



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

**Modalités d'arrêt des benzodiazépines
et médicaments apparentés
chez le patient âgé**

Recommandations

Octobre 2007

L'argumentaire scientifique de ces recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en octobre 2007

© Haute Autorité de santé – 2007

Sommaire

Abréviations	2
Recommandations	3
1. Introduction	3
1.1 Promoteur	3
1.2 Objectif des recommandations	3
1.3 Limitation du thème	3
1.4 Patients concernés	3
1.5 Professionnels concernés	3
1.6 Méthode de travail et gradation des recommandations	3
2. Principes généraux de prescription des traitements par benzodiazépines et médicaments apparentés	4
3. Risques liés à la consommation de BZD et bénéfices de l'arrêt chez le patient âgé	4
4. Évaluer la difficulté de l'arrêt des BZD	4
5. Le syndrome de sevrage	5
5.1 Diagnostic et prise en charge d'un syndrome de sevrage	5
5.2 Prévention du syndrome de sevrage.....	6
6. Populations spécifiques (précautions particulières, prise en charge spécialisée associée).....	7
7. Stratégies d'arrêt des BZD chez le patient âgé.....	7
7.1 Arrêt en ambulatoire	7
7.2 Arrêt en milieu hospitalier	9
Annexes	12
Annexe 1. RCP commun des BZD et apparentés	12
Annexe 2. Échelle ECAB	13
Annexe 3. Message d'information écrite du médecin traitant.....	14
Annexe 4. Calendrier de suivi de l'arrêt de BZD	15
Annexe 5. Agenda sommeil – éveil	18
Annexe 6. Liste des signes rapportés lors de l'arrêt des BZD	20
Méthode <i>Recommandations pour la pratique clinique</i>.....	21
Participants	23
Fiche descriptive de l'étude	25

Abréviations

BZD	Benzodiazépines
ECAB	Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines
TCC	Thérapies cognitivo-comportementales
RCP	Résumé des caractéristiques du produit

Recommandations

1. Introduction

1.1 Promoteur

Ces recommandations ont été élaborées à l'initiative de la Haute Autorité de santé dans le cadre d'un ensemble de travaux sur l'utilisation des psychotropes chez les patients âgés.

1.2 Objectif des recommandations

L'objectif de ces recommandations est de proposer aux médecins des stratégies pour faciliter l'arrêt de la prise de benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés par les patients âgés.

1.3 Limitation du thème

Ces recommandations s'articulent autour des questions suivantes :

- Quels sont les risques liés à la consommation de BZD et les bénéfices de leur arrêt chez le patient âgé de plus de 65 ans ?
- Comment évaluer la difficulté de l'arrêt ?
- Comment diagnostiquer, prendre en charge et prévenir le syndrome de sevrage aux BZD ?
- Quelles sont les précautions particulières à l'arrêt des BZD chez le patient âgé de plus de 65 ans ?
- Quelles sont les stratégies d'arrêt des BZD chez le patient âgé de plus de 65 ans ?

1.4 Patients concernés

Les patients concernés sont les patients âgés de plus de 65 ans recevant depuis au moins 30 jours un traitement par BZD ou médicaments apparentés.

Les patients âgés de plus de 65 ans polyopathologiques et les patients de plus de 75 ans ont un risque majoré de iatrogénèse, lié à la polymédication et aux modifications physiologiques du vieillissement. Ils sont également en France de forts consommateurs de BZD et apparentés, et particulièrement exposés à leurs effets secondaires. C'est pourquoi la limite d'âge pour les recommandations a été fixée à 65 ans, et la recherche bibliographique ciblée sur les études réalisées dans la tranche d'âge des plus de 65 ans.

1.5 Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées à l'ensemble des médecins amenés à renouveler une prescription de BZD chez un patient âgé.

1.6 Méthode de travail et gradation des recommandations

Ce travail a été réalisé selon la méthode recommandations pour la pratique clinique¹. Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : essais comparatifs randomisés de faible

¹ Cf. guide « Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'Anaes en 1999, téléchargeable sur www.has-sante.fr.

puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte (niveau de preuve 2) ;

- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas (niveau de preuve 4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

2. Principes généraux de prescription des traitements par benzodiazépines et médicaments apparentés

Il est fortement recommandé de réserver la prescription des BZD et apparentés aux indications validées et de respecter les durées de prescription prévues par l'AMM (cf. *annexe 1*).

Dès l'instauration d'un traitement, tout médecin doit expliquer au patient la durée du traitement et ses modalités d'arrêt du fait des risques liés au traitement, notamment du risque de dépendance.

Toute demande de renouvellement de traitement doit être l'occasion de s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt.

Chez tout patient âgé traité quotidiennement depuis plus de 30 jours, il est recommandé de proposer une stratégie d'arrêt de la consommation de BZD et apparentés.

Au moment d'entreprendre un arrêt, il convient d'évaluer les attentes du patient et son degré « d'attachement » aux BZD pour aboutir à une décision partagée. Le médecin peut s'appuyer sur les items du questionnaire ECAB (échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines ; cf. *annexe 2*).

