

DÉPRESCRIPTION ET SEVRAGE DES BENZODIAZÉPINES – POURQUOI, QUAND ET COMMENT CONTRIBUER ?

Formation à destination des
médecins généralistes et autres
professionnels de santé en
maison de repos

Anne SPINEWINE et Perrine EVRARD
08/11/2023

Benzodiazépines et médicaments apparentés:

1. Pourquoi les arrêter?

2. Quand et comment les arrêter?

3. Comment contribuer? Changer nos
comportements et ceux des patients

4. Réflexion sur des cas concrets

5. Conclusion – synthèse sur les outils

Quelques définitions

- **BZRA : Agonistes des Récepteurs aux BenZodiazépines**
 - = **Benzodiazépines** (ex: lorazepam, lormetazepam, alprazolam,...) et **Z-drugs** (zolpidem, zopiclone)
 - Noms commerciaux fréquents:
 - Xanax®
 - Stilnoct®
 - Temesta®
 - Valium®
 - Lysanxia®

Quelques définitions

- **Sevrage**

- Action de sevrer quelqu'un de quelque chose
- Ensemble des symptômes caractéristiques de l'état de manque (syndrome de sevrage)

- **Déprescription**

- “Le **processus** planifié et supervisé de réduction de dose ou d'arrêt d'un médicament qui pourrait causer des dommages ou qui ne procure plus de bénéfices” (*Farrell et al, Plos One, 2016*)

Benzodiazépines et médicaments apparentés:

1. Pourquoi les arrêter?

2. Quand et comment les arrêter?

3. Comment contribuer? Changer nos
comportements et ceux des patients

4. Réflexion sur des cas concrets

5. Conclusion – synthèse sur les outils

Benzodiazépines et médicaments apparentés:

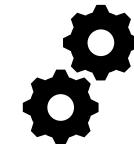
1. Pourquoi les arrêter?

A. Utilisation actuelle en
MRS en Belgique

B. Balance bénéfices -
risques

C. Place en thérapeutique

Atelier n°1



- Selon vous quelle est la proportion de nos résidents qui prennent une BZRA ?

Pour combien d'entre eux l'utilisation de BZRA pourrait être inappropriée ?

BZRA : Utilisation dans les MRS en Belgique

- Prévalence d'utilisation: **52% dans les maisons de repos et de soins**

BZRA : Prescriptions potentiellement inappropriées dans les maisons de repos belges (sur 418 utilisateurs de BZRA)

Critères START/STOPP V2

Durée d'utilisation supérieure à 4 semaines	411 (98,3%)
Utilisation sans insomnie ou anxiété rapportée par le médecin généraliste	175 (41,9%)

Critères de Beers

Utilisation chez un patient avec delirium, démence, ou historique de chute/fracture	281 (67,2%)
Usage simultané d'une benzodiazépine et/ou Z-drug avec un opiacé	88 (21,1%)
Usage simultané d'une benzodiazépine et/ou Z-drug avec 2 ou plus médicaments actifs sur le système nerveux central	281 (67,2%)

Benzodiazépines et médicaments apparentés:

1. Pourquoi les arrêter?

A. Utilisation actuelle en
MRS en Belgique

B. Balance bénéfices -
risques

C. Place en thérapeutique

Atelier n°2: BZRA - Risques



Selon vous quels sont les effets secondaires et risques potentiels associés à la prise de BZRA?

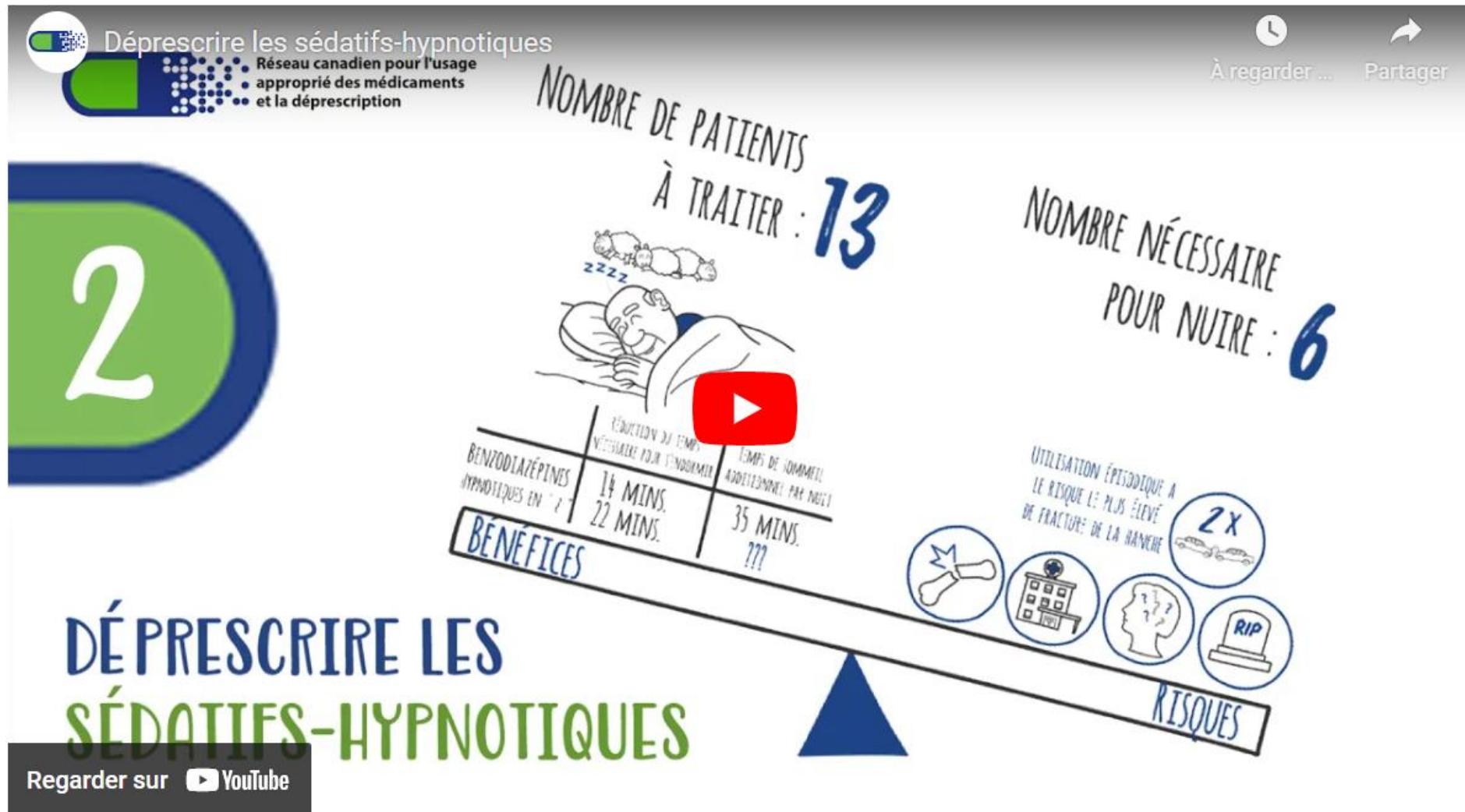
Atelier n°2: BZRA - Risques



Selon vous quels sont les effets secondaires et risques potentiels associés à la prise de BZRA?

