

20° journée de l'OMéDIT Centre-Val de Loire

Blois le 10 septembre 2024

Benzodiazépines, un usage à risque chez les sujets fragiles.

Quelle conduite à tenir pour prévenir la iatrogénie médicamenteuse ?

Pr Thomas DESMIDT
Département de Psychiatrie
de la Personne Agée
CHU de Tours



Observatoire des
Médicaments
Dispositifs médicaux
Innovations **T**hérapeutiques

Centre-Val de Loire

Introduction

Double Tension de la prescription

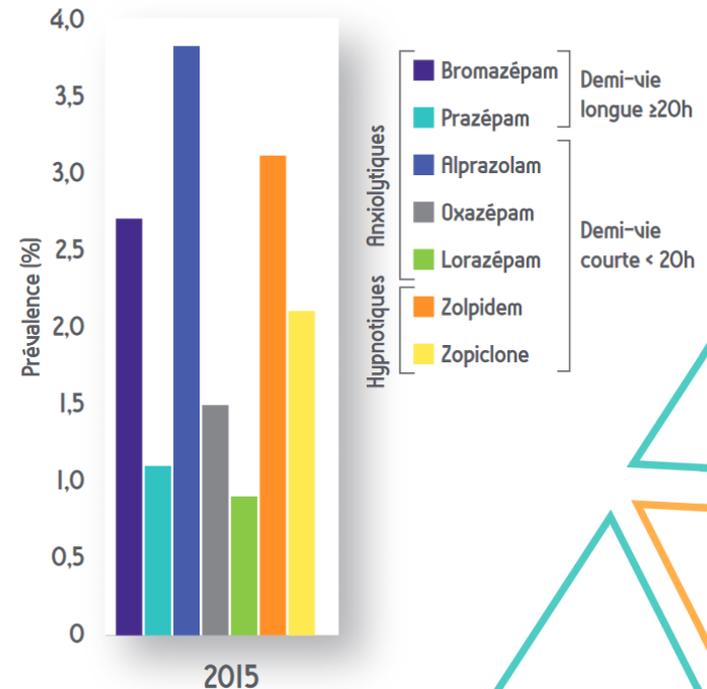
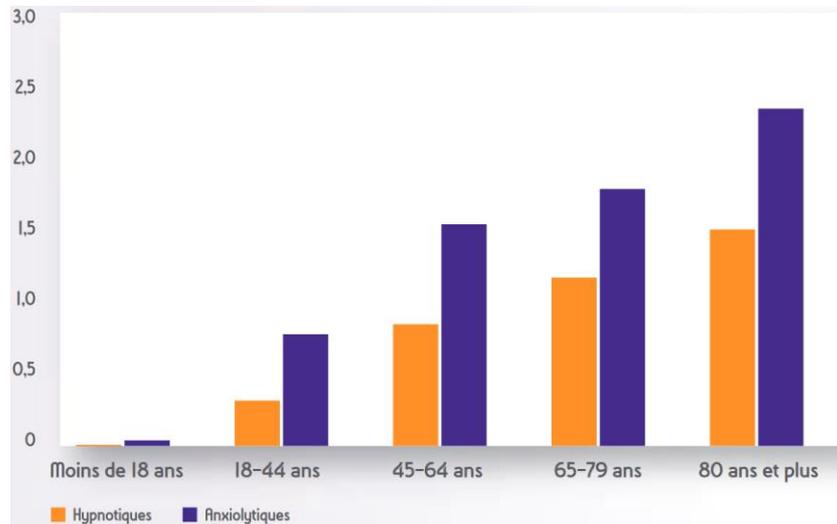
- Excès de Prescription = Risque iatrogénique
- Défaut de Prescription = Perte de chance pour le patient
 - En pratique, très peu d'indications aux benzodiazépines, donc perte de chance minime à ne pas prescrire les BZD, chez la PA en particulier!

Adéquation de la prescription avec le diagnostic

- Sur ou Sous Prescription?
 - Benzodiazépines = Sur Prescription
 - Antidépresseurs et Neuroleptiques ?

Avril 2017

- France = 2^{ème} en Europe
- 13,4% au moins un remboursement de BZD dans l'année
- 65% sont des femmes, âge médian = 57 ans
- 38,3% chez les femmes de 80 ans et +



Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ?

