

**14<sup>ème</sup> journée plénière  
de  
l'OMEDIT Centre Val de Loire**

**Les benzodiazépines (BZD)  
chez le sujet âgé :  
savoir les prescrire, pouvoir les arrêter**

**CE Geffroy  
Pôle Autonomie, Neurologie et Prise  
en charge du Vieillissement  
Centre Hospitalier de BLOIS**

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

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

Argumentaire

Octobre 2007



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT D'ÉLABORATION

## Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire

Juin 2015

# État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France

Décembre 2013

Figure 12: nombre d'utilisateurs de benzodiazépines estimé en France en 2011 et 2012

# 21 molécules en 2012

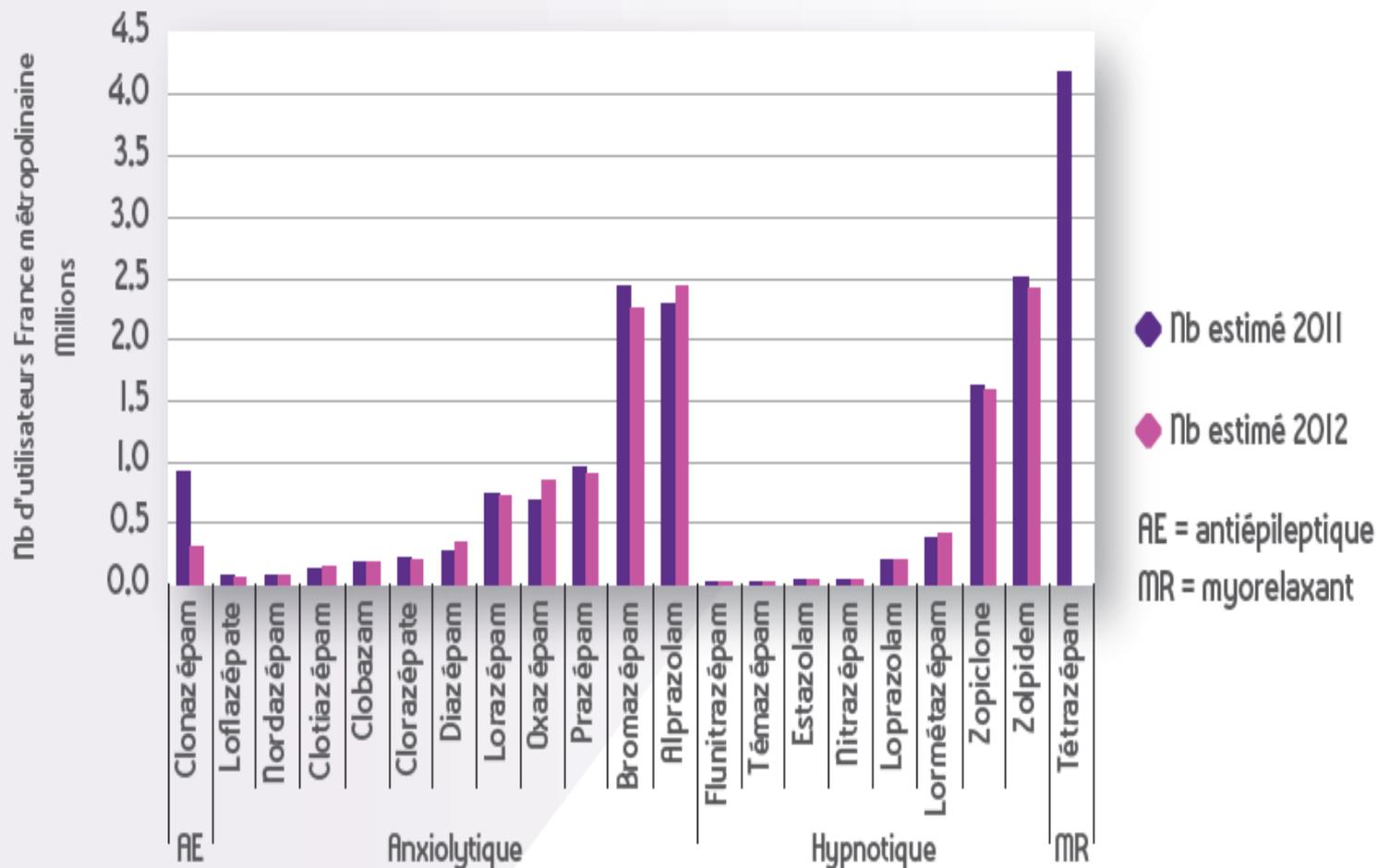
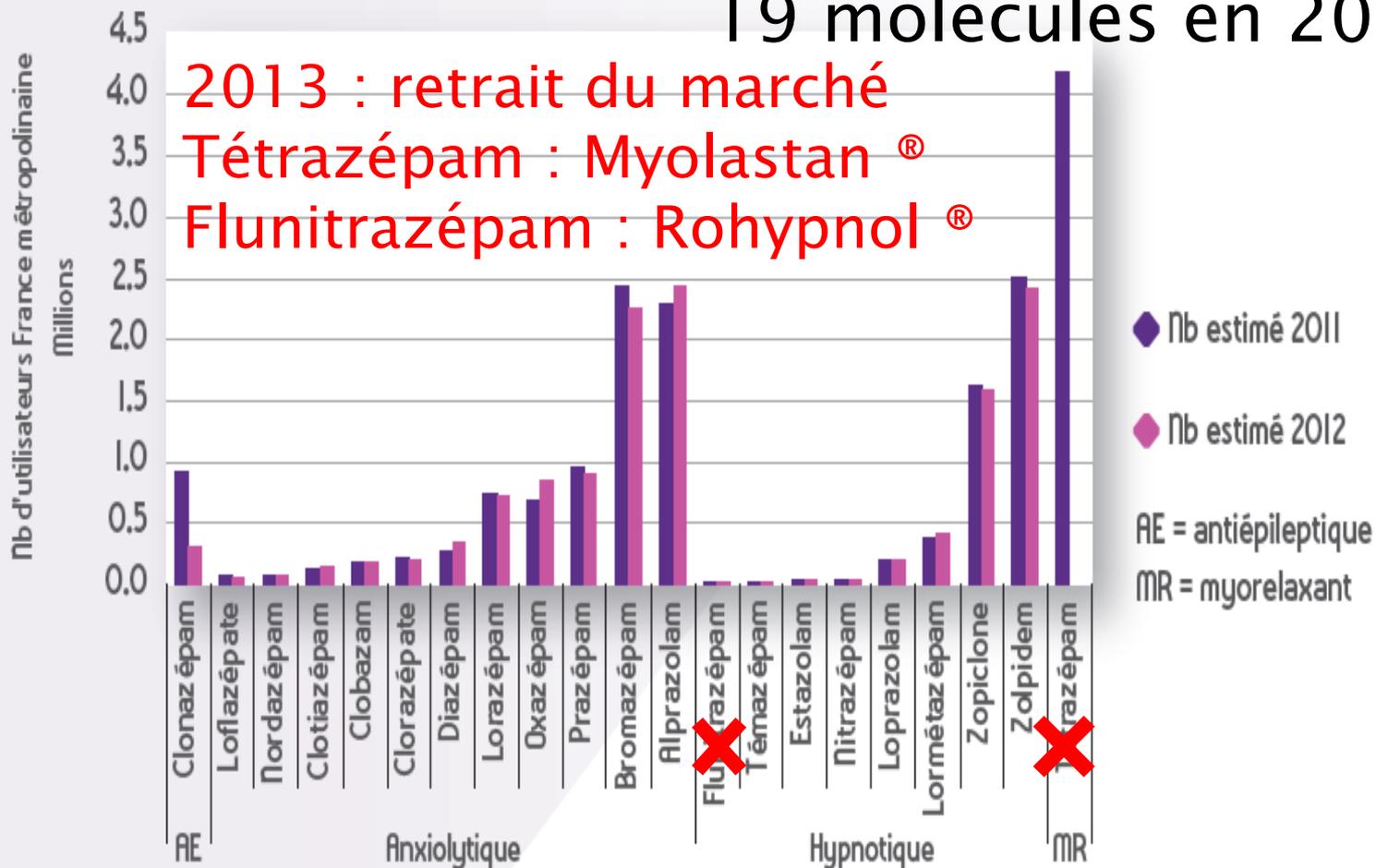