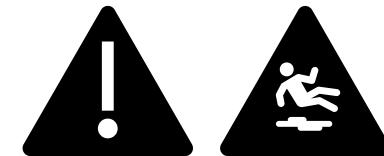
- Somnolence
- Troubles de l'équilibre
- Chutes avec ou sans fracture
- Troubles cognitifs
- Hospitalisation
- Dépendance
- Tolérance

Balance bénéfices risques – Vidéo d'introduction



BZRA : Risques

- Sédation
 - Somnolence, effets résiduels le lendemain de la prise
- Mobilité / psychomoteur
 - Troubles de l'équilibre, vertiges, hypotonie musculaire
 - **Chutes avec ou sans fractures** (y compris en début de traitement)
 - Hospitalisations liées aux chutes:
 - € 1.8 milliards/an, EU (Panneman 2003)
 - 1800 décès/an, 80+ en France (Pariente 2008)
- Cognitifs
- Hospitalisation



BZRA : Risques

- Tolérance (Pour effet sédatif et hypnotique)
 - L'effet sédatif et hypnotique diminue progressivement pour une dose fixe.
 - Nécessité d'augmenter les doses pour conserver l'effet.
 - Doses constantes chez une majorité d'utilisateurs; tolérance remise en question?
- Dépendance: physique, psychique (insomnie rebond si arrêt brutal)
→ utilisation max 1-2 semaines
- Mésusage, abus, addiction

BZRA et personnes âgées

Risque majoré car :

- Métabolisation plus lente
- Plus grande sensibilité aux effets sédatifs
- Polymédication, risque d'interactions

Critères STOPP v3 (2023)

benzodiazepine	≥ 4 semaines [à diminuer progressivement] pour insomnies durant ≥ 2 semaines & insuffisance respiratoire ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg} \pm \text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$) & troubles comportementaux ou non-cognitif liés à la démence & chutes °
Z-drug (somnifère)	≥ 2 semaines, pour insomnies & chutes °

BZRA et associations médicamenteuses

- Effets additifs/ synergiques
 - Opiacés (Risque de dépression respiratoire, coma, décès – Combinaison la plus courte possible, avec surveillance)
 - Médicaments sédatifs: antiH1, antidépresseurs, antipsychotiques, ...
 - Alcool
- Eviter au maximum les combinaisons !
 - Si combinaison nécessaire:
 - Surveillance
 - Durée la plus courte possible
- 

Benzodiazépines et médicaments apparentés:

1. Pourquoi les arrêter?

A. Utilisation actuelle en
MRS en Belgique

B. Balance bénéfices -
risques

C. Place en thérapeutique

Benzodiazépines et médicaments apparentés:

1. Pourquoi les arrêter?

C. Place en thérapeutique

1. L'insomnie

- Définition
- Prévalence et conséquences
- Causes probables
- Prise en charge :
 - Recommandations
 - Thérapie Cognitivo-Comportementale
 - Place des BZRA
 - Phytothérapie

2. L'anxiété

Sommeil: quelques rappels

- Nb d'heures de sommeil nécessaire: variable d'une personne à l'autre
- Personnes âgées: sommeil physiologiquement léger, plus court et interrompu
- Trouble du sommeil: plainte relative à la quantité et/ou qualité du sommeil

Insomnie: Définition

A. ≥1 des plaintes suivantes :

- difficulté à **l'endormissement**,
- difficulté au **maintien du sommeil (éveils nocturnes)**,
- réveils **précoce**s,
- difficulté de s'endormir sans l'intervention d'un parent ou d'un soignant (démence)

B. Ne s'explique par une autre cause

- Environnement inadéquat, autre pathologie du sommeil, restriction sommeil

C. ≥ 1 répercussion sur le fonctionnement diurne

D. Chronique si ≥ 3x/sem pendant 3 mois

- Fatigue et somnolence en journée
- Troubles de la mémoire et de la concentration
- Troubles de l'humeur (irritabilité, agressivité)
- Altération du rendement social, familial, professionnel ou scolaire
- Réduction de la motivation/énergie/initiative
- Tendance aux erreurs/accidents
- Préoccupations ou insatisfaction à l'égard du sommeil

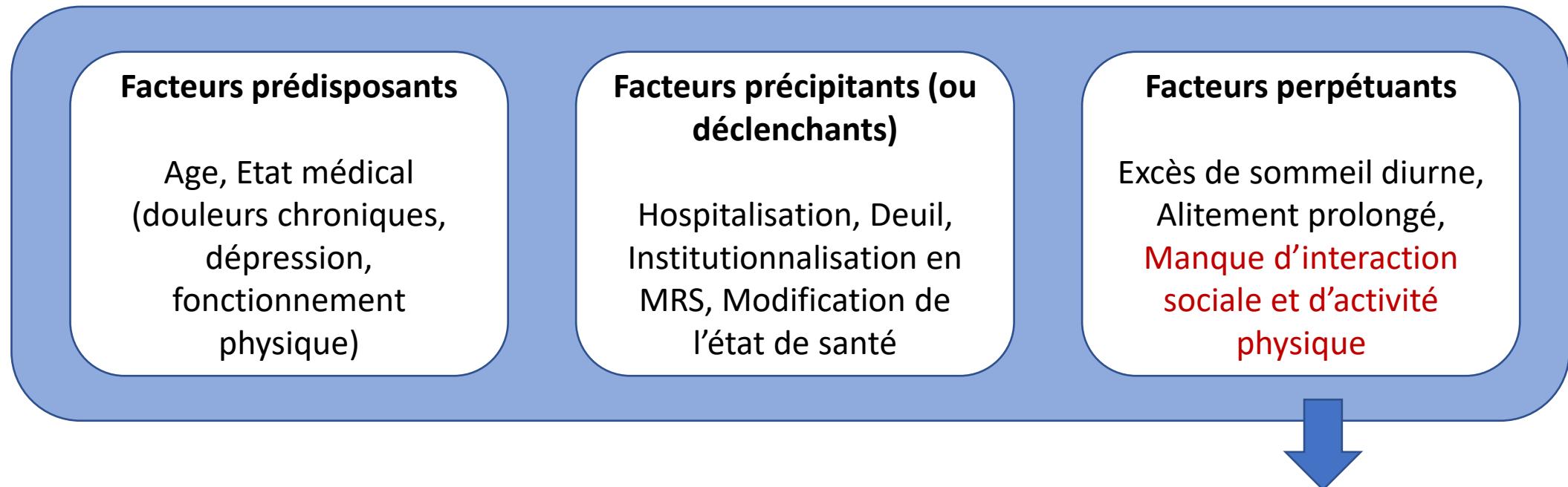
Insomnie : Prévalence et conséquences

- Prévalence
 - Troubles du sommeil: 30-50%
 - Insomnie: 5-10%
 - Plus fréquent chez: femmes, personnes âgées, troubles somatiques ou psychiatriques,...
- Conséquences insomnie chronique: non négligeables!
 - ↓ Fonctionnement domicile et travail (absentéisme et accidents de travail)
 - Accidents de la route
 - Chutes
 - Troubles psychiatriques (dépression, angoisse, démence)
 - Maladies cardiovasculaires (HTA, infarctus, insuffisance cardiaque)
 - Dépendance
 - ...