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

FICHE

Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ?

HAS

Messages Clefs

- **Information** dès la 1^{ère} prescription sur durée max du traitement (**4 semaines Hypnotiques**, **12 semaines Anxiolytiques**) , l'arrêt progressif, les risques associés
 - Somnolence, confusion, risque conduite, OH-
 - Perte mémoire, Chutes, Dépendance
 - CI : SAOS, Insuffisance respiratoire, Myasthénie

Thèse
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Par
Sophie ROUET

Née le 20 août 1985 à Chartres

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2013

DEPENDANCE AUX HYPNOTIQUES ET CONNAISSANCE

DU TRAITEMENT PAR LE PATIENT :

EXISTE-IL UN LIEN ?

Etude rétrospective en soins primaires portant sur des patients
d'Eure et Loir traités au long cours.

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Membres du jury :

Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

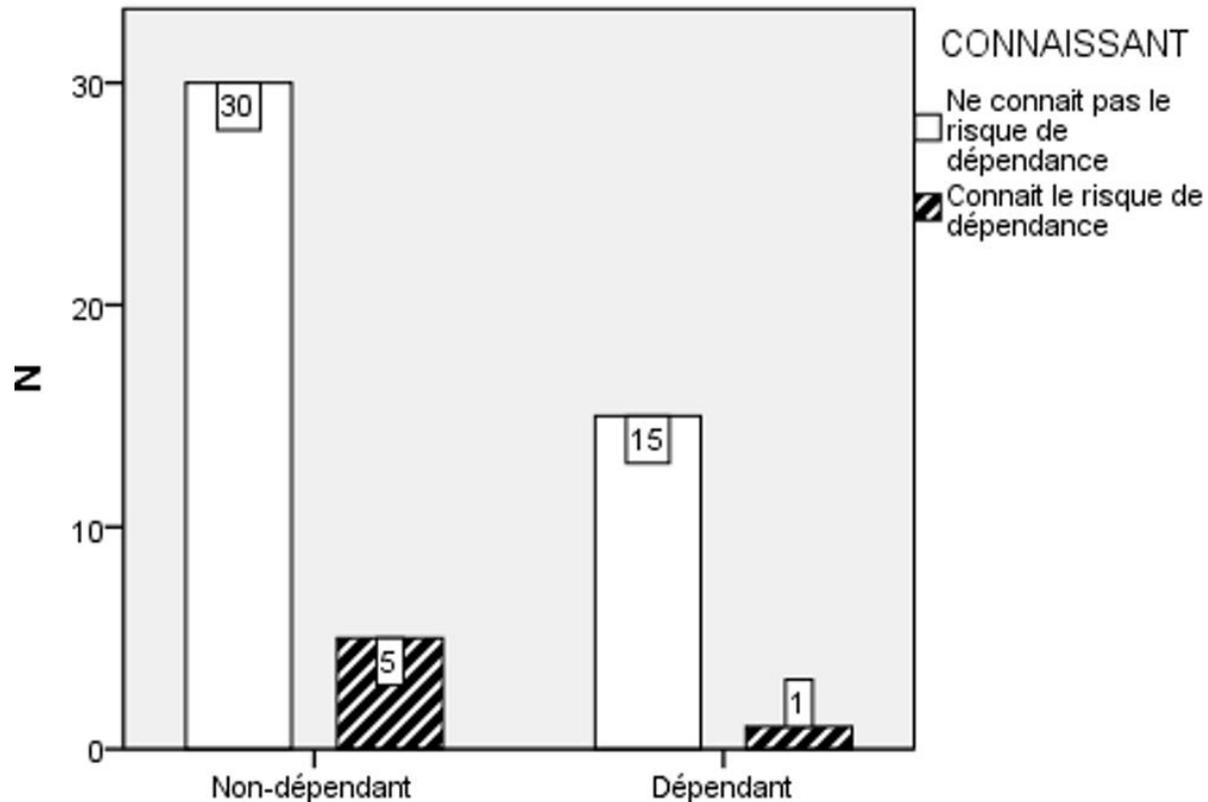
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Monsieur le Docteur Jean-Yves BACHELIER