Figure 12: nombre d'utilisateurs de benzodiazépines estimé en France en 2011 et 2012

21 molécules en 2012

19 molécules en 2015



# BZD :

## Savoir les prescrire

- ▶ Les caractéristiques des molécules
- ▶ Les effets indésirables et complications potentiels
- ▶ Les bonnes indications
- ▶ Les bonnes pratiques

Sous la direction des Professeurs  
Olivier Hanon et Claude Jeandel



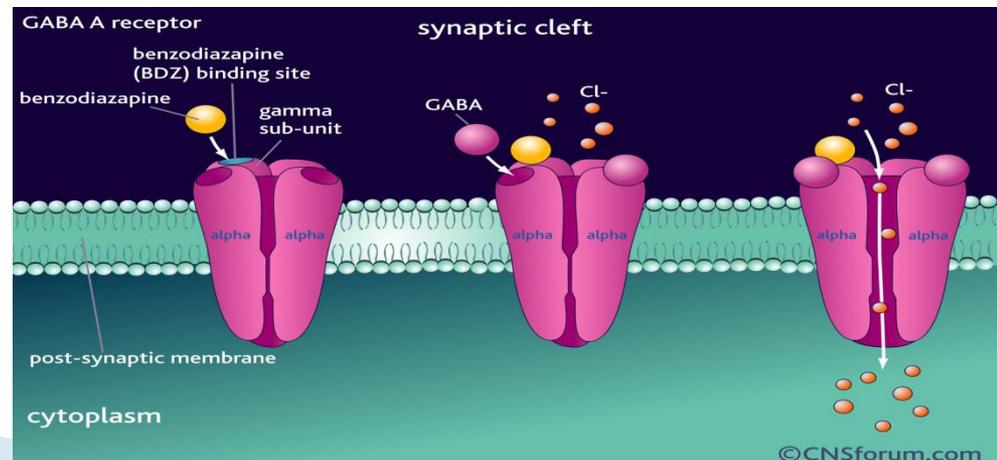
**P**rescriptions  
médicamenteuses  
**A**daptées aux  
**P**ersonnes **Â**gées

LE GUIDE P.A.P.A.



# BZD : Savoir les prescrire

- ▶ Connaitre les caractéristiques des molécules
  - Effets thérapeutiques attendus
  - Demi-vie : courte, intermédiaire, longue (> 20h) +++
  - Métabolites : actifs ou non ++