Insomnie : Causes probables

Important de pouvoir identifier les causes probables et les facteurs menant au développement d'une insomnie chronique:

Modèle 3 Ps



Insomnie : Prise en charge chez la personne âgée, recommandations

Sélectionné

- Non médicamenteux (1^{er} choix) : Hygiène du sommeil/ Contrôle des stimuli/ Traitement cognitivo-comportemental/ Formation du personnel
- Médicamenteux: Aucun médicament sélectionné en traitement de fond
- En cas d'emploi prolongé de benzodiazépines : Réduction progressive des benzodiazépines

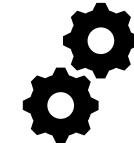
A prendre en considération:

- Médicamenteux: En situation aigue, exceptionnellement, et limité dans le temps : Benzodiazépines à durée d'action intermédiaire
 - Médicament sélectionné : lorazepam

Non sélectionné

- Non médicamenteux: luminothérapie
- Médicamenteux: Zolpidem, zopiclone, zoléplone, mélatonine, antidépresseurs sédatifs (trazodone, mirtazapine...), antipsychotiques, valériane, antihistaminique

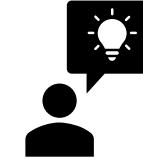
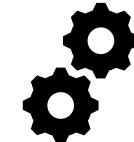
Atelier n°3: Vrai - Faux



Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s)?

- La Thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie a un bon rapport bénéfice:risque et devrait être proposée à tout patient avec insomnie chronique
- La majorité des patients peut prendre de la trazodone au long cours pour traiter l'insomnie
- On peut encourager les patients qui veulent essayer une thérapie alternative comme la relaxation, la gymnastique douce... à le faire
- Les effets de la valériane sont incertains, elle ne devrait pas être proposée à tout patient avec insomnie.

Atelier n°3: Vrai - Faux



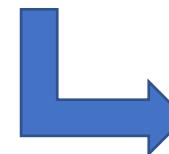
Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s)?

- La Thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie a un bon rapport bénéfice:risque et devrait être proposée à tout patient avec insomnie chronique **VRAI**
- La majorité des patients peut prendre de la trazodone au long cours pour traiter l'insomnie **FAUX**
- On peut encourager les patients qui veulent essayer une thérapie alternative comme la relaxation, la gymnastique douce... à le faire **VRAI**
- Les effets de la valériane sont incertains, elle ne devrait pas être proposée à tout patient avec insomnie. **VRAI**

Thérapie Cognitivo Comportementale liée à l'insomnie (TCC-i): 1^{er} choix dans insomnie chronique

- Efficacité
 - Largement démontrée
 - Persistance de l'effet après l'arrêt
- Sécurité
- Forme
 - Séances avec un psychologue;
 - Aussi possible en ligne; en groupe; téléconsultation, ...
- **Freins: coût / accès, surtout en MRS**

- **5 composants**
 - Contrôle du stimulus
 - Restriction du temps passé au lit
 - Hygiène de sommeil
 - Relaxation
 - Thérapie cognitive



Explication des composants dans les diapositives suivantes

Voir ce qui est faisable / Adaptable au niveau de votre maison de repos

TCC-i - Composant 1 : Contrôle des stimuli

But: Reconditionner l'environnement de sommeil (chambre et lit = sommeil)

- **Si possible, coucher le résident uniquement lorsqu'il ressent le besoin de dormir.** Soyez attentifs aux signes de somnolence (bâillements, paupières lourdes...).
- Si possible, permettre à un résident qui ne trouve pas le sommeil de sortir de son lit et de s'occuper autrement en attendant qu'il se sente somnolent.
- **Le lit n'est réservé qu'au sommeil et relations sexuelles.** Le résident ne devrait pas y lire ou y regarder la TV par exemple
- Vous pouvez **mettre en place une routine** avant le coucher. Avec l'habitude, cette routine permettra de signaler au cerveau qu'il se prépare à aller se coucher.

TCC-i - Composant 2 :Hygiène du sommeil

But: Réguler l'horloge biologique

Approche non-pharmacologique

Soins primaires :

1. Aller se coucher seulement lorsqu'on a sommeil
2. Utiliser le lit ou la chambre à coucher uniquement pour dormir (ou pour les activités intimes)
3. Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le coucher ou après un réveil, il est conseillé de sortir de la chambre à coucher.
4. Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le retour au lit, répéter l'étape 3.
5. Utiliser l'alarme pour se réveiller à la même heure chaque matin
6. Ne pas faire de sieste
7. Éviter la caféine l'après-midi
8. Éviter l'exercice, la nicotine, l'alcool et les repas copieux dans les deux heures précédant le coucher

Soins institutionnels :

1. Ouvrir les rideaux pendant le jour pour maximiser l'entrée de lumière
2. Minimiser le volume des alarmes
3. Augmenter l'activité pendant le jour et éviter le sommeil diurne
4. Réduire le nombre de siestes (pas plus de 30 min, pas de sieste après 14 h)
5. Le soir, offrir un breuvage chaud décaféiné ou du lait chaud
6. Limiter la prise de nourriture, de caféine et l'usage du tabac avant le coucher
7. Demander au résident d'aller à la toilette avant d'aller se coucher
8. Encourager des heures de coucher et de réveil régulières
9. Éviter les réveils pendant la nuit pour les soins directs
10. Offrir des massages légers et des massages du dos

TCC-i - Composant 3 : Restriction du temps passé au lit

But: ↑ efficacité du sommeil (temps de sommeil total / temps passé au lit) : >85%

- Agenda du sommeil
- Demande Investissement et motivation
- Peut provoquer une somnolence transitoire (jours)
- Semble efficace chez personnes âgées surtout car temps total de sommeil diminue alors que tendance à rester plus longtemps au lit **MAIS difficilement applicable en MRS**

TCC-i – Composant 4 : Thérapie cognitive

But: corriger les idées fausses et les attentes irréalistes

TCC-i – Composant 5 : Relaxation

- But: Se détendre pour favoriser l'endormissement
- Relaxation musculaire, massages, méditation, techniques de respiration

Insomnie : Place des BZRA limitée

- **Jamais un 1^{er} choix** (et jamais un bon choix chez la personne âgée)
- Utilisation si échec des mesures non-pharmacologiques
 - Insomnie aigue ou aggravation aigue insomnie chronique avec degré de détresse important
- Durée d'utilisation: **max 1 semaine** (4 semaines)
- Prévoir la date d'arrêt dès l'initiation
- Toujours rappeler les **conseils non-pharmacologiques**

Si besoin, quelle BZRA choisir ?