La proposition d'arrêt des BZD peut ne pas être acceptée par le patient. Il est alors recommandé de renouveler l'information lors d'une consultation ultérieure.

3. Risques liés à la consommation de BZD et bénéfices de l'arrêt chez le patient âgé

La prise de BZD expose plus spécifiquement le patient âgé à des chutes (grade B) et à leurs conséquences, ainsi qu'à des altérations cognitives (grade C) et à des accidents de la voie publique, notamment s'il conduit (grade C).

L'arrêt progressif et encadré d'une BZD n'altère pas la qualité de vie (grade C) et peut améliorer certaines fonctions cognitives (grade C).

Les patients âgés prennent souvent des BZD depuis longtemps. Un arrêt de traitement peut signifier pour eux la remise en cause d'un certain équilibre, voire d'un mode de vie auquel ils sont habitués. Il est donc recommandé d'analyser avec chaque patient les avantages et les risques associés à la consommation de BZD et à son interruption.

4. Évaluer la difficulté de l'arrêt des BZD

Au moment d'arrêter une BZD, il convient de rechercher des facteurs pronostiques importants pour optimiser la démarche et l'adapter à chaque patient.

► **Durée et posologie du traitement en cours**

Il existe des risques de syndrome de sevrage plus sévère, d'échec à l'arrêt et de reprise du traitement plus fréquents chez les patients prenant des posologies élevées et depuis longtemps.

► **Produits consommés**

La prise concomitante de plusieurs psychotropes rend l'arrêt des BZD plus difficile.

La consommation d'une BZD à visée anxiolytique ou la consommation d'alcool avant l'arrêt augmentent le risque de reprise de BZD.

► **Facteurs liés à la clinique**

Une insomnie sévère, une détresse psychologique sont des facteurs de risque de reprise de BZD.

Avoir une bonne perception de son état de santé par la personne âgée est un facteur protecteur de la reprise de BZD.

La prise en charge d'une dépression, le cas échéant, avant l'arrêt de BZD permet de maintenir l'abstinence plus longtemps.

5. Le syndrome de sevrage

5.1 Diagnostic et prise en charge d'un syndrome de sevrage

Tout consommateur chronique de BZD est exposé en cas d'arrêt brutal accidentel ou non (oubli, hospitalisation, etc.) à un risque de syndrome de sevrage.

Chez le patient âgé, lorsque l'arrêt n'est pas programmé et suivi, le syndrome de sevrage est sous-diagnostiqué, car les symptômes sont mis sur le compte de l'âge ou d'autres maladies associées.

L'arrêt des BZD peut entraîner un rebond, un syndrome de sevrage ou une rechute (cf. *tableau 1*). Sevrage, effet rebond et rechute partagent un grand nombre de symptômes qui peuvent être sources d'erreurs de diagnostic alors que leurs prises en charge diffèrent.

Il existe de fréquentes similitudes entre les signes existant avant la mise sous BZD et susceptibles de réapparaître, et les signes proprement liés au sevrage des BZD : anxiété, troubles du sommeil, etc. De plus les délais d'apparition des signes de sevrage, de rebond ou de rechute peuvent se chevaucher. Souvent, seule l'évolution des signes permettra, *a posteriori*, de savoir s'il s'agissait d'un syndrome de sevrage, d'un effet rebond ou d'une rechute.

- ▶ Si des signes sans gravité surviennent lors de la phase de décroissance des BZD ou apparentés, il est recommandé de revenir au palier posologique antérieur, puis de décroître ensuite plus progressivement.
- ▶ Si des signes sans gravité surviennent après l'arrêt complet des BZD ou apparentés, il est recommandé de ne surtout pas reprendre les BZD ou apparentés. L'information et le soutien psychologique permettent le plus souvent d'attendre la disparition des signes (fin d'effet rebond ou fin de sevrage).
- ▶ Si les signes sont plus sévères ou persistent, une réévaluation diagnostique s'impose pour une prise en charge spécifique, dans le cadre d'un diagnostic précis (dépression, troubles anxieux, insomnie avérée, etc.).
- ▶ Si le patient a des signes graves de syndrome de sevrage aux BZD (confusion, hallucinations, troubles de vigilance, convulsions, coma), il doit être hospitalisé pour traitement symptomatique.

Tableau 1. Syndrome de sevrage, effet rebond et rechute²

	Définition	Symptômes	Délai d'apparition et évolution
Syndrome de sevrage	Apparition de signes nouveaux dus à l'arrêt ou la diminution de la prise	Signes généraux fréquents ³ : anxiété, insomnie, céphalées Signes plus spécifiques : confusio hallucination Plus rarement : troubles de vigilance, convulsions, incoordination motrice, coma	Apparition possible pendant la réduction de posologie pouvant durer jusqu'à quelques jours après la dernière prise Atténuation progressive
Effet rebond	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement dont l'intensité est augmentée	Le plus souvent : anxiété et insomnie	Apparition quelques heures à quelques jours après la dernière prise Atténuation progressive (1 à 3 semaines)
Rechute	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement	Anxiété, insomnie, attaques de panique, phobies, etc.	Apparition plusieurs jours à plusieurs semaines après la dernière prise

5.2 Prévention du syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage peut être un obstacle important à l'arrêt des BZD, et doit à ce titre être prévenu.

