (FDA) a publié un avis¹² concernant l'usage combiné des opioïdes avec des BZD ou d'autres dépresseurs du système nerveux central. Au Canada, les monographies (APhC, AA Pharma Inc, 2021a, 2021b, 2021c, 2021d, 2022; Apotex Inc, 2021a, 2021b, 2021c, 2022, 2023a, 2023b, 2023c; 2015; Bausch Health Canada Inc, 2021) des BZD mettent en garde contre l'utilisation concomitante de BZD et d'opioïdes, vu les risques augmentés de sédation profonde, de dépression respiratoire, de coma et de décès.

La plupart des guides consultés sont consensuels sur le fait que les BZD sont à éviter ou à utiliser avec grande prudence chez les personnes âgées, puisqu'elles sont plus sensibles aux effets indésirables cognitifs et moteurs. Toutefois, l'âge considéré varie ou est peu précisé.

Peu de guides abordent l'évaluation en amont du risque anticipé de dépendance et de tolérance. Toutefois, les documents qui abordent cet aspect mentionnent plusieurs facteurs de risque de dépendance et de développement de troubles d'usage :

- Histoire actuelle ou passée de dépendance, d'abus ou de troubles de consommation de substances (ou historique familial) (CPDAP, 2022; GMMMG, 2021);
- Comorbidités psychiatriques, notamment le trouble anxieux (GMMMG, 2021);
- Difficultés personnelles ou histoire de trauma ou d'abus (CPDAP, 2022; GMMMG, 2021);
- Problématiques de santé incommodes (GMMMG, 2021);
- Âge : 16 à 45 ans (GMMMG, 2021);
- Exposition sociale à l'abus de substances, milieu de vie à risque (GMMMG, 2021);
- Accès facilité à des substances contrôlées (p. ex. : travailleur de la santé) (GMMMG, 2021).

La revue systématique de la littérature scientifique sur l'innocuité des BZD (voir l'annexe B du document *Annexes complémentaires*) n'a pas permis d'établir de lien temporel entre la durée d'exposition aux BZD et le développement d'une dépendance, d'une tolérance et d'effets indésirables neurocognitifs. Toutefois, les risques de chute et de fracture semblent plus importants dans les premières semaines d'utilisation.

¹² <https://www.fda.gov/drugs/food-and-drug-administration-overdose-prevention-framework/new-safety-measures-announced-opioid-analgesics-prescription-opioid-cough-products-and>

Perspective du comité consultatif

Les cliniciens soulignent que le concept de « personne âgée » est très flou et peut mener à de l'âgisme dans les soins. Ils considèrent que l'évaluation globale de la personne est plus pertinente qu'une évaluation basée uniquement sur un critère d'âge. Ils sont d'avis que l'utilisation des BZD serait à éviter chez les personnes frêles avec profil gériatrique, et ce, peu importe l'âge. Les membres considèrent qu'une personne adulte a un profil gériatrique lorsqu'elle présente une combinaison de plusieurs comorbidités, une polymédication, des troubles fonctionnels, une faible réserve physiologique, des troubles cognitifs ou un contexte psychosocial défavorable, et ce, indépendamment de son âge.

Les cliniciens ajoutent une précision selon laquelle les BZD ne sont pas strictement contre-indiquées en présence de SAHOS, mais plutôt qu'il faut s'assurer que la condition est adéquatement traitée avant de les considérer.

Les membres du comité reconnaissent qu'il est pertinent d'identifier en amont du processus les personnes plus sujettes à un mésusage des BZD. Cette démarche vise à éviter leur prescription chez les individus particulièrement vulnérables, notamment ceux ayant des antécédents de dépendance ou d'abus de substances. Ils soulignent également que certains facteurs de risque trouvés dans la littérature doivent être pris en compte, dont l'exposition à des expériences de vie traumatiques et la présence de troubles de santé mentale comorbides, qui augmentent la probabilité de développer un trouble d'usage des BZD. Les membres précisent notamment que les personnes qui utilisent des BZD pour traiter des symptômes anxieux présentent généralement un risque plus élevé de mésusage ou d'abus que celles qui en consomment pour des troubles du sommeil seulement. Enfin, ils rappellent que, si les personnes âgées sont généralement plus sensibles aux effets indésirables des BZD, les populations plus jeunes présentent pour leur part un risque plus élevé de mésusage.

Les cliniciens estiment que les personnes pour qui un suivi étroit n'est pas possible ne sont pas candidates à une prescription de BZD. Comme pour tous les sédatifs et hypnotiques, l'usage des BZD serait à éviter chez les personnes qui effectuent des tâches nécessitant une vigilance mentale ou une coordination physique précise, pour éviter les accidents.

Perspective des usagers

Certaines personnes rencontrées rapportent des altérations de l'humeur, allant de l'exacerbation de l'anxiété aux symptômes dépressifs associés à la prise de BZD. Elles indiquent aussi avoir reçu très peu d'information concernant les effets indésirables des BZD. De plus, la distinction entre les effets à court terme et ceux pouvant survenir à plus long terme, en cas de prise prolongée, n'a pas été suffisamment expliquée.

Les personnes qui consomment des BZD pour atténuer des symptômes anxieux décrivent un sentiment d'insécurité ainsi qu'une exacerbation de leur anxiété lorsque le médicament n'est pas disponible. Certaines rapportent même ressentir un effet apaisant simplement à l'idée d'en avoir à portée de main. Elles reconnaissent par ailleurs que cela peut les amener à renouveler leur prescription de façon hâtive ou à augmenter ponctuellement leurs doses en anticipation de situations perçues comme anxiogènes.

AVANT L'AMORCE D'UNE BENZODIAZÉPINE

Procéder à une évaluation clinique globale de la condition et du mode de vie de la personne afin de déceler la présence de causes ou de facteurs précipitants.

Identifier les situations dans lesquelles l'utilisation des anxiolytiques à action rapide et des sédatifs-hypnotiques est déconseillée. L'initiation de BZD est déconseillée chez les personnes :

- chez qui un suivi étroit n'est pas possible ou difficile;
- avec profil gériatrique;
- à haut risque de chute;
- avec syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) non traité;
- avec des conditions respiratoires sévères;
- consommant des opioïdes;
- avec des troubles neurocognitifs;
- atteintes de myasthénie grave;
- atteintes de glaucome à angle fermé;
- effectuant des tâches nécessitant une vigilance mentale ou une coordination motrice fine (p. ex. : conduite automobile, actes professionnels de surveillance ou de haute précision);
- avec histoire actuelle ou passée de dépendance, d'abus ou de trouble de consommation de substances.

Déceler la présence de facteurs de vulnérabilité liés à l'usage des BZD. La présence de ces facteurs doit être discutée avec la personne et prise en considération dans l'orientation du traitement.

► **Conditions augmentant le risque d'effets indésirables des BZD :**

- Âge avancé;
- Comorbidités respiratoires;
- Insuffisance rénale ou hépatique;
- Prise concomitante avec d'autres sédatifs ou dépresseurs du système nerveux central.

► **Facteurs de risque de mésusage et de troubles liés à l'usage des BZD :**

- Histoire actuelle ou passée de dépendance, d'abus ou de trouble de consommation de substances (ou historique familial);
- Âge : 16 à 45 ans;
- Comorbidités psychiatriques, notamment les troubles anxieux;
- Expériences de vie traumatiques.

3.2.2 Choisir le sédatif-hypnotique le plus approprié

Information et recommandations tirées des documents

L'utilisation des BZD comme anxiolytiques dans les premières semaines de prise en charge d'un trouble anxieux vise à compenser le délai d'action des antidépresseurs et des approches psychosociales. Cela permet de pallier l'exacerbation initiale des symptômes anxieux souvent induite par les antidépresseurs en début de traitement. Aucun autre agent anxiolytique à action rapide n'est recommandé dans ce contexte.

Toutefois, plusieurs molécules ayant des propriétés hypnotiques et sédatives peuvent être envisagées pour un traitement à court terme de l'insomnie en ajout aux interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales lorsqu'une efficacité rapide est requise par la sévérité de la situation. La plupart des guides consultés précisent que les BZD ne sont pas des options pharmacologiques de première intention et qu'elles sont à envisager seulement lorsque les autres sédatifs-hypnotiques sont contre-indiqués ou non disponibles. Les guides de pratiques cliniques découragent l'utilisation des sédatifs-hypnotiques qui ne disposent pas d'indication officielle en insomnie. Au Canada, seules quatre classes d'agents sédatifs-hypnotiques disposent de l'homologation en insomnie, soit certaines BZD (chlordiazépoxide, flurazépam, nitrazépam, témazépam et triazolam)¹³, les hypnotiques en Z, les antagonistes des récepteurs de l'orexine et la doxépine à faible dose. Cependant, parmi ces molécules, seules les BZD sont remboursées par le RPAM¹⁴.

Perspective du comité consultatif

Pour déterminer si une BZD est appropriée, il est nécessaire de valider si d'autres options de traitement plus sécuritaires pourraient être envisagées.

Les cliniciens soulignent que peu de sédatifs-hypnotiques alternatifs disposent d'homologation officielle et même de preuves soutenant leur utilisation en insomnie. Ils mentionnent que d'autres options pharmacologiques homologuées et avec des profils d'efficacité et d'innocuité favorables sont disponibles sur le marché canadien, telles que les agonistes des récepteurs de l'orexine et la doxépine à faible dose. Toutefois, ils soulignent que seules les BZD détiennent l'indication officielle tout en étant remboursées par le RPAM, rendant parfois le recours aux BZD inévitable. Ils conviennent qu'il n'est pas possible de recommander de réserver les BZD seulement en cas de contre-indications aux autres sédatifs-hypnotiques dans le contexte actuel.

¹³ Canadian Pharmacists Association. (2025). eCPS (Compendium of Pharmaceuticals and Specialties). <https://www.e-therapeutics.ca>.

¹⁴ Seule la doxépine 3 et 6 mg dispose de l'homologation de Santé Canada en insomnie. Toutefois, ces formulations ne sont pas couvertes par le RPAM. Seules les formulations capsules (non sécables) de 10, de 25 et de 50 mg figurent sur la Liste des médicaments RAMQ : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/a-propos/liste-medicaments>.

D'après les membres du comité consultatif, la doxépine à faible dose (3 et 6 mg) est considérée comme une option intéressante, puisque peu coûteuse, généralement bien tolérée et efficace à faible dose, et ce, même chez la personne âgée. Toutefois, étant donné que seules les capsules de 10 mg et plus sont remboursées par le RPAM, cette dernière est sous-utilisée en faveur des BZD ou de molécules hors indication.