- Z-drugs: aucun avantage (efficacité – sécurité) par rapport aux benzodiazépines
- Préférer benzodiazépine avec durée d'action courte ou intermédiaire sans métabolite actif :**lorazepam** (Formulaire de soins aux personnes âgées) - **oxazepam**

Insomnie : Phytothérapie

(non recommandée, mais peut être considérée selon les préférences du patient)

- Valériane
 - Effet (très) modeste (placebo?) – sûre
 - Toujours en complément à des conseils généraux
- Autres plantes
 - Pas d'efficacité démontrée – pas d'effet indésirable
 - Aubépine, houblon, passiflore, tilleul, verveine, mélisse, oranger
 - **Infusion en soirée**: moment de détente, rituel favorable à l'endormissement
 - **A éviter**: ballote, anémone pulsatile, cimifuga

Benzodiazépines et médicaments apparentés:

1. Pourquoi les arrêter?

C. Place en thérapeutique

1. L'insomnie

2. *L'anxiété*

- Prise en charge : Recommandations

Anxiété : Prise en charge de l'anxiété chez la personne âgée

Recommandations

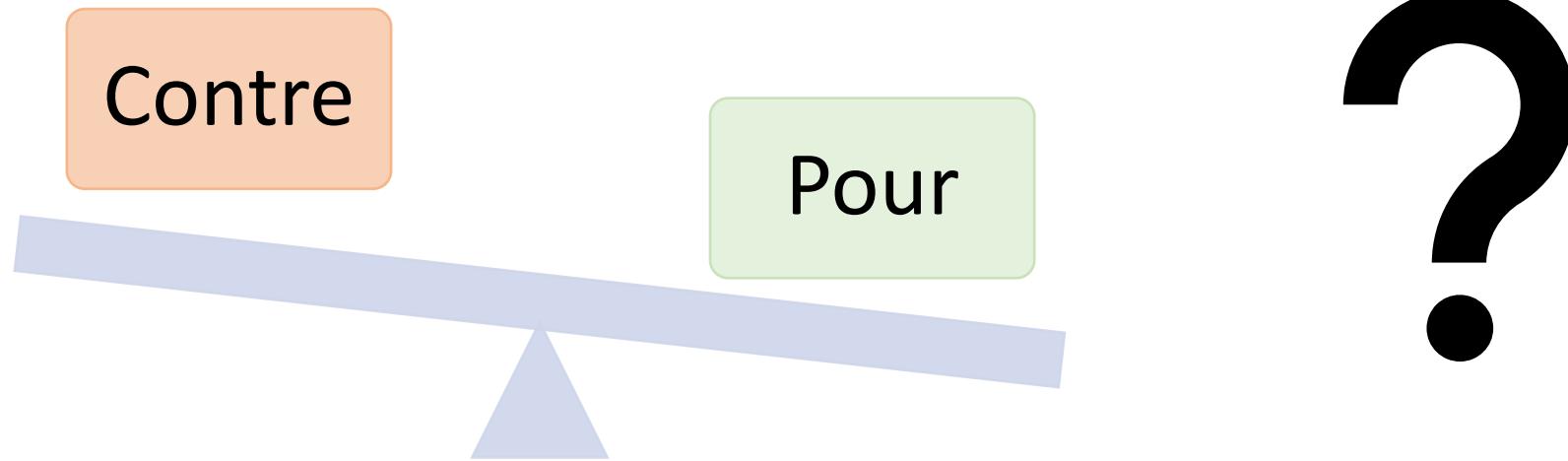
Sélectionné

- Non médicamenteux (1^{er} choix) : Traitement cognitivo-comportemental et de relaxation
 - Efficace au long cours, pas d'effets indésirables
- Médicamenteux:
 - Traitement de fond: antidépresseur ISRS/ Médicament sélectionné = sertraline
 - En situation aigüe et limitée dans le temps: benzodiazépines/ Médicament sélectionné = lorazépam
- En cas d'emploi prolongé de benzodiazépines : Réduction progressive des benzodiazépines
- Attention à l'utilisation de médicaments anxiogènes: les anticholinergiques, les corticostéroïdes, les antihistaminiques, les stimulants...

Non sélectionné

- Médicamenteux: Duloxétine, venlafaxine, antiépileptiques, bêta-bloquant, antidépresseurs tricycliques

Atelier n°4: Pour et Contre



- Etablissez ensemble la liste du pour et du contre à la déprescription des benzodiazépines dans votre maison de repos

Atelier n°4: Pour et Contre la déprescription



Contre

- Augmentation anxiété à court terme
- Difficultés d'endormissement à court terme
- Possibles symptômes de sevrage difficile
- ...

Pour

- Diminution risque de chute
- Diminution somnolence
- Meilleure participation aux activités
- Gestion plus facile des médicaments, Diminution du nombre
- Diminution du coût des médicaments
- ...



- (Listes non exhaustives)

Benzodiazépines et médicaments apparentés:

1. Pourquoi les arrêter?

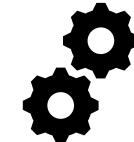
2. Quand et comment les arrêter?

3. Comment contribuer? Changer nos comportements et ceux des patients

4. Réflexion sur des cas concrets

5. Conclusion – synthèse sur les outils

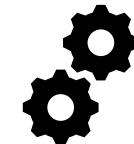
Atelier n°5: Vrai - Faux



Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s)?

- Entamer un sevrage chez un patient avec anxiété sévère est déconseillé
- Le sevrage par magistrale est plus efficace qu'un sevrage utilisant une autre méthode (couper comprimés)
- Passer au diazépam pour faire le sevrage permet d'obtenir de meilleurs résultats (arrêt de BZRA)
- Lors de tout plan de sevrage, il faut offrir des conseils sur les comportements liés au sommeil
- Les symptômes de sevrage sont habituellement légers et durent de quelques jours à quelques semaines

Atelier n°5: Vrai - Faux



Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s)?

- Entamer un sevrage chez un patient avec anxiété sévère est déconseillé **VRAI**
- Le sevrage par magistrale est plus efficace qu'un sevrage utilisant une autre méthode (couper comprimés) **VRAI**
- Passer au diazépam pour faire le sevrage permet d'obtenir de meilleurs résultats (arrêt de BZRA) **FAUX**
- Lors de tout plan de sevrage, il faut offrir des conseils sur les comportements liés au sommeil **VRAI**
- Les symptômes de sevrage sont habituellement légers et durent de quelques jours à quelques semaines **VRAI**

Algorithme de déprescription



Pourquoi le patient prend-il un BZRA?

En cas de doute, vérifier ses antécédents: anxiété, consultations antérieures en psychiatrie, amorcé en milieu hospitalier pour traiter un trouble du sommeil, ou une réaction de deuil.

