

# Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation des agonistes des récepteurs des benzodiazépines chez les personnes âgées

2019

[ccsmh.ca](http://ccsmh.ca)



Canadian Coalition  
for Seniors' Mental Health  
Coalition Canadienne pour  
la Santé Mentale des  
Personnes Âgées



**cagp** | **acgp**  
CANADIAN ACADEMY OF  
GERIATRIC PSYCHIATRY | ACADEMIE CANADIENNE  
DE GERONTOPSYCHIATRIE

# Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation des agonistes des récepteurs des benzodiazépines chez les personnes âgées

## Déni de responsabilité :

La présente publication est conçue uniquement à des fins d'information et ne doit pas être interprétée ou utilisée comme une norme d'exercice de la médecine. Tous les efforts ont été faits pour assurer que les renseignements contenus dans cette publication sont exacts. Toutefois, l'éditeur et toutes les personnes ayant participé à son élaboration n'offrent aucune garantie à l'effet que son contenu est exact, complet ou actuel. La présente publication est distribuée compte tenu que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à son élaboration n'offrent des conseils de nature professionnelle. Les médecins et tous autres lecteurs doivent déterminer les soins cliniques qui conviennent à chaque patient sur une base individuelle, en fonction des données cliniques connues dans chaque cas particulier. L'éditeur et toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de la présente publication déclinent toute responsabilité découlant d'un contrat, d'une négligence ou de tout autre motif d'action, envers toute partie, pour le contenu de la publication ou toute conséquence découlant de son utilisation. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Nous encourageons la copie et la distribution de ces lignes directrices, pourvu que celles-ci soient attribuées à la bonne source. Veuillez voir la citation suggérée ci-dessous :

**Citation suggérée :** Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation des agonistes des récepteurs des benzodiazépines chez les personnes âgées. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Toronto, Canada (2019)

## Remerciements :

Le financement des lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de la CCSMPA a été assuré par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada. La CCSMPA désire exprimer sa reconnaissance envers Santé Canada pour son soutien constant et son engagement continu dans le domaine de la santé mentale des personnes âgées.

De plus, nous désirons remercier les co-responsables et chaque membre du groupe de travail qui ont consacré d'innombrables heures à l'élaboration des lignes directrices et des recommandations.

Nous souhaitons également souligner le soutien de D<sup>r</sup> Simon Davies, de D<sup>re</sup> Barbara Farrell, de D<sup>r</sup> Meldon Kahan, de D<sup>re</sup> Nancy Vasil et de D<sup>re</sup> Karen Reimers, qui ont passé en revue les documents de lignes directrices et fourni à la CCSMPA leur point de vue clinique.

Nous désirons remercier le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et le Groupe de collaboration sur l'usage de substances de l'initiative Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, pour leur soutien et leur contribution tout au long de l'élaboration des lignes directrices, ainsi que Tonya Mahar (directrice des services de bibliothèque, Baycrest) pour son aide pour les recherches dans la littérature médicale.

Enfin, la CCSMPA souhaite souligner le dévouement constant des membres de son comité directeur de même que la contribution extraordinaire de sa directrice, Claire Checkland, et de ses coordonnateurs, Indira Fernando, Natasha Kachan et Marc-André LeBlanc.

La CCSMPA est un projet de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie.

## Groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation des BZRA chez les personnes âgées

**David K. Conn, M.B., B. Ch., B.A.O., FRCPC**  
Co-directeur  
Vice-président de l'éducation,  
Baycrest Health Sciences  
Professeur, Département de psychiatrie,  
Université de Toronto

**David Hogan, M. D., FACP, FRCPC**  
Co-directeur  
Chef du programme d'étude, Brenda Strafford  
Centre on Aging  
O'Brien Centre for Public Health  
Professeur, Département de médecine,  
Faculté de médecine Cumming  
Université de Calgary

**Lori Amdam, B. Sc.N., M.S.N.**  
Consultante en éducation, gérontologie  
Membre du comité directeur,  
Coalition canadienne pour la santé mentale  
des personnes âgées

**Keri-Leigh Cassidy, M. D., FRCPC**  
Professeure de psychiatrie, directrice du  
programme clinique,  
Programme de gérontopsychiatrie,  
Département de psychiatrie  
Université Dalhousie

**Peter Cordell, M. D., B. Sc.**  
Résident R4 en psychiatrie  
Département de psychiatrie,  
Université McMaster

**Christopher Frank, M. D., FCMF(SPA)**  
Professeur, Département de médecine  
Université Queen's

**David Gardner, Pharm. D, M. Sc.**  
Professeur de psychiatrie et de pharmacie  
Université Dalhousie, Halifax, N.-É.

**Morris Goldhar, TCE**  
Technologue en électronique retraité,  
Personne ayant une expérience vécue

**Joanne M-W Ho, M. D., FRCPC, M. Sc.**  
Professeure adjointe, Département de  
médecine,  
Chercheuse clinique Schlegel,  
Schlegel Research Institute for Aging  
Université McMaster

**Christopher Kitamura, M. D., FRCPC**  
Gérontopsychiatre membre du personnel,  
Baycrest Health Sciences  
Moniteur, Département de psychiatrie  
Université de Toronto

**Nancy Vasil, M. D., CSQ, FRCPC**  
Gérontopsychiatre  
Institut universitaire de gériatrie de Montréal  
Professeure, Département de psychiatrie,  
Université de Montréal

## Comité directeur du projet de lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de la CCSMPA :

Président, CCSMPA . . . . .	D <sup>r</sup> David Conn
Coprésident, CCSMPA . . . . .	D <sup>r</sup> Kiran Rabheru
Directrice, CCSMPA . . . . .	Claire Checkland
Co-responsables, trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées . . . . .	D <sup>r</sup> Peter Butt et Marilyn White-Campbell
Co-responsables, trouble lié à l'utilisation de BZRA chez les personnes âgées . . . . .	D <sup>r</sup> David Conn et D <sup>r</sup> David Hogan
Co-responsables, trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées . . . . .	D <sup>r</sup> Jonathan Bertram, D <sup>re</sup> Amy Porath et D <sup>r</sup> Dallas Seitz
Co-responsables, trouble lié à l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées . . . . .	D <sup>re</sup> Launette Rieb et D <sup>re</sup> Zainab Samaan

## Table des matières

Champ d'application . . . . .	4
Définition des termes clés . . . . .	4
Résumé des recommandations et des classements . . . . .	6
Explication . . . . .	9
Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation des agonistes des récepteurs des benzodiazépines chez les personnes âgées . . . . .	9
Minimiser l'utilisation des BZRA et prévenir le trouble lié à leur utilisation . . . . .	9
Dépistage et évaluation du trouble lié à l'utilisation de BZRA . . . . .	13
Prise en charge du trouble lié à l'utilisation de BZRA . . . . .	15
Défis d'ordre éthique liés à la déprescription . . . . .	20
Orientations futures . . . . .	20
Références . . . . .	21

[La méthodologie des lignes directrices](#) et [l'introduction aux lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation de substances](#) se trouvent sur notre site Web, à [ccsmh.ca](http://ccsmh.ca)

# Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation des agonistes des récepteurs des benzodiazépines chez les personnes âgées

## Champ d'application

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a reçu une subvention du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada pour élaborer un ensemble de quatre lignes directrices sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge des **troubles liés à l'utilisation de substances** chez les personnes âgées relativement à [l'alcool](#), aux [BZRA](#), au [cannabis](#) et aux [opioïdes](#). La méthode GRADE (« Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation », classification des recommandations, examen, élaboration et évaluation) a été utilisée pour l'élaboration de ces lignes directrices. La description de cette méthode est fournie dans un document distinct qui se trouve au [ccsmh.ca](#).

Une introduction aux lignes directrices mettant en lumière les enjeux de pertinence relatifs à tous les quatre, se trouve à [ccsmh.ca](#).

Ces lignes directrices ne visent pas à servir de guide complet sur l'utilisation de ces substances, que ce soit sur prescription médicale ou pour un usage récréatif. L'objectif du présent document est plutôt de fournir une orientation utile aux cliniciens pour soit prévenir le développement d'un **trouble lié à l'utilisation de BZRA** ou évaluer et traiter de façon optimale les personnes âgées ayant développé un trouble de ce type. Il est important de souligner que les cliniciens souhaitent souvent déprescrire les BZRA chez les patients âgés en raison du risque d'effets secondaires plutôt qu'en raison de signes d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA. Les recommandations apparaissant dans la section du présent document sur la prise en charge, notamment celles portant sur la diminution progressive de la dose, s'appliquent aussi à ce groupe de patients. Bien que nos lignes directrices soient décrites dans quatre documents distincts, l'usage de multiples substances est courant. Les cliniciens sont donc invités à utiliser toutes les lignes directrices qui s'appliquent.