Les membres du comité soulignent que les hypnotiques en Z sont également associés à un risque de dépendance et à des effets indésirables à long terme. Ils estiment que leur utilisation doit être limitée dans le temps et encadrée avec autant de prudence que celle des BZD.

Plusieurs molécules sont utilisées hors indication dans le contexte de l'insomnie, notamment la trazodone, la mirtazapine et la quétiapine, toutes inscrites sur les Listes sans restriction. En raison de leurs effets sédatifs, ces médicaments sont souvent prescrits à faible dose à des personnes sans diagnostic de santé mentale. Cette pratique serait courante puisque ces médicaments sont couverts par le régime public d'assurance médicaments et que leur potentiel de dépendance est jugé inférieur à celui des BZD ou des hypnotiques en Z. Toutefois, les membres du comité ne sont pas favorables à l'usage hors indication de ces molécules puisque leur efficacité et leur innocuité sont peu démontrées dans un contexte d'insomnie. Ils rapportent d'ailleurs que, dans leur pratique, l'efficacité et la tolérance de ces molécules sont très variables entre les individus.

Le comité convient également qu'il est pertinent de présenter, à titre informatif, les molécules sédatives les plus fréquemment utilisées en pratique. Toutefois, il privilégie l'inclusion de ces informations en annexe, puisqu'il ne s'agit pas de recommandations d'usage ou de non-usage. Plusieurs de ces agents disposent d'ailleurs de données limitées quant à leur efficacité ou ne sont pas homologués par Santé Canada pour le traitement de l'insomnie.

Perspective des usagers

Lors des consultations, peu d'usagers rapportent avoir essayé d'autres hypnotiques avant les BZD. Lorsque d'autres agents leur ont été proposés ou testés, c'était le plus souvent dans une démarche visant à réduire ou à cesser l'utilisation de BZD. Les expériences vécues avec ces options étant très variables, plusieurs soulignent l'importance d'adapter le choix de l'hypnotique à la situation clinique de chaque personne.

3.3 Amorce d'une benzodiazépine

3.3.1 Choix de la molécule

Information et recommandations tirées des documents

Les documents consultés soulignent que les différences pharmacocinétiques entre les BZD influencent leur durée d'action, leur passage de la barrière hémato-encéphalique, leur rapidité d'effet et, par conséquent, leurs profils distincts d'efficacité et d'innocuité.

Certains des GPC retenus présentent des données sur les différents paramètres pharmacocinétiques et les doses équivalentes des BZD. De plus, des références pharmaceutiques couramment utilisées par les cliniciens, telles que le CPS (APhC, 2025), Vigilance Santé (Vigilance Santé, 2025), *UpdoDate LexiDrugs* (Lexi-Drugs, 2025; Woo Park, 2024) et le *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs* (Procyshyn et al., 2023), ont été consultées pour valider les paramètres pharmacocinétiques.

Les caractéristiques pharmacocinétiques suivantes sont à prendre en compte dans le choix de la molécule :

Durée d'action et puissance	▪ Les BZD à durée d'action courte ou intermédiaire entraînent moins de somnolence résiduelle le lendemain (De Las Salas <i>et al.</i>, 2023; HAS, 2024a; HSE, 2021; Morin <i>et al.</i>, 2021; NHS-Essex Partnership University, 2024a; NHS-Essex Partnership University, 2024b; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; Palagini <i>et al.</i>, 2024; Wilson <i>et al.</i>, 2019). ▪ Les BZD à forte puissance et à courte durée d'action présentent un risque accru de symptômes de sevrage, de rebond, de dépendance et d'abus (HSE, 2021; NHS-Bristol, 2023; National Health Service (NHS) - Essex Partnership University, 2024a).
Liposolubilité	▪ Les BZD liposolubles traversent plus facilement la barrière hématoencéphalique, ce qui entraîne un délai d'action plus court et des effets neurocognitifs plus marqués (NHS-Bristol, 2023; NHS-Essex Partnership University, 2024a).
Métabolisme	▪ Le métabolisme par conjugaison facilite l'excrétion rénale et est moins influencé par l'âge ou les atteintes hépatiques. À l'inverse, le métabolisme oxydatif ou de réduction peut être altéré par certaines pathologies, l'âge ou des inhibiteurs du CYP450, augmentant ainsi le risque d'accumulation et d'effets indésirables (AGS, 2023; CPSNS, 2022; Conn <i>et al.</i>, 2020; Kaiser Permanente, 2022; Morin <i>et al.</i>, 2021; RUSHGQ, 2021; RUSHGQ, 2026).

Tableau 1 Caractéristiques des benzodiazépines

BENZODIAZÉPINES INDIQUÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ OU DE L'INSOMNIE				
BZD	Métabolisme	Liposolubilité	Puissance	Doses équivalentes ¹
DURÉE D'ACTION COURTE				
Triazolam	Oxydation	Modérée	Forte	0,125 à 0,25 mg
DURÉE D'ACTION INTERMÉDIAIRE²				
Alprazolam	Oxydation	Modérée	Forte	0,25 à 0,5 mg
Bromazépam	Oxydation et conjugaison	Faible	Moyenne	2,5 à 7,5 mg
Lorazépam	Conjugaison	Modérée	Forte	0,5 à 1 mg
Nitrazépam	Réduction	Faible	Moyenne	5 à 10 mg
Oxazépam	Conjugaison	Faible	Faible	10 à 15 mg
Témazépam	Conjugaison	Modérée	Faible	10 à 15 mg
Clonazépam	Oxydation	Faible	Forte	0,25 à 0,5 mg
DURÉE D'ACTION LONGUE				
Chlordiazépoxyde	Oxydation	Modérée	Faible	10 à 12,5 mg
Chlorazépatate	Oxydation	Élevée	S. O.	7,5 mg
Diazépam	Oxydation	Élevée	Moyenne	5 mg
Flurazépam	Oxydation	Élevée	Faible	7,5 à 15 mg

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif privilégient l'utilisation des BZD à durée d'action intermédiaire. Toutefois, ils mentionnent que l'utilisation d'alprazolam et de bromazépam n'est pas courante en contexte de première ligne pour la prise en charge de l'insomnie et des troubles anxieux et ne devrait pas être encouragée. En plus de se baser sur les paramètres pharmacocinétiques des différentes molécules, les cliniciens soulignent qu'il est important de considérer également le profil d'efficacité anxiolytique versus sédatif de chaque molécule.

AMORCE D'UNE BENZODIAZÉPINE

Choix de la molécule

- ▶ Privilégier les BZD à durée d'action intermédiaire.
- ▶ Chez la personne âgée et les personnes atteintes d'insuffisance rénale ou hépatique, privilégier les BZD avec métabolisme par conjugaison (lorazépam, oxazépam ou témazépam).

3.3.2 Modalités de prescription d'une BZD

3.3.2.1 Dose et posologie

Information et recommandations tirées des documents

Plusieurs guides consultés font des recommandations sur les bonnes pratiques de prescription à adopter lorsqu'une BZD est amorcée. Concernant la dose, la plupart des guides recommandent l'utilisation de la plus faible dose de départ possible et de limiter celle-ci à la dose minimale efficace (CPSNS, 2022; Conn *et al.*, 2020; HAS, 2024a; HAS, 2024b; NHS - Essex Partnership University, 2024a; NHS - Nottinghamshire Area Prescribing Committee, 2025; NICE, 2022b; SQG, 2019), surtout si la personne est âgée (GMMMG, 2021; HAS, 2024a; HAS, 2024b; RUSHGQ, 2026; SQG, 2019; CPSM, 2020), insuffisante rénale (CPSNS, 2022; GMMMG, 2021; HAS, 2024a; HAS, 2024b; RUSHGQ, 2026; SQG, 2019) ou insuffisante hépatique (GMMMG, 2021; HAS, 2024b; NHS - South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; CPSM, 2020). Il est également recommandé de privilégier la prise intermittente, au besoin (PRN), plutôt que la prise régulière (Bandelow *et al.*, 2022; NHS - Bristol, 2023; NHS - Essex Partnership University, 2024a; NHS - South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; Riemann *et al.*, 2023; SQG, 2019; Wilson *et al.*, 2019).

3.3.2.2 Durée de traitement

Information et recommandations tirées des documents

Les monographies des différentes BZD administrées par voie orale disponibles au Canada mentionnent les indications officielles de chacun des agents, mais également les durées de traitement recommandées. Le [tableau 2](#) présente les indications et les durées de traitement recommandées dans les monographies officielles des 13 BZD orales disponibles au Canada¹⁵.

¹⁵ Canadian Pharmacists Association. (2025). eCPS (Compendium of Pharmaceuticals and Specialties). <https://www.e-therapeutics.ca>.

Tableau 2 Durées de traitement recommandées dans les monographies officielles

BZD	Indications	Durées de traitement recommandées
Alprazolam	▪ Trouble anxieux généralisé ▪ Trouble panique avec ou sans agoraphobie	La plus courte période possible.
Bromazépam	▪ Anxiété	La plus courte période possible.
Chlordiazépoxyde	▪ Anxiété ▪ Spasme musculaire ▪ Insomnie ▪ Syndrome de sevrage alcoolique ▪ Anxiété associée à la psychose	La plus courte période possible.
Clobazam	▪ Épilepsie (traitement adjuvant)	La plus courte période possible.
Clonazépam	▪ Épilepsie	La plus courte période possible.
Clorazépate	▪ Anxiété ▪ Sevrage alcoolique	L'utilisation à long terme doit être évitée chez les patients âgés.
Diazépam	▪ Anxiété bénigne ou modérée ▪ Sevrage alcoolique ▪ Spasme musculaire (traitement adjuvant)	La durée du traitement devrait être la plus courte possible. Le traitement ne devrait pas dépasser 2 à 3 mois, y compris la période de retrait graduel.
Flurazépam	▪ Insomnie	Ne devrait généralement pas durer plus de 7 à 10 jours consécutifs.
Lorazépam	▪ Anxiété	Le traitement initial ne doit pas durer plus d'une semaine sans réévaluation du besoin d'une prolongation limitée.
Nitrazépam	▪ Insomnie	Le traitement doit être administré le moins longtemps possible et ne devrait généralement pas durer plus de 7 à 10 jours consécutifs.
Oxazépam	▪ Anxiété ▪ Sevrage alcoolique	Durée la plus courte possible.
Témazépam	▪ Insomnie	La durée du traitement ne doit généralement pas excéder 7 à 10 jours consécutifs.
Triazolam	▪ Insomnie	Ne devrait généralement pas durer plus de 7 à 10 jours consécutifs.

Dans les guides de pratique clinique ou les documents portant sur le bon usage des BZD, les durées de traitement recommandées ont été répertoriées et comparées par indication. Le [tableau 3](#) présente la répartition des durées recommandées selon les indications et les populations.