1

- Insomnie seule OU insomnie avec gestion de comorbidités sous-jacentes
 - Pour ceux dont l'âge ≥ 65 ans :** prise de BZRA, indépendamment de la durée (éviter comme traitement de première ligne chez les personnes âgées)
 - Entre 18-64 ans :** prise de BZRA > 4 semaines

Impliquer les patients

(Discuter avec eux des risques potentiels, avantages, plan de sevrage, symptômes et durée)

2

Recommander la déprescription

Réduire les doses puis cesser la prise du BZRA

(Réduire graduellement les doses en collaboration avec le patient; p.ex. ~25 % à chaque quinzaine et, si possible, 12,5 % de réduction vers la fin et/ou planification de jours sans médicament)

- **Patients âgés de plus de 65 ans** (forte recommandation selon une revue systématique et approche GRADE)
- **Patients âgés entre 18-64 ans** (recommandation faible selon une revue systématique et approche GRADE)
- Offrir des conseils sur les comportements liés au sommeil; envisager la TCC, si disponible (voir au verso)

3

Suivi toutes les 1-2 semaines pendant la réduction des doses

Bienfaits attendus

- Peut améliorer la vigilance et la cognition; peut diminuer la sédation diurne et les chutes

Symptômes de sevrage

- Insomnie, anxiété, irritabilité, sudation, symptômes gastro-intestinaux (tous sont habituellement légers et durent de quelques jours à quelques semaines)

Utiliser des approches non pharmacologiques pour gérer l'insomnie

Utiliser des approches comportementales et/ou TCC (voir au verso)

- Autres problèmes de sommeil (p. ex. syndrome des jambes sans repos)
- Anxiété non gérée, dépression, problème de santé physique ou mentale qui pourrait causer ou aggraver l'insomnie
- Benzodiazépines spécifiquement efficaces contre l'anxiété
- Sevrage alcoolique

Continuer BZRA

- Minimiser l'utilisation de substances qui aggravent l'insomnie (caféine, alcool, etc.)
- Traiter les troubles sous-jacents
- Envisager la consultation d'un psychologue, psychiatre, spécialiste du sommeil

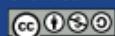
En cas de réapparition des symptômes :

Envisager

- Maintien de la dose de BZRA actuelle pour 1-2 semaines, puis reprendre la réduction des doses très graduellement

Autres médicaments

- D'autres médicaments peuvent être utilisés pour gérer l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et efficacité dépasse le cadre du présent algorithme.
- Pour de plus amples renseignements, consulter les lignes directrices pour la déprescription de BZRA.





Disponibilité des BZRA

BZRA	Strength
Alprazolam (Xanax®) ^T	0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg
Bromazépam (Lectopam®) ^T	1,5 mg 3 mg 6 mg
Chlordiazépoxide (Librax®) ^C	5 mg 10 mg 25 mg
Clonazépam (Rivotril®) ^T	0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg
Clorazépate (Tranxene®) ^C	3,75 mg 7,5 mg 15 mg
Diazépam (Valium®) ^T	2 mg 5 mg 10 mg
Flurazépam (Dalmane®) ^C	15 mg 30 mg
Lorazépam (Ativan®) ^{T,S}	0,5 mg 1 mg 2 mg
Nitrazépam (Mogadon®) ^T	5 mg 10 mg
Oxazépam (Serax®) ^T	10 mg 15 mg 30 mg
Temazépam (Restoril®) ^C	15 mg 30 mg
Triazolam (Halcion®) ^T	0,125 mg 0,25 mg
Zopiclone (Imovane®, Rhovane®) ^T	5 mg 7,5 mg
Zolpidem (Sublinox®) ^S	5 mg 10 mg

T = comprimé, C = capsule, S = comprimé sublingual

Effets secondaires des BZRA

- **Les BZRA ont été associés à :**
 - dépendance physique, chutes, troubles de la mémoire, démences, incapacités fonctionnelles, sédation diurne et accidents de la route
- **Risques accrus chez les personnes âgées**

Participation des patients et des soignants

Les patients doivent comprendre :

- Les raisons justifiant la déprescription (risques liés à l'usage continu de BZRA, efficacité réduite à long terme)
- Des symptômes de sevrage (insomnie, anxiété) peuvent se manifester, mais ils sont habituellement légers, passagers et de court terme (quelques jours à quelques semaines)
- Ils font partie du plan de réduction des doses, et peuvent contrôler le rythme de réduction, ainsi que sa durée.

Réduction des doses

- Aucune donnée publiée ne montre que le changement vers un BZRA à action prolongée réduit l'incidence des symptômes de sevrage ou que cela est plus efficace que la réduction des doses d'un BZRA à action plus brève.
- Si les formes posologiques ne permettent pas une réduction de 25 %, envisager d'abord une réduction de 50 %, en intégrant des jours sans médicaments pendant la dernière partie du plan de réduction, ou utiliser le lorazépam ou oxazépam lors des dernières étapes.

Approche non-pharmacologique

Soins primaires :

1. Aller se coucher seulement lorsqu'on a sommeil
2. Utiliser le lit ou la chambre à coucher uniquement pour dormir (ou pour les activités intimes)
3. Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le coucher ou après un réveil, il est conseillé de sortir de la chambre à coucher.
4. Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le retour au lit, répéter l'étape 3.
5. Utiliser l'alarme pour se réveiller à la même heure chaque matin
6. Ne pas faire de sieste
7. Éviter la caféine l'après-midi
8. Éviter l'exercice, la nicotine, l'alcool et les repas copieux dans les deux heures précédant le coucher

Soins institutionnels :

1. Ouvrir les rideaux pendant le jour pour maximiser l'entrée de lumière
2. Minimiser le volume des alarmes
3. Augmenter l'activité pendant le jour et éviter le sommeil diurne
4. Réduire le nombre de siestes (pas plus de 30 min, pas de sieste après 14 h)
5. Le soir, offrir un breuvage chaud décaféiné ou du lait chaud
6. Limiter la prise de nourriture, de caféine et l'usage du tabac avant le coucher
7. Demander au résident d'aller à la toilette avant d'aller se coucher
8. Encourager des heures de coucher et de réveil régulières
9. Éviter les réveils pendant la nuit pour les soins directs
10. Offrir des massages légers et des massages du dos

Utiliser la TCC

Qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ?

- La TCC comprend 5-6 séances éducatives sur le sommeil et l'insomnie, le contrôle des stimuli, la restriction du sommeil, l'hygiène du sommeil, un entraînement à la relaxation et du soutien.

Est-ce que ça fonctionne ?

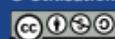
- Plusieurs études ont démontré que la TCC améliore le sommeil, avec des effets soutenus à long terme.

Qui peut dispenser la TCC ?

- Les psychologues cliniciens dispensent habituellement la TCC. D'autres intervenants peuvent aussi être formés ou offrir des séances de renseignements sur certains aspects de la TCC; des programmes d'autothérapie sont aussi disponibles.

Où les fournisseurs de soins et les patients peuvent-ils obtenir davantage d'informations à ce sujet ?

- Quelques ressources sont suggérées sur ce site : <http://sleepwellns.ca/>



BZRA : Quand arrêter ?

1

Pourquoi le patient prend-il un BZRA?

En cas de doute, vérifier ses antécédents: anxiété, consultations antérieures en psychiatrie, amorcé en milieu hospitalier pour traiter un trouble du sommeil, ou une réaction de deuil.