Monsieur le Docteur Nicolas CHARTIER

Monsieur le Docteur Thomas DESMIDT

Monsieur le Docteur Jacques QUADRELLI



Benzodiazépines chez la PA: Indications

Référence dans l'anxiété **aigue**

- Mais **pas** dans l'anxiété chronique (TAG, Trouble Panique, PTSD...)
- Très peu d'indications des BZD, voir aucune, pour un trouble chronique

Bonnes pratiques

- Faible Posologie, durée courte, max 12 Semaines, 4 pour Hypnotiques
- Plutôt $\frac{1}{2}$ vie courte car uniquement phase II du métabolisme hépatique, non affecté par l'âge

Ellr

- **Confusion, troubles cognitifs, sédation, chutes, dépendance, syndrome de sevrage**
 - Risque de Fracture **Dose Dépendant**, dès 0,3mg/j de Lorazepam
 - **1,8 Milliards d'euros** par an attribuable aux chutes liées au BZD en Europe
 - 1/3 des patients décèdent dans l'année suivant une Fracture de Hanche

Benzo et Démence?

Déficits cognitifs dose-dépendant à court terme

- Attention et Mémoire

Prise Chronique associée à Démence?

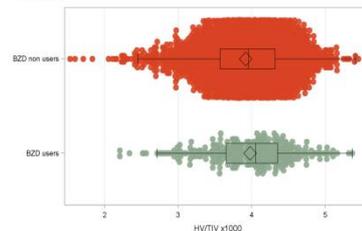
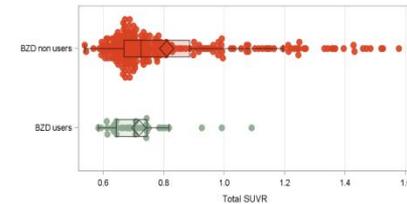
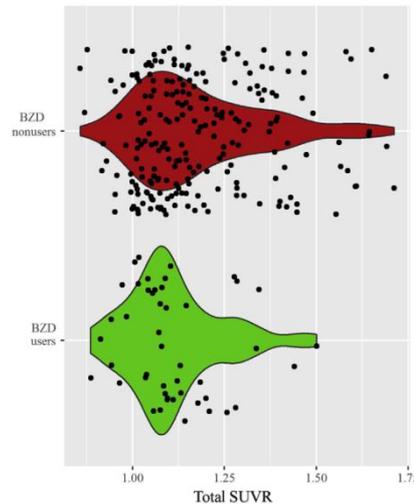
- Epidémiologie résultats variables, lien causal?
- Variable confondante? Anxiété/Dépression Prodromale?
- Données Physiopathologiques

Benzodiazepine use and brain amyloid load in nondemented older individuals: a florbetapir PET study in the Multidomain Alzheimer Preventive Trial cohort

Thomas Desmidt^{a,b,*}, Julien Delrieu^{d,e}, Thibaud Lebouvier^h, Gabriel Robert^{i,j}, Renaud David^k, Anna-Chloé Balageas^b, Alexandre Surget^a, Catherine Belzung^a, Nicolas Arlicot^{a,c,l}, Maria-Joao Ribeiro^{a,b,c}, Pierre Payoux^{f,g}, Bruno Vellas^{d,e}, Wissam El-Hage^{a,b,c}, Elsa Tavernier^{b,c}, Vincent Camus^{a,b}, for the MAPT/DSA study group¹

Benzodiazepine use and neuroimaging markers of Alzheimer's disease in nondemented older individuals: an MRI and 18F Florbetapir PET study in the MEMENTO cohort

Quentin Gallet¹, Vincent Bouteloup², Maxime Locatelli^{3,4,15}, Marie-Odile Habert^{3,4,15}, Marie Chupin^{5,4,5,15}, Julien Delrieu^{6,7}, Thibaud Lebouvier⁸, Gabriel Robert⁹, Renaud David¹⁰, Samuel Bulteau¹¹, Anna-Chloé Balageas¹², Alexandre Surget¹³, Catherine Belzung¹³, Nicolas Arlicot^{13,14}, Maria-Joao Ribeiro^{12,13,14}, Laurent Barantin¹⁵, Frédéric Andersson¹⁵, Jean-Philippe Cottier^{12,13,14}, Valérie Gissot^{12,13,14}, Wissam El-Hage^{12,13,14}, Vincent Camus^{12,13}, Bénédicte Gohier¹, Thomas Desmidt^{15,13,15} and for the MEMENTO study group



Alternatives à la prescription de BZD?