Tableau 3 Recommandations des guides de pratique clinique sur les durées de traitement des BZD à privilégier

Indications	Durées de traitement recommandées	Références
Insomnie	7 à 10 jours	(SQG, 2019)
	≤ 2 semaines	(GMMMG, 2021; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; O'Mahony <i>et al.</i> , 2023)
	≤ 2 à 3 semaines	(Wilson <i>et al.</i> , 2019)
	2 à 4 semaines	(NHS-Essex Partnership University, 2024b)
	< 3 semaines	(ANSM, 2025b)
	< 4 semaines	(Choi <i>et al.</i> , 2020; De Las Salas <i>et al.</i> , 2023; Guay <i>et al.</i> , 2025; HAS, 2024b; Morin <i>et al.</i> , 2021; Palagini <i>et al.</i> , 2024; Riemann <i>et al.</i> , 2023)
Trouble anxieux	3 à 7 jours	(OMS, 2023)
	2 à 4 semaines	(CCSMH, 2024; GMMMG, 2021)
	< 4 semaines	(De Las Salas <i>et al.</i> , 2023)
	4 à 6 semaines	(RUSHGQ, 2021)
	< 12 semaines	(ANSM, 2025b; HAS, 2024a)
	Courtes durées / quelques semaines	(Bandelow <i>et al.</i> , 2023; Bandelow <i>et al.</i> , 2022; DeGeorge <i>et al.</i> , 2022)
GPC sur l'utilisation des BZD sans égard à l'indication	< 2 semaines	(NHS-Bristol, 2023)
	2 à 4 semaines	(CPSNS, 2022; Conn <i>et al.</i> , 2020)
	< 4 semaines	(CPDAP, Bahat <i>et al.</i> , 2020b; 2022; O'Mahony <i>et al.</i> , 2023)
	< 12 semaines	(CPSM, 2020)
	Courte durée	(HSE, 2021; RANZCP, 2019)

Toutes les références consultées recommandent de limiter la durée du traitement à la période la plus courte possible. Toutefois, les recommandations varient considérablement d'une source à l'autre. Pour l'insomnie, les durées suggérées vont généralement de 1 à 4 semaines (ANSM, 2025b; Bahat *et al.*, 2020b; Choi *et al.*, 2020; Conn *et al.*, 2020; De Las Salas *et al.*, 2023; GMMMG, 2021; Guay *et al.*, 2025; HAS, 2024b; HSE, 2021; Morin *et al.*, 2021; NHS-Bristol, 2023; NHS-Essex Partnership University, 2024b; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; O'Mahony *et al.*,

2023; Palagini *et al.*, 2024; RUSHGQ, 2026; Riemann *et al.*, 2023; Roux *et al.*, 2021; SQG, 2019; Wilson *et al.*, 2019). En contexte de trouble anxieux, elles s'étendent de 3 jours à 12 semaines, mais avec une majorité des guides qui se limitent à 4 semaines ou moins (ANSM, 2025b; CCSMH, 2024; GMMMG, 2021; HAS, 2024a; NHS-Bristol, 2023; NHS-Essex Partnership University, 2024a; OMS, 2023; RUSHGQ, 2021; Roux *et al.*, 2021). Les prescriptions initiales de courtes durées sont à privilégier et les renouvellements multiples sont à éviter (NHS-Nottinghamshire Area Prescribing Committee, 2024; GMMMG, 2021).

3.3.2.3 Fin du traitement

La fin du traitement doit être planifiée et discutée avec le patient, idéalement dès la première prescription (NHS-Nottinghamshire Area Prescribing Committee, 2024; Choisir avec soin Canada, 2024c; HAS, 2024a; HAS, 2024b; NHS-Bristol, 2023; NHS-Essex Partnership University, 2024b). Plusieurs groupes recommandent un arrêt progressif à la fin du traitement afin de minimiser les symptômes de sevrage (HAS, 2024a; NHS-Essex Partnership University, 2024a; NHS-Essex Partnership University, 2024b; Palagini *et al.*, 2024; Wilson *et al.*, 2019). Cependant, peu de documents précisent après combien de jours ou de semaines de prise la cessation graduelle devrait être envisagée. Lorsque cette durée est précisée, il est recommandé d'envisager un sevrage après une prise de 2 semaines (CPDAP, 2022) ou de 4 semaines (NHS-Nottinghamshire Area Prescribing Committee, 2024; NHS-Bristol, 2023; O'Mahony *et al.*, 2023).

Il est recommandé d'éviter de prolonger une ordonnance de BZD sans revoir et réévaluer la personne (GMMMG, 2021; HAS, 2024a; NHS-Bristol, 2023).

Perspective du comité consultatif – modalités de prescription des BZD

Les membres du comité adhèrent aux recommandations issues des documents consultés. En ce qui concerne la durée du traitement, ils privilégient une approche individualisée visant la plus courte durée possible. Bien qu'il soit difficile de déterminer une durée optimale applicable à toutes les situations, ils s'entendent sur le fait qu'une utilisation dépassant 4 semaines devrait généralement être évitée.

Le recours à un sevrage graduel en fin de traitement dépend de l'exposition récente et doit être adapté au contexte clinique; les membres soulignent qu'aucun protocole universel ne peut être établi et qu'une approche individualisée s'impose.

Enfin, ils insistent sur l'importance d'une rédaction détaillée de l'ordonnance par le prescripteur pour favoriser un suivi adéquat et une vigilance partagée entre l'ensemble des professionnels impliqués dans les soins du patient.

Perspective des usagers

Plusieurs personnes rencontrées rapportent avoir obtenu, très tôt dans leur parcours de soins, des prescriptions comportant des renouvellements multiples. La plupart ont été informées de la nécessité de limiter leur consommation de BZD afin d'éviter la dépendance. Toutefois, plusieurs déplorent que cette notion n'ait pas été expliquée de manière précise. Elles auraient souhaité que l'on définisse clairement avec elles ce qui

constitue une consommation raisonnable dans leur situation. D'ailleurs, certaines personnes ont cru à tort qu'une prise occasionnelle, conforme à l'ordonnance, les protégeait contre le risque de dépendance. Enfin, le besoin éventuel de sevrage en fin de traitement n'a généralement pas été abordé en début de prise en charge.

AMORCE D'UNE BENZODIAZÉPINE

Modalités de prescription d'une BZD

Prescrire la BZD

- ▶ Dose :
 - Débuter à faible dose et viser la dose minimale efficace.
 - Les doses de départ utilisées devraient être plus faibles chez les personnes avec des facteurs de vulnérabilité aux BZD.
- ▶ Posologie : Privilégier la prise au besoin.
- ▶ Durée de traitement :
 - Utiliser la plus courte durée de traitement possible.
 - Éviter de prescrire plus de 4 semaines.
 - Éviter de prescrire des renouvellements systématiques.
- ▶ Fin du traitement :
 - Prévoir la fin du traitement dès la première ordonnance.
 - Si la BZD a été prise régulièrement, éviter l'arrêt brusque et envisager un sevrage progressif à la fin du traitement.
- ▶ À préciser sur l'ordonnance :
 - L'intention thérapeutique;
 - La fréquence de prise autorisée et sécuritaire convenue avec le patient;
 - La durée de validité de l'ordonnance ou la quantité totale maximale à servir par période;
 - La date de la réévaluation.

Réévaluer et cesser :

- ▶ Tout autre hypnotique ou anxiolytique qui sera remplacé par la BZD afin d'éviter la duplication thérapeutique;
- ▶ Tout autre dépresseur du système nerveux central qui pourrait amplifier les effets indésirables cognitifs et moteurs des BZD.

3.4 Particularités pour le milieu hospitalier

Information et recommandations tirées des documents

Certains guides recensés abordent l'usage des BZD en contexte hospitalier pour le soulagement de l'insomnie ou de l'anxiété (Choisir avec soin Canada, 2024a; Conn *et al.*, 2020; NHS-Essex Partnership University, 2024a; NHS-Nottinghamshire Area Prescribing Committee, 2025; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023).

Les difficultés du sommeil et l'anxiété liées à un épisode de soins sont courantes, et la prescription d'anxiolytiques à action rapide ou de sédatifs-hypnotiques peut parfois être nécessaire. Toutefois, la prise de BZD dans ce contexte devrait être évitée (Choisir avec soin Canada, 2024a; Conn *et al.*, 2020; NHS-Essex Partnership University, 2024b; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023). Qui plus est, si une BZD a été introduite pour pallier une situation aiguë durant le séjour hospitalier, la prise de BZD ne devrait pas être poursuivie à l'externe après le congé (Choisir avec soin Canada, 2024a, 2024b; Conn *et al.*, 2020; NHS-Essex Partnership University, 2024b; NHS-Nottinghamshire Area Prescribing Committee, 2025; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023).

Éléments contextuels et perspective du comité consultatif

La prescription *de novo* d'anxiolytiques et d'hypnotiques en milieu hospitalier demeure fréquente. Comme seules les BZD figurent sur la *Liste des médicaments d'établissement de santé de la RAMQ*¹⁶, les autres options pharmacologiques sont limitées, ce qui favorise l'utilisation des BZD. Ainsi, des patients voient parfois leur traitement habituel – qu'il s'agisse d'agonistes des récepteurs de l'orexine, d'hypnotiques de type Z, de la doxépine ou parfois de la mélatonine – être remplacé par une BZD durant leur hospitalisation faute de disponibilité de ces molécules dans le formulaire.

Par ailleurs, les BZD sont intégrées à de nombreux protocoles et ordonnances préimprimées d'admission à l'urgence ou d'hospitalisation pour assurer le confort des patients dans un contexte souvent stressant. Ces pratiques contribuent toutefois à initier des patients à la prise de BZD et augmentent le risque d'une utilisation prolongée. Les BZD amorcées à l'hôpital se trouvent parfois sur l'ordonnance de congé, parfois même avec plusieurs renouvellements. Si cette prescription n'est pas rapidement interceptée ou réévaluée, la situation peut mener à l'apparition de nouveaux utilisateurs chroniques.

Les membres du comité expriment leur préoccupation à cet égard et rappellent l'importance d'une vigilance accrue du pharmacien communautaire lors de la sortie de l'hôpital. Celui-ci joue un rôle clé dans l'identification des nouvelles prescriptions de BZD dont la poursuite à domicile pourrait être injustifiée.

¹⁶ <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/a-propos/liste-medicaments-fournis-etablissement>.