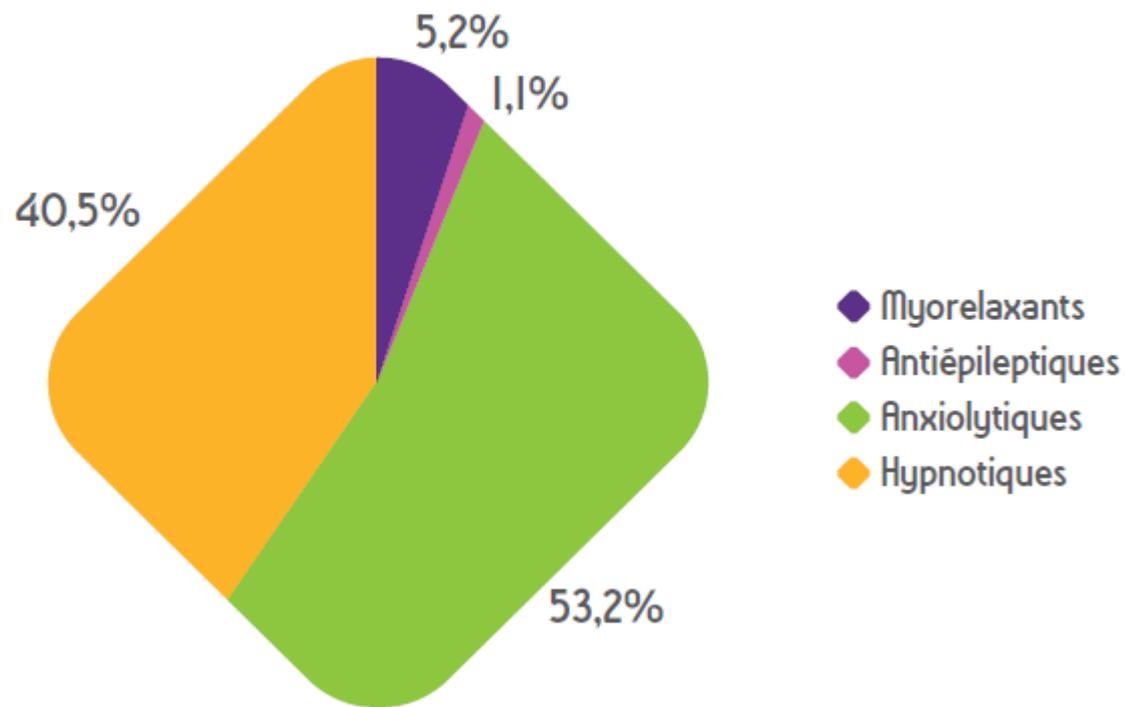


# BZD : Savoir les prescrire

- ▶ Effets thérapeutiques attendus

- hypnotique
  - anxiolytique
  - myorelaxante
  - anticonvulsivante

Figure 5 : répartition des indications de benzodiazépines en 2012



**Tableau 3.** Caractéristiques de différentes benzodiazépines

\*La demi-vie tient compte des métabolites actifs.

	DCI	Demi-vie *	Vitesse d'absorption	Durée d'action	Métabolites actifs	Métabolites excrétés	Posologie moyenne
Urbanyl®	Clobazam	35-40 h	moyenne	longue	oui	foie	5-60 mg
Rivotril®	Clonazépam	18-50 h	rapide	longue	non	foie	0,5-6 mg
Xanax®	Alprazolam	8-20 h	moyenne	moyenne	oui	foie	0,5-6 mg
Lexomil®	Bromazépam	10-20 h	moyenne	moyenne	oui	foie	1,5-6 mg
Tranxène®	Clorazépam	50-100 h	rapide	longue	oui	foie	5-60 mg
Lysanxia®	Prazépam	50-100 h	lente	longue	oui	foie	10-30 mg
Valium®	Diazépam	50-100 h	rapide	longue	oui	foie	2-30 mg
	<del>Flurazépam</del>	50-100 h	rapide	longue	oui	foie	15-30 mg
	<del>Flunitrazépam (att. Carnet à souche !)</del>	70-150 h	rapide	longue	oui	foie	0,5 à 2 mg
Témesta®	Lorazépam	8-20 h	moyenne	moyenne	non	rein	2- 6 mg
Séresta®	Oxozépam	5-20 h	lente	courte	non	rein	30-120 mg

**Tableau 3. Caractéristiques de différentes benzodiazépines**

\*La demi-vie tient compte des métabolites actifs.

	DCI	Demi-vie *	Vitesse d'absorption	Durée d'action	Métabolites actifs	Métabolites excrétés	Posologie moyenne
Urbanyl®	Clobazam	35-40 h	moyenne	longue	oui	foie	5-60 mg
Rivotril®	Clonazépam	18-50 h	rapide	longue	non	foie	0,5-6 mg
Xanax®	Alprazolam	8-20 h	moyenne	moyenne	oui	foie	0,5-6 mg
Lexomil®	Bromazépam	10-20 h	moyenne	moyenne	oui	foie	1,5-6 mg
Tranxène®	Clorazépam	50-100 h	rapide	longue	oui	foie	5-60 mg
Lysanxia®	Prazépam	50-100 h	lente	longue	oui	foie	10-30 mg
Valium®	Diazépam	50-100 h	rapide	longue	oui	foie	2-30 mg
	<del>Flurazépam</del>	50-100 h	rapide	longue	oui	foie	15-30 mg
	<del>Flunitrazépam (att. Carnet à souche !)</del>	70-150 h	rapide	longue	oui	foie	0,5 à 2 mg
Témesta®	Lorazépam	8-20 h	moyenne	moyenne	non	rein	2- 6 mg
Séresta®	Oxozépam	5-20 h	lente	courte	non	rein	30-120 mg

**Tableau 3. Caractéristiques de différentes benzodiazépines**

\*La demi-vie tient compte des métabolites actifs.

	DCI	Demi-vie *	Vitesse d'absorption	Durée d'action	Métabolites actifs	Métabolites excrétés	Posologie moyenne
Urbanyl®	Clobazam	35-40 h	moyenne	longue	oui	foie	5-60 mg
Rivotril®	Clonazépam	18-50 h	rapide	longue	non	foie	0,5-6 mg
Xanax®	Alprazolam	8-20 h	moyenne	moyenne	oui	foie	0,5-6 mg
Lexomil®	Bromazépam	10-20 h	moyenne	moyenne	oui	foie	1,5-6 mg
Tranxène®	Clorazépam	50-100 h	rapide	longue	oui	foie	5-60 mg
Lysanxia®	Prazépam	50-100 h	lente	longue	oui	foie	10-30 mg
Valium®	Diazépam	50-100 h	rapide	longue	oui	foie	2-30 mg
	<del>Flurazépam</del>	50-100 h	rapide	longue	oui	foie	15-30 mg
	<del>Flunitrazépam (att. Carnet à souche !)</del>	70-150 h	rapide	longue	oui	foie	0,5 à 2 mg
Témesta®	Lorazépam	8-20 h	moyenne	moyenne	non	rein	2- 6 mg
Séresta®	Oxozépam	5-20 h	lente	courte	non	rein	30-120 mg

# Choix d'une BZD chez le sujet âgé

Benzodiazépines à “demi-vie courte”  
( $< 20$  heures)

Nom commercial	Molécule	Demi-vie (heure)	Métabolite actif cliniquement pertinent
<b>Classe des hypnotiques</b>			
STILNOX®	Zolpidem	2h30	non
IMOVANE®	Zopiclone	5	non
NORMISON®	Témazépam	5 à 8	non
HAVLANE®	Loprazolam	8	non
NOCTAMIDE®	Lormétazépam	10	non
NUCTALON®	Estazolam	17	non

## Classe des anxiolytiques

VERATRAN®	Clotiazépam	4	non
SERESTA®	Oxazépam	8	non
TEMESTA®	Lorazépam	10 à 20	non
XANAX®	Alprazolam	10 à 20	non

# A éviter

- Les BZD à demi-vie longue :
  - Nitrazéпам (Mogadon<sup>®</sup>)
  - Chlorazépate dipotassique (Tranxène<sup>®</sup>)