Troubles Anxieux Chroniques (Trouble Anxieux Généralisé, Panique, TOC, TSPT, etc.)

- Psychothérapies,
- Phytothérapie,
- Antidépresseurs dans les cas les plus sévères

Insomnie

- Traitement de la cause (Apnée du Sommeil, Dépression, etc.)
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Parapharmacie
- Mélatonine, Daridorexant (voir Mirtazapine si dépression) dans les cas les plus sévères

Règles d'hygiène du sommeil

- Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes trop longues (> 1 h) ou trop tardives (après 16 h).
- Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.
- Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher.
- Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine.
- Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17 h.
- Éviter les repas trop copieux trop gras le soir.

Improve employee well-being with **better sleep**

Sleepio is a revolutionary digital care program for sleep improvement available anytime, anywhere.

Get started



In a clinical trial, 76% of participants experienced clinically significant improvement in sleep

54%

reduction in time to fall asleep.¹

62%

less time awake at night.¹

45%

better functioning the next day.¹

Prevention of Incident and Recurrent Major Depression in Older Adults With Insomnia

A Randomized Clinical Trial

Michael R. Irwin, MD; Carmen Carrillo, MA, MHS; Nina Sadeghi, BS; Martin F. Bjurstrom, MD; Elizabeth C. Breen, PhD; Richard Olmstead, PhD

POPULATION

123 Men, 168 Women



Adults ≥ 60 y with insomnia and no current major depression or recent major health events

Mean age, 70 y

INTERVENTION

291 Participants randomized



156 Cognitive behavioral therapy, insomnia (CBT-I)

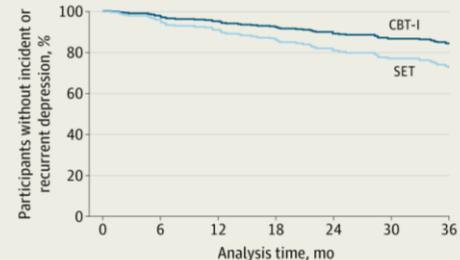
Weekly 120-min CBT-I group sessions given by a trained psychologist over 2 mo

135 Sleep education therapy (SET)

Weekly 120-min SET group sessions given by a public health educator over 2 mo

FINDINGS

Older adults with insomnia who received CBT-I were significantly less likely to develop new or recurrent major depression compared with those who received SET



Hazard ratio for incident or recurrent depression.

0.51 (95% CI, 0.29-0.88); $P = .02$

CBT – I : cognitive therapy, stimulus control, sleep restriction, sleep hygiene, and relaxation

12% (CBT-I) vs 26% (SET)

« I-LEARN Sommeil » est
une application en cours
de développement



I-LEARN
Sommeil

The screenshot shows the I-LEARN platform interface. At the top left, there is a user profile for THOMAS DESMIOT with a 'Déconnexion' button. Below the profile are navigation links: Accueil, Formation (highlighted in green), Progression, Ressources à télécharger, Contacter un formateur, FAQ, À propos, and Déconnexion. The main content area is titled 'FORMATION' and displays three course cards. The first card, 'MODULE 01. LA MALADIE D'ALZHEIMER, UNE MALADIE NEURODÉGÉNÉRATIVE', is marked 'Terminé' and has a '100% TERMINÉ' progress bar. The second card, 'MODULE 02. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES MALADIES APPARENTÉES', is marked 'Terminé'. The third card, 'MODULE 03. L'APPROCHE NON MÉDICAMENTEUSE: LES TECHNIQUES D'ACCOMPAGNEMENT', is marked 'Inscrit'. Each card includes a 'Commencer' button and a brief description of the module's content.