Situations où l'arrêt
n'est pas (directement)
recommandé

- Épilepsie
- Soins palliatifs

- Autres problèmes de sommeil (p. ex. syndrome des jambes sans repos)
- Anxiété non gérée, dépression, problème de santé physique ou mentale qui pourrait causer ou aggraver l'insomnie
- Benzodiazépines spécifiquement efficaces contre l'anxiété
- Sevrage alcoolique

Continuer BZRA

- Minimiser l'utilisation de substances qui aggravent l'insomnie (caféine, alcool, etc.)
- Traiter les troubles sous-jacents
- Envisager la consultation d'un psychologue, psychiatre, spécialiste du sommeil

Médicaments qui causent ou aggravent l'insomnie:

- Amphétaminiques (bupropion, méthylphénidate)
- Pseudoéphédrine
- Antidépresseurs, (fluoxétine), antiparkinsoniens
- β -bloquants, corticoïdes, théophylline

BZRA : Quand arrêter ?

Pourquoi le patient prend-il un BZRA?

En cas de doute, vérifier ses antécédents: anxiété, consultations antérieures en psychiatrie, amorcé en milieu hospitalier pour traiter un trouble du sommeil, ou une réaction de deuil.

- Insomnie seule OU insomnie avec gestion de comorbidités sous-jacentes

Pour ceux dont l'âge ≥ 65 ans : prise de BZRA, indépendamment de la durée (éviter comme traitement de première ligne chez les personnes âgées)

Entre 18-64 ans : prise de BZRA > 4 semaines

Impliquer les patients

(Discuter avec eux des risques potentiels, avantages, plan de sevrage, symptômes et durée)

Recommander la déprescription

Situations où l'arrêt
doit être envisagé

BZRA : Comment arrêter ?

2

Recommander la déprescription



Réduire les doses puis cesser la prise du BZRA

(Réduire graduellement les doses en collaboration avec le patient; p.ex. ~25 % à chaque quinzaine et, si possible, 12,5 % de réduction vers la fin et/ou planification de jours sans médicament)

- **Patients âgés de plus de 65 ans** (forte recommandation selon une revue systématique et approche GRADE)
- **Patients âgés entre 18-64 ans** (recommandation faible selon une revue systématique et approche GRADE)
- Offrir des conseils sur les comportements liés au sommeil; envisager la TCC, si disponible (voir au verso)

Arrêt: bénéfices et risques?

- Arrêt progressif ou arrêt progressif + TCC: augmente le taux de succès d'arrêt! Toujours associer conseils (hygiène sommeil, ...) lors du sevrage
- Qualité du sommeil: un peu moins bonne à 3 mois, pas de différence à 12 mois
- Anxiété: légère amélioration dans l'année qui suit l'arrêt
- Symptômes de sevrage: pas de différence significative

BZRA : Comment arrêter ? Quel schéma de sevrage ?

- Pas d'étude qui compare directement plusieurs stratégies de diminution
- **Diminutions progressives** utilisées dans les études, avec de bons résultats
 - ↓ de 25% de la dose toutes les 2 semaines, et ↓ 12,5% en fin de sevrage, suivi de jours sans prise de BZRA
- Changement vers une benzodiazepine à action prolongée (ex diazepam)?
 - Aucune donnée qui prouve que ↓symptômes de sevrage et que meilleures chances de succès (vs sevrage avec BZRA à durée d'action plus courte)

BZRA : Comment arrêter ? Quel schéma de sevrage ?

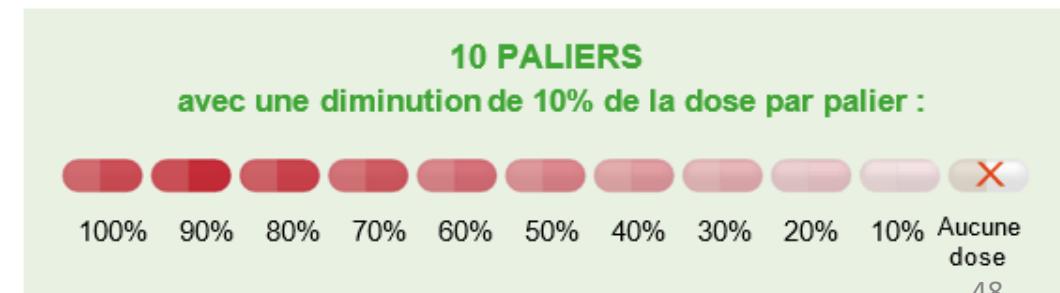
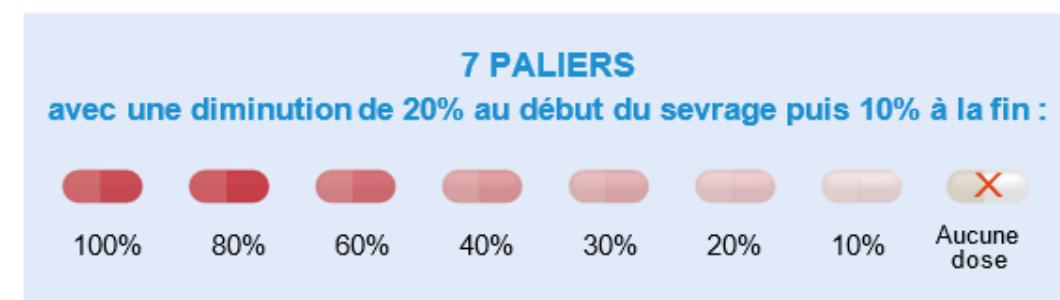
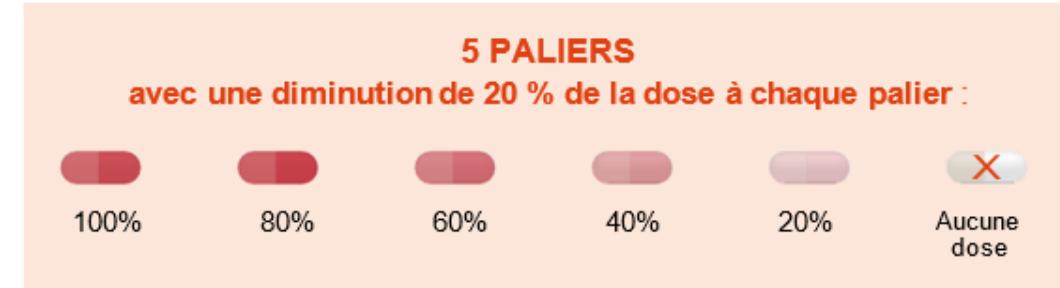
Exemple illustré dans la brochure patient

SEMAINES	EXEMPLE DE PLAN DE SEVRAGE						
	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
1 et 2	●	●	●	●	●	●	
3 et 4	●	●	●	●	●	●	
5 et 6	●	●	●	●	●	●	
7 et 8	●	●	●	●	●	●	
9 et 10	●	●	●	●	●	●	
11 et 12	●	●	●	●	●	●	
13 et 14	●	●	●	●	●	●	
15 et 16	✗	●	✗	✗	●	✗	●
17 et 18	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗

Légende			
●	Pleine dose	●	La moitié de la dose
●	Le quart de la dose	✗	Aucune dose

Schémas de sevrage proposés par l'INAMI

- Utilisation de magistrales (non remboursé en MRS)



BZRA : Comment arrêter ? Quel schéma de sevrage ?