## Définition des termes clés

**Agonistes des récepteurs de benzodiazépines** : Les médicaments qu'on appelle BZRA agissent comme modulateurs allostériques de l'activité de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) en se liant aux récepteurs inotropiques des benzodiazépines du complexe des récepteurs du GABA-A. Les BZRA augmentent la liaison du GABA et l'ouverture des canaux calciques, ce qui favorise leur activité inhibitrice. Certains de ces médicaments ont une structure chimique de benzodiazépine (c.-à-d. alprazolam, bromazépam, chlordiazépoxyde, clobazam, clonazépam, clorazépate, diazépam, flurazépam, lorazépam, midazolam, nitrazépam, oxazépam, témazépam, triazolam), contrairement à d'autres que l'on appelle agonistes non benzodiazépiniques des récepteurs des benzodiazépines, nouveaux agonistes des récepteurs des benzodiazépines ou médicaments Z (c.-à-d. zolpidem, zopiclone). Nous utilisons le terme BZRA pour ces deux groupes de médicaments. Nos recommandations concernent tous les BZRA, étant donné la similitude des bienfaits, des effets secondaires et des risques

qui y sont associés. Ces médicaments ont été approuvés par les organismes réglementaires pour la prise en charge des troubles anxieux et paniques ainsi que pour le traitement de courte durée de l'insomnie, des crises épileptiques, du sevrage à l'alcool, de la sédation et de la spasticité. Ils sont en outre fréquemment utilisés hors indication (c.-à-d. toute utilisation d'un médicament qui ne correspond pas à l'usage indiqué sur l'étiquette d'un médicament et pour lequel Santé Canada a autorisé, après examen, la mise sur le marché), comme pour traiter la dépression anxieuse ou les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), qu'on décrit également comme des comportements répondant à l'effet des BZRA.

**Trouble lié à l'utilisation de BZRA :** Se rapporte à un mode d'utilisation problématique des BZRA entraînant une altération du fonctionnement ou une souffrance psychologique significative. Selon les critères du DSM-5, le trouble lié à l'utilisation de BZRA se manifeste lorsqu'au moins deux des conditions indiquées ci-dessous surviennent au cours d'une période de 12 mois (American Psychiatric Association, 2013). Il est important de souligner que chez les personnes âgées, leur rôle social (p. ex., retraité du monde du travail) ou le processus de vieillissement peuvent modifier certaines de ces conditions, donnant lieu à des manifestations plus subtiles (Kuerbis et coll., 2014).

- ✦ Le BZRA est pris en plus grande quantité ou sur une période plus longue que ce qui était prévu.
- ✦ Désir persistant ou efforts infructueux de réduire ou de contrôler l'utilisation de BZRA.
- ✦ La personne passe beaucoup de temps dans des activités visant à se procurer des BZRA, à les consommer ou à se rétablir de leurs effets.
- ✦ Envie impérieuse (« craving »), fort désir ou besoin pressant de consommer un BZRA.
- ✦ Consommation récurrente de BZRA menant à une incapacité à remplir ses principales obligations professionnelles, scolaires ou domestiques.
- ✦ Utilisation persistante du BZRA malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par ses effets.
- ✦ Abandon ou diminution d'activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes en raison de l'utilisation de BZRA.
- ✦ Utilisation récurrente de BZRA dans des situations où cela pose un danger physique.
- ✦ Utilisation persistante du BZRA bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'usage du médicament.

- ✦ Tolérance, définie soit par le besoin d'une quantité notablement plus grande de BZRA pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ou par un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de BZRA (remarque : on considère que ce critère n'est pas valable dans le cas d'une personne prenant le médicament sous surveillance médicale).
- ✦ Sevrage se manifestant soit par des symptômes caractéristiques de sevrage (c.-à-d. hyperactivité autonome, tremblement des mains, insomnie, nausées ou vomissements, hallucinations ou illusions sensorielles transitoires, agitation psychomotrice, anxiété ou crises convulsives de type grand mal) OU par la prise du BZRA (ou d'une substance très proche comme l'alcool) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

#### **Diagnostic**

- ✦ 1 symptôme ou moins, aucun diagnostic
- ✦ De 2 à 3 symptômes, léger trouble lié à l'utilisation de BZRA
- ✦ De 4 à 5 symptômes, trouble modéré lié à l'utilisation de BZRA
- ✦ 6 symptômes ou plus, trouble grave lié à l'utilisation de BZRA

#### **Rémission**

- ✦ Une période de 3 à 12 mois sans critères, autres que des envies, est considérée comme une rémission précoce.
- ✦ Une période de plus de 12 mois est considérée comme une rémission soutenue.

# Résumé des recommandations et des classements

Nous avons utilisé la méthode GRADE (« Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation », classification des recommandations, examen, élaboration et évaluation) comme méthode de classement de la qualité des données probantes et de la solidité des recommandations. Conformément au processus de classement GRADE, la première étape consistait à classer la qualité des données probantes connues à l'appui de chaque recommandation. Nous avons ensuite déterminé la solidité générale de la recommandation, en tenant compte non seulement de la qualité des données probantes mais aussi d'autres facteurs tels que le potentiel de conséquences nocives, le coût et la faisabilité.

Nous avons également créé une catégorie distincte pour les recommandations qui ne sont pas fondées sur des données empiriques, mais avons convenu qu'elles représentent les meilleures pratiques cliniques. Citons par exemple : processus d'évaluation optimaux et les recommandations liées à l'éducation ou aux politiques. Ces recommandations ont été classées dans la catégorie « C » pour consensus. Nous n'avons pas utilisé la méthode GRADE pour ces recommandations. Une façon de faire semblable a été utilisée pour d'autres ensembles de lignes directrices, par exemple les lignes directrices de la British Association for Psychopharmacology (Lingford-Hughes et coll., 2012). Bien que ce type de recommandations ne soit pas fondé sur des données empiriques, nous croyons qu'elles sont tout de même utiles et importantes.

## GRADE

QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	SOLIDITÉ DES RECOMMANDATIONS
La qualité des données probantes pour chaque recommandation est déterminée au terme d'un examen approfondi des facteurs suivants : 1) la structure de l'étude et la qualité des études incluses; 2) le caractère direct des données probantes (caractère généralisable ou applicable) et 3) la conviction que le traitement sera bénéfique aux patients.	La solidité de chaque recommandation est déterminée au terme de l'examen de facteurs suivants : 1) l'équilibre entre les avantages et les effets indésirables/risques; 2) l'incertitude ou la variabilité des valeurs et préférences des patients; et 3) les ressources liés aux options de gestion.

\*\*\* Des données probantes de qualité élevée ne donnent pas nécessairement lieu à des recommandations élevées, et des recommandations élevées peuvent découler des données probantes de faible qualité.

## QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES

<b>ÉLEVÉE</b>	Des recherches plus poussées sont peu susceptibles de modifier le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs.
<b>MODÉRÉE</b>	Des recherches plus poussées sont susceptibles d'avoir un impact important sur le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs et pourraient donner lieu à leur modification.
<b>FAIBLE</b>	Des recherches plus poussées sont très susceptibles d'avoir un impact important sur le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs et de donner lieu à leur modification.

**Note :** Les méta-analyses et les essais randomisés contrôlés sont considérés comme étant de qualité élevée, alors que les études observationnelles sont considérées comme étant de faible qualité

## SOLIDITÉ DES RECOMMANDATIONS

<b>ÉLEVÉE</b>	Des recommandations élevées dénotent une forte conviction que les conséquences désirables de la ligne de conduite proposée l'emportent sur les conséquences indésirables, ou vice versa.
<b>FAIBLE</b>	Des recommandations faibles indiquent qu'il y a un équilibre étroit entre les avantages et les inconvénients (y compris les effets nuisibles et le fardeau du traitement), une incertitude entourant l'ampleur des avantages et des inconvénients, une incertitude ou grande variabilité à l'égard des valeurs et des préférences des patients, ou que le coût ou le fardeau de l'intervention proposée pourrait ne pas être justifié.

(adapté de Guyatt et coll., 2008)

### RECOMMANDATION N° 1 :

L'utilisation des BZRA sur une période prolongée (> 4 semaines) chez les personnes âgées doit être évitée pour la plupart des indications en raison de leur faible efficacité et du risque de conséquences nocives. Les personnes âgées présentent une sensibilité accrue aux BZRA et une capacité réduite de métaboliser certains agents à action prolongée, tels que le diazépam. Tous les BZRA augmentent le risque de déficit cognitif, de délirium, de chute, de fractures, d'hospitalisation et d'accident d'automobile. Il est recommandé de recourir à d'autres options de prise en charge pour l'insomnie, les troubles anxieux ainsi que les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 2 :

Les options non pharmacologiques de première intention qui conviennent pour le traitement de l'insomnie et des troubles anxieux comprennent les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) données sous diverses formes. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 3 :

Un BZRA doit uniquement être envisagé pour la prise en charge de l'insomnie ou de l'anxiété après l'échec de tentatives appropriées d'interventions non pharmacologiques ou d'options pharmacologiques plus sûres OU pour une transition de courte durée jusqu'à ce qu'un traitement plus approprié s'avère efficace. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 4 :

Une évaluation du risque de trouble lié à l'utilisation de BZRA et d'autres effets indésirables potentiels liés à ces agents doit être réalisée avant de prescrire un BZRA. [Consensus]