## Message 1 :

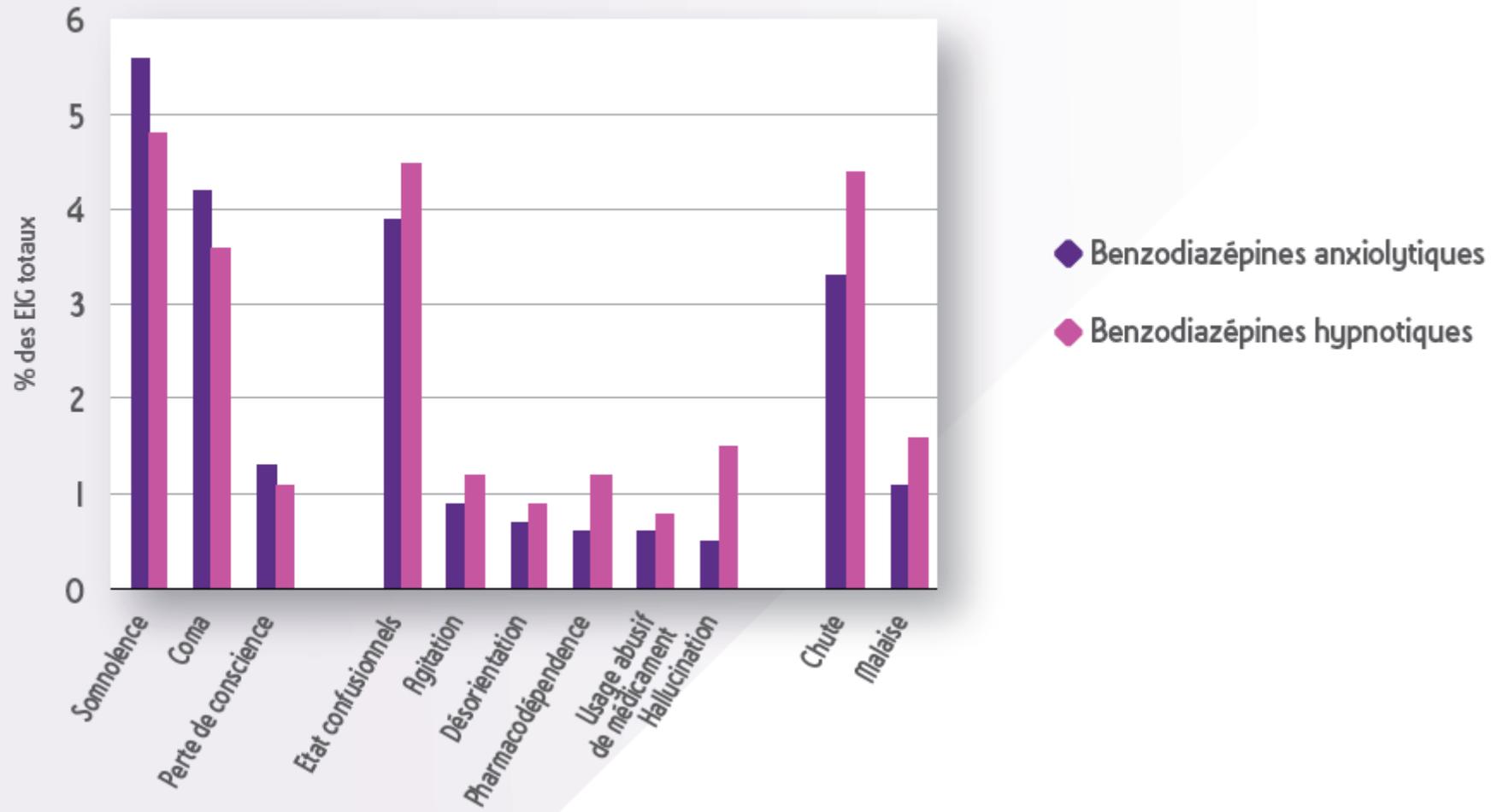
Chez le sujet âgé, si nécessité d'une BZD,  
prescrire une benzodiazépine de demi-vie courte  
ou intermédiaire et sans métabolite actif

# BZD : Savoir les prescrire

- ▶ Les effets indésirables et complications potentiels



Figure 19 : principaux EIGs rapportés pour les benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques



# Les facteurs de risque d'effets indésirables chez le sujet âgé

- Age (pharmacodynamie)
- Polymédication (+++) et interactions médicamenteuses
- Antécédents d'effets indésirables médicamenteux
- Petit poids corporel, dénutrition
- Modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques (insuffisance rénale, insuffisance hépatique,...)

# Les principaux effets indésirables chez le sujet âgé (1)

- Effet sédatif :
  - effets résiduels au réveil
  - sédation diurne
  - ataxie, chutes
- Troubles cognitifs
  - amnésie antérograde
  - accentuation du déclin cognitif lié à l'âge
  - confusion mentale
  - altération du jugement
- Dépression respiratoire
- Faiblesse musculaire

# Les principaux effets indésirables chez le sujet âgé (2)

- Effet désinhibiteur (effet « paradoxal »)
  - augmentation de l'hostilité et de l'agressivité
  - passage à l'acte
- Phénomène de tolérance
  - Diminution de l'efficacité en 2 à 4 semaines
- Dépendance
- Sevrage difficile
  - Rebond d'insomnie
  - Dépendance physique
  - Syndrome de sevrage

## Message 2 :

Les effets secondaires et les modalités d'arrêt du traitement sont à expliquer au patient dès son instauration.

# BZD : Savoir les prescrire

- ▶ Les bonnes indications



# Indications du traitement par BZD

Indications	
<b>Troubles du sommeil</b>	Les BZD sont limitées aux troubles sévères du sommeil dans les cas suivants : insomnie occasionnelle, insomnie transitoire.
<b>Anxiété</b>	Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.
	Prévention et traitement du <i>delirium tremens</i> et des autres manifestations du sevrage alcoolique.

HAS Juin 2015 :  
Rapport d'élaboration  
fiche mémo

# BZD : Savoir les prescrire

Cela suppose au préalable un diagnostic étiologique !

- ✓ Recherche de troubles du sommeil d'origine somatique (...)
- ✓ Recherche d'un état dépressif
- ✓ ...

