

Formation continue UNISANTÉ  
«Communication MD-patient et risque»  
Lausanne  
13.10.2022

---

## Benzodiazépines et personnes âgées

Quels sont les risques ?

---

Pr Ch. Büla

Service  
de gériatrie



# Objectifs

---

- Connaître les **risques (et les bénéfiques !?)** associés à la consommation chronique **d'hypnosédatifs chez les personnes âgées**
- Pouvoir décrire les **principes de conduite d'un sevrage de benzodiazépines prescrits pour des troubles du sommeil chez une personne âgée.**
- Etre capable de **conseiller les patient-e-s âgé-e-s concernant leur hygiène de sommeil**

# Plan

---

- Introduction
- Hypnosédatifs: Bénéfices et risques
- Sevrage
- Hygiène de sommeil
- Conclusions



# Plan

---

- **Introduction**
- Hypnosédatifs: Bénéfices et risques
- Sevrage
- Hygiène de sommeil
- Conclusions





## Sleep characteristics and self-rated health in older persons

Mariana Simoes Maria<sup>1,2</sup> · Christophe Büla<sup>1</sup> · Brigitte Santos-Eggimann<sup>3</sup> · Héléne Krief<sup>1</sup> · Raphaël Heinzer<sup>4</sup> · Laurence Seematter-Bagnoud<sup>1,3</sup>

# Sommeil dans la cohorte Lc65+

(Simoes M et al. , Eur Ger Med, 2020; 11:131–138)

- N=2,700
- Age moy :70.0 ans
- 59.2% women
- 48.9% suffered from 2+ chronic diseases

- Good sleep quality
- Median time to fall asleep:
- Median sleep duration:
- Median time spent in bed:
- Good sleep efficiency (i.e., > 85%)
- Napping at least once a week
- Using a sleeping medication ( $\geq 1x/w$ )
- Complaining of daytime sleepiness ( $\geq 1x/w$ )



# Somnifères

---

**Quelle(s) assertion(s) vous paraissent compatible(s) avec votre expérience concernant l'utilisation de somnifères chez vos patients âgés ?**

1. Moins de 10% de mes patients prennent un traitement somnifère chronique
2. La majorité de mes patients qui consomment chroniquement un somnifère ont eu une prescription initiale par un psychiatre
3. La majorité de mes patients ont démarré leur ttt somnifère à l'occasion d'une hospitalisation
4. C'est un problème fréquent que j'aborde régulièrement avec mes patient-e-s consommateurs-trices chroniques

# Somnifères

---

Quelle(s) assertion(s) vous paraissent compatible(s) avec votre expérience concernant l'utilisation de somnifères chez vos patients âgés ?

1. Moins de 10% de mes patients prennent un traitement somnifère chronique
2. La majorité de mes patients qui consomment chroniquement un somnifère ont eu une prescription initiale par un psychiatre
3. La majorité de mes patients ont démarré leur ttt somnifère à l'occasion d'une hospitalisation
4. C'est un problème fréquent que j'aborde régulièrement avec mes patient-e-s consommateurs-trices chroniques

Benzodiazepine and Z-Drug Use in Switzerland:  
Prevalence, Prescription Patterns and Association  
with Adverse Healthcare Outcomes

# Background

(Landolt S. et al. Neuropsych Dis Treat 2021;17:1021-1034)

---

## STUDY QUESTIONS

- What is the prevalence and prescription patterns of benzodiazepines (BZ) and Z-drugs (ZD) in Switzerland ?
- Is there an association with adverse health care outcomes ?

## PATIENTS AND METHODS:

- Population-based, cross-sectional study
- Large health insurance database in Switzerland.
- Records from all adult patients with  $\geq 1$  prescription for a benzodiazepine and/or a Z-drug in 2018
- Extrapolation to the Swiss general population

# Background

(Landolt S. et al. Neuropsych Dis Treat 2021;17:1021-1034)

## RESULTS

- N=844'692 patients,
  - 95'179 had  $\geq 1$  BZ and/or ZD prescription in 2018.
- Extrapolated one-year prevalence for the general Swiss population
  - 💣 **8.1%** for a BZ prescription
  - 💣 **3.5%** for a ZD prescription,
  - 💣 **10.5%** for a BZ and/or ZD prescription,
    - 👉 continuously increased with age.



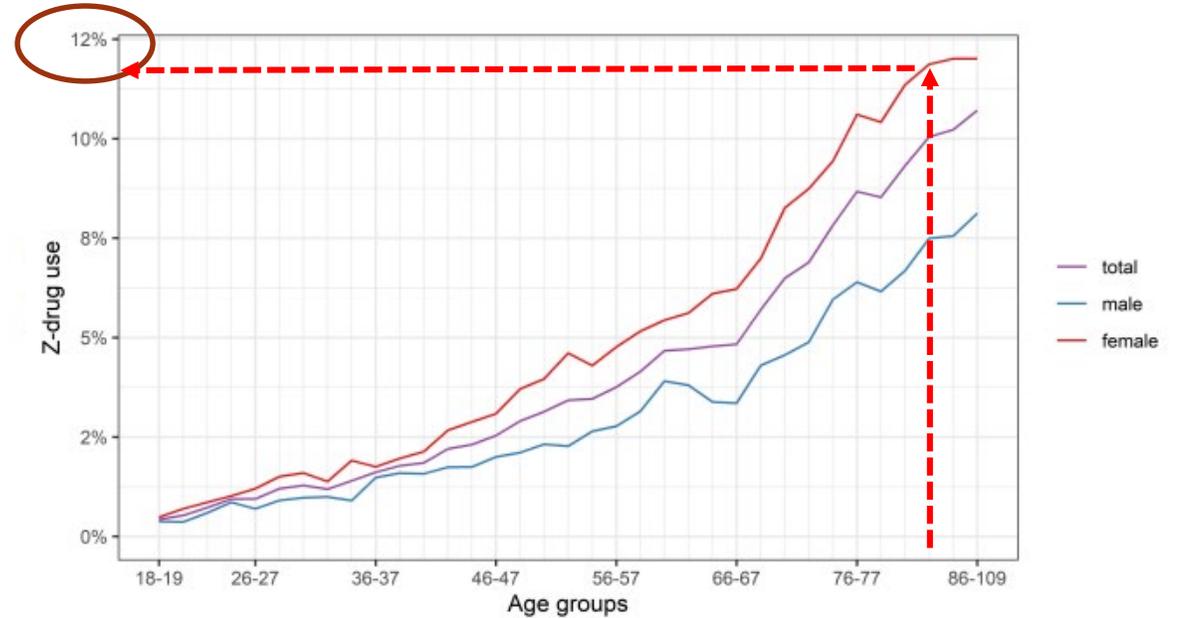
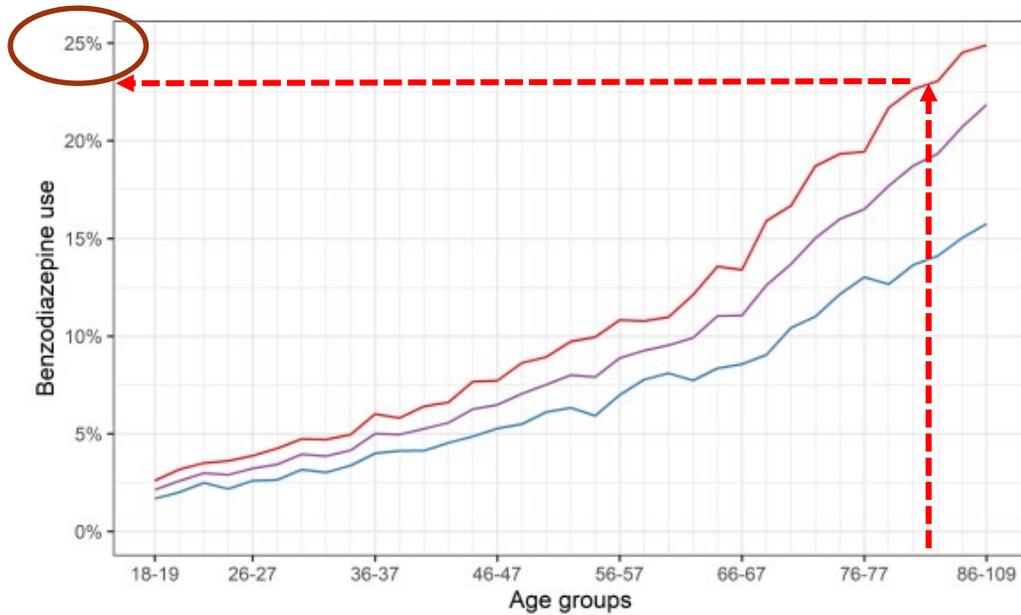
Benzodiazepine and Z-Drug Use in Switzerland:  
Prevalence, Prescription Patterns and Association  
with Adverse Healthcare Outcomes

# Background

(Landolt S. et al. Neuropsych Dis Treat 2021;17:1021-1034)

## RESULTS

- N=844'692 patients,



# Background

(Landolt S. et al. Neuropsych Dis Treat 2021;17:1021-1034)

---

## RESULTS

- The majority of the elderly (over 65 years) had  $\geq 1$  prescription
  - 🔥 BZ: **51.9%**;
  - 🔥 ZD: **56.9%**;
  - 🔥 BZ and/or ZD: **53.5%**
- The proportion of patients with  $\geq 6$  prescriptions per year
  - 🔥 **23.1%** for BZ only user
  - 🔥 **35.2%** for ZD only user.

# Somnifères

---

Quelle(s) assertion(s) vous paraissent compatible(s) avec votre expérience concernant l'utilisation de somnifères chez vos patients âgés ?