### RECOMMANDATION N° 5 :

Si l'utilisation d'un BZRA est envisagée, la personne âgée doit être informée autant des bienfaits limités que des risques associés à son utilisation, ainsi que des options de rechange, avant de décider d'un plan de prise en charge. [Consensus]

### RECOMMANDATION N° 6 :

L'instauration d'un traitement par BZRA doit être une décision conjointe du prescripteur et de la personne âgée (ou de son mandataire). Ils doivent comprendre et s'entendre sur la façon dont le BZRA sera utilisé (notamment une durée d'utilisation maximale prévue de 2 à 4 semaines) et l'utilisation surveillée. [Consensus]

### RECOMMANDATION N° 7 :

Les personnes âgées qui reçoivent un traitement par BZRA doivent :

- a. Recevoir de l'information éducative et avoir l'occasion de discuter des risques continus liés à la prise d'un BZRA. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

- b. Être incitées à ne prendre le traitement par BZRA que pendant une courte période de temps (de 2 à 4 semaines ou moins) à la plus petite dose efficace. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]
- c. Faire l'objet d'une surveillance au cours du traitement qui leur a été prescrit pour détecter des signes de réponse et d'efficacité du traitement, d'effets indésirables avérés ou potentiels, de respect du plan de traitement ou de développement d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA. [Consensus]
- d. Recevoir de l'aide pour cesser l'utilisation du médicament, procédure qui pourrait nécessiter une diminution graduelle jusqu'à l'arrêt complet. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 8 :

Les fournisseurs et les établissements de soins de santé doivent envisager la mise en œuvre d'interventions pour réduire l'utilisation inappropriée des BZRA dans leur milieu d'exercice. Ces interventions comprennent l'examen des médicaments, la rétroaction sur les ordonnances, des audits et des alertes, des réunions multidisciplinaires sur les cas et des séances éducatives brèves. Les agences réglementaires, les autorités sanitaires et les organismes professionnels doivent consulter les chefs cliniques et les personnes âgées pour élaborer et mettre en œuvre des politiques dans le but de réduire au minimum l'utilisation inappropriée des BZRA. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 9 :

Les établissements de soins de santé, y compris les hôpitaux de soins de courte durée et les centres de soins de longue durée, doivent mettre en œuvre des protocoles pour réduire les nouvelles ordonnances de BZRA en raison de la possibilité d'effets nocifs et du risque que cela entraîne une utilisation prolongée lorsque le patient sortira du centre de soins et retournera dans la communauté ou passera à un point de transition des soins. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 10 :

Les professionnels de la santé ainsi que les personnes âgées et leur famille doivent faire la promotion d'un accès adéquat à des options non pharmacologiques pour la prise en charge de l'insomnie, des troubles anxieux et des SCPD. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 11 :

Les cliniciens doivent savoir que les BZRA sont prescrits plus fréquemment aux femmes et être sensibilisés au biais implicite potentiel qui pourrait entraîner une utilisation inappropriée. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

### RECOMMANDATION N° 12 :

Toutes les personnes âgées doivent être interrogées au sujet de leur consommation actuelle et antérieure de substances qui pourraient mener à un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, y compris les BZRA, lors des examens médicaux périodiques, à l'admission à un établissement ou à un service, dans le cadre des évaluations périopératoires, lorsque la prescription d'un BZRA est envisagée et lors des points de transition des soins. [Consensus]

### RECOMMANDATION N° 13 :

Les professionnels de la santé doivent être au courant et à l'affût des signes et des symptômes d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, y compris les BZRA. Ils doivent porter une attention particulière à cette possibilité lors de l'évaluation de problèmes couramment observés chez les personnes âgées, tels que les chutes et les déficits cognitifs. [Consensus]

### RECOMMANDATION N° 14 :

L'évaluation des personnes âgées soupçonnées de présenter un trouble lié à l'utilisation de BZRA doit comprendre l'indication d'utilisation, la dose, la durée, les caractéristiques indicatives d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA, la volonté de changement et la présence de comorbidités autant médicales que psychiatriques, y compris tout usage ou mésusage antérieur ou actuel de substances psychoactives. [Consensus]

### RECOMMANDATION N° 15 :

- L'utilisation de multiples substances psychoactives est fréquente et doit être envisagée et scrutée chez toutes les personnes âgées présentant un trouble lié à l'utilisation de BZRA. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]
- Les professionnels de la santé doivent éviter, dans la mesure du possible, de prescrire des BZRA et des opioïdes de façon concomitante. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]
- L'association d'un BZRA avec l'alcool est à éviter. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

### RECOMMANDATION N° 16 :

Pour permettre le sevrage progressif et l'arrêt des BZRA, on doit recourir à une méthode de soins par étapes axée sur la personne. Les cliniciens et les patients doivent collaborer pour : a) planifier et mettre en œuvre une méthode de diminution progressive de la dose en éduquant convenablement le patient; b) trouver et optimiser des solutions de rechange pour prendre en charge le ou les problèmes de santé sous-jacents qui ont mené à l'instauration ou à la pérennisation de l'utilisation des BZRA; c) élaborer des stratégies pour minimiser les symptômes aigus de sevrage et soulager les symptômes de rebond au besoin; d) établir un calendrier de visites pour évaluer les progrès. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 17 :

L'arrêt brusque de l'utilisation d'un BZRA après une durée d'utilisation intermédiaire ou prolongée (> 4 semaines) chez les personnes souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA doit être évité en raison des risques de symptômes de sevrage, de renforcement de la dépendance à la substance psychoactive, de phénomène de rebond ou de probabilité accrue de rechute avec reprise de la consommation de BZRA. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 18 :

La prise en charge des symptômes aigus de sevrage des BZRA doit être surveillée de près et peut être orientée par un outil validé [p. ex., questionnaire sur les symptômes de sevrage des benzodiazépines, évaluation du sevrage des benzodiazépines CIWA-B (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Benzodiazepine)] et gérée par l'utilisation judicieuse, fondée sur les symptômes, d'un BZRA approprié. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

### RECOMMANDATION N° 19 :

Les schémas thérapeutiques comportant plusieurs BZRA doivent être simplifiés et modifiés pour un schéma à un seul BZRA. [Consensus]

### RECOMMANDATION N° 20 :

Le passage systématique d'un BZRA à courte demi-vie vers un BZRA à longue demi-vie pour faciliter le sevrage des BZRA n'est en général pas recommandé pour les personnes âgées. Ce passage pourrait avoir une utilité dans certaines situations, par exemple lorsque le sevrage est compromis par la faible variété de concentrations de BZRA en comprimés offerte ou lorsque l'alprazolam est l'agent responsable de la dépendance ou du mésusage. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 21 :

Les interventions psychologiques telles que la TCC doivent être envisagées pendant le processus de sevrage des BZRA, puisque ces interventions peuvent améliorer l'expérience des personnes âgées et augmenter les chances d'abandon du BZRA. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 22 :

Le remplacement par un médicament pharmacologiquement différent à titre d'intervention visant spécifiquement à atténuer les symptômes de sevrage des BZRA dans le cadre d'une diminution progressive de la dose n'est pas systématiquement recommandé. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

### RECOMMANDATION N° 23 :

On doit envisager l'orientation vers un service spécialisé en toxicomanie ou en santé mentale pour les personnes âgées qui présentent un trouble lié à l'utilisation de BZRA et dont la consommation de médicaments croît en dépit d'une supervision médicale, dont les efforts antérieurs de se sevrer du BZRA ont échoué, qui présentent un risque élevé de rechute ou de conséquences nocives ou qui souffrent d'une psychopathologie importante. [Consensus]

# Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation des agonistes des récepteurs des benzodiazépines chez les personnes âgées

## Explication

**B**ien qu'il y ait consensus sur le fait que les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (BZRA) sont à éviter dans la mesure du possible chez les personnes âgées (Kuhn-Thiel et coll., 2014; American Geriatrics Society, 2019), les cliniciens prescrivent encore fréquemment ces médicaments dans cette population de patients. Des données récentes pour le Canada indiquent que le taux d'utilisation des BZRA demeure élevé chez les personnes âgées, en particulier les femmes dont 18,7 % ont indiqué en avoir consommé au cours des douze derniers mois (Statistique Canada, 2016). Toutefois, certaines données indiquent qu'il y a une baisse progressive du taux d'utilisation des BZRA au Canada. Davies et ses collaborateurs (2018) ont rapporté que le taux de prescription des benzodiazépines chez les résidents de l'Ontario âgés de 65 ans ou plus a diminué de 23,2 % en 1998 à 14,9 % en 2013. Une étude réalisée au Québec rapporte que 9,5 % des personnes âgées prenant des benzodiazépines satisfaisaient aux critères du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) pour la dépendance aux substances psychoactives (Voyer et coll., 2010).

## Minimiser l'utilisation des BZRA et prévenir le trouble lié à leur utilisation

**I**l existe des stratégies pour prévenir le trouble lié à l'utilisation de BZRA : éviter en premier lieu de prescrire des BZRA, en particulier si la consommation de ces agents exposerait l'ainé à un risque élevé de conséquences nocives, et suivre les bonnes pratiques en matière de prescription dans le cas où ces agents sont utilisés. Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel que les patients âgés soient informés et que les prescripteurs soient bien formés et soutenus par un système de santé qui offre un accès facile à des options non pharmacologiques.