La sévérité et la durée du syndrome de sevrage varient en fonction du patient, du type de BZD et de la vitesse de décroissance de la posologie. Les facteurs suivants sont associés à la sévérité du syndrome de sevrage :

- ▶ la rapidité de la diminution posologique ;
- ▶ la consommation d'une posologie élevée de BZD ;
- ▶ la demi-vie courte d'élimination du médicament ;
- ▶ l'existence d'une anxiété importante au début de l'arrêt ;
- ▶ l'existence d'une dépression associée ;
- ▶ la surconsommation régulière d'alcool (> 3 verres⁴/jour pour un homme et 2 verres/jour pour les femmes) ou d'autre substances psychoactives.

Afin de réduire l'intensité du syndrome de sevrage, Il est recommandé :

- ▶ de rechercher une dépression ou des troubles anxieux caractérisés avant d'entreprendre un arrêt de BZD, pour mettre en place une prise en charge spécifique ;
- ▶ de diminuer progressivement la dose de BZD ;
- ▶ d'identifier les facteurs de risque potentiels (demi-vie courte, dose élevée, surconsommation d'alcool) dont la présence chez un patient nécessite des mesures de surveillance renforcée.

² La liste des signes apparus lors de l'arrêt progressif des BZD est présentée en annexe 6.

³ Source : Benzodiazépines et apparentés : Schéma commun de RCP, Afssaps

⁴ Un verre standard = 1 verre de vin (à 12° - 10 cl) = 1 verre de pastis (à 45° - 2,5 cl) = 1 verre de whisky (à 45° - 2,5 cl) = 1 verre de champagne (à 12° - 10 cl) = 1 verre d'apéritif (à 18° - 7 cl) = 1 verre de bière (à 5° - 25 cl) = **10 grammes d'alcool**.

6. Populations spécifiques (précautions particulières, prise en charge spécialisée associée)

La conduite de l'arrêt de BZD ou d'un médicament apparenté relève du médecin traitant du patient âgé.

Certaines situations nécessitent des précautions particulières, notamment une décroissance des posologies plus lente et un suivi renforcé :

- ▶ dépression caractérisée ;
- ▶ insomnie chronique ;
- ▶ troubles anxieux caractérisés (trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux généralisés) ;
- ▶ troubles cognitifs, démence ;
- ▶ échecs de tentatives antérieures d'arrêt ;
- ▶ surconsommation régulière d'alcool (sans dépendance).

Par ailleurs, les situations suivantes peuvent bénéficier d'une prise en charge spécialisée, réalisée en lien avec le médecin traitant :

- ▶ consommation de BZD à dose très élevée ;
- ▶ insomnie rebelle ;
- ▶ dépendance à l'alcool ou autre dépendance ;
- ▶ consommation associée d'autres psychotropes ;
- ▶ troubles psychiatriques sévères.

Il n'est pas souhaitable d'arrêter les BZD chez des patients en fin de vie.

7. Stratégies d'arrêt des BZD chez le patient âgé

Quelle que soit la stratégie choisie, en ambulatoire ou à l'hôpital, avec ou sans prise en charge spécialisée, l'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois.

Le taux de réduction de la posologie varie en fonction des capacités du patient et du risque de syndrome de sevrage, d'effet rebond, etc. lors de l'arrêt.

Bien que l'objectif soit l'arrêt complet de la consommation de BZD, l'obtention d'une diminution des posologies doit déjà être considérée comme un résultat favorable. La réduction de la posologie serait d'ailleurs un facteur pronostique favorable à l'arrêt de la consommation lors d'une tentative d'arrêt ultérieure.

Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des BZD. L'accent doit être mis sur les mesures d'accompagnement non médicamenteuses, aussi prolongées que nécessaire.

Si la stratégie d'arrêt échoue, il est recommandé d'encourager le patient à recommencer ultérieurement après évaluation des raisons de l'échec.

7.1 Arrêt en ambulatoire

▶ Intervention brève

Une intervention brève réalisée par le médecin traitant est efficace pour réduire la consommation de BZD chez le sujet âgé à court et à long terme (grade B).

Cette intervention peut être proposée au patient selon deux modalités :

- ▶ par une information orale lors d'une consultation ;
- ▶ par une information écrite, argumentée, personnalisée, remise au patient par le médecin (un exemple de message d'information est présenté en *annexe 3*).

Dans les deux cas, si le patient décide d'arrêter la BZD, il est recommandé de poursuivre cette intervention brève par une consultation spécifique centrée sur les modalités d'arrêt de la BZD.

Au cours de cette consultation, il est recommandé :

- ▶ d'informer le patient sur la BZD consommée : nom de molécule, propriétés anxiolytiques et sédatives ;
- ▶ de présenter les risques de la consommation de BZD au long cours : troubles mnésiques, diminution des réflexes et de la concentration, risque de dépendance, risque de chutes ;
- ▶ de présenter les bénéfices de l'arrêt, voire d'une simple réduction de posologie ;
- ▶ d'informer de l'ensemble des signes pouvant apparaître pendant l'arrêt des BZD : nature, sévérité, évolution du syndrome de sevrage, de l'effet rebond et de la rechute ;
- ▶ d'informer sur les risques d'un arrêt trop rapide des BZD et apparentés en raison du risque important de syndrome de sevrage ;
- ▶ de donner des conseils adaptés au patient pour réduire puis stopper la consommation de BZD, avec si nécessaire une réduction de dose très progressive.