1. Moins de 10% de mes patients prennent un traitement somnifère chronique
2. La majorité de mes patients qui consomment chroniquement un somnifère ont eu une prescription initiale par un psychiatre
3. La majorité de mes patients ont démarré leur ttt somnifère à l'occasion d'une hospitalisation
4. C'est un problème fréquent que j'aborde régulièrement avec mes patient-e-s consommateurs-trices chroniques

# Background

Benzodiazepine and Z-Drug Use in Switzerland: Prevalence, Prescription Patterns and Association with Adverse Healthcare Outcomes

(Landolt S. et al. Neuropsych Dis Treat 2021;17:1021-1034)

Provider	Benzo Use			P-value
	Short-Acting Benzodiazepines among Short-Acting Benzodiazepine User (Only)	Long-Acting Benzodiazepines among Long-Acting Benzodiazepine User (Only)	Combination among Short- and Long-Acting Benzodiazepine User	
	N(%)	N(%)	N(%)	
	54'717 (86.1%)	6'286 (9.9%)	2'524 (4.0%)	
With ≥1 prescription from a general practitioner	34'297 (62.7%)	4'095 (65.1%)	1'703 (67.5%)	<0.001**
With ≥1 prescription from a psychiatrist	5'262 (9.6%)	713 (11.3%)	638 (25.3%)	<0.001**
With ≥1 prescription from others	20'737 (37.9%)	2'020 (32.1%)	1'209 (47.9%)	<0.001**
All prescription(s) from a general practitioner	29'448 (53.8%)	3'632 (57.8%)	897 (35.5%)	<0.001**
All prescription(s) from a psychiatrist	3'752 (6.9%)	550 (8.7%)	251 (9.9%)	<0.001**
All prescription(s) from others	16'147 (29.5%)	1'581 (25.2%)	426 (16.9%)	<0.001**
Combination of providers	5'370 (9.8%)	523 (8.3%)	950 (37.6%)	<0.001**

# Somnifères

---

Quelle(s) assertion(s) vous paraissent compatible(s) avec votre expérience concernant l'utilisation de somnifères chez vos patients âgés ?

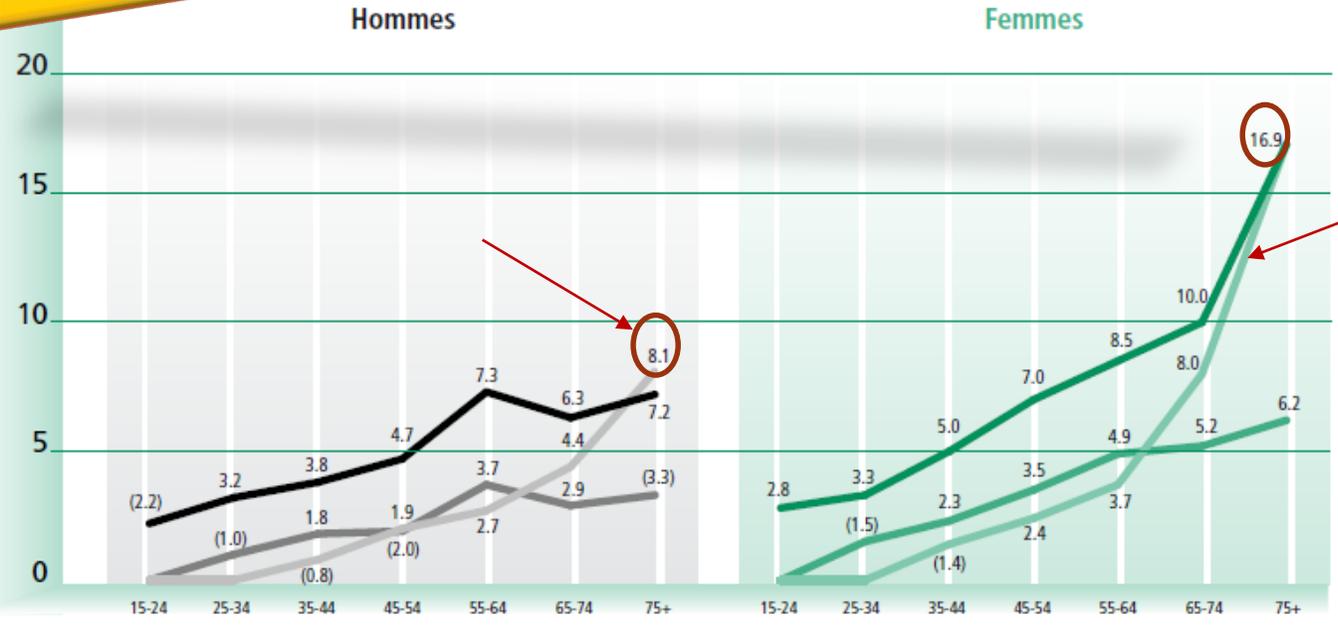
1. Moins de 10% de mes patients prennent un traitement somnifère chronique
2. La majorité de mes patients qui consomment chroniquement un somnifère ont eu une prescription initiale par un psychiatre
3. La majorité de mes patients ont démarré leur ttt somnifère à l'occasion d'une hospitalisation
4. C'est un problème fréquent que j'aborde régulièrement avec mes patient-e-s consommateurs-trices chroniques

# Background

❖ Initiation souvent durant hospitalisation ... (ou juste après)  
 ➤ ~3.1% des patients 65+ dans une étude canadienne  
 (Bell CM et al. Hosp Med 2007;22:1024-1029)

Utilisation de médicaments sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2007.

ADDICTION | SUISSE



\*(valeurs - : en dessous de 10 personnes / valeurs entre parenthèses: de 10 à 29 personnes.

■ Analgésiques (n=450 / n=793)    ■ Tranquillisants (n=218 / n=415)    ■ Somnifères (n=231 / n=522)

# Somnifères

---

Quelle(s) assertion(s) vous paraissent compatible(s) avec votre expérience concernant l'utilisation de somnifères chez vos patients âgés ?

1. Moins de 10% de mes patients prennent un traitement somnifère chronique
2. La majorité de mes patients qui consomment chroniquement un somnifère ont eu une prescription initiale par un psychiatre
3. La majorité de mes patients ont démarré leur ttt somnifère à l'occasion d'une hospitalisation
4. C'est un problème fréquent que j'aborde régulièrement avec mes patient-e-s consommateurs-trices chroniques

# Plan

---

- Introduction
- **Hypnosédatifs: Bénéfices et risques**
- Sevrage
- Hygiène de sommeil
- Conclusions



# Somnifères

---

**Quel est le bénéfice des somnifères en termes de temps d'endormissement?**

**A votre avis le gain est de :**

1. <5 min
2. 5-10 min
3. 10-15 min
4. 15-20 min
5. 20-25 min



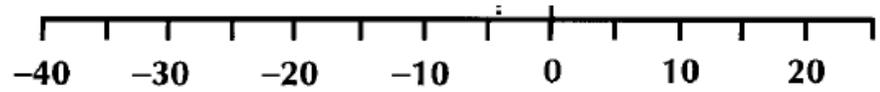
# Benzodiazépines: Effet sur la **latence** du sommeil (temps d'endormissement)

(Holbrook a et al. CMAJ, 2000;162:225-233)

Study	Treatment	No. of patients in the study
Mitler et al <sup>111</sup>	Flurazepam	14
Kripke et al <sup>73</sup>	Flurazepam	50
Kripke et al <sup>73</sup>	Flurazepam	50
Kales et al <sup>101</sup>	Temazepam	12
Roehrs et al <sup>67</sup>	Triazolam	14
Kales et al <sup>101</sup>	Triazolam	12
Mitler et al <sup>111</sup>	Triazolam	14
Kripke et al <sup>73</sup>	Midazolam	50
		159



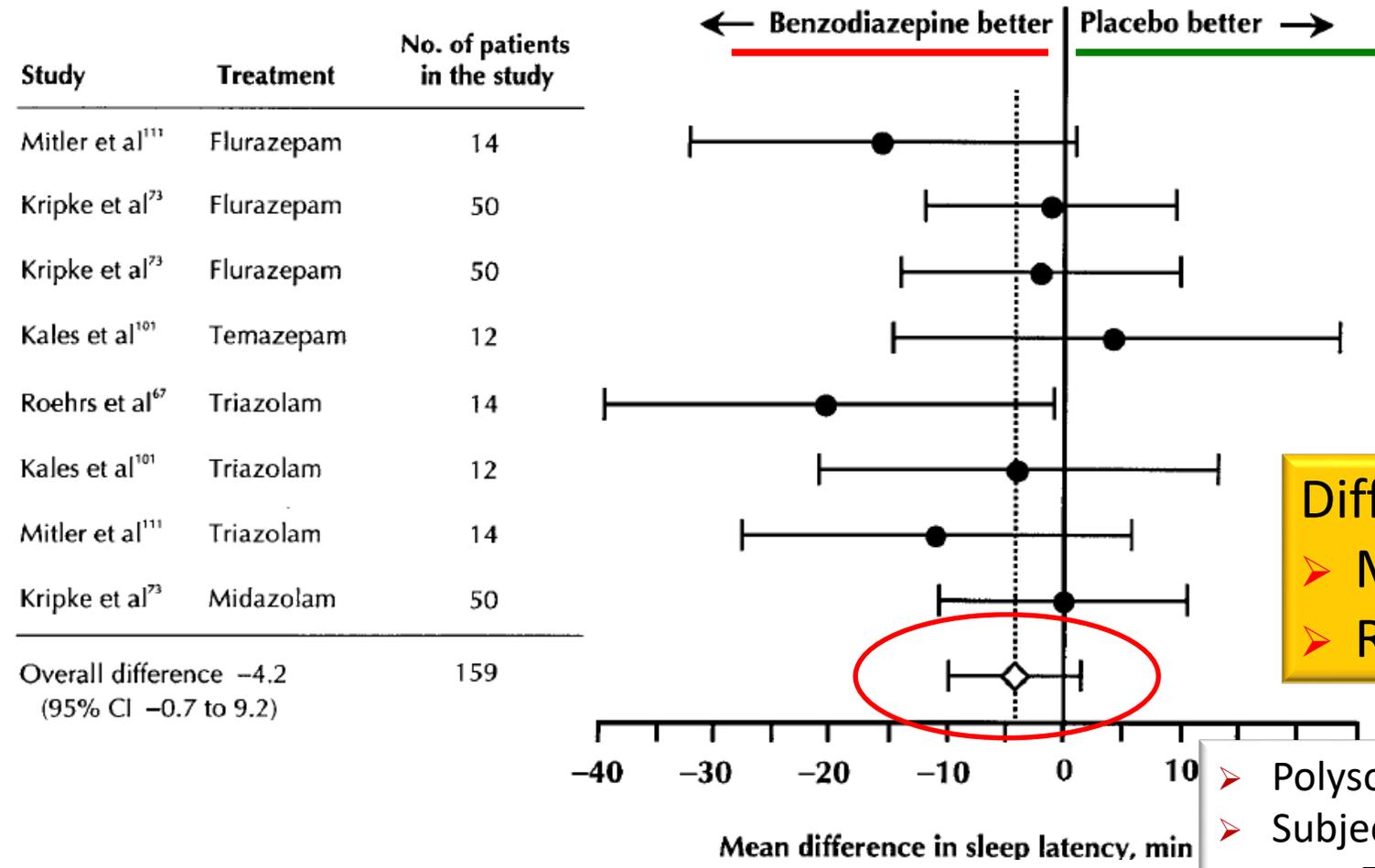
- 45 RCTs
- N= 2672
- 47% femmes
- Age 29 – 82 ans
- 15 études avec 65+