- Meilleures chances d'arrêt (et de non reprise):
Patients avec doses plus faibles et durée d'utilisation plus courte
- Patients à risque plus élevé de rechute:
Longue durée d'utilisation, troubles psychologiques,...:
→ Envisager :
 - Sevrage plus lent / progressif (sur plusieurs mois)
 - Suivi rapproché
 - Support ++ (y compris approches non-pharmacologiques)

BZRA : Alternatives médicamenteuses possibles ?

- **NON**

Voir recommandations pour la prise en charge de l'insomnie / anxiété :

Approches non pharmacologiques

- Exception: si dépression ou anxiété: traitement (Pharmacologique ou Non pharmacologique) avant d'envisager une déprescription de la BZRA

BZRA : Le suivi pendant l'arrêt

↓ Suivi toutes les 1-2 semaines pendant la réduction des doses

Bienfaits attendus

- Peut améliorer la vigilance et la cognition; peut diminuer la sédation diurne et les chutes

Symptômes de sevrage

- Insomnie, anxiété, irritabilité, sudation, symptômes gastro-intestinaux (tous sont habituellement légers et durent de quelques jours à quelques semaines)

Utiliser des approches non pharmacologiques pour gérer l'insomnie

Utiliser des approches comportementales et/ou TCC (voir au verso)

En cas de réapparition des symptômes :

Envisager

- Maintien de la dose de BZRA actuelle pour 1-2 semaines, puis reprendre la réduction des doses très graduellement

Autres médicaments

- D'autres médicaments peuvent être utilisés pour gérer l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et efficacité dépasse le cadre du présent algorithme.

Pour de plus amples renseignements, consulter les lignes directrices pour la déprescription de BZRA.

Symptômes sévères (par exemple convulsion): si, et seulement si, réduction brutale / arrêt (association avec médicaments qui abaissent le seuil épileptogène)

Benzodiazépines et médicaments apparentés:

1. Pourquoi les arrêter?

2. Quand et comment les arrêter?

3. Comment contribuer?
Changer nos comportements et
ceux des patients

4. Réflexion sur des cas concrets

5. Conclusion – synthèse sur les outils

Changer les comportements du patient

Agir sur les freins à la déprescription

- Manque de connaissances (risques des BZRA / Approches non-pharmacologiques)
- Souhait de ne rien changer
- Perception exagérée des bénéfices
- Perception insuffisante des risques
- Croyance que la déprescription à un âge avancé est non bénéfique
- Croyance que si le médecin prescrit, les benzodiazépines sont sans danger
- Environnement trop bruyant/stressant

Agir sur les leviers à la déprescription

- Confiance dans le médecin traitant, et l'équipe soignante
- Perception des effets secondaires
- Diminution du nombre de médicaments
- Diminution du prix

Actions possibles

Patients / proches

- Affiche et **brochures** visibles et accessibles
- Patients cible: questionner, informer, accompagner

Professionnels de santé

- Se former, transmettre
- Définir des objectifs
- Documenter dans le dossier résident

Maison de repos

- Définir des **étapes** et des **objectifs**
- Adapter l'**environnement** pour favoriser le sommeil et la relaxation
- Développer les **approches non-pharmacologiques**
- **Travail en équipe**

Brochures à destination des patients



Brochure sur les benzodiazépines



Vous prenez un somnifère ou un calmant
Vous pourriez être à risque

- Alprazolam (Alpraz®, Xanax®)
- Lorazepam (Lorazetop®, Sérénase®, Temesta®)
- Bromazepam (Lexotan®)
- Brotizolam (Lendormin®)
- Clobazam (Frisium®)
- Clonazepam (Rivotril®)
- Lormetazepam (Loramet®, Metatop®, Noctamid®, Stilaze®)
- Clorazepate (Tranxène®, Uni-Tranxène®)
- Loprazolam (Dormonoc®)
- Clotiazepam (Clozan®)
- Nitrazepam (Mogadon®)
- Diazepam (Diazetop®, Valium®)
- Nordazepam (Calmday®)
- Flurazepam (Staurodorm®)
- Oxazepam
- Flunitrazepam
- Prazepam (Lysanxia®)
- Lofiazepate d'éthyle (Victan®)
- Triazolam (Halcion®)
- Zolpidem (Stilnoct®, Zolpitop®)
- Zopiclone (Imovane®)

avec le soutien de
UCLouvain **LUSS** **Société Belge de GÉRONTOPSY** **SSPG** **FSSMG**
Adaptation réalisée avec l'aimable autorisation de Madame Cara Tannenbaum de la brochure «Vous êtes à risque»
(© 2014 par Cara Tannenbaum et l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal). Tous droits de reproduction et d'adaptation réservés. Licences de droits d'auteur disponibles sur demande auprès d'Anne Spinewine (UCLouvain).

Au Canada, 27% des patients ayant reçu cette brochure de leur pharmacien ont réussi à arrêter leur benzodiazépine à 6 mois (vs 5% dans le groupe contrôle) –

Etude EMPOWER, Tannenbaum *et al*, 2014, JAMA

Brochure sur les approches non pharmacologiques/ L'hygiène du sommeil

Comment obtenir une bonne nuit de sommeil sans médicament

avec le soutien de

UCLouvain **LUSS** **Société Belge de GÉRONTOPSY** **SSPG** **FSSMG**

Université de Montréal

Le Centre d'enseignement universitaire en soins de santé pharmaceutique Michel-Baucomier en santé et médicaments

Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription

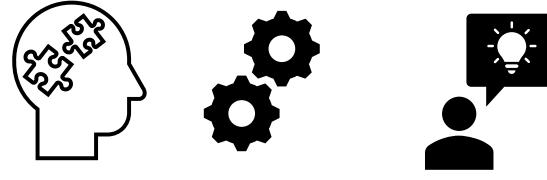
Participation des patients et des soignants

Les patients doivent comprendre :

- Les raisons justifiant la déprescription (risques liés à l'usage continu de BZRA, efficacité réduite à long terme)
- Des symptômes de sevrage (insomnie, anxiété) peuvent se manifester, mais ils sont habituellement légers, passagers et de court terme (quelques jours à quelques semaines)
- Ils font partie du plan de réduction des doses, et peuvent contrôler le rythme de réduction, ainsi que sa durée.