Il est recommandé de proposer au patient (et à son entourage) de tenir un calendrier de décroissance posologique avec relevé des symptômes inhabituels (cf. *annexe 4*). La tenue d'un agenda du sommeil (cf. *annexe 5*) peut également être utile.

Si le patient le souhaite, son entourage ainsi que la personne de confiance qu'il a désignée et les professionnels qui le prennent en charge peuvent être impliqués dans la démarche. En particulier, le médecin, avec l'accord du patient, peut informer le pharmacien habituel de celui-ci de la stratégie d'arrêt mise en place.

▶ **Modalités d'arrêt, surveillance et prévention de la reprise de BZD**

Modalités d'arrêt

L'arrêt doit toujours être progressif. En ambulatoire, il peut être conduit :

- ▶ en 4 à 10 semaines habituellement (grade B) ;
- ▶ sur plusieurs mois pour des utilisateurs de longue durée ou recevant des posologies élevées de BZD ou apparentés.

Une diminution initiale de l'ordre de 25 % de la posologie la première semaine constitue un exemple de décroissance dans le cas d'un arrêt ambulatoire sur 4 à 10 semaines.

Certains patients (échecs de tentatives d'arrêt antérieures, démence, surconsommation régulière d'alcool, dépression caractérisée, insomnie chronique, troubles anxieux caractérisés [trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux généralisés]) nécessitent un plus faible taux de réduction.

L'auto-évaluation par le patient de sa tolérance à la diminution des doses au moyen du calendrier de décroissance posologique et éventuellement de l'agenda du sommeil constitue une aide utile pour le suivi.

Rythme de surveillance

Un accompagnement régulier par des consultations centrées sur l'arrêt des BZD est indispensable.

Au début de la stratégie d'arrêt, il est proposé de réaliser une consultation de suivi une semaine après la 1^{re} diminution de dose, puis à chaque diminution, soit toutes les 2 à 4 semaines lorsque la réduction de la posologie se fait sans difficulté.

Chez les patients qui ont plusieurs facteurs de risque d'échec ou de syndrome de sevrage ou chez lesquels l'arrêt s'avère difficile, il est recommandé de renforcer et d'adapter le suivi.

Quel que soit le rythme de suivi mis en place, il est utile que le patient ait la possibilité d'avoir un contact téléphonique avec le praticien et/ou d'autres professionnels de santé (notamment le pharmacien d'officine) pour répondre à ses questions éventuelles.

Nature de la surveillance

Les consultations de suivi pendant la réduction de dose doivent permettre :

- d'analyser les symptômes liés à l'arrêt ou d'autres symptômes nouveaux ;
- d'évaluer l'adhésion au protocole d'arrêt ;
- d'encourager le patient à poser des questions ;
- de rechercher une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac ou d'autres substances psychoactives pendant la phase d'arrêt ;
- de titrer la réduction de posologie : demander au patient s'il peut ramener les comprimés non utilisés ;
- de réaliser du renforcement positif vis-à-vis de la diminution posologique.

Si le patient trouve que la diminution est trop rapide ou s'il a des symptômes liés à l'arrêt, il est recommandé de ralentir la vitesse de réduction ou d'allonger la durée des paliers posologiques ; si les signes sont importants, il faut revenir à la posologie précédente.

Un accompagnement psychologique de soutien par le médecin traitant (ou un autre professionnel) est nécessaire, en particulier chez les patients ayant des troubles anxieux, dépressifs ou des facteurs de stress importants, ainsi qu'en cas d'arrêt réalisé sur une longue période.

Suivi après l'arrêt de BZD

À court terme, pour les patients qui ont réussi à arrêter la BZD, il est recommandé une consultation au cours des 3 à 7 jours après la dernière prise afin d'évaluer les symptômes liés à l'arrêt et notamment de donner une information claire sur le rebond d'insomnie et/ou d'anxiété (nature, explication de l'origine, durée potentielle).

Il est recommandé de proposer au patient de ramener les autres boîtes de BZD qu'il possède à son pharmacien d'officine, pour limiter le risque de reprise ou de consommation par une personne de son entourage.

À moyen terme, un suivi régulier en consultation doit être proposé, tout particulièrement durant les 6 premiers mois qui suivent l'arrêt, période la plus à risque pour la reprise de médicament. Il est utile que le patient ait la possibilité d'avoir un contact téléphonique avec le médecin.

► Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les TCC associées à l'arrêt progressif des BZD ont montré leur intérêt pour l'arrêt ou la diminution de la consommation de BZD, (grade C), mais elles posent le problème de leur accessibilité. Il serait souhaitable de développer la formation des médecins et des soignants à ces techniques.