# Durée du traitement selon l'indication

HAS Juin 2015 : Rapport d'élaboration fiche mémo

Indications		Durées *	
Troubles du sommeil	Les BZD sont limitées aux troubles sévères du sommeil dans les cas suivants : insomnie occasionnelle, insomnie transitoire.	Quelques jours à <b>4 semaines</b> , y compris la période de réduction de posologie.	<b>Insomnie occasionnelle</b> : par exemple lors d'un voyage, durée = 2 à 5 jours. <b>Insomnie transitoire</b> : par exemple lors de la survenue d'un événement grave, durée = 2 à 3 semaines.
	Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.	La durée globale du traitement ne devrait pas excéder <b>8 à 12 semaines</b> pour la majorité des patients, y compris la période de réduction de la posologie.	
Anxiété	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.	

\*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.

## Message 3 :

Toute prescription de BZD ou médicaments apparentés doit respecter les indications et les durées de traitements prévues par l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

## Message 4

Les indications à la prescription de BZD et son maintien sont à évaluer au cas par cas et selon la situation médico-psycho-sociale du patient.



# BZD : Savoir les prescrire

- ▶ Les bonnes pratiques



# Démarche clinique avant tout !...

- Rechercher les situations à l'origine de l'anxiété ou de l'insomnie
  - Somatiques : insuffisance ou décompensation d'organe
  - Psychiatrique : dépression, troubles anxieux généralisés, trouble bipolaire, trouble psychotique
  - Environnemental : stress psychologique
  - Médicamenteux : corticothérapie
- Contrat pré-thérapeutique :
  - informer des modalités de traitement
  - s'assurer de l'adhésion au traitement

# Démarche clinique avant tout !...

- Informer des modalités d'arrêt dès l'introduction du traitement
- Débuter le traitement par les doses minimales efficaces
- Réévaluer la posologie et l'adhésion au traitement
- Eviter la prise médicamenteuse en « si besoin » sauf si patient compliant et environnement favorable
- Mesures non médicamenteuses :
  - environnement calme
  - rituel du coucher
  - soutien psychologique
  - thérapies cognitivo-comportementales

# En pratique :

- Traitement étiologique +++
- Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes :
  - BZD à demi-vie courte ou intermédiaire (< 20h) sans métabolite actif :
  - Oxazépam (Seresta<sup>®</sup>), alprazolam (Xanax<sup>®</sup>), lorazépam (Témesta<sup>®</sup>), clotiazépam (Vératran<sup>®</sup>)
  - 12 semaines y compris la décroissance
- > 6 mois : Antidépresseurs et prise en charge spécifique
  - ISRS : escitalopram (Seroplex<sup>®</sup>), paroxétine (Déroxat<sup>®</sup>)
  - IRSNA : venlafaxine (Effexor<sup>®</sup>)

# En pratique :

- Traitement des troubles sévères du sommeil en cas d'insomnie occasionnelle ou transitoire :
  - 1<sup>ère</sup> intention : Hypnotique apparenté aux BZD : Zolpidem (Stilnox<sup>®</sup>), Zopiclone (Imovane<sup>®</sup>)
  - 2<sup>ème</sup> intention : Hypnotique BZD : Témazépam (Normison<sup>®</sup>)  
Lormétazépam (Noctamide<sup>®</sup>)
  - 4 semaines y compris la décroissance
- > 3 mois : prise en charge spécifique des troubles du sommeil en privilégiant l'approche non médicamenteuse
  - Thérapie cognitivo-comportementale

# BZD : Pouvoir les arrêter

**Fiche Mémo**  
Arrêt des benzodiazépines et  
médicaments apparentés :  
démarche du médecin  
traitant en ambulatoire

Juin 2015

# BZD :

# Pouvoir les arrêter

## Evaluer la dépendance et préparer l'arrêt

- Les personnes sont considérées comme en capacité<sup>5</sup> d'entreprendre un arrêt des BZD si elles :
  - le souhaitent, sont conciliantes et motivées ;
  - ont un support social adéquat (insertion sociale, présence d'un environnement aidant) ;
  - n'ont pas d'antécédents de complications à l'arrêt de médicaments ;
  - peuvent être régulièrement revues.
- Il est recommandé d'offrir l'assurance au patient qu'il est acteur du processus d'arrêt, en particulier sur le choix du rythme qui lui convient. L'arrêt peut prendre de 3 mois à un an, ou plus si nécessaire.
- Au moment d'entreprendre un arrêt, il convient de :
  - évaluer les attentes du patient, son degré « d'attachement » aux benzodiazépines, pour aboutir à une décision partagée et évaluer les facteurs pronostiques. Le médecin peut s'appuyer sur les items du questionnaire ECAB (échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines, voir outils) ;
  - distinguer les situations nécessitant une stratégie particulière (dépression, consommation chronique ou excessive, usagers de drogues, etc.).
- Si la proposition d'arrêt des benzodiazépines n'est pas acceptée par le patient, il est recommandé de renouveler l'information lors d'une consultation ultérieure.
- Quelle que soit la stratégie choisie, avec ou sans prise en charge spécialisée, l'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines (4 à 10 semaines le plus souvent) à plusieurs mois (consommations de longue durée, posologies élevées).
- L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de benzodiazépine. Cependant, diminuer la posologie est cependant un résultat favorable.

# BZD : Pouvoir les arrêter

## Evaluer la dépendance et préparer l'arrêt

→ Les personnes sont considérées comme en capacité<sup>5</sup> d'entreprendre un arrêt des BZD si elles :

- le souhaitent, sont conciliantes et motivées ;
- ont un support social adéquat (insertion sociale, présence d'un environnement aidant) ;
- n'ont pas d'antécédents de complications à l'arrêt de médicaments ;
- peuvent être régulièrement revues.

→ Il est recommandé d'offrir l'assurance au patient qu'il est acteur du processus d'arrêt, en particulier sur le choix du rythme qui lui convient. L'arrêt peut prendre de 3 mois à un an, ou plus si nécessaire.

→ Si la proposition d'arrêt des benzodiazépines n'est pas acceptée par le patient, il est recommandé de renouveler l'information lors d'une consultation ultérieure.

→ Quelle que soit la stratégie choisie, avec ou sans prise en charge spécialisée, l'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines (4 à 10 semaines le plus souvent) à plusieurs mois (consommations de longue durée, posologies élevées).

→ L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de benzodiazépine. Cependant, diminuer la posologie est cependant un résultat favorable.