### RECOMMANDATION N° 1 :

**L'utilisation des BZRA sur une période prolongée (> 4 semaines) chez les personnes âgées doit être évitée pour la plupart des indications en raison de leur faible efficacité et du risque de conséquences nocives. Les personnes âgées présentent une sensibilité accrue aux BZRA et une capacité réduite de métaboliser certains agents à action prolongée, tels que le diazépam. Tous les BZRA augmentent le risque de déficit cognitif, de délirium, de chute, de fractures, d'hospitalisation et d'accident d'automobile. Il est recommandé de recourir à d'autres options de prise en charge pour l'insomnie, les troubles anxieux ainsi que les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).**

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Les BZRA ne sont pas des agents de première intention pour le traitement de l'anxiété, de l'insomnie ou des SCPD chez les personnes âgées en raison de leur faible efficacité et des risques d'effets indésirables (el-Guebaly et coll., 2010; Vaapio et coll., 2015; Gage, 2016; Jansen et coll., 2016). Ces médicaments apparaissent dans les listes couramment utilisées de médicaments à éviter chez les

personnes âgées (Hamilton et coll., 2011; Kuhn-Thiel et coll., 2014; American Geriatrics Society, 2019).

Les variations pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge font en sorte que les personnes âgées sont exposées à un risque accru d'effets indésirables, à une dose de BZRA inférieure à la dose rapportée comme étant efficace (Tamblyn et coll., 2005; Vaapio et coll., 2015). Ces effets indésirables sont entre autres : chutes, fractures, déficit cognitif, délirium, incontinence, dépression respiratoire, hospitalisation imprévue (American Geriatrics Society, 2009; Assem-Hilger et coll., 2009; Lin et coll., 2017). Les BZRA peuvent également nuire aux aptitudes de conduite et sont associés à un taux accru d'accident d'automobile dans tous les groupes d'âge (Leufkens et Vermeeren, 2009; Kang et coll., 2012).

Les prescripteurs doivent savoir que la dépendance aux BZRA peut se développer fréquemment et rapidement. Des études indiquent que jusqu'à 15 % des consommateurs réguliers présentent une dépendance après 4 mois et 50 % après 2 années d'utilisation, certaines sources faisant même état de taux plus élevés encore (el-Guebaly et coll., 2010). Entre autres moyens de réduire la dépendance physiologique aux BZRA, on peut en réduire la dose au minimum, ne les prescrire que pour une brève période de temps ou ne les utiliser que de

façon intermittente (ibid.). Il est à noter que l'utilisation prolongée d'un BZRA pourrait être justifiée dans le cas de certaines affections, telles qu'un trouble du sommeil paradoxal (Aurora et coll., 2010).

### RECOMMANDATION N° 2 :

**Les options non pharmacologiques de première intention qui conviennent pour le traitement de l'insomnie et des troubles anxieux comprennent les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) données sous diverses formes.**

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

L'*American College of Physicians* (2016) et la Société européenne de recherche sur le sommeil (2017) recommandent tous deux la TCC de l'insomnie (TCCi) comme traitement de première intention pour l'insomnie, l'utilisation des BZRA et d'autres sédatifs-hypnotiques étant réservée aux patients pour qui la TCCi n'est pas bénéfique (Qaseem et coll., 2016; Riemann et coll., 2017). Cette recommandation est fondée sur les résultats de nombreux essais contrôlés à répartition aléatoire portant sur une grande variété de patients (y compris des personnes âgées présentant de multiples comorbidités) et sur le rapport défavorable entre les risques et les bienfaits des pharmacothérapies dans le traitement de l'insomnie. La TCCi s'est révélée efficace qu'elle soit donnée par un thérapeute (en séance privée ou en groupe) ou à l'aide d'une méthode d'auto-assistance (p. ex., livres, services en ligne ou applications fondés sur la TCCi). Le programme Sleepwell (Sleepwell.ca, 2018) donne de l'information sur la TCCi et des liens vers des ressources d'auto-assistance. Des méthodes simples d'hygiène du sommeil peuvent être essayées, bien qu'il y ait peu de données probantes pour appuyer cette approche (Irish et coll., 2015).

Une méta-analyse réalisée par Hendricks et ses collaborateurs (2008) a montré que la TCC donnée en groupe ou individuellement constitue un traitement efficace de l'anxiété (Hendricks et al., 2008; Ursuliak et coll., 2008; Soyka, 2017). La TCC améliorée modifie la méthode habituelle de TCC pour mieux répondre aux besoins de la population âgée (Mohlman et coll., 2003; Cassidy et Rector, 2008; Ursuliak et coll., 2008) et améliore considérablement la dépression, l'anxiété et la qualité de vie chez les personnes âgées déprimées et anxieuses (Ursuliak et coll., 2008). L'exposition avec prévention de la réponse peut être utilisée dans le cadre de la TCC pour réduire les symptômes d'anxiété et corriger l'évitement sous-jacent qui perpétue les troubles anxieux (Davis et coll., 2012).

### RECOMMANDATION N° 3 :

**Un BZRA doit uniquement être envisagé pour la prise en charge de l'insomnie ou de l'anxiété après l'échec de tentatives appropriées d'interventions non pharmacologiques ou d'options pharmacologiques plus sûres OU pour une transition de courte durée jusqu'à ce qu'un traitement plus approprié s'avère efficace.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

La façon la plus efficace de minimiser les troubles liés à l'utilisation de BZRA est d'éviter de les utiliser. Les stratégies pour y arriver comprennent entre autres la prévention primaire des affections pour lesquelles les BZRA sont souvent prescrits (p. ex., insomnie, troubles anxieux, troubles dépressifs), l'utilisation accrue d'options non pharmacologiques, l'utilisation préférentielle des traitements pharmacologiques de première intention recommandés pour l'anxiété et la dépression ainsi que l'éducation continue sur les risques liés à l'utilisation des BZRA (Glass et coll., 2005; Sithamparanathan et coll., 2012; Gage, 2016).

Les antidépresseurs (inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine [ISRS] et inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline [IRSN]) sont les traitements pharmacologiques de première intention recommandés pour les troubles anxieux et dépressifs chez les personnes âgées (Katzman et coll., 2014; Kok, 2014; Thorlund et coll., 2015). Les BZRA ne sont pas recommandés pour ces indications sauf pour une utilisation de courte durée pour soulager l'anxiété sévère (Qaseem et coll., 2016). Comme indiqué précédemment, l'insomnie ne doit pas être traitée à l'aide de BZRA ou d'autres types de sédatifs-hypnotiques sauf si d'autres options non pharmacologiques plus sûres et plus efficaces ont été essayées et se sont révélées inefficaces. La ligne directrice de pratique clinique de 2017 de l'*American Academy of Sleep Medicine* sur le traitement pharmacologique de l'insomnie ne fait aucune recommandation forte quant aux médicaments présentement homologués ou couramment utilisés aux États-Unis pour le traitement de l'insomnie (Qaseem et coll., 2016; Riemann et coll., 2017).

### RECOMMANDATION N° 4 :

**Une évaluation du risque de trouble lié à l'utilisation de BZRA et d'autres effets indésirables potentiels liés à ces agents doit être réalisée avant de prescrire un BZRA.** [Consensus]

La connaissance des facteurs de risque de développement d'une dépendance à un BZRA et d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA peut contribuer à éviter l'utilisation inappropriée. Les facteurs de risque connus sont l'âge avancé, le sexe féminin, une personnalité dépendante et un trouble concomitant ou antérieur lié à l'usage de substances psychoactives (Gage, 2016). Comme la dose de BZRA peut influencer la probabilité de succès du sevrage (plus grande si la dose est < 10 mg d'équivalent de diazépam/jour), l'utilisation d'une dose inférieure pourrait aider à diminuer le taux global de troubles liés à l'utilisation de BZRA (J. Brett et Murnion, 2015).

### RECOMMANDATION N° 5 :

**Si l'utilisation d'un BZRA est envisagée, la personne âgée doit être informée autant des bienfaits limités que des risques associés à son utilisation, ainsi que des options de rechange, avant de décider d'un plan de prise en charge.** [Consensus]

Il est important de connaître les risques liés aux BZRA, et ce, autant pour les patients que les prescripteurs (Cook et coll., 2007; Canham et coll., 2014). Des études ont montré une corrélation entre les connaissances du patient et la réussite du sevrage des médicaments, alors que les attitudes et les compétences des médecins de première ligne influencent les efforts visant à diminuer la dose chez les utilisateurs chroniques de BZRA. Le manque de connaissance des risques liés à l'utilisation peut restreindre les efforts visant à optimiser l'utilisation et faire en sorte de retarder le dépistage d'un trouble lié à l'utilisation et d'autres effets indésirables, telles la fatigue, les chutes ou la dépression. Les patients âgés sont moins susceptibles de reconnaître les signes de dépendance ou de parler de leurs soucis à leur médecin, dont le propre manque de connaissance pourrait rendre encore plus difficile le dépistage de la présence d'un trouble (Kuerbis et coll., 2014). Il est recommandé que les cliniciens donnent aux patients de l'éducation sur les risques liés aux BZRA et utilisent davantage les traitements non pharmacologiques et les autres options de traitement pharmacologique. Les médecins mentionnent souvent qu'ils possèdent peu de compétence en matière de diminution de la dose de BZRA ou peu de connaissance des autres options de traitement (Cook et coll., 2007).