Mean difference in sleep latency, min

# Benzodiazépines: Effet sur la latence du sommeil (temps d'endormissement)

(Holbrook a et al. CMAJ, 2000;162:225-233)



- 45 RCTs
- N= 2672
- 47% femmes
- Age 29 – 82 ans
- 15 études avec 65+

**Différence moyenne**  
 ➤ Mesurée: 4.2 min  
 ➤ Ressentie: 14.3 min

- Polysomnographie: -22 min (-11 à -33)
  - Subjectif: -7 min (-26 à +12)
  - ☞ ES=0.3 (seuil clin sign=0.5 !!!)
- (Huedo-Medina TB et al., BMJ 2012)

# Somnifères

---

**Quel est le bénéfice des somnifères en termes de durée de sommeil?**

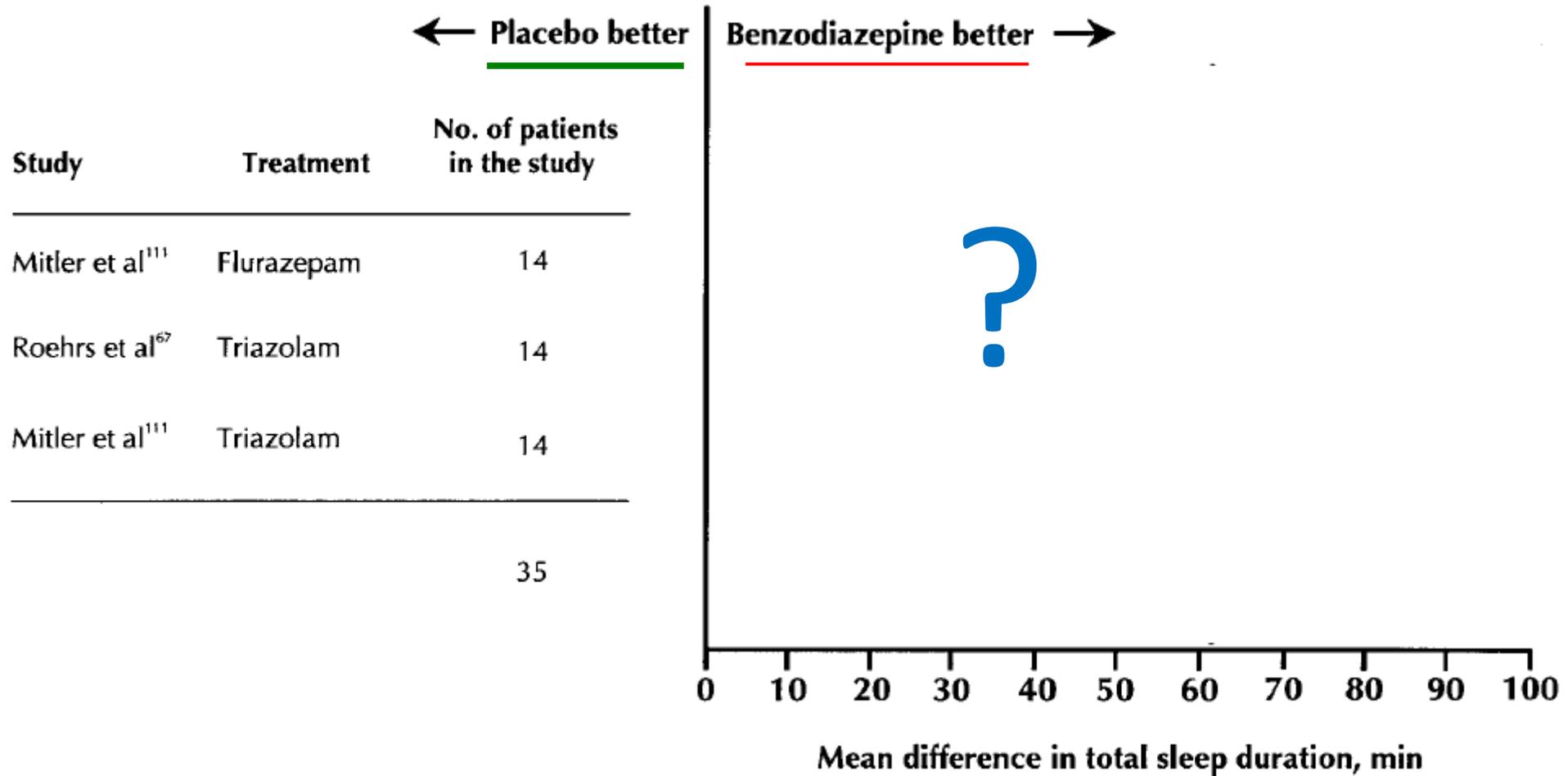
**A votre avis le gain est de :**

1. <15 min
2. 15-30 min
3. 30- 60 min
4. 60-90 min
5. 90-120 min



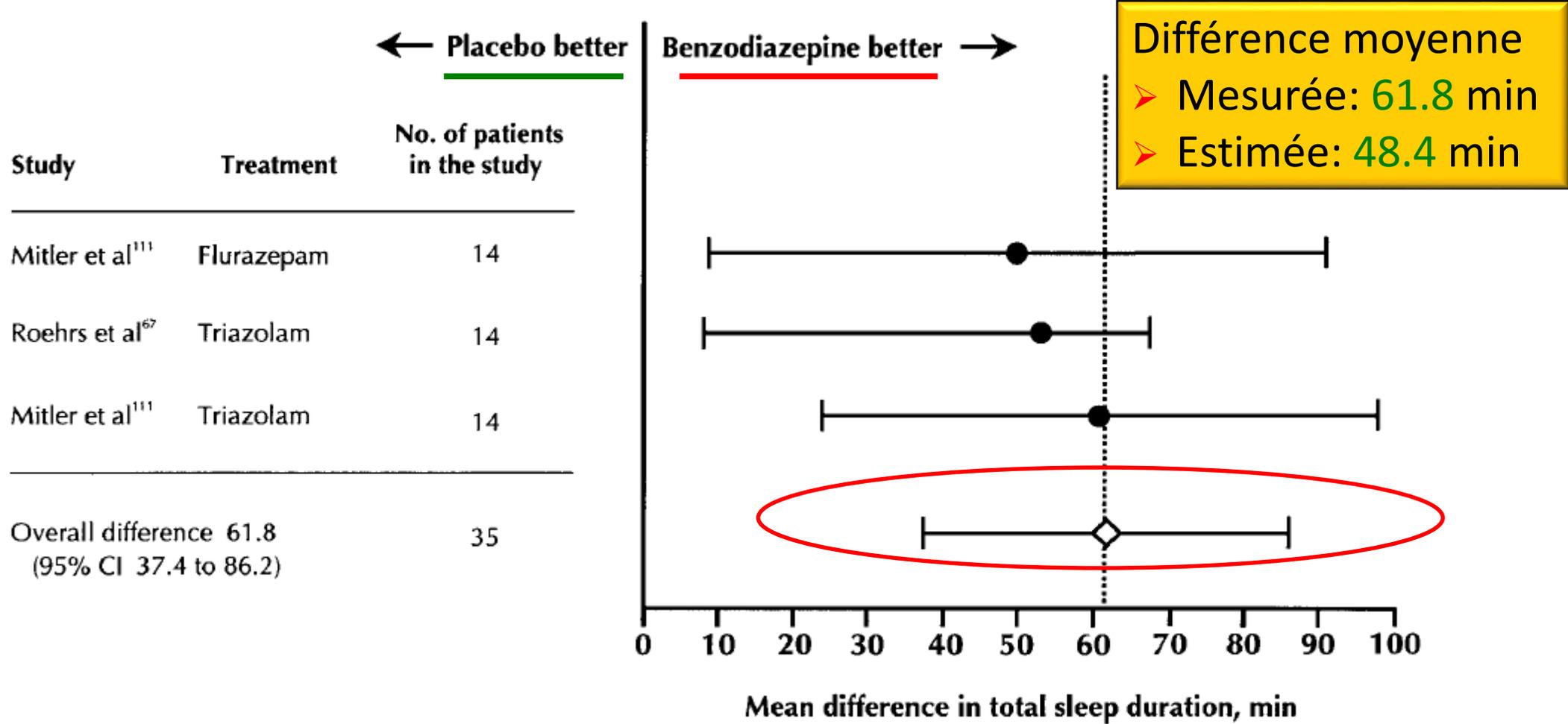
# Benzodiazépines: Effet sur la durée du sommeil