MODULE 2 :
Les troubles du comportement dans la
Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées



MODULE 3 :
L'approche non médicamenteuse :
les techniques d'accompagnement



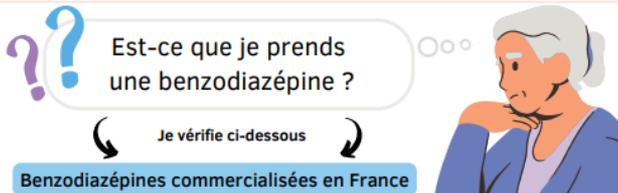
Sevrage en BZD

- S'interroger à **chaque renouvellement** de TT
- Réductions de doses par étapes, parfois **sur plusieurs mois**
- A défaut d'un arrêt complet, une **diminution de dose** est un objectif acceptable?
- Pas de traitement **substitutif** systématique
- Arrêt=**Bénéfices** sur la Cognition et les Chutes
- Surveiller **Risque de Sevrage**, Rechute, Rebond
 - Réintroduction conseillée
- Brochure d'info ont un intérêt?

"J'ai un traitement pour dormir ou pour gérer une angoisse ou une anxiété"

Dans l'insomnie comme dans l'anxiété, les benzodiazépines ne sont PAS indiquées au long cours

Les benzodiazépines sont une famille de médicaments pouvant être prescrits temporairement = calmants, tranquillisants.*



Benzodiazépines commercialisées en France

à durée d'action* longue (≥20h)

Bromazépam (LEXOMIL®)
Clorazépate dipotassique (TRANXÈNE®)
Clobazam (URBANYL®)
Diazépam (VALIUM®)
Prazépam (LYSANXIA®)
Nitrazépam (MOGADON®)
Loflazépate d'éthyle (VICTAN®)

* la durée d'action est représentée par la durée d'élimination
** médicaments apparentés aux benzodiazépines

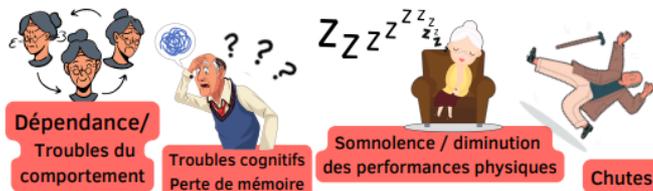
● Benzodiazépines à durée d'élimination longue consommées en ville T1-T2 2023 données SNECS, DRSH Centre-Val de Loire

à durée d'action* courte (<20h)

(à privilégier au-delà de 65 ans)

Oxazépam (SERESTA®)
Zopiclone** (IMOVANE®)
Clotiazépam (VERATRAN®)
Alprazolam (XANAX®)
Loprazolam (HAVLANE®)
Lorazépam (TEMESTA®)
Lormétazépam
Zolpidem** (STILNOX®)
Estazolam (NUCTALON®)

Effets indésirables des benzodiazépines : suis-je concerné(e) ?



Parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin traitant !

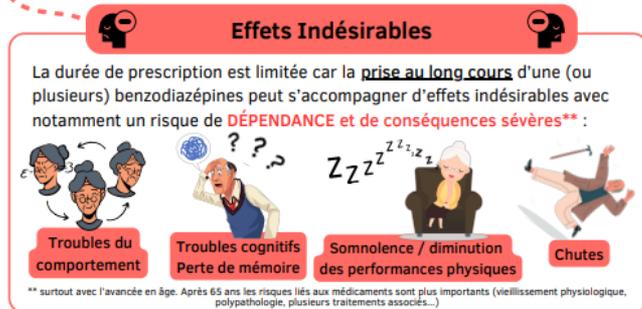
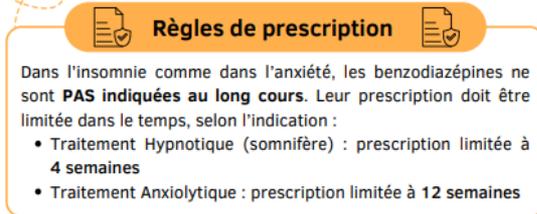
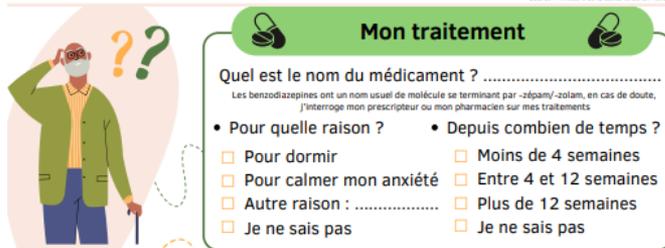


Avec le soutien de :



IL EST PEUT ÊTRE TEMPS D'ARRÊTER MA BENZODIAZÉPINE

Indiquées dans L'INSOMNIE, LE STRESS ou L'ANXIÉTÉ, les benzodiazépines sont une famille de médicaments pouvant être prescrits temporairement = calmants, tranquillisants.*





Tous les troubles du sommeil ne sont pas des insomnies.

