

«Smarter Medicine»: recommandations de la liste «Top 5» pour le domaine hospitalier

Benzodiazépines chez les patients âgés

Dr méd. Rosaria Del Giorno^a, PD Dr méd. Alessandro Ceschi^b, Prof. Dr méd. Luca Gabutti^a

^a Département de Médecine, Hôpital Régional de Bellinzona, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona

^b Clinique de pharmacologie et toxicologie cliniques, Institut de Sciences Pharmacologiques de la Suisse italienne, Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano

Les études cliniques montrent que la prescription de benzodiazépines augmente avec l'âge et se fait en dehors des indications reconnues. Elle est souvent inappropriée et abusive. Ses conséquences peuvent être très sérieuses et augmentent considérablement la morbidité et la mortalité des patients. Des stratégies de prise en charge multidisciplinaire existent qui permettent d'interrompre ces traitements. D'importantes campagnes de sensibilisation sont nécessaires pour corriger ce qui est devenu un réel problème de santé publique.

Introduction

Malgré le fait que les benzodiazépines (BDZ) soient indiquées pour un nombre restreint de troubles psychiatriques, ce sont les médicaments psychotropes les plus couramment prescrits chez les personnes âgées [1]. La première prescription peut avoir lieu au cours d'un séjour hospitalier, mais aussi par les médecins de famille [1]. L'utilisation inappropriée, c'est-à-dire excessive et/ou non indiquée de cette classe de médicaments, est devenue tellement importante quantitativement et elle est responsable de tellement d'effets indésirables, que ses conséquences globales sont considérées comme étant un problème de santé publique [2].

En dépit du fait que la connaissance des effets potentiels négatifs chez les personnes âgées par les soignants a considérablement augmenté, seulement un tiers des prescriptions de cette classe de médicaments peut être considéré approprié [3]. Ce sont, entre autres, pour ces raisons que la Société Suisse de Médecine Interne Générale recommande dans la liste «Top 5» des pratiques à éviter dans la médecine hospitalière [4]:

Recommandation 5: Ne pas utiliser de benzodiazépines ou autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou d'un état confusionnel aigu et éviter leur prescription à la sortie de l'hôpital.

Importance de la prescription

Le problème n'est bien entendu pas limité à la Suisse et, même si les différences entre les pays sont impor-

tantes, l'utilisation inappropriée de BZD est considérée comme un défi pour la santé publique au niveau planétaire. La prévalence de la consommation de BDZ chez les patients âgés se situe, en fait, entre 12 et 32%, et peut atteindre 57–59% chez les sujets âgés qui souffrent de troubles psychiatriques [5, 6]. À ce sujet, les résultats d'une étude britannique, effectuée entre 1991 et 2009, ont démontré que les prescriptions hospitalières étaient appropriées seulement dans un tiers des cas [3]. Pour en venir aux facteurs de risque, on a observé, dans la cohorte française EVA («Epidemiology of Vascular Aging»), une association positive entre l'âge et la prescription de BDZ à longue durée d'action [7]. Dans une étude conduite aux États-Unis, il a également été démontré que le taux de prescription de BDZ augmente avec l'âge (20% dans la tranche d'âge de 65–69 ans et jusqu'à 30% chez les ≥85 ans) [8]. Ces données ont été confirmées par les résultats d'une étude danoise dans laquelle on a aussi documenté une augmentation du risque de prescription chez les sujets de plus de 85 ans (OR 8,8; 95% CI [8,7–9,0] par rapport aux sujets de moins de 55 ans) [9].

La prescription inappropriée et les abus

La prévalence de l'abus (c'est-à-dire de la prise de doses excessives par rapport à celles prescrites ou recommandées) a été analysée, à son tour, dans plusieurs études. À titre d'exemple, dans une étude cohorte nationale au Luxembourg, le risque d'abus de BZD à effet hypnotique, était important, surtout chez les femmes et les sujets âgés (OR 215,85; 95% CI [133,75–348,35], pour



Rosaria Del Giorno

ces derniers) [10]. Même en l'absence d'abus, l'utilisation de BDZ chez les patients âgés se caractérise souvent par un dosage et/ou une durée de traitement excessifs [11]. Pour compliquer les choses, dans cette classe de patients, la poly-pharmacothérapie et les comorbidités représentent les principaux facteurs de risque pour le développement d'effets secondaires. La probabilité d'effets secondaires, étant de toute façon majeure chez les patients âgés, entre autres à cause d'un déficit métabolique/d'excrétion, d'une plus grande proportion de masse grasse et probablement d'une plus grande sensibilité des récepteurs [12]. Pour conclure, par rapport aux jeunes adultes, les personnes âgées ont tendance à prendre des médicaments sans prescription, augmentant de cette façon le risque d'interactions pharmacologiques dangereuses et de traitements inadéquats [13].