(Holbrook a et al. CMAJ, 2000;162:225-233)



# Benzodiazépines: Effet sur la durée du sommeil

(Holbrook a et al. CMAJ, 2000;162:225-233)



# Somnifères

---

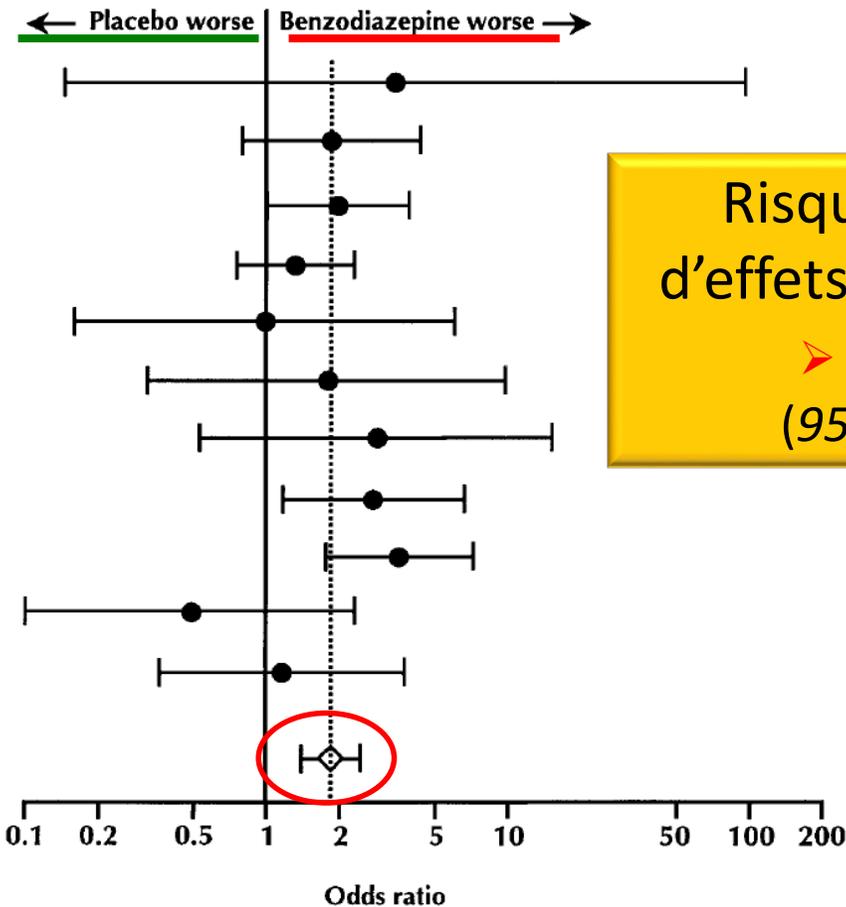
Dans ces études, de combien le « risque » (OR!) d'effets secondaires est accru en moyenne chez les patients recevant un somnifères?

1. ~1.5x
2. 1.5-2.0x
3. 2.5-3.0x
4. >3.0x
5. Le risque d'effet secondaire n'est pas accru

# Benzodiazépines: Effet secondaires

(Holbrook a et al. CMAJ, 2000;162:225-233)

Study	Treatment	No. of patients with side effects	
		Benzodiazepine	Placebo
Itil et al <sup>110</sup>	Brotizolam	6/8	2/4
Cohn et al <sup>25</sup>	Estazolam	31/53	23/53
Scharf et al <sup>103</sup>	Estazolam	48/81	34/80
Walsh et al <sup>109</sup>	Estazolam	83/122	78/126
Tilleard-Cole <sup>87</sup>	Flunitrazepam (0.5 mg)	4/17	4/17
Tilleard-Cole <sup>87</sup>	Flunitrazepam (1.0 mg)	6/17	4/17
Tilleard-Cole <sup>87</sup>	Flunitrazepam (2.0 mg)	8/17	4/17
Cohn et al <sup>25</sup>	Flurazepam	36/53	23/53
Scharf et al <sup>103</sup>	Flurazepam	60/83	34/80
Fillingim <sup>107</sup>	Temazepam	4/25	7/25
Hegelbach-Feller et al <sup>81</sup>	Triazolam	12/30	11/30
Common odds ratio 1.8 (95% CI 1.4 to 2.4)		298/506	222/502



Risque (odds !) d'effets secondaires  
 ➤ OR 1.8 (95%CI 1.4-2.4)

## Somnifères

---

Quels risques ?

# Somnifères

---

**Parmi les bénéfices potentiels suivants, lequel vous paraît le plus pertinent à transmettre aux patients âgés pour les convaincre de tenter une réduction / un arrêt de leur ttt somnifère ?**

1. Prévention des chutes
2. Prévention des fractures
3. Prévention d'un état confusionnel aigu
4. Prévention d'une démence

# Somnifères

---

**Parmi les bénéfices potentiels suivants, lequel vous paraît le plus pertinent à transmettre aux patients âgés pour les convaincre de tenter une réduction / un arrêt de leur ttt somnifère ?**

1. Prévention des chutes
2. Prévention des fractures
3. Prévention d'un état confusionnel aigu
4. Prévention d'une démence (?)

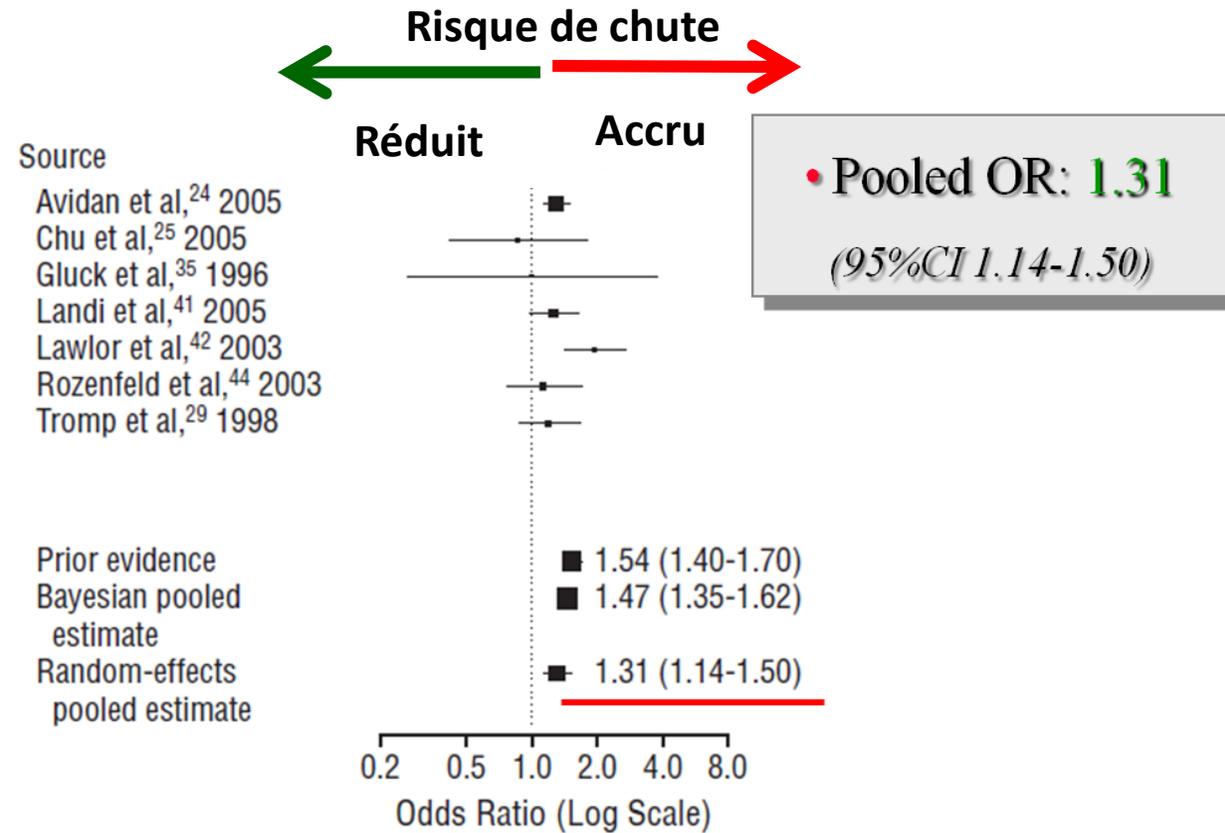
---

# Chutes



# Chutes et somnifères

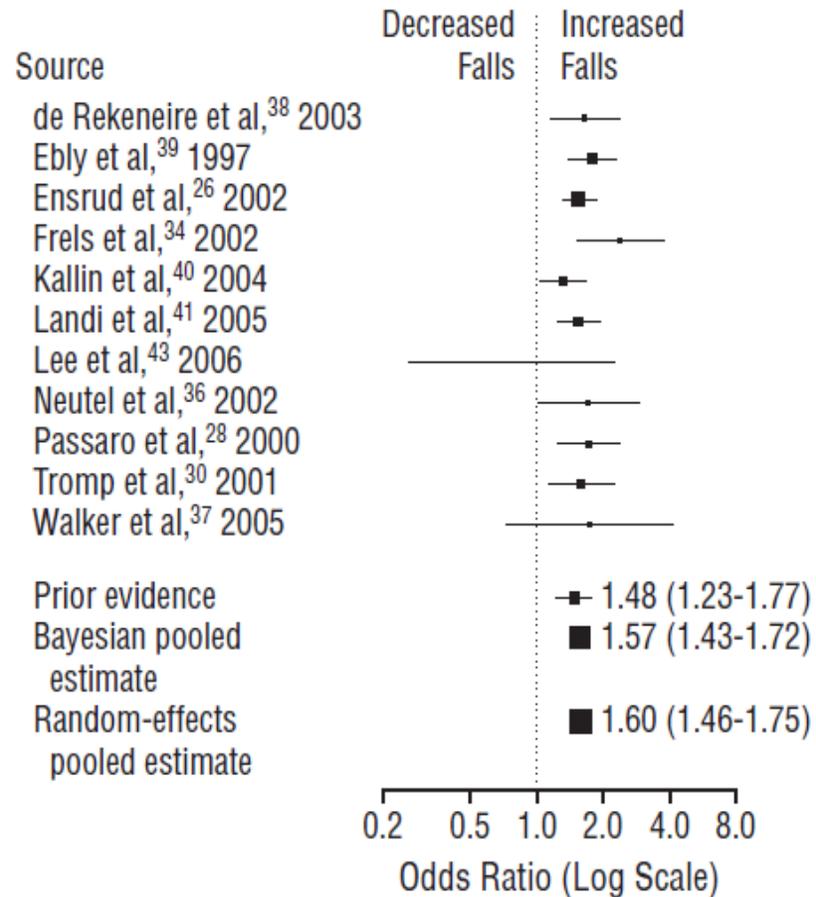
(Woolcott JC *et al* Arch Intern Med 2009;169:1952-1960)