PARTICULARITÉS POUR LE MILIEU HOSPITALIER

- ▶ Privilégier l'utilisation de mesures non pharmacologiques pour favoriser le sommeil et la réduction du stress durant un séjour hospitalier.
- ▶ À l'arrivée à l'urgence ou à l'admission, éviter de remplacer systématiquement les hypnotiques pris à domicile et non disponibles dans les formulaires des établissements par des BZD. Si l'hypnotique usuel de la personne est substitué à l'hôpital, reprendre ce dernier au congé.
- ▶ Dans les cas où une BZD doit être prescrite pendant le séjour :
 - privilégier l'utilisation au besoin (PRN);
 - au congé, éviter de poursuivre la BZD amorcée pour gérer une situation aiguë durant le séjour hospitalier.
- ▶ Une BZD prescrite au congé d'un séjour hospitalier chez un patient qui n'en prenait pas auparavant devrait toujours faire l'objet d'une réévaluation, surtout si plusieurs renouvellements sont prescrits.

3.5 Suivi et révision de la médication

Information et recommandations tirées des documents

La prescription de BZD doit s'accompagner d'une réévaluation clinique pour juger de l'innocuité et de l'efficacité ainsi que pour anticiper une fin de traitement adaptée (Bandelow *et al.*, 2023; CPDAP, 2022; Conn *et al.*, 2020; GMMMG, 2021; HAS, 2024a; HAS, 2024b; HSE, 2021; Kaiser Permanente, 2022; NHS-Bristol, 2023; NHS-Essex Partnership University, 2024a; NHS-South Yorkshire Integrated Care Board, 2023; NICE, 2022b; SQG, 2019). Bien que la fréquence recommandée de suivi ne soit pas clairement définie dans les documents consultés, un suivi rapproché après l'amorce de la BZD est suggéré.

Cette réévaluation a pour objectifs :

- d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de la BZD amorcée;
- de réviser le mode et la fréquence de prise de la BZD;
- de prévoir la fin du traitement.

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité insistent sur le rôle crucial du suivi lors de la prescription de BZD. Ils considèrent qu'une BZD ne devrait pas être prescrite s'il est impossible d'assurer un suivi rapproché avec la personne. Ils rappellent que plusieurs professionnels de la santé autres que les prescripteurs peuvent participer au suivi et à l'éducation des personnes prenant des BZD, tels que les pharmaciens, les infirmières, les psychologues, les psychothérapeutes et les travailleurs sociaux. Un premier suivi

devrait se faire dans le premier mois de traitement ou à la fin de la durée de traitement de la BZD prescrite. Chaque contact avec le patient devrait être saisi comme une occasion de faire un suivi et de poursuivre le dialogue en lien avec la prise de BZD et l'insomnie ou le trouble anxieux.

Perspective des usagers

Selon les personnes consultées, un suivi rapproché en début de traitement est essentiel. Elles mentionnent que ces rencontres permettent d'effectuer certains essais-erreurs avec différentes molécules, de vérifier le respect de la prescription, d'observer les effets indésirables propres à chaque individu et de discuter de l'évolution de leur situation. Enfin, elles considèrent que ces rencontres constituent aussi des moments privilégiés pour renforcer l'éducation sur les BZD et poursuivre le processus de prise de décision partagée. Plusieurs personnes consultées ont rapporté qu'elles ne se sentaient pas en mesure d'avoir une telle discussion lors de leur consultation initiale, d'où l'importance du suivi.

SUIVI ET RÉVISION DE LA MÉDICATION

- ▶ Toute prescription de BZD doit s'accompagner d'une réévaluation clinique rapprochée* suivant l'instauration du traitement pour juger de son efficacité et de son innocuité et pour anticiper une fin de traitement adaptée.
- ▶ Faire un suivi dans les 2 à 4 semaines suivant la première ordonnance de BZD.
- ▶ Lors de chaque suivi (ou renouvellement en cas de poursuite de la BZD) :
 - évaluer le mode et la fréquence de prise de la BZD. Réviser le journal de sommeil et de suivi rempli par la personne;
 - vérifier si les recommandations non pharmacologiques ont été suivies ou mises en place;
 - réviser et réévaluer la pertinence de poursuivre le traitement de BZD avec le patient, dans un processus de décision partagée.
- ▶ Procéder à une réévaluation clinique avant de prolonger un traitement. Si les besoins persistent dans le temps, revoir le diagnostic différentiel et réévaluer la prise en charge.
- ▶ La fréquence des suivis doit être adaptée aux traitements concomitants instaurés, au contexte clinique, à la sévérité des symptômes, aux facteurs de vulnérabilité ainsi qu'aux besoins et préférences de la personne.
- ▶ Consigner dans le dossier du patient les discussions et les prises de décision en lien avec la prise de BZD.

3.6 Dialogue avec l'utilisateur et prise de décision partagée

3.6.1 Processus de discussion

Information et recommandations tirées des documents

Les guides de pratique recommandent d'adopter une approche décisionnelle partagée concernant le choix de l'option thérapeutique en présence d'insomnie ou d'un trouble anxieux (Conn *et al.*, 2020; VA/DoD, 2025a; MSSS, 2022a; MSSS, 2022b; NICE, 2019; NICE, 2021; NICE, 2022b; Riemann *et al.*, 2023). Certains documents précisent qu'il s'agit d'une discussion entre le patient et son médecin sur les avantages et les inconvénients des différentes options pour parvenir à une décision commune (NHS, 2024b; NICE, 2021; Riemann *et al.*, 2023), et que les personnes doivent être impliquées activement dès le début dans le processus (Bjelkaroy *et al.*, 2024; Burry *et al.*, 2022; Kawamata *et al.*, 2021; Marquina-Marquez *et al.*, 2022; Mokhar *et al.*, 2019; Mokhar *et al.*, 2018; My health Alberta, 2024; Oldenhof *et al.*, 2019). Selon un exemple d'outil d'aide à la décision, ce processus est divisé en quatre étapes : 1) donner des informations; 2) comparer les options; 3) déterminer ce qui compte pour la personne; et 4) prendre une décision (My health Alberta, 2024).

Perspective des usagers

Selon les personnes consultées, la période aiguë ne constitue pas toujours un moment approprié pour amorcer un dialogue et une prise de décision partagée. Elles considèrent ce processus essentiel et l'envisagent comme évolutif dans le parcours de soins. Elles mentionnent l'importance de la transparence, de l'empathie, de l'ouverture d'esprit et de la relation de confiance entre le patient et le médecin.

3.6.2 Fournir de l'information sur la problématique

Information et recommandations tirées des documents

L'importance de fournir de l'information sur ce qu'est l'insomnie ou l'anxiété chronique est mentionnée dans plusieurs documents (ANSM, 2025a; Bandelow *et al.*, 2022; Burry *et al.*, 2022; CCSMH, 2024; Choi *et al.*, 2020; VA/DoD, 2025b; MSSS, 2022a; Mokhar *et al.*, 2018; Patient, 2022; Seddon *et al.*, 2024; Tannenbaum *et al.*, 2014a). Selon la littérature, les informations transmises devraient être accessibles, adaptées et personnalisées selon les besoins de la personne, et être fournies à la fois verbalement et par écrit (Mokhar *et al.*, 2018; Seddon *et al.*, 2024).

Perspective des usagers

Les personnes rencontrées soulignent qu'il ne peut y avoir une seule méthode pour transmettre l'information. Il est essentiel de fournir l'information à la fois à l'écrit et à l'oral en utilisant un langage clair, simple et accessible et en évitant le jargon scientifique.

3.6.3 Présenter les différentes options de traitement et leurs rôles

Information et recommandations tirées des documents

Les données issues de la littérature soulignent l'importance de présenter puis d'aborder avec la personne l'ensemble des options de traitement – pharmacologiques et non pharmacologiques – même si certaines de ces options ne sont pas accessibles (ANSM, 2025a; Anthierens *et al.*, 2007; Bandelow *et al.*, 2023; Bandelow *et al.*, 2022; Benzodiazepine information coalition, 2021; CPDAP, 2022; Chahal *et al.*, 2023; Conn *et al.*, 2020; VA/DoD, 2025b; Kilcullen Family practice, 2024; MSSS, 2022a; Mokhar *et al.*, 2019; Mokhar *et al.*, 2018; My health Alberta, 2024; NICE, 2019; NICE, 2021; NICE, 2022a; NICE, 2022b; NICE, 2022c; NICE, 2023; Oldenhof *et al.*, 2019; Oregon Health Authority, 2022; Patient, 2022; Riemann *et al.*, 2023; Seddon *et al.*, 2024; Sirdifield *et al.*, 2017; CPSM, 2020). Cette discussion devrait notamment inclure de l'information sur l'efficacité et les objectifs de traitement de chaque option (VA/DoD, 2025b; NICE, 2022a; Patient, 2022).

Selon la littérature consultée, il est recommandé de fournir, préalablement à toute prescription, des informations claires sur les avantages et les inconvénients ainsi que sur les effets secondaires des BZD comme traitement du trouble anxieux ou de l'insomnie et de s'assurer que la personne en comprend pleinement la portée (Anthierens *et al.*, 2007; Bjelkaroy *et al.*, 2024; Burry *et al.*, 2022; Celikkayalar *et al.*, 2021; Chahal *et al.*, 2023; Kawamata *et al.*, 2021; Kilcullen Family practice, 2024; NHS-Scotland, s.o.; NICE, 2022a; NICE, 2022c; Oldenhof *et al.*, 2019; Oregon Health Authority, 2022; Patient, 2022; Rethink mental illness, 2022; Seddon *et al.*, 2024; Tannenbaum *et al.*, 2014b; RACGP, 2015). Il est essentiel d'adapter ces informations à la situation et à l'expérience de la personne (Bjelkaroy *et al.*, 2024; NICE, 2018; NICE, 2021).

Perspective des usagers

Selon les personnes consultées, il est important de prendre le temps de discuter des avantages et des inconvénients des différentes options thérapeutiques. Elles s'entendent pour dire que les BZD ne doivent être envisagées qu'en dernier recours, une fois que toutes les autres options ont été explorées. Enfin, il est mentionné que les explications sur les rôles et les objectifs des traitements utilisés pour le trouble anxieux sont souvent insuffisantes (traitement de secours vs traitement de maintien).

Les personnes consultées soulignent l'importance d'être informées des avantages et des inconvénients liés aux BZD. Elles sont préoccupées par le manque d'information sur la dépendance et le sevrage transmis par le prescripteur. De plus, elles auraient souhaité être mieux accompagnées pour éviter une utilisation à long terme et être rassurées quant aux risques associés à ces traitements. Malgré tout, certaines personnes affirment avoir été clairement averties des risques de dépendance et encouragées à utiliser les BZD au besoin seulement.