Les conséquences pour les patients

Les principales conséquences d'une utilisation inappropriée de BDZ chez le patient âgé sont représentées par les chutes avec ou sans fractures, le délire, les dysfonctions cognitives, même sévères, les accidents de la route, l'insuffisance respiratoire, la dépendance et les symptômes liés au sevrage [14, 15]. Il ne faut toutefois pas oublier les réactions paradoxales, ainsi que la chronicisation des troubles du sommeil, de l'anxiété et de l'agitation. Une autre conséquence redoutable du traitement à long terme est liée à l'augmentation du risque de suicide et d'idéation suicidaire, risque qui est déjà élevé chez ces patients [16].

L'interruption du traitement

Contrairement à ce que l'on pense, l'interruption d'une thérapie chronique avec des BDZ est possible. Il est, en fait, important de souligner que le risque de développer des conséquences funestes à cause d'une thérapie à long terme est plus élevé que celui lié à la suspension de la thérapie elle-même. Parmi les raisons de la réticence à l'interruption de la thérapie, il y a, entre autres, la crainte de détériorer la relation médecin-patient. Cependant, il a été démontré que la suspension ou la réduction de la dose de BDZ chez le patient âgé s'associe avec une amélioration des conditions psychologiques et a un effet positif sur les prestations physiques, raisons pour lesquelles une tentative structurée devrait être proposée à tous les sujets de plus de 65 ans en thérapie avec des BDZ depuis plus d'un mois. Plusieurs méta-analyses ont analysé comment procéder à la suspension d'une prescription de BDZ inadéquate. Une approche multidisciplinaire (qui comprend la psychothé-

rapie et les soignants) semblerait être plus efficace que la prise en charge psychologique seule [17]. D'autres études proposent une approche de type motivationnel fondée sur l'information correcte par rapport aux conséquences dangereuses d'un traitement non indiqué et donc sur le développement d'une prise de conscience de la part du patient [18].

Le risque d'abus et de prescriptions incorrectes de cette classe de médicaments devraient être adressés à trois niveaux:

1. la prévention primaire, en identifiant localement, au niveau épidémiologique, les facteurs de risque qui conditionnent une utilisation inappropriée, en mettant en œuvre des programmes de sensibilisation sur les conséquences chez les sujets à risque et en sensibilisant les cliniciens et les médecins de famille sur l'utilisation inadéquate;
2. la prévention secondaire par des programmes de sensibilisation chez les soignants, ciblés à la suspension de cette classe de médicaments chez les sujets traités de façon inappropriée;
3. la prévention tertiaire, dont l'objectif est la suspension immédiate, dès la première manifestation d'effets secondaires ou de symptômes psychiatriques même légers.

À ce propos, la stratégie danoise est intéressante, car elle est basée sur trois étapes:

1. évitement des prescriptions téléphoniques,
2. consultations individualisées pour chaque prescription et
3. réduction systématique du dosage de la prescription initiale après un mois de traitement [19].

L'exemple du Tessin

Durant les deux dernières années, dans le réseau des Hôpitaux Publiques de la Suisse italienne, a été expérimenté et mis en place un système informatique standardisé de monitoring continu des prescriptions des BDZ à l'admission et à la fin d'un séjour hospitalier. L'analyse comparative entre les services des hôpitaux régionaux a été rendue possible grâce aux caractéristiques similaires des cinq hôpitaux principaux du réseau. L'analyse des données de ce monitoring a révélé des différences considérables inter-hospitalières en ce qui concerne les nouvelles prescriptions des BDZ (fig. 1): OR pour le prescripteur plus important par rapport à celui avec le résultat le plus bas 10,8 (CI 95%: 9,1-12,8). L'objectif principal de ce projet étant l'obtention, grâce au système de monitoring, d'une prise de conscience de la subjectivité de la prescription et du besoin de changement de l'habitude prescriptive. Le résultat de la campagne de sensibilisation sera vérifié à

Correspondance:
Prof. Dr méd. Luca Gabutti
Département de Médecine
Hôpital Régional
de Bellinzona
Ente Ospedaliero Cantonale
CH-6500 Bellinzona
Luca.Gabutti[at]jeoc.ch