# Chutes et benzodiazépines

(Woolcott JC *et al*, *Arch Intern Med*. 2009;169(21):1952-1960)

## Benzodiazépines



• Pooled OR: **1.60**  
(95%CI 1.46-1.75)



# Fractures



# Traitements sédatifs et risque de fracture de hanche

(Donnelly K et al, PLoS ONE 2017; 12(4); <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174730>)

- Revue syst et méta-analyse: BZD, Z-drugs et fracture de hanche
- N=219 études → N=18 inclues (cohorte, case-control, aucun RCT ...)
- N=500 à 906'422 participants; 72.0 à 84.3 ans

## ▪ Globalement

### ➤ BZD

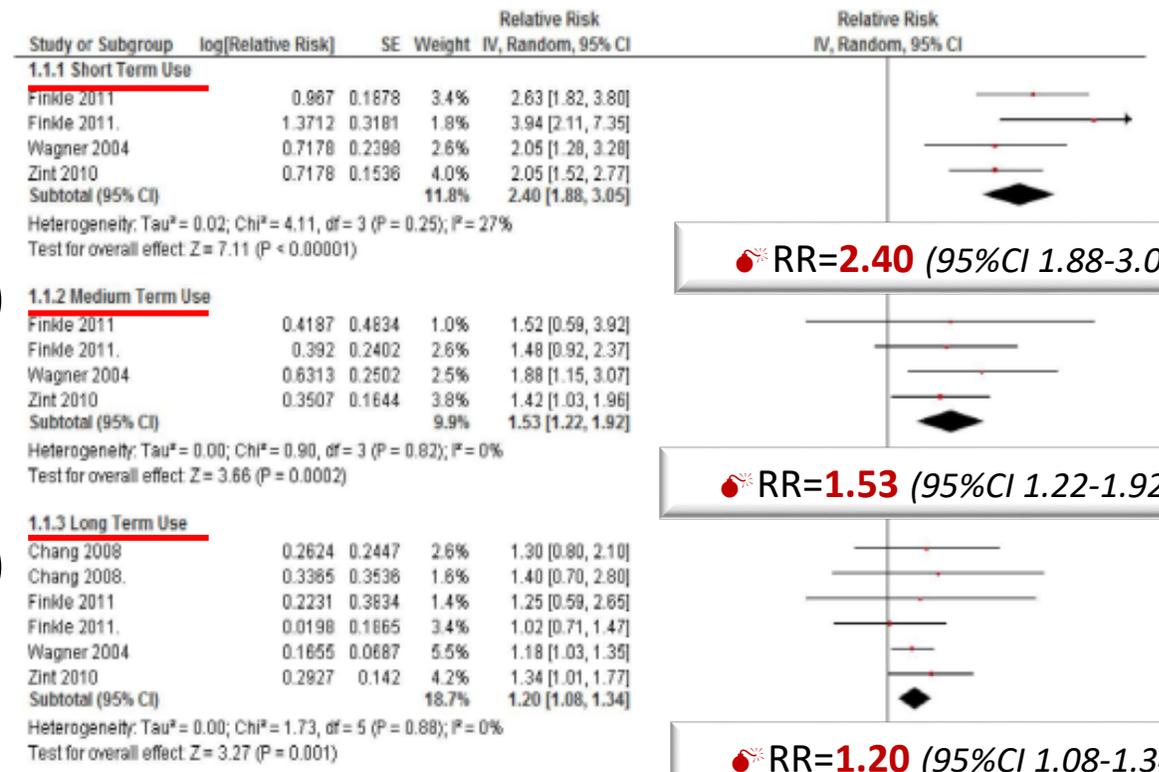
💣 RR=1.52 (95%CI 1.37-1.68)

### ➤ Z-Drugs

💣 RR=1.90 (95%CI 1.68-2.13)

### ➤ Short term Z-drugs:

💣 RR=2.39 (95%CI 1.74-3.29)



💣 RR=2.40 (95%CI 1.88-3.05)

💣 RR=1.53 (95%CI 1.22-1.92)

💣 RR=1.20 (95%CI 1.08-1.34)

# Traitement sédatif et risque de fracture de hanche

(Barry SD et al, JAMA Intern Med Doi:10.1001/jamainternmed.2013.3795)

---

N=15'528 résidents long séjour; 81.0±9.7 ans, 77.6% femmes

- **Toute prescription** d'un ttt non BZD avant la fracture:

	OR	(IC 95%)
➤ 0-15 j avant fracture	<b>1.47</b>	(1.24-1.74)
➤ 0-30 j avant fracture	<b>1.66</b>	(1.45-1.90)

- **Nouvelle prescription** d'un ttt non BZD avant fracture

	OR	(IC 95%)
➤ 0-15 j avant fracture	<b>2.20</b>	(1.76-2.74)
➤ 0-30 j avant fracture	<b>1.90</b>	(1.60-2.26)

# Prévention des chutes: Intervention médicaments

(Gillespie LD *et al*, Cochrane Database Syst Rev 2008)

## ■ Arrêt des psychotropes

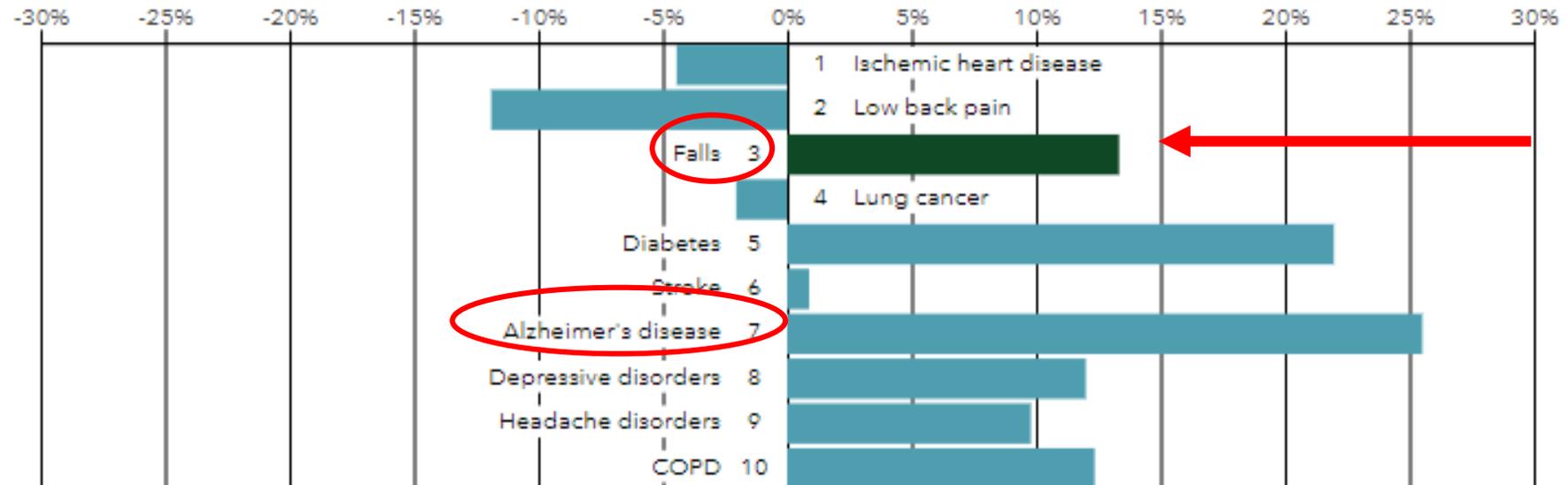
- ✓ Diminue le nombre de chutes
- **RaR 0.7**
- ⚡ MAJ: En résumé, les somnifères augmentent de ~ 30 à 50% le risque de fracture de chuter !