# BZD :

# Pouvoir les arrêter

## Evaluer la dépendance et préparer l'arrêt

- Les personnes sont considérées comme en capacité<sup>5</sup> d'entreprendre un arrêt des BZD si elles :
  - le souhaitent, sont conciliantes et motivées ;
  - ont un support social adéquat (insertion sociale, présence d'un environnement aidant) ;
  - n'ont pas d'antécédents de complications à l'arrêt de médicaments ;
  - peuvent être régulièrement revues.
- Il est recommandé d'offrir l'assurance au patient qu'il est acteur du processus d'arrêt, en particulier sur le choix du rythme qui lui convient. L'arrêt peut prendre de 3 mois à un an, ou plus si nécessaire.
- Au moment d'entreprendre un arrêt, il convient de :
  - évaluer les attentes du patient, son degré « d'attachement » aux benzodiazépines, pour aboutir à une décision partagée et évaluer les facteurs pronostiques. Le médecin peut s'appuyer sur les items du questionnaire ECAB (échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines, voir outils) ;
  - distinguer les situations nécessitant une stratégie particulière (dépression, consommation chronique ou excessive, usagers de drogues, etc.).
- Si la proposition d'arrêt des benzodiazépines n'est pas acceptée par le patient, il est recommandé de renouveler l'information lors d'une consultation ultérieure.
- Quelle que soit la stratégie choisie, avec ou sans prise en charge spécialisée, l'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines (4 à 10 semaines le plus souvent) à plusieurs mois (consommations de longue durée, posologies élevées).
- L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de benzodiazépine. Cependant, diminuer la posologie est cependant un résultat favorable.

## Message 5

L'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois [en cas de traitement chronique].

## Message 6

Si l'objectif de la démarche est l'arrêt, l'obtention d'une diminution de posologie doit déjà être considérée comme un résultat favorable.



# Prise en charge par le médecin généraliste

## 1) Intervention brève

→ Une première intervention réalisée par le médecin traitant peut être proposée, en particulier chez le patient dépendant à dose thérapeutique ou chez le sujet âgé.

Cette intervention peut être proposée au patient selon deux modalités : information orale lors d'une consultation ou information écrite, argumentée, personnalisée, remise au patient par le médecin.

→ Elle se poursuit par une consultation spécifique centrée sur les modalités d'arrêt de la BZD.

## 2) Consultation d'arrêt

→ Au cours de cette consultation, il est recommandé de :

- informer le patient sur la BZD consommée : nom de molécule, propriétés anxiolytiques et sédatives ;
- présenter les risques de la consommation de BZD au long cours, en les hiérarchisant selon l'âge et l'activité du patient : troubles mnésiques, diminution des réflexes et de la concentration, risque de dépendance, risque de chutes, suspicion de démence, etc. ;
- présenter les bénéfices de l'arrêt, voire d'une simple réduction de posologie ;
- informer des signes pouvant apparaître pendant l'arrêt des BZD ;
- informer sur les alternatives non médicamenteuses : relaxation, etc. ;
- informer les autres médecins en charge d'une pathologie intercurrente de l'existence du sevrage.

## Prise en charge spécialisée conjointe

En cas de doses très élevées de BZD, insomnie rebelle, dépendance à l'alcool, autre dépendance, usage récréatif, associations à d'autres psychotropes, troubles psychiatriques sévères.

L'arrêt des BZD comprend une évaluation de la dépendance et du type de consommation qui conditionne la prise en charge.

L'avis d'un spécialiste (psychiatre, addictologue, psychologue, etc.) ou l'envoi vers une prise en charge spécialisée est à considérer dans les cas suivants :

- historique d'alcoolisme ou autre dépendance,
- pathologies sévères concomitantes ou désordres psychiatriques ou troubles de la personnalité,
- antécédent(s) d'abandon de sevrage médicamenteux.

L'arrêt avec substitution par le diazépam peut être envisagé après vérification de la fonction hépatique dans certains cas : difficultés à l'arrêt en raison d'une forte dépendance, antécédents d'abandon de sevrage médicamenteux, consommation de molécules à action brève, à effet puissant ou ne permettant pas aisément de réaliser une réduction, consommation concomitante de plusieurs BZD.