- Ecoute, empathie, accompagnement
- Respect du vécu, de l'expérience (ex importance d'une bonne nuit de sommeil)
- Parler de la déprescription en termes positifs
 - Ex : bénéfices possibles de la déprescription: diminution du risque de chute, sédation en journée, amélioration mémoire et attention
- Aligner aux objectifs du patient, à ce qui compte le plus pour lui
- Leviers importants dans la conversation: risque d'effets secondaires; travailler ensemble pour diminuer la dose (et PAS: BZRA non efficace) (Green et al 2021)
- Anticiper un chemin sinueux plutôt qu'une ligne droite; conversations multiples souvent nécessaires; répéter au patients vos conseils et vos préoccupations

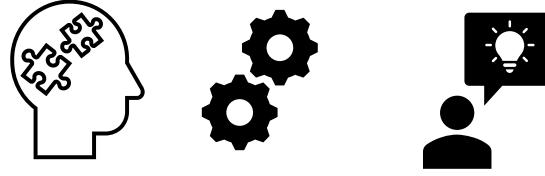
Atelier n°6 : Approches non-pharmacologiques



Quelles actions / approches non-pharmacologiques vous semblent possibles à mettre en place à l'échelle de la maison de repos ?

- Pour favoriser le sommeil
- Pour favoriser la relaxation

Atelier n°6 : Approches non-pharmacologiques



Quelques idées (liste non-exhaustive) :

- Servir des boissons décaféinées l'après-midi
- Encourager les résidents à sortir de leur lit et de leur chambre pendant la journée
- Ouvrir les rideaux en journée
- Encourager la participation aux activités
- Proposer des massages légers/ activités relaxantes

Benzodiazépines et médicaments apparentés:

1. Pourquoi les arrêter?

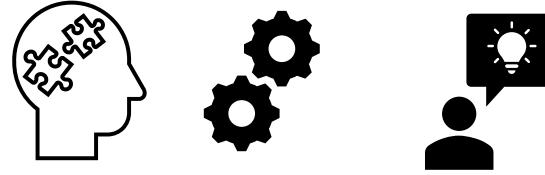
2. Quand et comment les arrêter?

3. Comment contribuer? Changer nos
comportements et ceux des patients

**4. Réflexion sur des cas
concrets**

5. Conclusion – synthèse sur les outils

Atelier n°7 : Vignette clinique n°1



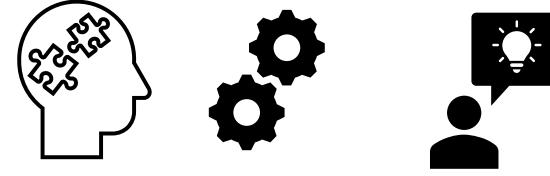
- **Prescriptions et délivrances réitérées**
- Un renouvellement des ordonnances est nécessaire pour le traitement habituel de Martine, 84 ans, qui vit à la maison de repos depuis 8 mois:
 - Coversyl Plus® 5/1,25 (1 le matin)
 - Paracetamol 1g (3 x 1 par jour si douleur)
 - Tildiem Retard® 200 (1 le soir)
 - **Stilnoct® (1 le soir)**
 - CaCO3 1,25g (1 au souper)
 - D-Cure® (1 amp par mois)
- L'état de santé de Martine est stable, mais elle a chuté (sans gravité) il y a deux mois.
- **Problématique** : renouvellement des prescriptions et des délivrances de benzodiazépines et apparentés
- Réfléchissez ensemble: Qu'est-ce que chacun peut apporter ? Quels outils peuvent être utilisés ?

Atelier n°7 : Vignette clinique n°1



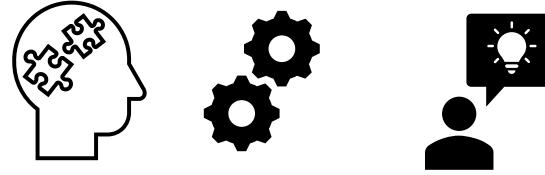
- **Quelques idées**
- Discussion **multidisciplinaire**, revoir l'indication de la BZRA, les bénéfices potentiels de la déprescription pour cette résidente
 - Qui ? L'équipe soignante de la MRS
 - Communication avec le médecin généraliste
- **Sensibilisation** de la résidente aux risques des BZRA et bénéfices de la déprescription
 - Qui ? Un infirmier, le médecin généraliste, ...
 - Outil disponible = Brochure pour les résidents
- Mise en place **d'approches non-pharmacologiques**
 - Qui ? L'équipe soignante, l'équipe d'animation

Atelier n°7 : Vignette clinique n°2



- **Demande d'un résident**
- Jeanne, 87 ans, est arrivée à la maison de repos il y a 1 mois. Elle prend, depuis 15 ans du bromazepam 4,5 mg deux fois par jour, elle ne sait plus pourquoi.
- Elle se sent angoissée depuis son arrivée à la maison de repos, et dort très mal. Elle reste seule dans sa chambre une grande partie de la journée. Elle demande à ce que son médecin lui ajoute un médicament pour l'aider à dormir.
- **Problématique** : Gestion de la demande, mise en place d'approches non-pharmacologiques
- Réfléchissez ensemble: Qu'est-ce que chacun peut apporter ? Quels outils peuvent être utilisés ?

Atelier n°7 : Vignette clinique n°2



- **Quelques idées dans le cadre de l'intervention END-IT :**
 - Mise en place d'approches non-pharmacologiques
 - Par qui ? L'équipe soignante, l'équipe d'animation
 - Exemples : Encourager la résidente à sortir de sa chambre, à participer aux activités, mettre en place certains composants de la TCC-i
- Outils disponibles :



- Brochure sur les approches non pharmacologiques/
L'hygiène du sommeil



Benzodiazépines et médicaments apparentés:

1. Pourquoi les arrêter?

2. Quand et comment les arrêter?

3. Comment contribuer? Changer nos
comportements et ceux des patients

4. Réflexion sur des cas concrets

5. Conclusion – synthèse sur
les outils



Messages clés

- 1. BZRA: problème de santé publique majeur, connu de longue date mais sans amélioration substantielle.
- 2. La déprescription est faisable. Suivre les étapes de l'algorithme de déprescription permet d'arriver à un arrêt des BZRA chez une proportion non négligeable de patients.
- 3. Informer les patients et s'engager avec eux dans la démarche est essentiel. Cela peut être simple ou complexe. Il existe des outils directement utilisables (*Outil 5*).
- 4. Etablir ou renforcer la collaboration entre les professionnels de santé est indispensable. Soyez proactifs et collaboratifs. Plusieurs outils peuvent vous aider (*Outil 6*).
- 5. Définissez des objectifs réalistes à l'échelle de votre maison de repos (*Via l'Outil 1*) et suivez-les en équipe. Célébrez les succès.

Synthèse outils

- **Belgique**

- <https://www.usagepsychotropes.be/> : Nouveau site web, campagne infos psychotropes pour les professionnels de santé
- <http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/>
 - Contenu pour médecins et pharmaciens, y compris liste d'outils pratiques
- www.somniferesetcalmants.be
 - Outils campagne 2018: pensez aux autres solutions (affiche, écran salle d'attente,...)
 - Brochure « vous pourriez être à risque », version belge, maisons de repos
 - Outils CMP (SSPF)

- **Canada**

- <https://www.reseaudeprescription.ca/> algorithme, vidéos, brochures patients

Des questions ? Des idées ?