➤ En résumé, les somnifères augmentent de ~ 30 à 50% le risque de fracture de chuter !  
 ➤ ~ **Doublent** le risque de fracture

## Rappel: charge liée aux chutes ...

### What causes the most death and disability combined?

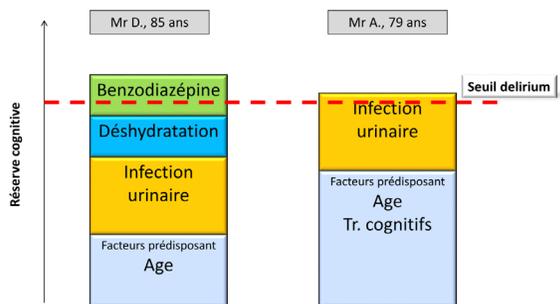
- Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases
- Non-communicable diseases
- Injuries



Top 10 causes of death and disability (DALYs) in 2019 and percent change 2009-2019, all ages combined

# Etat confusionnel aigu & Démence

Facteurs prédisposant, précipitant, et réserve cognitive



(Sautebin AL et al., Ger Prat, 2012)



## Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review

ANDREW CLEGG<sup>1</sup>, JOHN B. YOUNG<sup>2</sup>

# Benzodiazépines et risque de delirium

(Clegg A et al. Age Ageing 2011; 40: 23–29)

---

- Marcantonio et al. ; Population chirurgicale
  - **Toute benzodiazépine** OR **3.0** (1.3–6.8)
  
- Pandharipande et al. ; Soins intensifs
  - **Lorazepam** Multivariate OR **1.2** (1.1–1.4)
  - **Midazolam** Multivariate OR **1.7** (0.9–3.2)
  
- Senderovich H et al.; soins pall (*Dement Geriatr Cogn Disord* 2021)
  - **BZD** DC avec delirium: HR **2.6** (1.4–5.0)

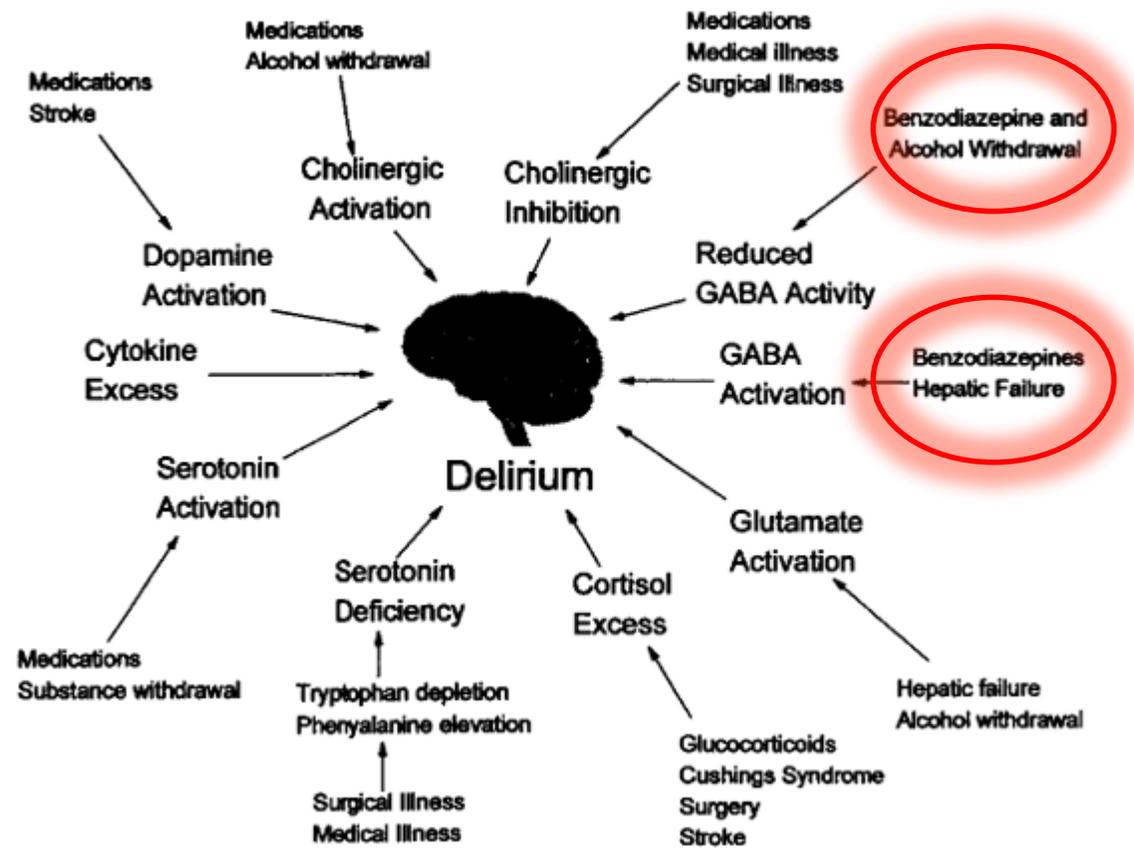
## Benzodiazépines et risque de delirium

(Clegg A et al. Age Ageing 2011; 40: 23–29)

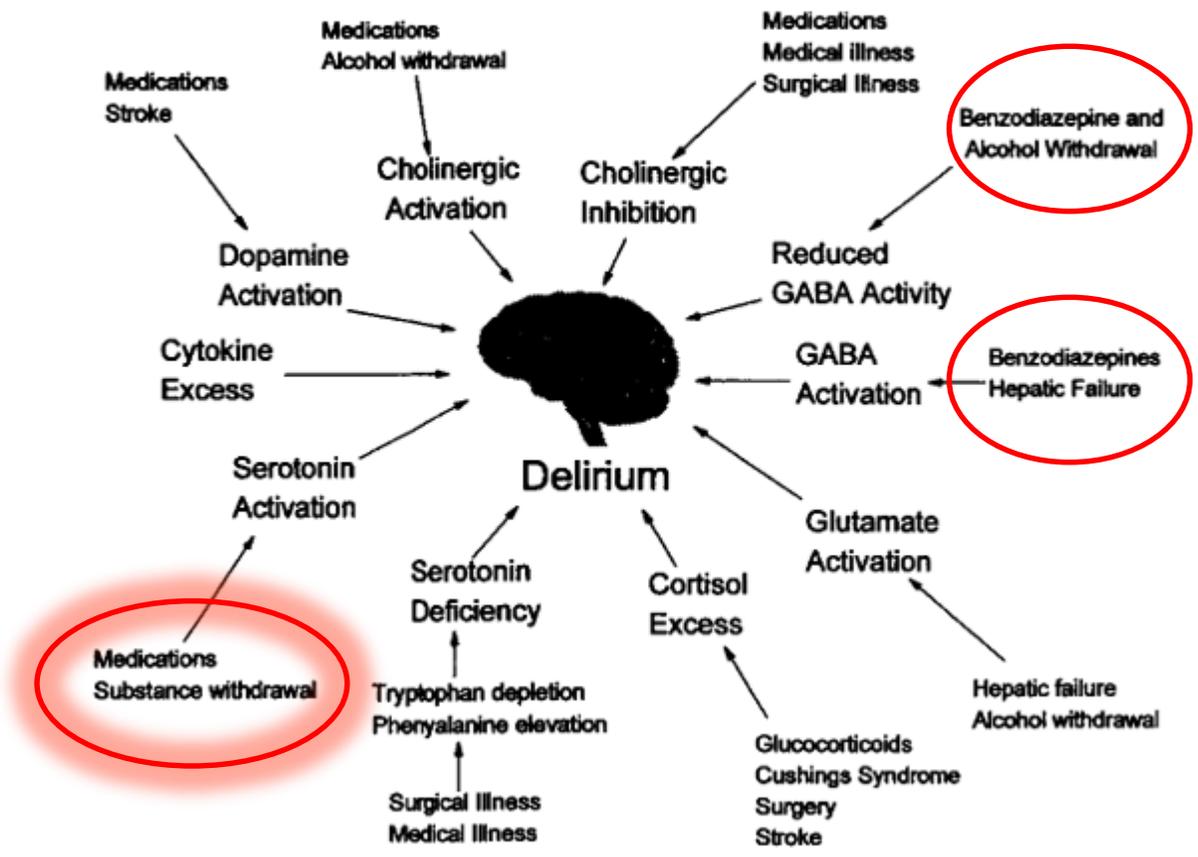
---

- Long vs short-acting BZD ?
  - Long-acting OR **5.4** (95% CI 1.0–29.2)
  - Short-acting OR **2.6** (95% CI 1.1–6.5)
  
- High vs lower dose of BZD over a 24-h period
  - High dose: OR **3.3** (95% CI 1.0–11.0)
  - Lower doses: OR **2.6** (95% CI 0.8–9.1)

# Physiopathologie du delirium



# Physiopathologie du delirium



## Cognitive Effects of Long-Term Benzodiazepine Use A Meta-Analysis

Melinda J. Barker, Kenneth M. Greenwood, Martin Jackson and Simon F. Crowe  
School of Psychological Science, La Trobe University, Bundoora, Victoria, Australia

# Benzodiazépines et déclin cognitif

(Barker MJ et al. CNS Drugs 2004; 18 (1): 37-48)

- **QUESTION:** effet de la consommation chronique de BZD sur performances cognitives ?
- **DESIGN:** Méta-analyse N=13 études (cas-contrôles); BZD depuis 9.9 ans (1-34 ans)
- **SETTING & POPULATION:**
  - C-dwelling
  - N=384; âge moy 47.6 ans (21-75); 59.6% femmes
- **RESULTATS**
  - “Long-term benzodiazepine users were **consistently more impaired than controls** across all cognitive categories examined
    - Mean weighted effect size was **-0.74** (SD ± 0.25).
    - Effect sizes ranging from **-1.30** to **-0.42**. *(RAPPEL: seuil clin sign=0.5)*
    - None of the effect sizes had 95% CIs that spanned zero