7.2 Arrêt en milieu hospitalier

Deux situations différentes peuvent se rencontrer :

- l'arrêt de BZD au cours d'une hospitalisation spécifique, situation qui doit rester exceptionnelle ;
- l'arrêt de BZD au cours d'une hospitalisation liée à un autre motif.

► Arrêt de BZD au cours d'une hospitalisation spécifique

Il peut concerner notamment les patients ayant un ou plusieurs facteurs de risque d'échec ou justifiant une prise en charge spécialisée.

Si le médecin traitant décide après avis spécialisé, avec l'accord du patient, de réaliser l'arrêt des BZD en milieu hospitalier, une concertation avec le médecin hospitalier sur le protocole d'arrêt et le suivi à la sortie est indispensable.

► **Arrêt de BZD au cours d'une hospitalisation liée à un autre motif**

En dehors des situations où la BZD reste indiquée, une hospitalisation est une opportunité pour proposer au patient un arrêt de la consommation de BZD sous surveillance rapprochée.

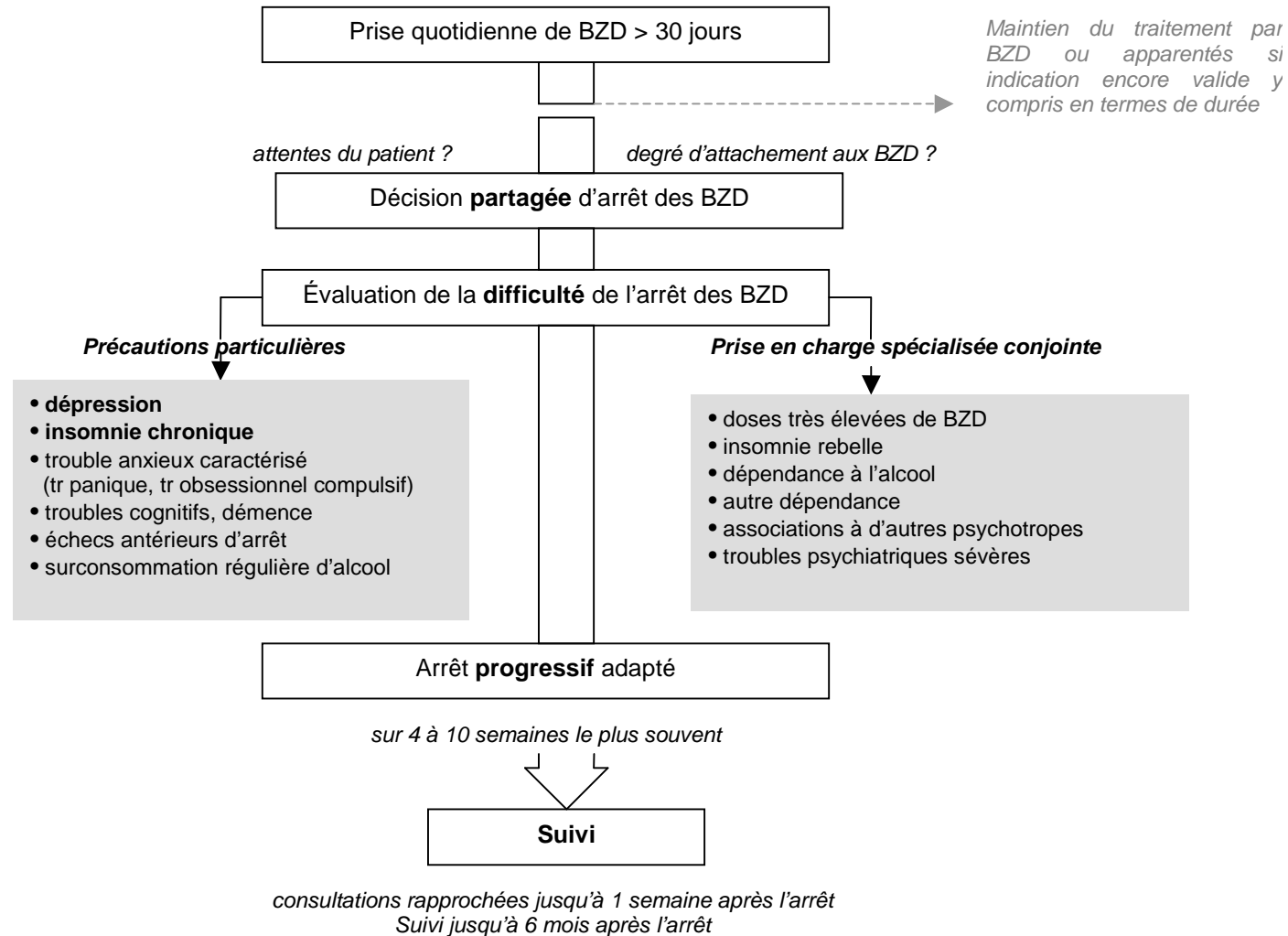
Si le médecin hospitalier envisage un arrêt de BZD ou d'un médicament apparenté chez un patient hospitalisé, la décision d'entreprendre cette démarche ne doit se faire qu'après concertation avec le médecin traitant et en accord avec le patient. Le pharmacien habituel du malade est informé de la démarche entreprise.