### RECOMMANDATION N° 6 :

**L'instauration d'un traitement par BZRA doit être une décision conjointe du prescripteur et de la personne âgée (ou de son mandataire). Ils doivent comprendre et s'entendre sur la façon dont le BZRA sera utilisé (notamment une durée d'utilisation maximale prévue de 2 à 4 semaines) et l'utilisation surveillée.** [Consensus]

Les BZRA sont des médicaments présentant un risque élevé pour les personnes âgées. Par conséquent, la prescription de ces agents doit respecter les mêmes principes que ceux régissant l'utilisation d'autres médicaments présentant un risque élevé (voir la description des recommandations n° 5 et 7). La durée de l'ordonnance doit être limitée à une période de 14 à 28 jours.

### RECOMMANDATION N° 7 :

**Les personnes âgées qui reçoivent un traitement par BZRA doivent :**

**a. Recevoir de l'information et du matériel éducatif et avoir l'occasion de discuter des risques continus liés à la prise d'un BZRA.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

La sensibilisation des personnes âgées sur les risques que comportent les BZRA leur permet de prendre des décisions éclairées et peut améliorer les résultats (Funk, 2004; Say et coll., 2006; Moreau et coll., 2012; Turner et Tannenbaum, 2017). Des études ont montré que les interventions éducatives menées par un pharmacien, consistant en un dépliant à l'intention des patients sur les risques liés aux BZRA et aux autres options de traitement (Tannenbaum et coll., 2014; Martin et Tannenbaum, 2017) jumelé à l'opinion du pharmacien fondée sur des données probantes recommandant la déprescription et communiquée au médecin prescripteur (Martin et coll., 2018) et au counseling ponctuel des patients (Salonoja et coll., 2010), permettent de diminuer l'utilisation des BZRA chez les personnes âgées résidant dans la communauté.

**b. Être incitées à ne prendre le traitement par BZRA que pendant une courte période de temps (de 2 à 4 semaines ou moins) à la plus petite dose efficace.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Les monographies de BZRA pour le traitement de l'insomnie recommandent une durée de traitement courte (c.-à-d. de 2 à 4 semaines ou moins). Lorsqu'un BZRA est utilisé comme médicament de transition pour les troubles anxieux, le délai avant que les patients commencent à répondre au traitement de première intention peut être de 4 à 6 semaines. Une utilisation de plus longue durée ne doit être envisagée que dans des circonstances exceptionnelles (p. ex., soins de fin de vie).

**c. Faire l'objet d'une surveillance au cours du traitement qui leur a été prescrit pour détecter des signes de réponse et d'efficacité du traitement, d'effets indésirables avérés ou potentiels, de respect du plan de traitement ou de développement d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA.** [Consensus]

Comme dans le cas de tous les médicaments, le fournisseur de soins qui prescrit le traitement doit fournir les soins de suivi appropriés. Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance pour rechercher des preuves d'efficacité et des signes de complications. La pharmacothérapie doit être arrêtée si elle n'est pas efficace ou si les risques de la poursuite du traitement l'emportent sur les bienfaits.

**d. Recevoir de l'aide pour cesser l'utilisation du médicament, procédure qui pourrait nécessiter une diminution graduelle jusqu'à l'arrêt complet.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Voir la description des recommandations n° 16 et 17.

#### **RECOMMANDATION N° 8 :**

**Les fournisseurs et les établissements de soins de santé doivent envisager la mise en œuvre d'interventions pour réduire l'utilisation inappropriée des BZRA dans leur milieu d'exercice. Ces interventions comprennent l'examen des médicaments, la rétroaction sur les ordonnances, des audits et des alertes, des réunions multidisciplinaires et des séances éducatives brèves. Les agences réglementaires, les autorités sanitaires et les organismes professionnels doivent consulter les responsables cliniques et les personnes âgées pour élaborer et mettre en œuvre des politiques dans le but de réduire au minimum l'utilisation inappropriée des BZRA.** [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Diverses stratégies pour améliorer les pratiques de prescription ont été étudiées, dans le but de réduire l'utilisation des BZRA. Bien que l'ampleur des effets soit variable, des interventions relativement modestes, ne nécessitant pas d'engagement important de ressources financières ou humaines, se sont révélées utiles. L'objectif de la plupart des interventions est d'accroître la sensibilisation et l'éducation, plutôt que d'effectuer des changements structurels comme une restriction sur la liste des médicaments. Les interventions brèves, telles que des conférences sur les effets indésirables des médicaments, se sont également avérées efficaces pour diminuer l'utilisation (Salonoja et coll., 2010; Mugunthan et coll., 2011; Soyka, 2017). Des stratégies organisationnelles dans les établissements de soins sont utiles pour diminuer l'utilisation des BZRA : audits des dossiers menés par un pharmacien, examens des médicaments, conférences interdisciplinaires sur les soins et séances de formation pour le personnel (Westbury et coll., 2010). Certaines stratégies pour améliorer les pratiques de prescription des BZRA ont porté avec succès sur l'optimisation de l'utilisation d'autres médicaments psychotropes, telle que la diminution de l'utilisation des antipsychotiques (Westbury et coll., 2018).

#### **RECOMMANDATION N° 9 :**

**Les établissements de soins de santé, y compris les hôpitaux de soins de courte durée et les centres de soins de longue durée, doivent mettre en œuvre des protocoles pour réduire les nouvelles ordonnances de BZRA en raison de la possibilité d'effets nocifs et du risque que cela entraîne une utilisation prolongée lorsque le patient sortira du centre de soins et retournera dans la communauté ou passera à un point de transition des soins.** [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Les points de transitions des soins représentent des périodes à haut risque pour les personnes âgées. Les BZRA sont fréquemment utilisés lors de l'admission à l'hôpital, souvent dans l'intention d'un traitement de courte durée. Cependant, des études de banques de données ont mis en lumière qu'un pourcentage faible, mais significatif des cas d'utilisation de longue durée des BZRA dans la communauté débutent lors de l'hospitalisation. Une étude canadienne a révélé que 3,5 % des patients âgés hospitalisés avaient une prescription de BZRA qui durait au-delà du séjour à l'hôpital et que 1,5 % des patients recevaient toujours des BZRA 6 mois après leur sortie de l'hôpital (Bell et coll., 2007). Les risques liés à l'utilisation de longue durée comprennent la consommation concomitante d'alcool, les séjours à l'unité des soins intensifs, les affections médicales comorbides et l'utilisation de plusieurs autres médicaments.

Choisir avec soin (<https://choisiravecsoin.org/>) agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. Une des recommandations en psychiatrie de la campagne Choisir avec soin indique d'éviter de poursuivre d'emblée un traitement de benzodiazépines amorcé lors d'une hospitalisation en soins de courte durée sans avoir effectué un examen rigoureux du cas et dressé un plan de réduction progressive et d'arrêt de la dose, idéalement avant le congé de l'hôpital. Le bilan comparatif des médicaments (examen systématique et détaillé de tous les médicaments que prend un patient qui permet d'assurer une évaluation attentive des ajouts, des changements ou des interruptions de médicaments) est une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada qui doit être réalisée lorsque les personnes âgées sont admises à un établissement de soins de santé, lorsqu'elles sont transférées et lorsqu'elles reçoivent leur congé (Agrément Canada et coll., 2012). Il existe de nombreuses méthodes d'établissement du bilan comparatif des médicaments. Nous recommandons qu'il comprenne l'examen systématique de la pertinence des médicaments actuels et l'élaboration d'un plan de gestion lié à l'utilisation continue. Cette façon de faire offre la possibilité d'examiner avec un œil critique les indications d'utilisation des BZRA, de considérer les risques et les bienfaits de l'utilisation continue pour chaque patient et d'optimiser l'utilisation des BZRA.

### RECOMMANDATION N° 10 :

**Les professionnels de la santé ainsi que les personnes âgées et leur famille doivent faire la promotion d'un accès adéquat à des options non pharmacologiques pour la prise en charge de l'insomnie, des troubles anxieux et des SCPD.**

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Il existe des données probantes indiquant que les traitements de première intention pour la plupart des patients souffrant de ces problèmes sont non pharmacologiques. Même lorsqu'un traitement pharmacologique est indiqué, il doit être utilisé en association avec des interventions non pharmacologiques. Toutefois, les traitements non pharmacologiques sont peu accessibles et rarement remboursés dans le cadre de programmes provinciaux, en particulier s'ils ne sont pas prodigués par un médecin. Même lorsqu'ils sont prodigués par un médecin, des limites sont souvent imposées sur la fréquence et la durée du traitement. La promotion des traitements non pharmacologiques par des personnes individuelles, des groupes de personnes âgées et des associations et des organismes nationaux peut potentiellement contribuer à faire changer les règles de remboursement provincial de ces traitements (ACPM, Arya, 2013; 2017). Chaque clinicien peut suggérer aux patients qu'ils soignent d'écrire à leur député fédéral ou provincial. Il est peu probable que les restrictions d'accès et de remboursement soient modifiées sans les efforts des fournisseurs de soins, des personnes ayant besoin de soins et des organismes qui défendent les intérêts de ces personnes.