# Benzodiazépines et **démence**

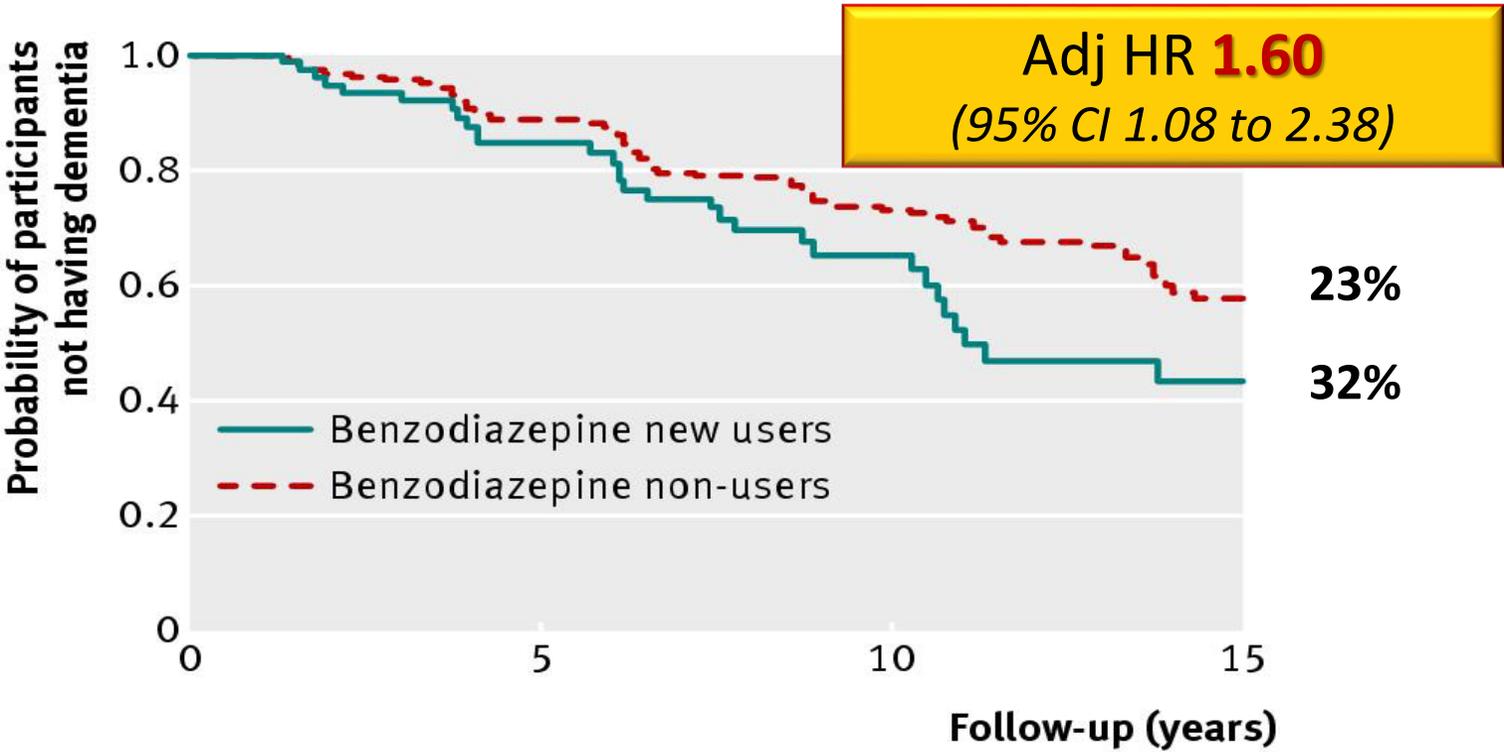
(de Gage SB et al. BMJ 2012 ;345 :e6231)

---

- Question: quelle est la relation entre initiation d'une consommation de BZD et incidence de démence.
- Design: étude de cohorte longitudinale, f-up 15 ans
- Setting & Population:
  - N=3'777 personnes âgées de 65+ ans vivant dans la communauté (Gironde et Dordogne), enrôlées entre 1987-9 et suivies durant 20 ans
  - Exposition:
    1. Participants mentionnant la consommation de BZD à T5, mais pas au baseline (ni à T0 ni à T3, = new users)
    2. **New users** mentionnant la consommation de BZD à T8-T15 Follow up : T0, T3, T8, T10, T13, T15, T20
- Mesure d'outcome primaire:
  - Incidence de **démence à 15 ans** (éval standardisée)

# Benzodiazépines et démence

(de Gage SB et al. BMJ 2012 ;345 :e6231)



<b>Benzodiazepine new users</b>				
	95	54	26	10
<b>Benzodiazepine non-users</b>				
	968	535	319	147



# Utilisation du système de santé



# Background



## RESULTS

- Regression models showed persons with  $\geq 1$  prescription for BZD and/or a Z-drug had a higher likelihood to be admitted to [redacted]

BZD use	Acute care hosp (OR, 95%CI)	Psychiatry hosp (OR, 95%CI)	Rehab hosp (OR, 95%CI)	LTC admission (OR, 95%CI)
Yes	[redacted]			

## Résumé: Arguments à discuter avec les patients

---

- **Consommation chronique de benzodiazépines:**
  - Risque de chutes
  - Réflexes posturaux et de protection
  - Risque de fractures
  - Risque d'état confusionnel aigu (delirium)
  - Mémoire / démences ?
  - Risque de tolérance et de dépendance

(Ohayon MM. *Sleep Med Rev* 2002;6:83-96)

# Plan

---

- Introduction
- Hypnosédatifs: Bénéfices et risques
- **Sevrage**
- Hygiène de sommeil
- Conclusions



# Somnifères

---

**Quelle assertion décrit le mieux votre expérience concernant le sevrage d'un ttt somnifère chez vos patients âgés ?**

1. Je n'ai jamais tenté de sevrage, cela ne sert à rien !
2. J'ai tenté à quelques reprises, mais c'est toujours / en général / un échec
3. J'ai tenté avec quelques succès, mais demande beaucoup / trop de temps
4. Sevrage ?... Easy .... Piece of cake !!!

# Somnifères

---

**Chez un patient consommateur chronique de somnifère, cela vaut la peine d'aborder la question de la dépendance car un conseil ponctuel peut s'avérer efficace !**

1. Pas d'accord, pas d'évidence donc perte de temps !
2. D'accord, réduction jusqu'à **15%** du nombre de consommateurs chroniques !
3. D'accord, réduction jusqu'à **25%** du nombre de consommateurs chroniques !
4. D'accord, réduction jusqu'à **35%** du nombre de consommateurs chroniques !

# Somnifères

---

**Chez un patient consommateur chronique de somnifère, cela vaut la peine d'aborder la question de la dépendance car un conseil ponctuel peut s'avérer efficace !**

1. Pas d'accord, pas d'évidence donc perte de temps !
2. D'accord, réduction jusqu'à 15% du nombre de consommateurs chroniques !
3. D'accord, réduction jusqu'à 25% du nombre de consommateurs chroniques !
4. **D'accord, réduction jusqu'à 35% du nombre de consommateurs chroniques !**

## Conseil ponctuel et sevrage benzodiazépines

(Salonoja M *et al*, Age Ageing. 2010;39:313-319)

---

- RCT, N=591 patients, âge 65+ (moy ~ 73 ans), 12 mois suivi
  - **Intervention:** consult + 1h conférence + plan sevrage + info écrite
- **Résultats:** ↘ 35% consommateurs chroniques à 12 mois  
(OR: 0.61, 95%CI 0.44-0.86)

## Sevrage BZD: Canevas d'entretien motivationnel

---

- Qu'est-ce qui pourrait vous amener à imaginer de ***diminuer ou arrêter votre consommation de somnifère*** ?
- Quels seraient, à votre avis, ***3 avantages*** à arriver à diminuer ou arrêter votre consommation de somnifères ?
- Sur une échelle de 0 à 10, ***à quel point pensez-vous que ce changement pourrait être important / bénéfique pour vous*** ?
- ***Pourquoi à ce niveau (=X) plutôt que par exemple à ce niveau (=X-2) ?***
- Si vous décidiez de diminuer ou d'arrêter votre consommation, ***comment pourriez-vous vous y prendre pour réussir*** ?

# Somnifères

---

Parmi les affirmations suivantes concernant une tentative de sevrage, laquelle vous semble **incorrecte** ?

1. Il est inutile d'essayer un sevrage en l'absence de volonté du / de la patient-e
2. L'objectif visé (sevrage complet vs réduction de dose) devrait être discuté / négocié avec le/la patient-e avant l'initiation du sevrage
3. La réduction de dose devrait se faire par palier et, en principe, ne pas excéder 25%
4. Un sevrage devrait en principe se dérouler sur ~ 4 à 6 semaines

# Somnifères

---

Parmi les affirmations suivantes concernant une tentative de sevrage, laquelle vous semble **incorrecte** ?

1. Il est inutile d'essayer un sevrage en l'absence de volonté du / de la patient-e
2. L'objectif visé (sevrage complet vs réduction de dose) devrait être discuté /négocié avec le/la patient-e avant l'initiation du sevrage
3. La réduction de dose devrait se faire par palier et, en principe, ne pas excéder 25%
4. **Un sevrage devrait en principe se dérouler sur ~ 4 à 6 semaines**

# Exemple d'un schéma de sevrage

(Tannenbaum C et al, JAMA Intern Med, 2014; : 890-898)

## STEP-BY-STEP WEANING PROGRAM

We recommend that you follow this program under the supervision of your doctor or pharmacist.