Modalités d'arrêt

La stratégie d'arrêt en milieu hospitalier doit être intégrée dans une prise en charge pluridisciplinaire. Elle doit comporter des mesures d'accompagnement visant à éviter ou à atténuer le syndrome de sevrage.

L'arrêt doit toujours être progressif, mais des arrêts progressifs rapides peuvent être réalisés. En effet, à l'occasion d'une hospitalisation en service de gériatrie, des arrêts progressifs en 2 semaines se sont avérés efficaces pour réduire la posologie de BZD avec une bonne tolérance à 1 mois, sans détériorer la qualité du sommeil (grade C).

ARRÊT DES BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS CHEZ LE PATIENT DE PLUS DE 65 ANS DÉMARCHE du MÉDECIN TRAITANT en AMBULATOIRE



Annexes

Annexe 1. RCP⁵ commun des BZD et apparentés

Indications et durées du traitement par BZD et apparentés pour anxiété et insomnie			
Indications		Durées ⁶	
BZD possédant une indication Troubles du sommeil	Les BZD sont limitées aux troubles sévères du sommeil dans les cas suivants : insomnie occasionnelle, insomnie transitoire.	Quelques jours à 4 semaines , y compris la période de réduction de posologie.	Insomnie occasionnelle : par exemple lors d'un voyage, durée = <u>2 à 5 jours</u> . Insomnie transitoire : par exemple lors de la survenue d'un événement grave, durée = <u>2 à 3 semaines</u> .
BZD possédant une indication Anxiété	Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.	La durée globale du traitement ne devrait pas excéder 8 à 12 semaines pour la majorité des patients, y compris la période de réduction de la posologie.	
	Prévention et traitement du <i>delirium tremens</i> et des autres manifestations du sevrage alcoolique.	Traitement bref de l'ordre de 8 à 10 jours.	

⁵ Source : Benzodiazépines et apparentés : schéma commun de RCP, Afssaps.

⁶ Traitement aussi bref que possible. Dans certains cas, il pourra être nécessaire de prolonger le traitement au-delà des périodes préconisées. Cela suppose des évaluations précises et répétées de l'état du patient.

Annexe 2. Échelle ECAB

Échelle Ecab

**Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines
(attribuer 1 point en cas de réponse « vrai »,
sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)**

Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments **tranquillisants** et/ou **somnifères** que vous prenez.

Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.

Il est indispensable de répondre à **toutes** les propositions avec **une seule** réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.

Nom du médicament concerné :

	Vrai	Faux
1. Où que j'aïlle, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

Annexe 3. Message d'information écrite du médecin traitant

Madame, Monsieur,

Parmi vos médicaments, vous recevez (*nom de la BZD*) à la dose de (*cp/j*). Ce médicament fait partie du groupe des benzodiazépines et médicaments apparentés.

L'analyse de votre dossier médical montre que désormais ce médicament pourrait vous être arrêté sans altérer votre santé ni votre bien-être. En effet, il est connu aujourd'hui que l'efficacité des benzodiazépines prescrites dans votre cas diminue fortement au fur et à mesure de leur utilisation.

De plus, ces médicaments peuvent produire des effets néfastes, en particulier chez la personne âgée : ils peuvent provoquer des chutes et des troubles de la mémoire, et ils favoriseraient la survenue d'accidents de la route chez les conducteurs prenant ce traitement.

Aussi, je vous propose qu'ensemble nous diminuions petit à petit ce médicament pour l'arrêter si tout se passe bien dans quelques semaines. Pour éviter tout problème, il est très important que cet arrêt se fasse progressivement dans le cadre d'un suivi médical. Pour vous aider, je vous remettrai un calendrier d'arrêt que nous remplirons ensemble lors d'une prochaine consultation si vous le voulez bien.

Bien entendu je me tiens à votre disposition pour répondre à toutes vos questions, et vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes salutations dévouées.

Dr

Annexe 4. Calendrier de suivi de l'arrêt de BZD

Données indispensables au suivi de votre diminution de dose de benzodiazépine

Renseignement sur le traitement (à remplir par votre médecin)

Nom de la benzodiazépine :

Posologie initiale :

Pour plus d'informations sur le médicament qui vous a été prescrit, n'oubliez pas de vous reporter à la notice contenue dans la boîte de celui-ci.

Date de début de la stratégie d'arrêt :

Durée prévisible de la stratégie
d'arrêt du médicament :

<p>Votre objectif de la semaine est de :</p> <p>Il peut varier de : à :</p>

CALENDRIER D ARRÊT

Date	Consultation médicale	Dose à suivre	Dose réellement prise	Remarque/observations*
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
....				

* Cette case est à votre disposition pour noter un signe inhabituel pendant la période de réduction de dose. Elle peut aussi être utilisée par votre médecin pour signaler un traitement ponctuel par un autre médicament, ou tout autre événement.

Ce calendrier d'arrêt est destiné à :

- mieux vous faire comprendre les modalités d'arrêt des benzodiazépines ;
- noter les données indispensables au suivi du protocole (notamment les symptômes inhabituels) ;
- mieux informer votre médecin sur votre démarche d'arrêt des benzodiazépines.