### RECOMMANDATION N° 11 :

**Les cliniciens doivent savoir que les BZRA sont prescrits plus fréquemment aux femmes et être sensibilisés au biais implicite potentiel qui pourrait entraîner une utilisation inappropriée.** [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

Dans le passé, le marketing des médicaments psychiatriques avait tendance à mettre l'accent sur leur utilisation par les femmes. Les femmes apparaissent plus souvent dans les publicités imprimées pour des médicaments antidépresseurs et anxiolytiques à l'intention des prescripteurs (Munce et coll., 2004). Le concept de biais implicite (soit les attitudes ou les stéréotypes qui influencent la compréhension, les gestes et les décisions de façon inconsciente) a influencé les perspectives dans de nombreux domaines, y compris les soins de santé. Une association entre le sexe et l'utilisation des BZRA a été montrée dans de nombreux rapports et études de banques de données de médicaments (ICIS, 2018). Le biais implicite peut contribuer à la probabilité accrue d'utilisation des BZRA chez les femmes lors de la prise en charge de l'anxiété et de l'insomnie. Les cliniciens doivent minimiser l'utilisation des BZRA sans égard au sexe de la personne traitée, mais doivent être conscients de l'utilisation plus élevée chez les femmes et du rôle potentiel du biais implicite dans leurs pratiques de prescription.

## Dépistage et évaluation du trouble lié à l'utilisation de BZRA

Les cliniciens peuvent sous-estimer la probabilité d'un mésusage de substances psychoactives ou d'un trouble lié à l'utilisation de ces substances chez les personnes âgées. C'est pourquoi il est important de procéder à une évaluation complète de l'utilisation actuelle et antérieure de substances psychoactives, y compris les BZRA. Bien que nos lignes directrices soient décrites dans quatre documents distincts, l'usage de multiples substances est courant. Une évaluation complète est recommandée lorsqu'on soupçonne un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives.

### RECOMMANDATION N° 12 :

**Toutes les personnes âgées doivent être interrogées au sujet de leur consommation actuelle et antérieure de substances qui pourraient mener à un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, y compris les BZRA, lors des examens médicaux périodiques, à l'admission à un établissement ou à un service, dans le cadre des évaluations périopératoires, lorsque la prescription d'un BZRA est envisagée et lors des points de transition des soins.**

[Consensus]

L'utilisation de substances psychoactives (p. ex., alcool, BZRA [et autres agents sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques], cannabis, hallucinogènes, inhalants, opioïdes, stimulants, tabac) est courante chez les Canadiens âgés (Patten, 2018), mais est rarement dépistée par leurs fournisseurs de soins (Saitz et coll., 1997). S'enquérir au sujet de l'utilisation actuelle et antérieure de ces substances au moyen d'une approche non âgiste et exempte de jugement permettra de rendre les discussions à leur sujet normales et de déterminer s'il y a ou s'il y a déjà eu consommation. L'obtention de ces renseignements constitue une première étape nécessaire du dépistage des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et peut faciliter l'évaluation des manifestations où l'utilisation de ces substances pourrait contribuer à d'autres soucis médicaux (p. ex., confusion, chutes). Le dépistage de l'utilisation peut aussi permettre d'éviter les interactions médicamenteuses indésirables et offrir l'occasion de procéder à de l'éducation, à du counseling ou à l'orientation de la personne âgée vers des programmes de traitement.

### RECOMMANDATION N° 13 :

**Les professionnels de la santé doivent être au courant et à l'affût des signes et des symptômes d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, y compris les BZRA. Ils doivent porter une attention particulière à cette possibilité lors de l'évaluation de problèmes couramment observés chez les personnes âgées, tels que les chutes et les déficits cognitifs. [Consensus]**

Il est préoccupant de constater le manque de connaissance ou de reconnaissance des troubles liés à l'utilisation de BZRA chez les personnes âgées et leurs cliniciens. L'utilisation des critères du DSM-5 est recommandée pour le dépistage d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA (les 11 critères du DSM-5 pour le dépistage d'un tel trouble sont énumérés [ci-dessus](#)). Le nombre de critères diagnostiques présents peut être utilisé pour évaluer la gravité du trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive : la présence de 2 ou 3 symptômes indiquerait une gravité faible, de 4 ou 5 une gravité modérée et de 6 ou plus un trouble de gravité élevée. Le diagnostic d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive chez une personne âgée à l'aide de ces critères pose des difficultés particulières (p. ex., probabilité accrue de déficit cognitif nuisant à la capacité d'auto-surveillance, sensibilité aux BZRA, changements dans l'activité et les obligations liées au rôle social, attribution des manifestations à d'autres problèmes de santé connus) (Rao et Crome, 2016; Han et Moore, 2018).

Le système diagnostique CIM-10 (Classification internationale des maladies), qui est un autre système utilisé dans certains pays, distingue l'utilisation nocive de la dépendance. Celle-ci comprend des envies impérieuses, la tolérance, des signes de sevrage, des difficultés à contrôler la consommation, l'abandon d'autres sources de plaisir ou d'intérêt et l'utilisation persistante malgré des effets nocifs. L'échelle de sévérité de la dépendance est un outil comportant cinq questions qui est recommandé pour le dépistage de la dépendance psychologique aux BZRA au sein de la communauté (de las Cuevas et coll., 2000).

Une question de dépistage unique (« Combien de fois au cours des 12 derniers mois avez-vous consommé une drogue illégale ou utilisé un médicament d'ordonnance pour des raisons non médicales? ») a été validée pour le dépistage des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives en milieu de soins primaires aux États-Unis (Smith et coll., 2010), mais son utilisation n'est pas recommandée au Canada avant d'y être mise à l'épreuve. Un pré-dépistage comportant deux questions (réponse affirmative soit à la question d'avoir tenté de réduire sa consommation ou d'avoir consommé une quantité plus grande que prévu au cours des 12 derniers mois) a été proposé comme moyen d'identifier les personnes qui doivent subir une évaluation approfondie pour détecter la possibilité d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (Schonfeld et coll., 2015).

### RECOMMANDATION N° 14 :

**L'évaluation des personnes âgées soupçonnées de présenter un trouble lié à l'utilisation de BZRA doit comprendre l'indication d'utilisation, la dose, la durée, les caractéristiques indicatives d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA, la volonté de changement et la présence de comorbidités autant médicales que psychiatriques, y compris tout usage ou mésusage antérieur ou actuel de substances psychoactives. [Consensus]**

L'évaluation doit être réalisée de façon non âgiste et exempte de jugement et tenir compte des valeurs et de l'expérience de la personne âgée (Royal College of Psychiatrists, 2015). L'évaluation systématique de l'utilisation des BZRA et des caractéristiques de la personne âgée, y compris de son environnement, est requise. L'interrogation au sujet du BZRA portera sur le début de la consommation, la ou les indications d'utilisation, le nom du ou des agents, l'information posologique (dose, voie d'administration, durée), la façon dont le BZRA a été obtenu (notamment s'il y a présence de comportements aberrants liés à la consommation de drogues), les habitudes de consommation (p. ex., croissante ou stable) et l'utilisation d'autres substances psychoactives.

Il faut également déterminer la présence de critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, la sévérité du trouble (le cas échéant), les interventions antérieures et la volonté de changement. Parmi les caractéristiques de la personne âgée qui doivent être consignées, notons l'âge, le sexe, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux (y compris les antécédents de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives), les antécédents médicaux (notamment les effets indésirables potentiels des BZRA, tels qu'amnésie antérograde, inattention, délirium, désinhibition, sédation, déficit moteur, déséquilibre et chutes), l'utilisation d'autres médicaments (y compris les interactions indésirables potentielles), la consommation de caféine et les capacités fonctionnelles (Griffin et coll., 2013).

L'évaluation du patient doit comprendre les signes vitaux, les manifestations de sevrage possible, un examen physique ciblé portant notamment sur l'équilibre et la démarche et un examen de l'état mental comprenant une brève évaluation objective de la cognition. Les conditions de logement (notamment la stabilité) et le soutien social, auxquels le patient a présentement ou potentiellement accès, doivent être déterminés. Les informations collatérales doivent être obtenues dans la mesure du possible (J. Brett et Murnion, 2015). Les renseignements recueillis doivent alors être utilisés pour établir un plan de traitement de concert avec la personne âgée.

### RECOMMANDATION N° 15 :

**a. L'utilisation de multiples substances psychoactives est fréquente et doit être envisagée et scrutée chez toutes les personnes âgées présentant un trouble lié à l'utilisation de BZRA.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Chez les anciens militaires américains, plus de 25 % des personnes souffrant d'un trouble lié à une substance psychogène présentaient aussi un trouble lié à une autre substance (Bhalla et coll., 2017). Rounsaville et ses collaborateurs (2003) ont écrit, dans leur revue sur ce sujet, que « les patients toxicomanes qui abusent exclusivement d'une seule substance psychoactive se font de plus en rares et ne sont pas représentatifs de la population générale de toxicomanes en milieu communautaire et clinique ».