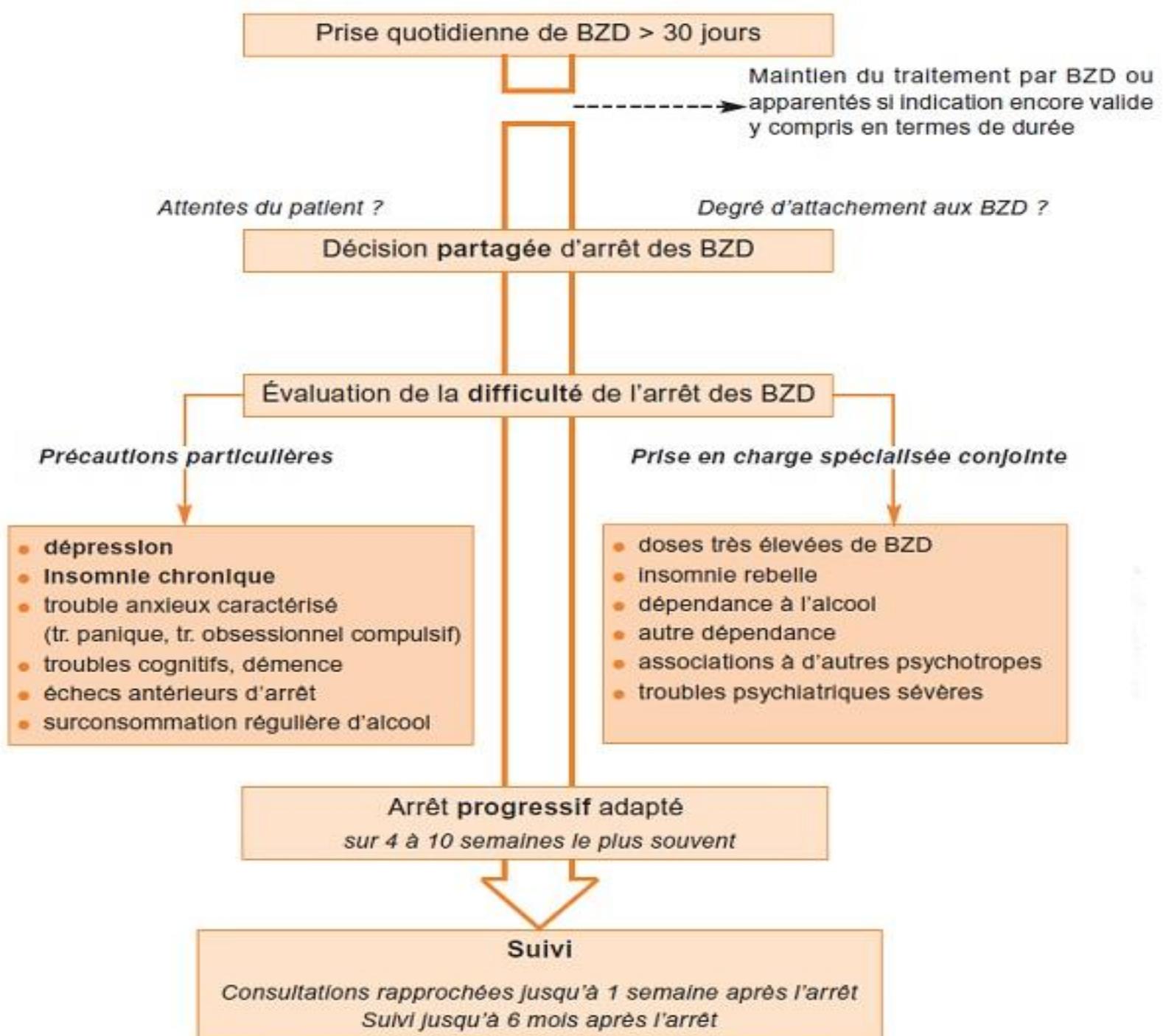
# Syndrome de sevrage

## Evaluation

- L'arrêt doit être progressif pour minimiser les effets du sevrage.

## Prise en charge

- **Si des signes sans gravité surviennent lors de la phase de décroissance des BZD ou médicaments 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 médicaments apparentés**, il est recommandé de ne surtout pas reprendre le traitement. L'information et le soutien psychologique permettent le plus souvent d'attendre la disparition des signes.
- **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.



Devenez Expert  
auprès de la HASLa HAS recherche des experts  
pour ses groupes de travail

## Préambule et Messages clés

Suivant &gt;

### Préambule

L'objectif est de réduire les prescriptions au long cours de benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés<sup>1</sup> dans l'anxiété et l'insomnie<sup>2</sup>, du fait d'un rapport bénéfice/risque défavorable. Malgré une durée de prescription limitée dans le temps<sup>3</sup>, il est observé une consommation pouvant s'étendre sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Or, au-delà de quelques semaines, les risques d'effets délétères augmentent : somnolence diurne, chutes, accidents, troubles de la mémoire, etc., ainsi que celui de dépendance.

1. Dérivés de la famille imidazopyridines, dérivés de la famille des cyclopyrrolones.
2. Sont hors-champ de cette fiche mémo, les BZD utilisées pour leurs propriétés antispasmodiques et myorelaxantes dans le traitement des maladies neurologiques.
3. - de quelques jours (y compris phase de réduction de la posologie) pour des insomnies sévères occasionnelles du sommeil à 4 semaines pour des insomnies sévères transitoires (y compris phase de réduction de la posologie) ;  
- de 8 à 12 semaines (y compris phase de réduction de la posologie) pour le traitement symptomatique de manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.

### Messages clés

→ Toute prescription de BZD ou médicaments apparentés doit respecter les indications et les durées de traitements prévues par l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

## Sommaire

- > Préambule et Messages clés
- > Principes généraux à une prescription de benzodiazépines
- > Schéma - Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : Démarche du médecin traitant en ambulatoire
- > Prise en charge par le médecin généraliste
- > Prise en charge spécialisée conjointe
- > Syndrome de sevrage

Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire

	<b>PROTOCOLE</b>	<b>REFERENCE</b> L07/11.01	<b>VERSION</b> 1	<b>DATE D'APPLICATION</b> 26/01/2015
		<b>LISTE DES MEDICAMENTS A EVITER CHEZ LE SUJET AGE</b>		

### 1 - Objet

Ce protocole définit la liste des médicaments inappropriés chez le sujet âgé, au Centre Hospitalier de Blois.

### 2 – Domaine d'application

Il s'applique aux prescriptions du sujet âgé (> 80 ans) de l'ensemble des services d'hospitalisation et d'hébergement du Centre Hospitalier de Blois.

### 3 – Exécution

#### Contexte :

Les personnes âgées sont des sujets à « **risque majeur d'événements iatrogènes** ».

La **pathologie iatrogène médicamenteuse** est retrouvée chez 20% des patients de plus de 80 ans, les principales raisons sont :

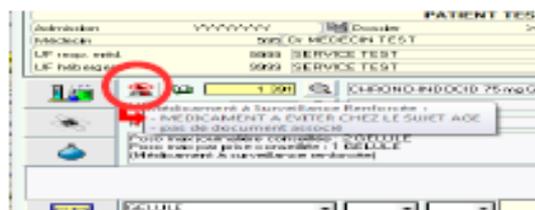
- la poly-pathologie nécessitant la prescription de plusieurs médicaments
- la mauvaise observance (1 personne âgée /2)
- la prescription inappropriée :
  - utilisation de médicaments sans indication valable
  - médicaments nécessaires mais choix thérapeutique inexact (dosage / fréquence d'administration / forme galénique / interaction)

#### Objectif :

Éviter ou limiter l'instauration de ces médicaments inappropriés chez le sujet âgé.

Pour les traitements en cours : ces traitements sont à réévaluer en tenant compte de la balance bénéfice/risque pour le patient.

#### Identification des médicaments inappropriés dans le logiciel de prescription Pharma :



### 4 – Personnel concerné

Médecins, internes toutes spécialités, Pharmaciens

### 5 – Documentation associée

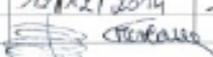
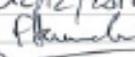
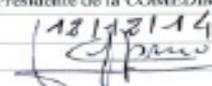
- Liste de médicaments potentiellement inappropriés adaptée à la pratique médicale française (ML L'Aroche) -

[https://comedit.sainte-lorraine.fr/portail/gallery\\_files/site/136/740/849/1119.pdf](https://comedit.sainte-lorraine.fr/portail/gallery_files/site/136/740/849/1119.pdf)

- Livret gériatrique comedit centre - [http://www.comedit-centre.fr/fichiers/upload/Livret-geriatrique\\_COMEDIT-Centre.pdf](http://www.comedit-centre.fr/fichiers/upload/Livret-geriatrique_COMEDIT-Centre.pdf)