Certaines personnes disent accepter les inconvénients associés aux BZD, estimant que les avantages ressentis – notamment le maintien du fonctionnement et un meilleur sommeil – surpassent les risques à long terme. Pour elles, il s'agit d'un calcul réfléchi sur l'équilibre entre les avantages et les inconvénients. À l'inverse, d'autres auraient été plus prudentes si elles avaient été mieux informées des implications d'un usage prolongé. Finalement, il est mentionné qu'il serait pertinent de mieux définir les concepts de dépendance et de tolérance, puisque ces inconvénients peuvent être mal interprétés par les patients. Ils auraient aimé qu'on leur explique davantage les conséquences de la dépendance, notamment le besoin d'un sevrage lent, long et souvent ardu.

3.6.4 Préoccupations des patients

Information et recommandations tirées des documents

Les données issues de la littérature soulignent l'importance d'écouter et d'aborder les préoccupations de la personne concernant la prise de médicaments (CPDAP, 2022; MSSS, 2022a; NICE, 2019). La prise de décision partagée est une approche centrée sur le patient qui tient compte des besoins individuels (VA/DoD, 2025a; NICE, 2022b), des valeurs et préférences de la personne (Bandelow *et al.*, 2022; VA/DoD, 2025a; MSSS, 2022a; NICE, 2018; NICE, 2019; NICE, 2021) et des expériences de traitement antérieures réussies ou infructueuses (Bandelow *et al.*, 2022; MSSS, 2022a; NICE, 2019).

Les documents du NICE sur la prise de décision partagée recommandent de laisser à la personne le temps nécessaire pour exprimer ses besoins (NICE, 2018; NICE, 2021). Un autre document mentionne que la décision doit appartenir à la personne et qu'elle peut être révisée en tout temps (NICE, 2023). Il est essentiel qu'elle dispose d'un soutien et de conseils suffisants pour prendre une décision éclairée (NICE, 2023). À cette fin, il est recommandé de vérifier si elle souhaite impliquer des proches ou d'autres personnes de confiance dans ce processus (NICE, 2021; NICE, 2022b).

Perspective des usagers

Les personnes rencontrées lors des consultations insistent sur l'importance de prendre le temps d'écouter les craintes et le vécu des patients par rapport aux différentes options de traitement (p. ex. : comprendre ce qui a été essayé pour favoriser le sommeil). Il est également suggéré de clarifier les objectifs de traitement de la personne.

Les usagers insistent sur l'importance d'obtenir un consentement libre et éclairé concernant l'amorce d'une prise de BZD. Elles rapportent toutefois qu'il peut être difficile de prendre une décision éclairée en situation de vulnérabilité ou d'instabilité psychologique. Dans ces contextes, il peut être pertinent d'informer et d'impliquer un ou des proches de confiance dans la discussion.

3.6.5 Information à transmettre sur les BZD

Information et recommandations tirées des documents

De nombreux documents mentionnent l'importance de fournir de l'information sur les BZD et les conditions d'utilisation (ANSM, 2025a; Anthierens *et al.*, 2007; Bandelow *et al.*, 2022; CCSMH, 2024; Chahal *et al.*, 2023; Choi *et al.*, 2020; HAS, 2024a; Melbourne, 2020; MSSS, 2022a; NICE, 2019; NICE, 2022b; NICE, 2022c; RANZCP, 2019; Seddon *et al.*, 2024; CPSM, 2020), notamment :

- l'objectif du traitement (NICE, 2021; CPSM, 2020);
- la durée de la prescription et l'absence de renouvellement possible, le cas échéant (ANSM, 2025a; ANSM, 2025b; AAPP, 2016; Benzodiazepine information coalition, 2021; GMMMG, 2021; HSE, 2021; Kilcullen Family practice, 2024; Melbourne, 2020; NHS, 2025; NHS-Scotland, s.o.; NICE, 2022a; NICE, 2023; Patient, 2022; Rethink mental illness, 2022; Tannenbaum *et al.*, 2014b; RACGP, 2015);
- la dose initiale et les intervalles entre les ajustements posologiques (NICE, 2022b; RANZCP, 2019; CPSM, 2020);
- le moment de prendre la médication (au besoin, intervalle entre les doses) (Choi *et al.*, 2020; NICE, 2022a; Patient, 2022);
- les principaux effets indésirables (CPDAP, 2022; Chahal *et al.*, 2023; HAS, 2024a; HAS, 2024b; MSSS, 2022a; NHS, 2025; NICE, 2019; NICE, 2022b; RANZCP, 2019; Seddon *et al.*, 2024);
- les précautions à respecter (p. ex. : grossesse, prise concomitante avec de l'alcool, des opioïdes ou des hypnotiques en Z) (ANSM, 2025a; AAPP, 2016; Benzodiazepine information coalition, 2021; HAS, 2024a; HAS, 2024b; NICE, 2022a; Rethink mental illness, 2022; RACGP, 2015).

Perspective des usagers

Les personnes consultées rapportent un manque d'explications et de discussion avec le prescripteur lors du début du traitement. La plupart des informations reçues provenaient plutôt de la fiche médicament remise à la pharmacie. Enfin, elles soulignent l'importance de trouver un juste équilibre entre un excès et un manque d'information.

4 PERSPECTIVES DES AUTRES PARTIES PRENANTES CONSULTÉES

4.1 Comité délibératif permanent

Le Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé a été consulté au début et à la fin du projet. Ses membres ont procédé à une appréciation globale de la valeur des travaux pour la société québécoise.

De manière générale, les membres ont souligné la pertinence et l'utilité du livrable, tant sur le plan du contenu que de la forme. Ils ont toutefois mis en lumière certains défis liés à l'implantation des recommandations, notamment dans un contexte de consultations brèves auprès de personnes présentant une détresse aiguë et des comorbidités multiples. Ces contraintes peuvent rendre plus difficiles la réalisation d'une évaluation clinique approfondie ainsi que l'adoption d'une démarche complète de prise de décision partagée.

Un consensus se dégage également quant au manque d'options alternatives à la prescription d'anxiolytiques à action rapide et d'hypnotiques. L'accès très limité aux interventions non pharmacologiques, en particulier celles fondées sur les approches cognitivo-comportementales, de même que la rareté des services psychosociaux offerts dans le réseau public exercent une pression importante en faveur de la prescription. À cela s'ajoute le non-remboursement des autres hypnotiques par le RPAM, une situation jugée paradoxale dans un contexte de volonté affirmée de réduire l'usage des BZD.

Les membres du comité ont par ailleurs souligné que l'enjeu principal ne réside pas toujours dans l'instauration du traitement, mais plutôt dans l'absence de suivi structuré après la première prescription, ce qui favorise la chronicisation de l'usage et les renouvellements automatiques. Dans ce contexte, le rôle des pharmaciens est reconnu comme central, tant pour le suivi que pour la vigilance lors des transitions de soins.

Enfin, malgré certains enjeux soulevés quant à l'applicabilité, l'outil élaboré est perçu comme un référentiel normatif et formatif important pour soutenir les bonnes pratiques cliniques.

4.2 Autres besoins dégagés

Un besoin réel a été exprimé par l'ensemble des parties prenantes concernées en matière d'outils destinés aux patients, bien qu'ils ne fassent pas actuellement partie des produits offerts par l'INESSS (sauf exception). Les usagers ont notamment fait état d'un manque d'information et d'éducation concernant leur condition, les approches recommandées ainsi que les risques associés à l'utilisation des BZD. Ce besoin d'outils éducatifs a également été clairement exprimé par les comités consultatif et délibératif permanent, en particulier en ce qui concerne les bonnes habitudes de vie et de sommeil à adopter dans un contexte d'insomnie ou de troubles anxieux, les bénéfices, risques et limites des différentes approches thérapeutiques, qu'elles soient pharmacologiques ou

non pharmacologiques, ainsi que les ressources disponibles pour soutenir les personnes. Il est avancé qu'une meilleure éducation à l'égard de ces conditions pourrait favoriser un usage plus judicieux et approprié des anxiolytiques à action rapide et des hypnotiques, notamment des BZD. Par ailleurs, considérant que les personnes sont souvent en situation de détresse au moment de la prise en charge, la remise de documentation en vue d'une consultation ultérieure, à tête reposée, apparaît comme une stratégie pertinente aux yeux des parties prenantes consultées.

Enfin, l'ensemble des parties prenantes a exprimé le besoin de disposer de plus de soutien et d'outils pour accompagner tant les cliniciens que les usagers dans les démarches de déprescription, en contexte d'usage chronique ou de dépendance aux BZD.

5 ENJEUX RELATIFS À LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS ET PISTES D'ACTION

Accessibilité des options de traitement

L'un des principaux défis liés à l'implantation des recommandations de cet outil repose sur l'accès limité aux traitements de première intention, en particulier aux interventions cognitivo-comportementales. Bien que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et, à tout le moins, les interventions comportementales brèves soient reconnues comme des traitements de première intention pour les troubles anxieux et l'insomnie, leur disponibilité demeure insuffisante au Québec.

Cette accessibilité restreinte freine leur utilisation optimale et contribue possiblement à maintenir une dépendance aux options pharmacologiques, notamment les BZD. Cela pourrait expliquer pourquoi la consommation des BZD est plus élevée au Québec qu'ailleurs au pays (ICIS, 2022; INESSS, 2024; INSPQ, 2025; IQVIA, 2025). De plus, l'identification de professionnels formés aux approches cognitivo-comportementales peut s'avérer difficile en raison de l'absence d'une base de données ou d'un répertoire centralisé permettant de trouver facilement des professionnels vers lesquels orienter les patients.

Dans le cas de l'insomnie, l'exploration des autres options de sédatifs-hypnotiques doit faire partie intégrante de la démarche clinique. Le statut de remboursement par le RPAM des autres options constitue toutefois une barrière à leur utilisation. Plusieurs options présentent des profils d'innocuité et d'efficacité intéressants et prometteurs. Toutefois, ces molécules ne sont actuellement pas remboursées par le RPAM. Cette accessibilité limitée aux autres options pharmacologiques contribue également à favoriser l'utilisation des BZD. La restriction de l'usage des BZD pourrait créer un déplacement potentiel vers l'utilisation d'autres molécules de remplacement, que ce soit par la prescription de molécules sans homologation pour l'insomnie ou la consommation de substances illicites, contrefaites ou qui présentent un profil d'innocuité défavorable, telles que l'alcool et le cannabis, par exemple. Des surdoses et des décès liés à des BZD contrefaites, notamment des comprimés vendus comme étant de l'alprazolam, mais contenant du bromazolam, ont été signalés en Amérique du Nord et en Europe, souvent dans un contexte d'automédication pour les troubles anxieux ou du sommeil (Mérette *et al.*, 2023). Au Québec, un rapport du coroner à la suite d'un décès récent lié à la consommation de BZD contrefaites recommande la mise en place d'une campagne de prévention nationale à l'intention des jeunes adultes portant sur les risques des médicaments contrefaits¹⁷.