Weeks	Weaning Schedule							✓
	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	
1 and 2	●	●	●	●	●	◐	●	
3 and 4	●	◐	●	◐	●	◐	●	
5 and 6	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	
7 and 8	◐	◐	◐	◐	◐	◑	◐	
9 and 10	◐	◑	◐	◑	◐	◑	◐	
11 and 12	◑	◑	◑	◑	◑	◑	◑	
13 and 14	◑	◑	◑	◑	◑	○	◑	
15 and 16	◑	○	◑	○	◑	○	◑	
17 and 18	◑	○	○	◑	○	○	◑	
19	○	○	○	◑	○	○	○	
20	○	○	○	○	○	◑	○	
21	○	○	○	○	○	○	◑	
22	○	○	○	○	○	○	○	

### Legend

● Full dose   ◐ Half dose   ◑ Quarter of a dose   ○ No dose

# Exemple d'un schéma de sevrage

(Tannenbaum C et al, JAMA Intern Med, 2014; : 890-898)

- ❖ Age **75 ans** (65-95); ~**20%** éduc. secondaire ou +; **1/3** santé moy. ou mauvaise; tr. anxieux **30%**; dose moy ~**1.3 mg** lorazepam (Temesta®)
- ❖ Intervention: 15 pharmacies **I** (N= 148) vs 15 pharm. **C** (N=155) ; info **centrée patient par Pharm D et MD** sur risques BZD et schéma sevrage

Benzodiazepine type, % <sup>b</sup>		
Short acting	29.1	24.5
Intermediate acting	66.2	72.9
Long acting	4.7	2.6
Duration of benzodiazepine use; mean (SD) [range], y	9.6 (8.7) [0.3-48.0]	11.2 (8.3) [0.5-40.0]
Previously attempted cessation, %	45.2	49.4
No. of medications per day	9.9 (3.9-6) [4-24]	9.9 (3.4) [4-21]

# Exemple d'un schéma de sevrage

(Tannenbaum C et al, JAMA Intern Med, 2014; : 890-898)

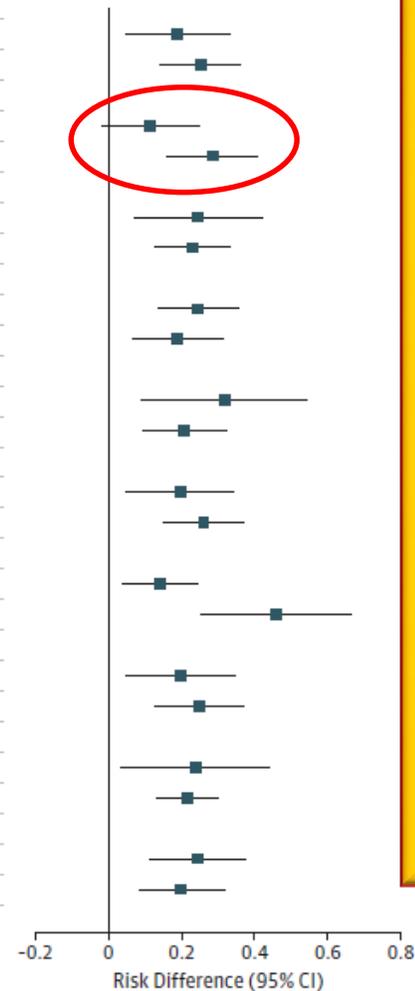
## Résultats globaux

- Arrêt BZD
  - 27% vs 5%
- Risk difference
  - 23% [95%CI, 14%-32%]
- NNT 4
- Réduction de dose
  - 11% (suppl. des 27)

# Exemple d'un schéma de sevrage

(Tannenbaum C et al, JAMA Intern Med, 2014; : 890-898)

Subgroup	Risk Difference, (95% CI)	ICC
Sex		
Men	0.19 (0.06 to 0.32)	0
Women	0.25 (0.15 to 0.35)	0.022
Age, y		
≥80	0.11 (-0.01 to 0.24)	0
<80	0.29 (0.17 to 0.40)	0.038
Education level		
University or college	0.25 (0.08 to 0.41)	0.126
<High school	0.23 (0.14 to 0.32)	0.012
General health status		
Good to excellent	0.24 (0.15 to 0.345)	0
Poor to fair	0.19 (0.08 to 0.30)	0
Anxiety disorder		
Yes	0.32 (0.10 to 0.53)	0.150
No	0.21 (0.10 to 0.31)	0.010
Indication for benzodiazepine use		
Insomnia	0.20 (0.06 to 0.33)	0.030
Other reasons	0.26 (0.16 to 0.36)	0
Dose		
High (>0.8-mg/d equivalent dose)	0.14 (0.05 to 0.23)	0.010
Low (≤0.8-mg/d equivalent dose)	0.46 (0.26 to 0.66)	0.110
Previously attempted to cease benzodiazepine use		
Yes	0.20 (0.06 to 0.33)	0.020
No	0.25 (0.14 to 0.36)	0
Duration of benzodiazepine use, y		
<5	0.24 (0.05 to 0.43)	0
≥5	0.22 (0.14 to 0.29)	0
No. of medications		
<10	0.24 (0.13 to 0.36)	0
≥10	0.20 (0.10 to 0.31)	0



## Résultats globaux

- **Arrêt BZD**  
👍 27% vs 5%
- **Risk difference**  
👍 23% [95%CI, 14%-32%]  
➤ NNT = 4
- **Réduction de dose**
  - 11% (suppl. des 27)
- **Pas de différence** selon genre, éducat., état santé auto-évalué, tr. anxieux, indication, dose, tentative antérieure, durée utilisation, nbr médic...

# Plan

---

- Introduction
- Hypnosédatifs: Bénéfices et risques
- Sevrage
- **Hygiène de sommeil**
- Conclusions





# Comment mieux dormir ?

---

Pendant la journée





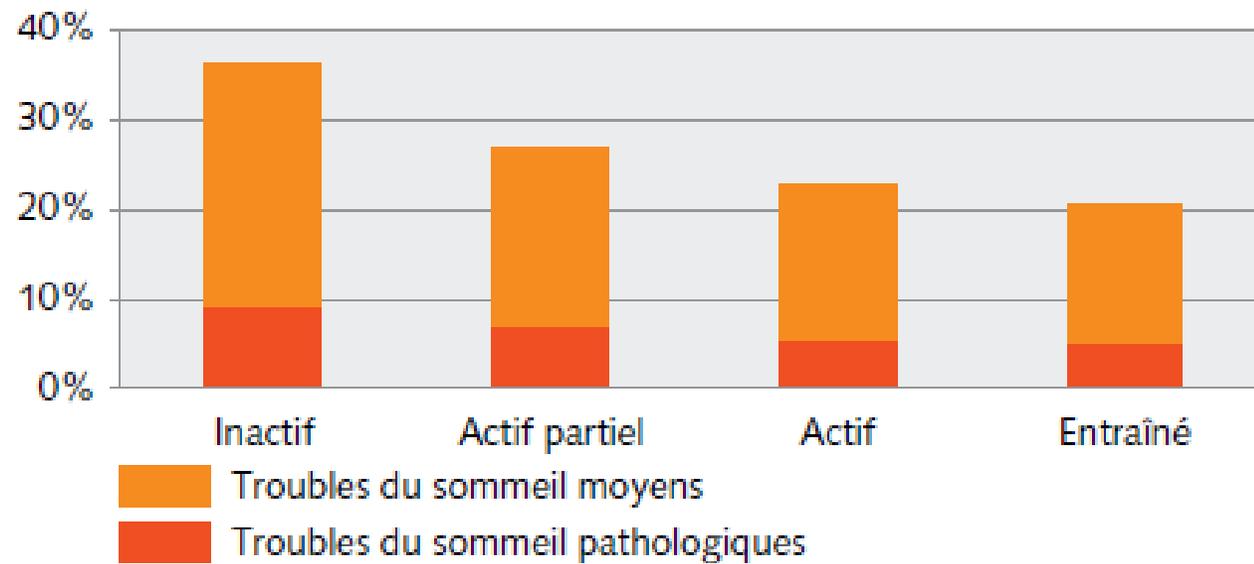
# Comment mieux dormir ?

---

## Pendant la journée

- Soyez **actif(-ve) durant la journée**, mais évitez l'activité physique intensive (qui vous ferait transpirer) dans les 4 heures qui précèdent le coucher.

## Troubles du sommeil et activité physique



Source: OFS – ESS12

© OFS, Neuchâtel 2015

# Comment mieux dormir ?

---

## Pendant la journée

- Soyez **actif(-ve) durant la journée**, mais évitez l'activité physique intensive (qui vous ferait transpirer) dans les 4 heures qui précèdent le coucher.
- **Exposez-vous au soleil** si la météo le permet, sinon à la lumière durant la journée.
- **Evitez** les boissons contenant des **excitants (café, thé, alcool)** et le **tabac** dès l'après-midi.
- **Limitez vos boissons après 17-18h**. Cela peut suffire pour éviter d'avoir à se réveiller pour uriner la nuit.





# Comment mieux dormir ?

---

Le soir ...



## Comment mieux dormir ?

---

### Le soir...

- Améliorez **l'environnement** de votre chambre à coucher : bruit, lumière, aération, température, etc..
- Essayez d'abandonner certaines **mauvaises habitudes** : évitez de lire au lit, pas de télévision dans la chambre à coucher !
- Observez des **horaires réguliers** de coucher et lever, mais n'allez au lit que lorsque vous avez sommeil.
- Essayez de mettre en place un **rituel sommeil** : certaines personnes sont aidées par un bain chaud, d'autres par la pratique d'activités relaxantes (lecture au fauteuil).





# Comment mieux dormir ?

---

En cas de réveil ...





# Comment mieux dormir ?

---

## En cas de réveil !

- Sortez de votre lit si vous n'avez pas réussi à vous rendormir **après 20-30 minutes**.
- Sortez de la chambre, buvez un lait chaud, et essayez une **activité tranquille** (lecture, etc.)
- Retournez au lit **uniquement lorsque l'envie de dormir est revenue**, pas avant !
- Le lendemain, **levez-vous à votre heure habituelle**, même si la nuit a été mauvaise ; **pas de sieste durant la journée**, vous dormirez d'autant mieux le soir.

# Plan

---

- Introduction
- Hypnosédatifs: Bénéfices et risques
- Sevrage
- Hygiène de sommeil
- **Conclusions**



# Résumé

---

- Utilisation de longue durée d'un ttt somnifère encore fréquent
- Évidences solides concernant les risques associés **aux ttt somnifères chroniques, en particulier BZD, chez les patients âgés**
  - Chutes
  - Fractures
  - Delirium, ...
  - ? démence ?; performances cognitives
  - Utilisation du système de santé
- Un simple conseil ponctuel peut s'avérer efficace
- Sevrage difficile (taux réussite 20- 30%).... mais possible !

## Conclusion

- ❖ "Primum non nocere " ... (Hippocrate, 410 av J.-C.)
  - ❖ CAVE (y.c. durant les séjours hospitaliers !!!),
    - Ne pas prescrire
    - Saisir Opportunité pour aborder le problème de dépendance ...
    - Cf campagne grand public (Politique "Vieillesse et Santé")
- "Somnifères ? Pas forcément nécessaire !"**





Merci !



---

«Less is more !»  
(dose et durée)