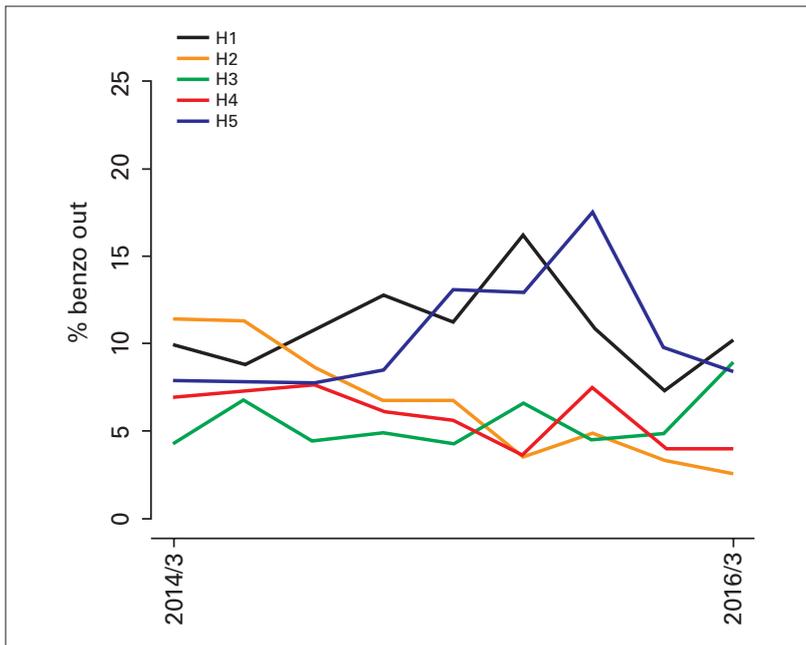


Figure 1: Monitoring des nouvelles prescriptions de benzodiazépines (% de patients traités à la sortie de l'hôpital qui ne l'étaient pas à l'admission), entre mars 2014 et mars 2016, dans les services de médecine du réseau des cinq principaux hôpitaux publics de la Suisse italienne (H1–H5) (N: 19,272).

travers l'analyse du monitoring continu des pourcentages de réductions des prescriptions pharmacologiques inappropriées.

Le défi est lancé: tout le monde est appelé à l'action. La contribution de chacun est indispensable pour abandonner le flambeau de mauvais prescripteurs et rejoindre le groupe vertueux, qui dans une enquête récente de l'«Organisation for Economic Cooperation and Development» (OECD), a déclaré une prévalence d'utilisation de BDZ chez les plus de 65 ans de moins de 5 pour mille [20]. La voie est ouverte; le chemin est possible.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.medicalforum.ch.

Voici le dernier article d'une série de six articles relatifs à la «Smarter Medicine» dans le Forum Médical Suisse. Une publication parallèle des articles est réalisée dans la Revue Médical Suisse.

Références

- 1 Garrido MM, Prigerson HG, Penrod JD, Jones SC, Boockvar KS. Benzodiazepine and sedative-hypnotic use among older seriously ill veterans: choosing wisely? *Clin Ther.* 2014;36(11):1547–54.
- 2 Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003;163:2716–24.
- 3 Dell'osso B, Lader M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *Eur Psychiatry.* 2011;28(1):7–20.
- 4 Bavamian S, Gabutti L, Kherad O, Rondoni N, Rutishauser J, et al. Smarter Medicine: la liste «Top 5» pour le secteur hospitalier. *Swiss Medical Forum.* 2016;16(32):626–9.
- 5 Martinsson G, Fagerberg I, Wiklund-Gustin L, Lindholm C. Specialist prescribing of psychotropic drugs to older persons in Sweden – a register-based study of 188 024 older persons. *BMC Psychiatry.* 2012;12:197.
- 6 Preville M, Vasiliadis HM, Bosse C, Dionne PA, Voyer P, Brassard J, et al. Pattern of psychotropic drug use among older adults having a depression or an anxiety disorder: Results from the longitudinal ESA study. *Can J Psychiatry.* 2011;56:348–57.
- 7 Lechevallier-Michel N, Berr C, Fourrier-Réglat A. Incidence and characteristics of benzodiazepine use in an elderly cohort: the EVA study. *Thérapie.* 2005;60(6):561–6.
- 8 Tu K, Mamdani MM, Hux JE, Tu JB. Progressive trends in the prevalence of benzodiazepine prescribing in older people in Ontario, Canada. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(10):1341–5.
- 9 Holm E, Fosbol E, Pedersen H, Jensen TB, Nielsen M, Weeke P, et al. Benzodiazepine use in Denmark 1997–2008. *Eur Geriatr Med.* 2012;3(5):299–303.
- 10 Cloos JM, Bocquet V, Rolland-Portal I, Koch P, Chouinard G. Hypnotics and triazolobenzodiazepines—best predictors of high dose benzodiazepine use: results from the Luxembourg national health insurance registry. *Psychother Psychosom.* 2015;84(5):273–83.
- 11 Zint K, Haefeli WE, Glynn RJ, et al. Impact of drug interactions, dosage, and duration of therapy on the risk of hip fracture associated with benzodiazepine use in older adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19:1248–55.
- 12 Bourin M. The problems with the use of benzodiazepines in elderly patients. *Encéphale.* 2010;36(4):340–7.
- 13 Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* 2014;204(2):98–107.
- 14 Cantopher T, Olivieri S, Cleave N, Edwards JG. Chronic benzo-diazepine dependence. A comparative study of abrupt withdrawal under propranolol cover versus gradual withdrawal. *Br J Psychiatry.* 1990;156:406–11.
- 15 Gray S, Lai K, Larson E. Drug-induced cognition disorders in the elderly. *Drug Safety.* 1999;21:101–22.
- 16 Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K, Kurth T, Pariente A. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ.* 2012;27:345.
- 17 Carlsten A, Waern M. Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly? *BMC Geriatr.* 2009;4:9:20.
- 18 Luijendijk HJ, Tiemeier H, Hofman A, Heeringa J, Stricker BH. Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: a longitudinal study. *Br J Clin Pharmacol.* 2008;65(4):593–9.
- 19 Jørgensen VRK. Benzodiazepine reduction in general practice. Are the elderly neglected? *J Affect Disord.* 2011;136(3):1216–21.
- 20 OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>