Autant les sondages auprès de la population que les enquêtes cliniques indiquent que la plupart des personnes souffrant d'un trouble actuel lié à l'utilisation de substances psychoactives prennent plusieurs de ces substances et répondent aux critères de présence actuelle ou au cours de leur vie de plusieurs troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Des données provenant des États-Unis indiquent que la probabilité de présence de multiples troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives au cours des 12 derniers mois est plus grande chez les hommes, les jeunes adultes, les Afro-Américains et les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur, de la personnalité ou de stress post-traumatique ou de plusieurs troubles psychiatriques (McCabe et coll., 2017).

**b. Les professionnels de la santé doivent éviter, dans la mesure du possible, de prescrire des BZRA et des opioïdes de façon concomitante.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Une surdose de narcotiques est significativement plus susceptible de survenir si la prise d'un opioïde est jumelée à la prise d'un BZRA (Karaca-Mandic et coll., 2017; Sun et coll., 2017). Aux États-Unis, les benzodiazépines sont présentes dans plus de 30 % des cas de surdoses concernant des opioïdes d'ordonnance (Karaca-Mandic et coll., 2017). Le taux de mortalité des suites d'une surdose aux opioïdes est également accru si les deux types de médicaments sont pris en concomitance (Dasgupta et coll., 2016). Les lignes directrices de 2016 des CDC (centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis) sur la prescription d'opioïdes pour la douleur chronique recommandent d'éviter dans la mesure du possible la prescription concomitante d'analgésiques opioïdes et de benzodiazépines (Dowell et coll., 2016). Les lignes directrices canadiennes sur la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse indiquent que les opioïdes et les benzodiazépines ne doivent que rarement être prescrits ensemble (Busse et coll., 2017).

**c. L'association d'un BZRA avec l'alcool est à éviter.**

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

L'alcool peut potentialiser et aggraver la sédation lorsqu'il est jumelé à divers médicaments, y compris les BZRA. Comme c'est le cas pour les opioïdes, des études observationnelles laissent entendre que l'association d'alcool et de benzodiazépines est fréquente chez les patients qui sont admis à l'hôpital en raison d'une surdose et est associée à un risque accru de décès (Koski et coll., 2003; Jones et coll., 2014; Zanjani et coll., 2016).

## Prise en charge du trouble lié à l'utilisation de BZRA

La présente section porte sur la prise en charge des personnes présentant un trouble lié à l'utilisation de BZRA. Même sans preuve d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA, les cliniciens souhaitent souvent déprescrire les BZRA chez les patients âgés en raison du risque d'effets secondaires. Bon nombre des recommandations apparaissant dans la présente section du document, notamment celles portant sur la diminution progressive de la dose, s'appliquent aussi à ce groupe de patients.

### RECOMMANDATION N° 16 :

**Pour permettre le sevrage progressif et l'arrêt des BZRA, on doit recourir à une méthode de soins par étapes axée sur la personne. Les cliniciens et les patients doivent collaborer pour :** a) planifier et mettre en œuvre une méthode de diminution progressive de la dose en éduquant convenablement le patient; b) trouver et optimiser des solutions de rechange pour prendre en charge le ou les problèmes de santé sous-jacents qui ont mené à l'instauration ou à la pérennisation de l'utilisation des BZRA; c) élaborer des stratégies pour minimiser les symptômes aigus de sevrage et soulager les symptômes de rebond au besoin; d) établir un calendrier de visites pour évaluer les progrès. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

La méthode de soins par étapes pour déprescrire les BZRA, débutant par des interventions brèves et progressant vers des approches à éléments multiples, a été mise au point par Lader et Russel (1993) et reste à ce jour la norme de soins (Lingford-Hughes et coll., 2012). Cette méthode met l'accent sur la participation du patient dans l'élaboration et la

modification du plan de traitement. Jansen et ses collègues ont résumé l'importance de la prise de décision partagée pour réduire le recours aux pharmacothérapies inappropriées chez les personnes âgées et ont souligné la nécessité de respecter les objectifs et les valeurs du patient (Jansen et coll., 2016). Une grande étude menée sur des personnes âgées prenant des BZRA, à qui on avait donné des instructions de diminution de l'utilisation jumelée à une discussion sur les risques donnée par un gériatre, a révélé une baisse soutenue de 35 % de l'utilisation régulière (Salonja et coll., 2010).

L'efficacité personnelle (le sentiment qu'a une personne de ses capacités à atteindre des objectifs) est une variable prédictive du respect d'un protocole de diminution progressive (Bélanger et coll., 2005). Il existe des ressources éducatives canadiennes imprimées et en ligne, notamment le site Web Sleepwell (<https://mysleepwell.ca/cbti/>), le site <https://deprescribing.org/fr> et le Réseau canadien pour la déprescription (<https://www.reseau.deprescription.ca/patient/>). Des lignes directrices canadiennes sur la déprescription des BZRA utilisées principalement dans le traitement de l'insomnie ont été publiées récemment (Pottie et coll., 2018).

La diminution progressive de la dose (DPD) est le principe central de l'abandon de l'utilisation de longue date des BZRA. Un pharmacien travaillant en collaboration avec la personne âgée et le prescripteur peut contribuer à l'élaboration d'un plan de diminution de dose qui peut être mis en pratique et y apporter des modifications au besoin. L'établissement d'un plan de rencontres régulières est nécessaire autant pour faire le suivi des progrès de la déprescription que pour évaluer et prendre en charge le ou les problèmes de santé sous-jacents qui pourraient avoir mené à l'instauration ou à la pérennisation de l'utilisation de BZRA. Il est important d'utiliser une approche pour surmonter la résistance, qui peut comprendre de faire intervenir la famille, d'expliquer que la diminution progressive est un essai thérapeutique qui peut être interrompu et de souligner que la diminution progressive fait souvent en sorte d'améliorer l'humeur, le niveau d'énergie et le fonctionnement de la personne concernée tout en réduisant le risque de chutes et d'autres événements indésirables.

#### **RECOMMANDATION N° 17 :**

**L'arrêt brusque de l'utilisation d'un BZRA après une durée d'utilisation intermédiaire ou prolongée (> 4 semaines) chez les personnes souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA doit être évité en raison des risques de symptômes de sevrage, de renforcement de la dépendance à la substance psychoactive, de phénomène de rebond ou de probabilité accrue de rechute avec reprise de la consommation de BZRA.**

[Classement GRADE : Données probantes : modérées;  
Solidité : élevée]

Le sevrage des BZRA est caractérisé par une panoplie de symptômes physiques, émotifs et cognitifs d'intensité variable. Ces symptômes peuvent comprendre l'hypertension, la tachycardie, l'agitation, des symptômes de dépression ou d'anxiété, des tremblements, des maux de tête et des paresthésies. Ils peuvent parfois comprendre, moins fréquemment, la psychose, la dépersonnalisation, le délirium, les crises épileptiques et, en de rares occasions, la mort (Hoffman et coll., 2014). L'apparition de ces symptômes varie en fonction de la demi-vie d'élimination du BZRA (de 1 à 2 jours pour les agents à action brève et jusqu'à plusieurs semaines pour les agents à action prolongée) (Naranjo et coll., 1981; Greenblatt et coll., 1983; Leslie et Inouye, 2011; White et coll., 2012; Hoffman et coll., 2014). Un petit nombre de patients peuvent présenter un syndrome de sevrage prolongé pouvant durer plusieurs mois.

Étant donné la diminution de l'élimination des médicaments avec l'âge, les symptômes de sevrage peuvent être moins aigus chez les personnes âgées (Schweizer et coll., 1989; Cantopher et coll., 1990), mais celles-ci peuvent être plus sujettes aux effets cognitifs comme la confusion (Foy et coll., 1986). Les facteurs de risque de symptômes de sevrage des BZRA sont entre autres une dose quotidienne élevée de BZRA, l'utilisation d'agents à action brève et l'utilisation chronique soutenue. Les symptômes de dépression et d'anxiété, un faible niveau d'éducation et certains traits de personnalité augmentent le risque de symptômes de sevrage graves (Rickels et coll., 1990; Nelson et Chouinard, 1999). La prévalence accrue de maladies cardiovasculaires et de déficits cognitifs chez les personnes âgées prédispose celles-ci à souffrir de délirium ou d'ischémie cardiovasculaire liée à la demande pendant le sevrage, en particulier dans un contexte post-opératoire (Biswas et coll., 2005; Brown et Deiner, 2016). Les personnes âgées présentant un trouble lié à l'utilisation de BZRA peuvent avoir besoin d'une dose accrue d'agents anesthésiques pour l'induction (White et coll., 2012; Moran et coll., 2015).