Pour plus d'informations sur les modalités d'arrêt, n'hésitez pas à questionner votre médecin.

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. :

Nom et coordonnées de la personne à contacter en cas de problème :

.....
.....

Médecin traitant :

Pharmacien :

Adresse :

Adresse :

Tél. :

Tél. :

Cachet :

Cachet :

Annexe 5. Agenda sommeil – éveil

Nom et prénom du patient : Nom du médecin : Dates : période du .././..... au .././.....

Jours (*)	Hypnotique (cocher)															Qualité du sommeil	Qualité de l'éveil	Remarques
		19 h	21 h	23 h	1 h	3 h	5 h	7 h	9 h	11 h	13 h	15 h	17 h	19 h				
Lun																		
Mar																		
Mer																		
Jeu																		
Ven																		
Sam																		
Dim																		
Lun																		
Mar																		
Mer																		
Jeu																		
Ven																		
Sam																		
Dim																		
Lun																		
Mar																		
Mer																		
Jeu																		
Ven																		
Sam																		
Dim																		

Mode d'utilisation

- ↓ Heure d'extinction de la lumière
- /// Périodes de sommeil (griser)
- Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc)
- ↑ Heure du lever

- Fatigue
- ★ Envie de dormir
- Sieste involontaire
- Sieste volontaire

Qualité du sommeil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : | 8 |
 Qualité de l'éveil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : | 5 |
 (état dans la journée : en forme ou non)
 Traitement : en cas de prise d'hypnotique, cocher la case : | x |

(*) *Le nombre de jours peut aller jusqu'à 28 ou même 31, seul le format de la page nous limite ici.*

Consignes au patient :

- Remplir l'agenda :
 - chaque matin, en fonction des souvenirs de la nuit (inutile de regarder sa montre pendant la nuit, ce qui perturberait davantage le sommeil ; l'agenda n'est pas un outil de précision) ;
 - chaque soir, pour relater l'état du patient pendant la journée.
- Tenir l'agenda sur l'ensemble de la période d'observation, de façon à obtenir un aperçu des variations de sommeil au fil du temps.

Annexe 6. Liste⁷ des signes rapportés lors de l'arrêt des BZD

Intensité	Signes
Modérée	Agitation
	Anxiété, nervosité
	Céphalées
	Diaphorèse
	Diarrhée
	Dysphorie
	Étourdissement
	Faiblesses ou raideurs musculaires
	Fatigue
	Goût métallique dans la bouche
	Impatience
	Insomnie
	Irritabilité
	Léthargie
	Manque de motivation
	Perte d'appétit
	Sensibilité accrue aux bruits et aux odeurs
	Trouble de concentration
Sévère	Cauchemars
	Confusion
	Convulsions (rare)
	Délire
	Dépersonnalisation
	Distorsion perceptuelle
	Fasciculations
	Hypotension orthostatique
	Mauvaise coordination ou incoordination motrice
	Nausées, vomissements
	Tachycardie, palpitations
	Tremblements
Vertiges	

⁷ Signes le plus souvent rapportés lors de l'arrêt graduel des BZD chez des patients qui prennent des BZD depuis plus de 1 an.

Méthode *Recommandations pour la pratique clinique*

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode *Recommandations pour la pratique clinique (RPC)* est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les cibles professionnelles concernées. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission *Évaluation des stratégies de santé*).

► Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission *Évaluation des stratégies de santé*. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Sur proposition de la commission *Évaluation des stratégies de santé*, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne gratuitement sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► **Gradation des recommandations**

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. introduction des recommandations). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein des groupes de travail, après consultation du groupe de lecture. Les recommandations qui apparaissent dans le texte sans gradation sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. En revanche, elle doit inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable gratuitement sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Les agences, sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)
Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique
Collège national des généralistes enseignants
Fédération française d'addictologie
Fédération française de psychiatrie
Société de formation thérapeutique du généraliste
Société française de documentation et de recherche en médecine générale
Société française de gérontologie et de gériatrie
Société française de médecine générale
Société française de pharmacologie

Comité d'organisation

Pr Jean Doucet, gériatre, Rouen
Pr Sylvain Dally, interniste, Paris
Dr Armelle Desplanques, HAS, Saint-Denis la Plaine
Dr Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis la Plaine
M. Brice Kitio, chef de projet, HAS, Saint-Denis la Plaine

Groupe de travail

Pr Jean Doucet, gériatre, Rouen - président du groupe de travail
M. Brice Kitio, chef de projet, HAS, Saint-Denis la Plaine
Dr Sylvie Bonin-Guillaume, gériatre, Marseille - chargée de projet
Mme Cécile Denis, ingénieur de recherche, Bordeaux - chargée de projet

Dr Francis Abramovici, médecin généraliste,
Lagny-sur-Marne
Dr Anne-Marie Baqué-Gensac, médecin
généraliste, Amélie-les-Bains
Pr Joël Belmin, gériatre, Ivry-sur-Seine
Pr Sylvain Dally, interniste, Paris
Dr Catherine Deguines, Afssaps Saint-Denis
Dr Armelle Desplanques, HAS, Saint-Denis la
Plaine
Dr Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis la Plaine
Dr François Dumel, médecin généraliste,
Audincourt