Pour accéder à des services psychosociaux ou à des traitements pharmacologiques non couverts par le RPAM, les personnes doivent fréquemment se tourner vers le secteur privé. Si cette option est envisageable pour celles qui bénéficient d'une assurance privée, elle contraint les autres à assumer elles-mêmes les coûts, notamment celui des

¹⁷ https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/Rapports_biff%C3%A9s/2026/2026-04-29/2025-02215-95_ANONYME_2.pdf.

médicaments non remboursés. Cette réalité accentue les inégalités sociales en compromettant l'accès équitable à des options thérapeutiques pourtant recommandées et sécuritaires.

Continuité des soins et ressources cliniques

Dans le contexte actuel, la continuité des soins demeure un enjeu majeur dans la prise en charge des patients. Cette situation s'explique notamment par la proportion importante de patients sans médecin de famille attiré et par la pression exercée sur les médecins de famille, dont la pratique est souvent orientée vers des impératifs de volume, contribuant à la fragmentation des trajectoires de soins.

Le manque de ressources, la fragmentation des soins et les disparités entre les patients bénéficiant d'un suivi médical régulier et ceux sans médecin de famille constituent des obstacles importants à l'application des recommandations et à la démarche de prise de décision partagée.

Implantation des recommandations

Les changements de pratique qui pourraient découler de ces travaux dépendront de la diffusion de l'outil clinique associé à ce rapport et de l'appropriation de l'information clinique et des recommandations par les professionnels de la santé concernés. Différentes avenues pourraient favoriser l'implantation des recommandations dans la pratique, dont :

- la diffusion de l'outil par le biais des autorités concernées au sein des établissements, des ordres et associations professionnels ou des outils numériques utilisés par les professionnels de la santé concernés;
- l'intégration des recommandations à la formation initiale et continue des professionnels de la santé;
- une accessibilité accrue aux services offrant des interventions basées sur les approches cognitivo-comportementales adaptées aux troubles du sommeil et anxieux, de même qu'une meilleure identification des ressources disponibles selon les régions;
- l'exploration de stratégies permettant d'élargir l'éventail des options pharmacologiques sécuritaires disponibles et accessibles au Québec;
- la mise en place d'activités d'amélioration continue de la qualité des soins et des services afin de faire le suivi de l'évolution des pratiques de prescription des BZD au sein de la patientèle. À cet égard, des outils comme les portraits de pratique des groupes de médecine de famille (GMF), élaborés par l'INESSS dans le cadre du projet [Repères GMF](#)¹⁸, peuvent être utilisés, notamment grâce à l'indicateur portant sur la consommation de BZD.

¹⁸ INESSS : À propos de Repères GMF.

CONCLUSION

Les recommandations et outils développés dans le cadre de ce mandat visent à soutenir les professionnels de la santé dans un usage optimal des BZD, à favoriser des décisions éclairées et à réduire la surutilisation et la chronicisation de la prise de BZD. En s'appuyant sur les meilleures données probantes, les réalités du terrain et l'expérience des usagers, ces travaux s'inscrivent dans une volonté collective d'améliorer la pertinence des soins, de réduire les risques associés aux BZD et de promouvoir une approche sécuritaire, cohérente et centrée sur la personne.

MISE À JOUR

L'évaluation de la pertinence de mettre à jour ce document sera faite dans quatre ans à partir de la date de publication de la présente version. Dans le cas où de nouvelles recommandations de bonnes pratiques seraient publiées ou que de nouvelles options de traitement deviendraient disponibles avant la date prévue de la prochaine mise à jour, la pertinence de la devancer pourra être considérée, selon l'impact potentiel de ces changements sur le contenu de l'outil clinique et sur la pratique.

RÉFÉRENCES

- AA Pharma Inc. (2021a). *FLURAZEPAM (capsules de flurazépam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00063498.PDF
- AA Pharma Inc. (2021b). *MOGADON (capsules de nitrazépam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00063004.PDF
- AA Pharma Inc. (2021c). *RESTORIL (capsules de témazépam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00064578.PDF
- AA Pharma Inc. (2021d). *TRIAZOLAM (comprimés de triazolam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00064210.PDF
- AA Pharma Inc. (2022). *DIAZÉPAM (comprimés de diazépam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00064722.PDF
- Abdel Baky, A., Al Refaei, A., El Meleg, E., Tantawi, H., Mansour, L., Mohamed, M., El Rashidy, O., Hassanein, S., Omar, T., Elsayeh, A., ElGazzar, H., Amer, Y. S. et Abd Elmaksoud, M. (2024). Adapting Evidence-Based Practice Guidelines for Emergency Management of Seizures in Children Beyond the Neonatal Period. *Pediatric Neurology*, 157, 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2024.05.004>
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). (2025a). *Anxiété et médicaments*. <https://ansm.sante.fr/uploads/2025/04/04/ansm-bum-brochure-anxiete-gp.pdf>
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). (2025b). *Anxiété ou insomnie : 5 informations à connaître sur l'usage des benzodiazépines (ou apparentés) en médecine générale*. <https://ansm.sante.fr/page/les-medicaments-et-moi>
- American Association of Psychiatric Pharmacists (AAPP). (2016). *Risks of Benzodiazepines*. https://aapp.org/_q/patient/benzos/benzos.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIVEYKKICXLJBFKEA&Expires=1770822468&Signature=OOboxOjW%2Ff15YORfAvbP9h0%2FuTk%3D
- American Geriatrics Society (AGS). (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria R for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(7), 2052-2081. <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Insomnia disorder*. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anthierens, S., Habraken, H., Petrovic, M., Deveugele, M., De Maeseneer, J. et Christiaens, T. (2007). First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients' perspectives. *Canadian Family Physician*, 53(7), 1200-1201. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872818>

- Apotex Inc. (2021a). *APO-ALPRAZ (comprimés d'alprazolam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00063769.PDF
- Apotex Inc. (2021b). *APO-CLOBAZAM (comprimés de clobazam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00061422.PDF
- Apotex Inc. (2021c). *APO-CLORAZÉPATE (capsules de clorazépate USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00064626.PDF
- Apotex Inc. (2022). *APO-BROMAZEPAM (comprimés de bromazépam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00067863.PDF
- Apotex Inc. (2023a). *APO-CLONAZEPAM (comprimés de clonazépam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00072498.PDF
- Apotex Inc. (2023b). *APO-LORAZEPAM (comprimés de lorazépam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00071278.PDF
- Apotex Inc. (2023c). *APO-OXAZEPAM (comprimés d'oxazépam USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00072825.PDF
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). (2015). *BENZODIAZEPINES*.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). (2025). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, version en ligne (e-CPS)*. <https://www.e-therapeutics.ca/>
- Bahat, G., Ilhan, B., Bay, I., Kilic, C., Kucukdagli, P., Oren, M. M. et Karan, M. A. (2020a). Explicit versus implicit evaluation to detect inappropriate medication use in geriatric outpatients. *Aging Male*, 23(3), 179-184. <https://doi.org/10.1080/13685538.2018.1464552>
- Bahat, G., Ilhan, B., Erdogan, T., Halil, M., Savas, S., Ulger, Z., Akyuz, F., Bilge, A. K., Cakir, S., Demirkan, K., Erelel, M., Guler, K., Hanagasi, H., Izgi, B., Kadioglu, A., Karan, A., Kulaksizoglu, I. B., Mert, A., Ozturk, S., . . . Karan, M. A. (2020b). Turkish inappropriate medication use in the elderly (TIME) criteria to improve prescribing in older adults: TIME-to-STOP/TIME-to-START. *Eur Geriatr Med*, 11(3), 491-498. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00297-z>
- Bandelow, B., Allgulander, C., Baldwin, D. S., Costa, D., Denys, D., Dilbaz, N., Domschke, K., Eriksson, E., Fineberg, N. A., Hattenschwiler, J., Hollander, E., Kaiya, H., Karavaeva, T., Kasper, S., Katzman, M., Kim, Y. K., Inoue, T., Lim, L., Masdrakis, V., . . . Zohar, J. (2023). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*, 24(2), 79-117. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>
- Bandelow, B., Werner, A. M., Kopp, I., Rudolf, S., Wiltink, J. et Beutel, M. E. (2022). The German Guidelines for the treatment of anxiety disorders: first revision. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 272(4), 571-582. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01324-1>
- Bausch Health Canada Inc. (2021). *LIBRAX (capsules de chlórdiazépoxide USP) monographie*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00065279.PDF

- Benzodiazepine information coalition. (2021). *Informed Consent for Benzodiazepine Prescription*. <https://www.benzoinfo.com/wp-content/uploads/2021/06/Benzodiazepine-Informed-Consent.pdf>
- Bjelkaroy, M. T., Simonsen, T. B., Siddiqui, T. G., Halset, S., Cheng, S., Grambaite, R., Benth, J. S., Gerwing, J., Kristoffersen, E. S. et Lundqvist, C. (2024). Brief Intervention as a Method to Reduce Z-Hypnotic Use by Older Adults: Feasibility Case Series. *JMIR Formative Research*, 8, e51862. <https://doi.org/10.2196/51862>
- Brett, J. M., B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence *Australian Prescriber*, 38(5), 152-155.
- Burry, L., Turner, J., Morgenthaler, T., Tannenbaum, C., Cho, H. J., Gathecha, E., Kisuule, F., Vijenthira, A. et Soong, C. (2022). Addressing Barriers to Reducing Prescribing and Implementing Deprescribing of Sedative-Hypnotics in Primary Care. *Annals of Pharmacotherapy*, 56(4), 463-474. <https://doi.org/10.1177/10600280211033022>
- Buyse, D. J., Arnedt, J. T., Buenaver, L., Chang, J. L., Fernandez-Mendoza, J., Patel, S. I., Zhou, E. S., Falck-Ytter, Y., Hyer, S., Kazmi, U., Singh, M. et Wickwire, E. M. (2026). Combination treatment for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.1007/s44470-025-00038-8>
- Canadian Coalition for Seniors Mental Health (CCSMH). (2024). *Canadian Guidelines for the Assessment and Treatment of Anxiety in Older Adults*. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/01/Anxiety-Clinical-Guidelines_ENG_digital_final.pdf
- Celikkayalar, E., Airaksinen, M., Kivela, S. L., Nieminen, J., Kleme, J. et Puustinen, J. (2021). Are Older People Aware of Potential Risks Related to Benzodiazepines They are Taking and Has Anything Changed in Risk Awareness Over Ten Years? *Patient Prefer Adherence*, 15, 141-147. <https://doi.org/10.2147/PPA.S280503>
- Center for Prescription Drug Abuse Prevention (CPDAP). (2022). *Benzodiazepine prescribing guidance*. <https://corxconsortium.org/wp-content/uploads/Benzo-Prescribing.pdf>
- Chahal, K., Glass, M., Falk, J., Singer, A. et Leong, C. (2023). Patient values and preferences regarding communicating risk versus benefit of benzodiazepine initiation: A cross-sectional survey study. *Health Science Reports*, 6(12), e1597. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1597>
- Chen, A., Metzger, E., Lee, S. et Osser, D. (2024). A Proposed Algorithm for the Pharmacological Treatment of Generalized Anxiety Disorder in the Older Patient. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*, 8919887241289533. <https://doi.org/10.1177/08919887241289533>
- Choi, H., Youn, S., Um, Y. H., Kim, T. W., Ju, G., Lee, H. J., Lee, C., Lee, S. D., Bae, K., Kim, S. J., Lee, J. H., Kim, T. et Chung, S. (2020). Korean Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Insomnia in Adults. *Psychiatry Investigation*, 17(11), 1048-1059. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0146>