- Livret

gériatrique poitou charente „GERIAMEDY” - [https://comedit.sainte-lorraine.fr/portail/gallery\\_files/site/136/740/849/1103.pdf](https://comedit.sainte-lorraine.fr/portail/gallery_files/site/136/740/849/1103.pdf)

	Rédaction	Vérification	Visa DES	Approbation définitive
<b>Nom</b>	V. BARRY / C. MOREAU	F. HERMELIN		P. FRIOCOURT / C. HARNOIS
<b>Fonction</b>	Pharmaciens	Psychiatre		Praticien en médecine interne gériatrique / Présidente de la COMEDIMS
<b>Date</b>	12/12/2014	12/12/2014		12/12/14
<b>Visa</b>				

	<b>PROTOCOLE</b>	<b>REFERENCE</b>	<b>VERSION</b>	<b>DATE D'APPLICATION</b>
		L07/11.01	1	26/01/2015
<b>LISTE DES MEDICAMENTS A EVITER CHEZ LE SUJET AGE</b>				

*Liste des médicaments à éviter chez le sujet âgé (prescription à discuter au cas par cas) :*  
La liste ci-dessous, restreinte et ciblée, a été établie à partir des classes thérapeutiques définies dans la littérature comme étant inappropriées chez le sujet âgé (Cf documentation associée) et selon leur fréquence de prescription au CHB :

CLASSE THERAPEUTIQUE	SPECIALITES (DCI) AU LIVRET A EVITER	COMMENTAIRES
Inhibiteur calcique d'action immédiate	LOXEN (Nifedipine) 20mg	Spécialité non indiquée en « si besoin » dans la poussée tensionnelle
Anti-hypertenseur central	HYPERLIUM (Rilménidine) CATAPRESSAN (Clonidine) ALDOMET (Méthildopa)	Pas d'indication dans l'HTA : risque de mauvaise tolérance
Vasodilatateurs Périphériques	CERVOXAN (Vinbérmine) GABACET (Piracetam) NAFTIDROFURYL (Naftidrofuryl) PENTOXIFYLLINE (Pentoxifylline) TANAKAN (Ginkgo biloba) VASTAREL (Trimestazine)	NE PAS INSTAURER : Service médical rendu insuffisant
Diurétiques de l'anse	LASILEX (Furosemide) BURNEX (Bumétanide)	Pas d'indication pour le traitement de l'HTA, Mais indication dans le traitement de l'insuffisance cardiaque
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	APRANAX (Naproxène) BI PROFENID (Ketoprofène) CELEBREX (Celecoxib) CHRONO INDOCID (Indométacine) INDOCID (Indométacine) IBUPROFENE (Ibuprofène) NIFLURIL (Acide niflumique) VOLTARENE (Diclofénac) PIROXICAM (Piroxicam) PROFENID (Ketoprofène) SURGAM (Acide tiaprofénique)	Balance bénéfice/risque défavorable : A n'utiliser que pour des traitements de courte durée
Benzodiazépines à ½ vie longue	VALIUM (Diazépam) TRANXENE (Clonazépam) LYSANXIA (Prasépam)	NE PAS INSTAURER <i>Penser au sevrage progressif si arrêt d'un traitement en cours</i> Alternatives proposées :
Benzodiazépines à ½ vie moyenne	TEMESTA (Lorazépam) LEXOMIL (Bromazépam)	1ère intention : Antidépresseurs IRS à faible dose 2ème intention : BZD de ½ vie courte => SERESTA (Oxazépam) ou XANAX (Alprazolam)
Hypnotiques et Sédatifs	MOGADON (Nitrazépam) HAVLANE (Loprazolam)	NE PAS INSTAURER <i>Penser au sevrage progressif si arrêt d'un traitement en cours</i> Alternatives proposées: STILNOX (Zolpidem) ou DMOVANE (Zopiclone) ou MIANSERINE 10mg au coucher
Antidépresseurs tricycliques	ANAFRANIL (Clomipramine) LAROXYL (Amitriptyline) LUDICOMIL (Maprotiline) PROTHIADEN (Doxépamine) SURMONTIL (Trimipramine) TOFRANIL (Imipramine)	NE PAS INSTAURER <i>Pour tout traitement en cours :</i> <i>surveillance renforcée des effets secondaires</i>  Alternative proposée : antidépresseurs IRS
Neuroleptiques	LARGACTIL (Chlorpromazine) NEULEPTIL (Periciazine) NOZINAN (Levomepromazine) CLOPIXOL (Zuclopenthixol) DIPIPERON (Pipamperone)	NE PAS INSTAURER Alternatives proposées : antipsychotiques atypiques (RISPERIDONE / OLANAPINE / XEROQUEL / ARIPIFY / CLOZAPINE) Ou éventuellement TERCIAN ou LOXAPAC avec surveillance renforcée des effets secondaires
Normo-thymiques	DEPAMIDE (Valproate) DEPAKOTE (Divalproate de Na)	NE PAS INSTAURER Risque d'encéphalopathie par accumulation d'acide valproïque
Anticholinergiques	ARTANE (Trihexyphénydiol) PARKINANE (Trihexyphénydiol) LEPTICUR (Tropatepine)	NE PAS INSTAURER <i>Préalable à toute instauration : réévaluer le neuroleptique associé</i> <i>Pour tout traitement en cours : réévaluer la tolérance</i>

<b>CLASSE THERAPEUTIQUE</b>	<b>SPECIALITES (DCI) AU LIVRET A EVITER</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
Benzodiazépines à ½ vie longue	VALIUM (Diazepam) TRANXENE (Clorazepate) LYSANXIA (Prazepam)	NE PAS INSTAURER <i>Penser au sevrage progressif si arrêt d'un traitement en cours</i> Alternatives proposées : 1ère intention : Antidépresseurs IRS à faible dose 2ème intention : BZD de ½ vie courte => SERESTA (Oxazepam) ou XANAX (Alprazolam)
Benzodiazépines à ½ vie moyenne	TEMESTA (Lorazepam) LEXOMIL (Bromazepam)	
Hypnotiques et Sédatifs	MOGADON (Nitrazepam) HAVLANE (Loprazolam)	NE PAS INSTAURER <i>Penser au sevrage progressif si arrêt d'un traitement en cours</i> Alternatives proposées: STILNOX (Zolpidem) ou IMOVANE (Zopiclone) ou MIANSERINE 10mg au coucher

**MERCI DE VOTRE ATTENTION**