Dr Patrick Frémont, psychiatre, Lagny-sur-Marne
M. Alain Gaubert, pharmacien, Paris
Dr Françoise Haramburu, pharmacologue,
Bordeaux
Dr Valérie Izard, HAS, Saint-Denis La Plaine
Dr Michel Mallaret, pharmacologue, Grenoble
Dr Joëlle Micallef-Roll, pharmacologue, Marseille
Dr Marie-Françoise Vecchierini, neuro-psychiatre,
Paris

Groupe de lecture

Dr Véronique Allaria-Lapierre, médecin conseil,
Marseille
Dr Guy Amelineau, médecin généraliste, Le
Fenouiller
Dr Jérôme Beaujard, médecin généraliste, La
Fare les Oliviers
Dr Hervé Berche, médecin généraliste,
Compiègne

Dr Philippe Bonnardot, médecin généraliste,
Migennes
Dr Serge Bouhana, médecin généraliste,
Aigueblanche
Dr Béatrice Cluniat, médecin généraliste, La
Pagne
Dr Christian Comte, médecin généraliste, Lyon
Pr Emmanuelle Corruble, psychiatre, Le Kremlin
Bicêtre

Dr Annie Descamps, médecin généraliste, Orléans
Dr Jean-Marc Delage, médecin généraliste, Saint-Étienne
Dr Pierre Fauchery, médecin généraliste, Limoges
Dr Patrick Frankel, médecin généraliste, Lyon
Dr Jean-Louis Froideval, médecin généraliste, Ambes
Dr Nicole Garret-Gloanec, psychiatre, Nantes
Dr Sylvain Gaujard, gériatre, Francheville
Dr Gaëtan Gentile, médecin généraliste, Puyricard
Dr Emmanuel Jocteur-Monrozier, médecin généraliste, La Mure
Dr Christiane Kouji, médecin généraliste, Nice
Dr Jean-Marie Larrieu, médecin généraliste, Saint-Médard-en-Jalles
Dr Marie-France Le Goaziou, médecin généraliste, Lyon
Dr Bertrand Lego, pharmacien, Mulhouse
Pr Sylvie Legrain, gériatre, Paris
Dr Philippe Legrand, médecin généraliste, Saint-Georges-les-Baillargeaux
Dr Jean-Pierre Legros, médecin généraliste, Monthois

Dr Yves Lequeux, médecin généraliste, Saint-Père-en-Retz
Dr Eric Joseph Levy, médecin généraliste, Puy l'Évêque
Pr Pierre Lombrail, médecin de santé publique, Nantes
Dr Eric Méner, médecin généraliste, Loyat
Dr Serge Moser, médecin généraliste, Hirsingue
Dr Philippe Nicot, médecin généraliste, Panazol
Dr Claire Ortega, médecin généraliste, Saint-Marcellin
Dr Michel Petit, psychiatre, Sotteville-lès-Rouen
Dr Nicolas Prothon, médecin généraliste, Saint-Vallier
Dr Marcel Ruetsch, médecin généraliste, Dessenheim
Dr Pascal Saillard, médecin généraliste, Saint-Prouant
Dr Pascale Santana, médecin généraliste, Paris
Dr Pierre Sebbag, médecin généraliste, Marly-le-Roi
Dr Marc Sixt, gériatre, Beaune
Dr Michel Spadari, médecin généraliste, Marseille
Dr Philippe Zerr, médecin généraliste, Levallois-Perret

Fiche descriptive de l'étude

TITRE	Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé
Date de finalisation	Octobre 2007
Date de mise en ligne	7 novembre 2007
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique
Objectif(s)	L'objectif de ces recommandations est de proposer aux médecins des stratégies pour faciliter l'arrêt de la prise de benzodiazépines et médicaments apparentés par les patients âgés
Professionnel(s) concerné(s)	Ces recommandations sont destinées à tous les médecins amenés à renouveler une prescription de BZD chez un patient âgé.
Demandeur	Haute Autorité de santé (auto-saisine)
Promoteur	Haute Autorité de santé (service des recommandations professionnelles)
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : M. Brice Kitio, chef de projet, service des recommandations professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Mlle Laetitia Cavalière Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet , avec l'aide de Mme Maude Lefèvre, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Pr Jean Doucet, gériatre, Rouen), groupe de lecture : cf. liste des participants
Recherche documentaire	Sans limite inférieure jusqu'à Juin 2007 : 686 références obtenues, 450 articles analysés, 124 articles cités.
Auteurs de l'argumentaire	Dr Sylvie Bonin-Guillaume, gériatre, Marseille Mme Cécile Denis, ingénieure de recherche, Bordeaux M. Brice Kitio, chef de projet du service des recommandations professionnelles, HAS
Validation	Avis de la Commission Évaluation des stratégies de santé de la HAS en juin 2007. Validation par le Collège de la HAS en octobre 2007
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique disponibles sur www.has-sante.fr



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

ISBN :