- Choisir avec soin Canada. (2024a). *Outil pour réduire l'utilisation inappropriée de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les adultes hospitalisés*. https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2025/03/CWC_LessSedatives_2025_FR.pdf
- Choisir avec soin Canada, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Association des psychiatres du Canada. (2024b). *Psychiatrie - Les treize examens sur lesquels on devrait s'interroger*. <https://choisiravecsoin.org/recommandation/psychiatrie/>
- Choisir avec soin Canada, Association des pharmaciens du Canada. (2024c). *Pharmaciens - Les onze examens et traitements sur lesquels on devrait s'interroger*. <https://choisiravecsoin.org/recommandation/pharmacien/>
- Choisir avec soin Canada, Chapitre canadien de la société de médecine d'hôpital. (2024d). *Médecine d'hôpital - Les cinq examens et traitements sur lesquels on devrait s'interroger*. <https://choisiravecsoin.org/recommandation/medecine-dhopital/>
- Choisir avec soin Canada, Société canadienne de gériatrie. (2025). *Gériatrie - Les douze examens et traitements sur lesquels on devrait s'interroger*. <https://choisiravecsoin.org/recommandation/geriatrie/>
- Choisir avec soin Canada, Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. (2024e). *Pharmacies d'hôpitaux - Les seize examens et traitements sur lesquels on devrait s'interroger*. <https://choisiravecsoin.org/recommandation/pharmacies-dhopitaux/>
- Choisir avec soin Canada, Société médicale canadienne sur l'addiction. (2022). *Médecine des troubles liés à l'usage des substances - Les huit examens et traitements sur lesquels on devrait s'interroger*. <https://choisiravecsoin.org/recommandation/medecine-des-toxicomanies/>
- College of physicians & surgeons of Nova Scotia (CPSNS). (2022). *Professional Standards Regarding Benzodiazepines and Z-Drugs*. <https://cpsns.ns.ca/resource/benzodiazepines-and-z-drugs/>
- Conn, D. K., Hogan, D. B., Amdam, L., Cassidy, K. L., Cordell, P., Frank, C., Gardner, D., Goldhar, M., Ho, J. M., Kitamura, C. et Vasil, N. (2020). Canadian Guidelines on Benzodiazepine Receptor Agonist Use Disorder Among Older Adults *Canadian Geriatrics Journal CGJ.*, 23(1), 116-122. <https://doi.org/10.5770/cgj.23.419>
- De Las Salas, R., Vaca-Gonzalez, C., Eslava-Schmalbach, J., Torres-Espinosa, C. et Figueras, A. (2023). Tackling potentially inappropriate prescriptions in older adults: development of deprescribing criteria by consensus from experts in Colombia, Argentina, and Spain. *BMC Geriatrics*, 23(1), 682. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04271-9>
- DeGeorge, K. C., Grover, M. et S., S. G. (2022). Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *American Family Physician*, 106(2).
- Department of Veterans Affairs, Department of Defense (VA/DoD). (2025a). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Insomnia Disorder and Obstructive Sleep Apnea*. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/insomnia/index.asp>

- Department of Veterans Affairs, Department of Defense (VA/DoD). (2025b). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Insomnia Disorder and Obstructive Sleep Apnea - Patient Summary*.
https://www.healthquality.va.gov/HEALTHQUALITY/guidelines/CD/insomnia/I-OA-2025-Patient-Summary_final_20250205.pdf
- Edinoff, A. N., Nix, C. A., Hollier, J., Sagrera, C. E., Delacroix, B. M., Abubakar, T., Cornett, E. M., Kaye, A. M. et Kaye, A. D. (2021). Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations. *Neurol Int*, 13(4), 594-607.
<https://doi.org/10.3390/neurolint13040059>
- Greater Manchester Medicines Management Group (GMMM). (2021). *Benzodiazepine and Z-drug. Prescribing: Resource Pack 2021*. <https://gmmmg.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/08/Benzodiazepine-and-Z-drug-Resource-Pack-GMMM-FINAL-v1-0-for-GMMM-website.pdf>
- Guay, M., Ngô, T.-L., Jetté-Pomerleau, V., Goulet, J. et Moderie, C. (2025). *Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement de l'insomnie chez l'adulte et la personne âgée - Une approche axée sur la thérapie comportementale brève pour l'insomnie*. <https://tccmontreal.com/wp-content/uploads/2025/02/guide-therapie-comportementale-insomnie.pdf>
- Hamel, C., Michaud, A., Thuku, M., Skidmore, B., Stevens, A., Nussbaumer-Streit, B. et Garritty, C. (2021). Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *J Clin Epidemiol*, 129, 74-85. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.041>
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2024a). *Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ?* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/bum_bzd_anxiete_11_07_24_vf.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2024b). *Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ?* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/bum_bzd_insomnie_11_07_24_vf.pdf
- Health Service Executive (HSE). (2021). *Guidance on appropriate prescribing of benzodiazepines and z-drugs (BZRA) for the treatment of anxiety and insomnia*. <https://www.drugsandalcohol.ie/34248/>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2022). *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada*. .
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2024). *Portrait de la polypharmacie et de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées au Québec*. .
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2023). *Lignes directrices de revues rapides*. .
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Demarche/INESSS_Lignes_directrices_revues_rapides_2023.pdf

- Institut national de santé public du Québec (INSPQ). (2025). *Vieillesse en santé : Portrait des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées au Québec de 2012 à 2022*.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3721-vieillesse-sante-medicaments-inappropriees-ainees-qc-2012-2022.pdf>
- IQVIA. (2025). *Traitements médicamenteux des troubles de santé mentale au Canada*.
https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/publications/iqvia_2025-mental-health-report_fr.pdf
- Jones, C. M. et McAninch, J. K. (2015). Emergency Department Visits and Overdose Deaths From Combined Use of Opioids and Benzodiazepines. . *Am J Prev Med*, 49(4), 493-501. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.040>
- Kaiser Permanente. (2022). *Benzodiazepine and Z-Drug Safety Guideline*.
<https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/benzo-zdrug.pdf>
- Kawamata, Y., Sugawara, N., Ishioka, M., Kubo, K., Suzuki, K., Fujii, A., Furukori, H., Nakagami, T., Yasui-Furukori, N. et Shimoda, K. (2021). Different Attitudes of Patients and Psychiatrists Toward Benzodiazepine Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 17, 1927-1936. <https://doi.org/10.2147/NDT.S314440>
- Kilcullen Family practice. (2024). *Understanding the Risks of Benzodiazepines and Z-Drugs -Patient Information Leaflet* <https://kfpgp.ie/wp-content/uploads/2024/10/Patient-Information-Leaflet-Benzodiazepines-and-z-drugs.pdf>
- Lexi-Drugs. (2025). *UpToDate Lexidrug*. <https://online.lexi.com>
- Marquina-Marquez, A., Olry-de-Labry-Lima, A., Bermudez-Tamayo, C., Ferrer Lopez, I. et Marcos-Marcos, J. (2022). Identifying barriers and enablers for benzodiazepine (de)prescription: a qualitative study with patients and healthcare professionals. *An Sist Sanit Navar*, 45(2). <https://doi.org/10.23938/ASSN.1005>
- Matheson, E. M., Brown B. D., DeCastro, A. O. (2024). Treatment of Chronic Insomnia in Adults. *American Family Physician*, 109(2), 154-160.
- Melbourne, N. W. (2020). *Understanding Benzodiazepines*. https://nwmphn.org.au/wp-content/uploads/2020/12/WVPHN0017_NEW_A4_opioid_medicines_flyers_v10-BLANK-1.pdf
- Mérette, S. A. M., Thériault, S., Piramide, L. E. C., Davis, M. D. et Shapiro, A. M. (2023). Bromazolam Blood Concentrations in Postmortem Cases—A British Columbia Perspective. *J Anal Toxicol*, 47, 385-392.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/jat/bkad005>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2022a). *Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique chez les adultes : repérage, orientation et traitement - Guide de pratique clinique*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-23W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2022b). *Trouble d'anxiété sociale : repérage, évaluation et traitement*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-23W.pdf>