Ils ne nécessitent pas forcément un traitement médicamenteux. En revanche, ces troubles méritent l'attention de votre médecin et un diagnostic précis.

Accepter la diminution du temps de sommeil

Avec l'âge, le temps de sommeil diminue. Sa qualité importe plus que sa durée. Le sommeil s'inscrit dans le cycle jour-nuit et se prépare en état de veille, pendant la journée !



Conseils pour bien dormir

- Petit-déjeuner copieux le matin et repas léger le soir
- Exercice physique régulier dans la matinée
- Vivre le jour dans une pièce claire et aérée
- Limiter la durée des siestes
- Se coucher quand on a sommeil et se lever à heures régulières
- Privilégier les boissons relaxantes (tisane, lait tiède, plantes etc.)
- Endormissement dans une chambre fraîche, sombre et calme



Les motifs de perturbations

- L'alcool
- Les excitants (tabac, café, thé, cola)
- Certains médicaments
- Les excès alimentaires
- Les modifications de l'état de santé psychique et physique



Les hypnotiques... ne sont pas magiques !

- Ils induisent un sommeil moins réparateur
- Ils peuvent provoquer des effets indésirables (chutes, troubles de la mémoire, fatigue, ...)
- Ils induisent une dépendance : on s'y habitue et il devient difficile de s'en passer

Lorsque votre trouble du sommeil nécessite un traitement, votre médecin ou votre pharmacien proposera toujours le médicament le mieux adapté, la dose la plus faible et la durée de prescription la plus courte avec de fréquentes réévaluations.

**ALORS, PARLEZ-EN AVEC VOTRE MEDECIN
OU VOTRE PHARMACIEN**



Être senior et mieux dormir



→ Retrouver un sommeil de qualité

→ Arrêter les somnifères

C'EST POSSIBLE !

J'ai du mal à dormir

Le sommeil évolue tout au long de la vie

Avec l'âge, il est normal que votre sommeil se modifie : plus entrecoupé, moins profond

Vous pouvez l'améliorer par des moyens simples, sans médicament

Je prends des somnifères

Attention ! Ce ne sont pas des médicaments anodins

Ils ont souvent des effets indésirables (troubles de la mémoire, chutes, dépendance...)

Ils induisent un sommeil moins réparateur que le sommeil naturel
Leur efficacité diminue au fur et à mesure du temps

Les troubles du sommeil,

→ parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Avec la participation de



© Haute Autorité de Santé

Conclusion

Indication des anxiolytiques et hypnotiques uniquement dans l'anxiété / insomnie **Aigue**

Pas de prescription prolongée

INFORMATION +++

Des **alternatives** existent en cas de troubles chroniques

- Non médicamenteuses
- Médicamenteuses

Envisager **Sevrage** chez les patients consommant des BZD à chaque consultation

Somnolence, chutes et médicaments



Savoir repérer les risques de chute et alerter !



Chapitre 4 [Lien d'accès vidéo](#)

Focus sur :

- Les **benzodiazépines** (extrait -> 1:45)
- La charge anticholinergique des médicaments

Cible large : sensibilisation tout soignant

Vidéo extraite du e-learning
« Chute chez le sujet âgé : savoir
repérer les risques liés aux
médicaments »

Formation gratuite accessible sur
www.elearning.omedit-centre.fr

Les benzodiazépines

-zolam ; - zépam ; ...

Le zolpidem et zopiclone sont des
apparentés aux benzodiazépines.

Les benzodiazépines entraînent
une action plus marquée avec
l'âge, avec une **sédation
excessive** et une **augmentation
du risque de chute**.

Les benzodiazépines sont principalement utilisées
dans les insomnies, le stress ou l'anxiété.

- Il faut privilégier les benzodiazépines à **courte durée d'action** (oxazépam (Seresta®), ...).
- La prescription de benzodiazépines doit être la **plus courte possible** (4 semaines max) avec le **plus faible dosage possible**.
- Le **moment de la prise** doit être adapté (ex : hypnotique au coucher et non pas durant le repas du soir)