- Mokhar, A., Kuhn, S., Topp, J., Dirmaier, J., Harter, M. et Verthein, U. (2019). Long-term use of benzodiazepines and Z drugs: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perceptions and possible levers for change. *BJGP Open*, 3(1), bjgpopen18X101626. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101626>
- Mokhar, A., Topp, J., Harter, M., Schulz, H., Kuhn, S., Verthein, U. et Dirmaier, J. (2018). Patient-centered care interventions to reduce the inappropriate prescription and use of benzodiazepines and z-drugs: a systematic review. *PeerJ*, 6, e5535. <https://doi.org/10.7717/peerj.5535>
- Morin, C. M., Inoue, Y., Kushida, C., Poyares, D. et Winkelman, J. (2021). Endorsement of European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia by the World Sleep Society. *Sleep Medicine*, 81, 124-126. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.01.023>
- Morin, C. M., Khullar, A., Robillard, R., Desautels, A., Mak, M. S. B., Dang-Vu, T. T., Chow, W., Habert, J., Lessard, S., Alima, L., Ayas, N. T., MacFarlane, J., Kendzerska, T., Lee, E. K. et Carney, C. E. (2024). Delphi consensus recommendations for the management of chronic insomnia in Canada. *Sleep Medicine*, 124, 598-605. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.09.038>
- My health Alberta. (2024). *Insomnia: Should I Take Sleeping Pills?* . <https://myhealth.alberta.ca/Health/pages/conditions.aspx?hwid=za1120>
- National Health Service (NHS) - Bristol, North Somerset and South Gloucestershire Integrated Care Board,. (2023). *Benzodiazepines and Z-drugs as Hypnotics and Anxiolytics*. <https://remedy.bnssg.icb.nhs.uk/media/6549/benzodiazepine-and-z-drug-prescribing-v14-final.pdf>
- National Health Service (NHS) - Essex Partnership University. (2024a). *Section 4 : Treatment of anxiety*. <https://www.eput.nhs.uk/resources/section-4-management-of-anxiety/>
- National Health Service (NHS) - Essex Partnership University. (2024b). *Section 5: Treatment of Insomnia*. <https://www.eput.nhs.uk/wp-content/uploads/2025/04/section-5-treatment-of-insomnia-feb-2025.pdf>
- National Health Service (NHS) - Nottinghamshire Area Prescribing Committee. (2025). *Benzodiazepines and Z-Hypnotics Guidance on Prescribing and Deprescribing for the Management of Insomnia and Anxiety Disorders in Adults*. <https://www.nottsapc.nhs.uk/media/cdxg4b0o/benzodiazepine-and-z-hypnotic-prescribing-guidance-update.pdf>
- National Health Service (NHS) - Scotland. (s.o.). *Benzodiazepines and z-drugs: Patient information leaflet*. <https://www.rightdecisions.scot.nhs.uk/media/yfalw5tl/appendix-5-patient-information-leaflet.pdf>
- National Health Service (NHS) -South Yorkshire Integrated Care Board. (2023). *Insomnia Management Guideline*. <https://best.barnsleyccg.nhs.uk/media/5umodzvr/insomnia-management-guidelines.pdf>

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Decision-making and mental capacity*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng108>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management* [Review]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552847/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). *Shared decision making*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022a). *Before starting medicines associated with dependence or withdrawal symptoms*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215/resources/visual-summary-before-starting-medicines-associated-with-dependence-or-withdrawal-symptoms-pdf-11018567341>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022b). *Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215/resources/medicines-associated-with-dependence-or-withdrawal-symptoms-safe-prescribing-and-withdrawal-management-for-adults-pdf-66143776880581>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022c). *Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults - Evidence review : Patient information and support* <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215/resources/medicines-associated-with-dependence-or-withdrawal-symptoms-safe-prescribing-and-withdrawal-management-for-adults-pdf-66143776880581>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). *Should I stop my benzodiazepine or z-drug?* <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215/resources/should-i-stop-my-benzodiazepine-or-zdrug-patient-decision-aid-full-version-pdf-13072600334>
- O'Mahony, D., Cherubini, A., Guiteras, A. R., Denking, M., Beuscart, J. B., Onder, G., Gudmundsson, A., Cruz-Jentoft, A. J., Knol, W., Bahat, G., van der Velde, N., Petrovic, M. et Curtin, D. (2023). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *European Geriatric Medicine*, 14(4), 625-632. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>
- Oldenhof, E., Anderson-Wurf, J., Hall, K. et Staiger, P. K. (2019). Beyond Prescriptions Monitoring Programs: The Importance of Having the Conversation about Benzodiazepine Use. *J Clin Med*, 8(12). <https://doi.org/10.3390/jcm8122143>
- Oregon Health Authority. (2022). *Patient Guide to Benzodiazepines*. <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-Pharmacy/MHCAGDocs/Final-Patient-guide-benzodiazepines-5.13.2022.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93e56376-0e64-4a08-bdd0-703313be5354/content>

- Palagini, L., Manni, R., Liguori, C., De Gennaro, L., Gemignani, A., Fanfulla, F., Ferri, R., Nobili, L. et Ferini-Strambi, L. (2024). Evaluation and management of insomnia in the clinical practice in Italy: a 2023 update from the Insomnia Expert Consensus Group. *Journal of Neurology*, 271(4), 1668-1679. <https://doi.org/10.1007/s00415-023-12112-3>
- Patient. (2022). *Benzodiazepines and Z drugs*. <https://patient.info/mental-health/insomnia-poor-sleep/benzodiazepines-and-z-drugs>
- Pazan, F., Weiss, C. et Wehling, M. (2023). The EURO-FORTA (Fit FOR The Aged) List Version 2: Consensus Validation of a Clinical Tool for Improved Pharmacotherapy in Older Adults. *Drugs & Aging*, 40(5), 417-426. <https://doi.org/10.1007/s40266-023-01024-6>
- Procyshyn, R. M., Bezchlibnyk-Butler, K. Z. et Kim, D. D. (2023). Anxiolytic (antianxiety) agents. Dans *Clinical handbook of psychotropic drugs* (25^e éd., p. 240-256). Hogrefe Publishing.
- Regroupement des Unités de Courte Durée Gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ). (2021). *Gestion des troubles anxieux en UCDG*. https://rushgq.org/wp-content/uploads/2021/07/Annexe_17_Fiche_RUSHGQ_troubles_anxieux_19fev2021_FINALE.pdf
- Regroupement des Unités de Courte Durée Gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ). (2026). *Gestion des hypnotiques en UCDG*. https://rushgq.org/wp-content/uploads/2026/04/Annexe_7_Fiche_RUSHGQ_Hypnotiques_26janv2026_corr.pdf
- Rethink mental illness. (2022). *Benzodiazepines*. <https://www.rethink.org/advice-and-information/living-with-mental-illness/medications/benzodiazepines/>
- Riemann, D., Espie, C. A., Altena, E., Arnardottir, E. S., Baglioni, C., Bassetti, C. L. A., Bastien, C., Berzina, N., Bjorvatn, B., Dikeos, D., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Garcia-Borreguero, D., Geoffroy, P. A., Gjerstad, M., Goncalves, M., Hertenstein, E., Hoedlmoser, K., Hion, T., . . . Spiegelhalter, K. (2023). The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of Sleep Research*, 32(6), e14035. <https://doi.org/10.1111/jsr.14035>
- Rosenberg, R. P., Benca, R., Doghramji, P. et Roth, T. (2023). A 2023 Update on Managing Insomnia in Primary Care: Insights From an Expert Consensus Group. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 25(1), 24. <https://doi.org/10.4088/PCC.22nr03385>
- Roux, B., Berthou-Contreras, J., Beuscart, J. B., Charenton-Blavignac, M., Doucet, J., Fournier, J. P., de la Gastine, B., Gautier, S., Gonthier, R., Gras, V., Grau, M., Noize, P., Polard, E., Rudelle, K., Valnet-Rabier, M. B., Tannou, T. et Laroche, M. L. (2021). REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 77(11), 1713-1724. <https://doi.org/10.1007/s00228-021-03145-6>

- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP). (2019). *Guidance for the use of benzodiazepines in psychiatric practice*.
<https://www.ranzcp.org/getmedia/cf85cf1c-b983-412d-b13d-0c7d384e0af0/ppg-5-use-of-benzodiazepines.pdf>
- Seddon, J., Friedrich, C., Wadd, S., Dicks, D., Scott, S., Robinson, A. et Walker, C. (2024). Improving patient experience for people prescribed medicines with a risk of dependence or withdrawal: co-designed solutions using experience based co-design. *BMC Primary Care*, 25(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02253-9>
- Selsick, H., Heidbreder, A., Ellis, J., Ferini-Strambi, L., Garcia-Borreguero, D., Leontiou, C., Mak, M. S. B., O'Regan, D. et Parrino, L. (2024). Assessment and management of chronic insomnia disorder: an algorithm for primary care physicians. *BMC Primary Care*, 25(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02381-w>
- Sirdifield, C., Chipchase, S. Y., Owen, S. et Siriwardena, A. N. (2017). A Systematic Review and Meta-Synthesis of Patients' Experiences and Perceptions of Seeking and Using Benzodiazepines and Z-Drugs: Towards Safer Prescribing. *Patient*, 10(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0182-z>
- Société québécoise de gériatrie (SQG). (2019). *Prise de position de la Société québécoise de gériatrie sur l'évaluation et la prise en charge de l'insomnie chez la personne âgée*[1-36]. https://www.sqgeriatrie.org/dl2.php?file=2019-10_l39evaluation_et_la_prise_en_charge_de_l39insomnie_chez_la_perso.pdf
- Steinman, M. A. (2025). Alternative Treatments to Selected Medications in the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria(R). *Journal of the American Geriatrics Society*, 73(9), 2657-2677. <https://doi.org/10.1111/jgs.19500>
- Takaesu, Y., Sakurai, H., Aoki, Y., Takeshima, M., Ie, K., Matsui, K., Utsumi, T., Shimura, A., Okajima, I., Kotorii, N., Yamashita, H., Suzuki, M., Kuriyama, K., Shimizu, E., Mishima, K., Watanabe, K. et Inada, K. (2023). Treatment strategy for insomnia disorder: Japanese expert consensus. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*, 14, 1168100. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1168100>
- Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A. et Ahmed, S. (2014a). Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Internal Medicine*, 174(6), 890-898. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.949>
- Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A. et Ahmed, S. (2014b). Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial -eAppendix. You May Be at Risk: You Are Currently Taking Ativan. *JAMA Internal Medicine*, 174(6), 890-898. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.949>
- The College of Physicians & Surgeons of Manitoba (CPSM). (2020). *Prescribing Benzodiazepines & Z-Drugs (including Zopiclone & other drugs)*.
<https://cpsm.mb.ca/assets/Standards%20of%20Practice/Standard%20of%20Practice%20Prescribing%20Benzodiazepines%20and%20Z-Drugs.pdf>

- The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). (2015). *Prescribing drugs of dependence in general practice - Part B - Benzodiazepines*
<https://www.racgp.org.au/getattachment/1beeb924-cf7b-4de4-911e-f7dda3e3f6e9/Part-B.aspx>
- Vigilance Santé. (2025). *Tableaux comparatifs - Les benzodiazépines*.
- Wichniak, A., Bienkowski, P., Dabrowski, R., Mastalerz-Migas, A. et Rymaszewska, J. (2023). Treatment of insomnia in older adults. Recommendations of the Polish Sleep Research Society, Polish Society of Family Medicine and the Polish Psychiatric Association. *Psychiatria Polska*, 57(3), 495-516.
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/161597>
- Wilson, S., Anderson, K., Baldwin, D., Dijk, D. J., Espie, A., Espie, C., Gringras, P., Krystal, A., Nutt, D., Selsick, H. et Sharpley, A. (2019). British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update. *Journal of Psychopharmacology*, 33(8), 923-947.
<https://doi.org/10.1177/0269881119855343>
- Woo Park, T. (2024). *UptoDate : Benzodiazepine use disorder*. .
https://www.uptodate.com/contents/benzodiazepine-use-disorder?search=benzodiaz%C3%A9pines&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