La DPD supervisée constitue la stratégie de diminution progressive à privilégier. La vitesse idéale de diminution progressive n'a pas été établie, mais commencer par une diminution de 10 à 25 % de la dose toutes les 1 à 2 semaines constitue une stratégie raisonnable pour la plupart des personnes âgées, qui sera toutefois influencée par le type de BZRA, la dose utilisée et la durée du traitement. Lorsque la DPD est utilisée, les symptômes de sevrage sont généralement légers ou absents (Paquin et coll., 2014; Ng et coll., 2018; Pottie et coll., 2018).

DURÉE D'UTILISATION	TAUX RECOMMANDÉ DE DIMINUTION PROGRESSIVE	DURÉE RECOMMANDÉE DE LA DIMINUTION PROGRESSIVE	COMMENTAIRES
< 2 à 4 semaines	S.O.	S.O.	La diminution progressive pourrait ne pas être requise à moins qu'il y ait présence de signes (ou de plusieurs facteurs de risque) de syndrome de sevrage.
De 4 semaines à 6 mois	10 à 25 % de la dose de BZRA actuelle toutes les 1 à 2 semaines (envisager de ralentir le rythme de diminution vers la fin)	De 1 à 3 mois	Les facteurs à prendre en considération pour déterminer la vitesse de diminution progressive sont la dose de BZRA actuelle, la demi-vie de l'agent, la sévérité du trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives ou des autres effets indésirables du BZRA, l'apparition de symptômes de sevrage, l'utilisation de multiples substances psychoactives, la présentation du médicament et la facilité à le diviser ou à l'amalgamer et la préférence du patient.
> 6 mois	10 % de la dose de BZRA actuelle toutes les 2 à 4 semaines (ralentir le rythme de diminution vers la fin)	De 3 à 6 mois	

Tableau 1. Calendrier recommandé de diminution progressive de la dose de BZRA

Différentes vitesses de diminution progressive ont été analysées, mais n'ont jamais fait l'objet de comparaison directe. La diminution de la dose est généralement mieux tolérée lors des premiers stades de sevrage que dans les stades ultérieurs, où il pourrait être nécessaire de ralentir le rythme de diminution. Une période pouvant atteindre 6 mois peut être nécessaire pour réussir à sevrer une personne âgée d'un BZRA (Lader et Russell, 1993; Voshaar et coll., 2006; Lingford-Hughes et coll., 2012; RACGP, 2017).

Consulter le Tableau 1 pour des suggestions au sujet de la diminution progressive. La connaissance de l'indication d'utilisation du BZRA peut faciliter la détection de symptômes de rechute probable. L'hospitalisation doit être envisagée pour les patients qui sont sevrés d'une dose très élevée. Il est possible que les patients qui utilisent un BZRA depuis peu de temps ou qui prennent une dose très faible n'aient pas besoin de diminution progressive.

#### RECOMMANDATION N° 18 :

**La prise en charge des symptômes aigus de sevrage des BZRA doit être surveillée de près et peut être orientée par un outil validé [p. ex., questionnaire sur les symptômes de sevrage des benzodiazépines, évaluation du sevrage des benzodiazépines CIWA-B (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Benzodiazepine)] et géré par l'utilisation judicieuse, fondée sur les symptômes, d'un BZRA approprié.**  
[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

Les symptômes de sevrage des BZRA sont déclenchés par l'arrêt brusque d'un BZRA ou une diminution marquée de sa dose chez une personne suivant un traitement chronique. Bien qu'il existe divers outils pour évaluer le sevrage des benzodiazépines, seuls l'évaluation CIWA-B, le questionnaire sur les symptômes de sevrage des benzodiazépines et la liste de vérification des médecins sur le sevrage (PWC) ont été validés chez les adultes (Busto et coll., 1986; Tyrer et coll., 1990; Rickels et coll., 2008). Ces échelles ont été utilisées pour faire le suivi de patients âgés participant à des programmes de déprescription et à des essais cliniques, mais n'ont pas été spécifiquement validées chez les adultes d'âge avancé ou présentant un déficit cognitif. Afin de gérer les symptômes alarmants pendant le sevrage, l'utilisation judicieuse d'un BZRA, orientée par les symptômes, peut être nécessaire.

### RECOMMANDATION N° 19 :

**Les schémas thérapeutiques comportant plusieurs BZRA doivent être simplifiés et modifiés pour un schéma à un seul BZRA.** [Consensus]

Les risques liés à l'utilisation concomitante de plusieurs médicaments (p. ex., événements indésirables liés au médicament, non-respect de l'ordonnance, interactions médicamenteuses) chez les personnes âgées sont bien documentés (Cooper et coll., 2015). La duplication thérapeutique (c.-à-d. l'utilisation concomitante de plus d'un médicament de la même classe) constitue un usage potentiellement inapproprié de médicaments. La consommation concomitante de plusieurs BZRA peut entraîner des effets pharmacologiques démesurés, une surdose non intentionnelle et d'autres réactions indésirables potentielles. Bien que l'utilisation concomitante de deux BZRA ou plus puisse être intentionnelle, elle survient fréquemment lorsque les patients consultent plusieurs prescripteurs ou pharmacies. Dans le but de minimiser le risque d'effets indésirables et aussi pour jeter les bases d'une tentative de sevrer une personne âgée des BZRA, il est recommandé de simplifier les schémas thérapeutiques à plusieurs BZRA et les modifier pour l'utilisation d'un seul BZRA. Pour ce faire, il faudra utiliser une dose du BZRA choisi de puissance équivalente à la somme de celle de tous les BZRA que la personne âgée prenait auparavant (Ashton, 2007). Il existe de nombreuses chartes d'équivalence des BZRA en version imprimée et en ligne, notamment à l'adresse : <https://www.benzo.org.uk/bzequiv.htm>.

### RECOMMANDATION N° 20 :

**Le passage systématique d'un BZRA à courte demi-vie vers un BZRA à longue demi-vie pour faciliter le sevrage des BZRA n'est en général pas recommandé pour les personnes âgées. Ce passage pourrait avoir une utilité dans certaines situations, par exemple lorsque le sevrage est compromis par la faible variété de concentrations de BZRA en comprimés offerts ou lorsque l'alprazolam est l'agent responsable de la dépendance ou du mésusage.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Il existe peu de données probantes à l'appui du passage d'un BZRA à demi-vie courte vers un BZRA à longue demi-vie avant l'instauration d'une DPD (Denis et coll., 2006). Cette approche peut être utile si la diminution de la dose du BZRA à courte demi-vie provoque des symptômes de sevrage problématiques. Il est prudent d'éviter de passer systématiquement à un BZRA à longue demi-vie chez les personnes âgées étant donné que celles-ci sont sujettes à l'accumulation pharmacologique d'agents à longue demi-vie en raison des changements des processus pharmacocinétiques survenant avec l'âge. On considère que l'alprazolam possède des propriétés uniques qui augmentent le potentiel de mésusage (Ait-Daoud et coll., 2018). C'est pourquoi la dose de ce médicament

doit être réduite très progressivement et que son remplacement par un BZRA à demi-vie plus longue, comme le clonazépam, peut être envisagée. Il peut être nécessaire de chercher conseil auprès d'un service spécialisé pour gérer le sevrage de l'alprazolam, en particulier s'il est utilisé à forte dose ou depuis longtemps.

### RECOMMANDATION N° 21 :

**Les interventions psychologiques telles que la TCC doivent être envisagées pendant le processus de sevrage des BZRA, puisque ces interventions peuvent améliorer l'expérience des personnes âgées et augmenter les chances d'abandon du BZRA.** [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

L'ajout d'interventions psychologiques à la DPD constitue l'une des approches à éléments multiples les plus étudiées pour réduire l'utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées. Des données probantes de grande qualité ont été obtenues avec l'utilisation de la TCC en particulier. Une méta-analyse réalisée par Gould et ses collaborateurs (2014) sur des adultes âgés de 50 ans ou plus dans divers contextes de traitement a révélé que les rapports de cotes (« OR » en anglais) de la non-utilisation de benzodiazépines à la conclusion de l'intervention, puis 3 mois et 12 mois plus tard étaient respectivement de 5,06, 3,90 et 3,00 lorsque la DPD était jumelée à des interventions psychologiques (Gould et coll., 2014). Des revues systématiques réalisées par Reeve (2017) et par Paquin (2014) ont fourni des Données probantes semblables. Une revue Cochrane (Darker et coll., 2015) portant sur des utilisateurs de benzodiazépines de plusieurs groupes d'âge a révélé que la DPD associée à la TCC était plus susceptible d'entraîner l'arrêt des benzodiazépines au terme du traitement (risque relatif [RR] : 1,40) et au suivi à 3 mois (RR : 1,51), mais les bienfaits à long terme étaient incertains.

Jusqu'à maintenant, la recherche s'est concentrée uniquement sur les benzodiazépines. Il est probable que des bienfaits semblables seraient obtenus pour le sevrage des médicaments Z, mais une extrapolation à partir des données connues est nécessaire pour arriver à cette conclusion. Il y a peu (voir pas) de risques potentiels, d'effets durables au-delà de la fin de l'intervention et de bienfaits secondaires (c.-à-d. faire face à la détresse émotionnelle, sommeil, qualité de vie). L'accessibilité, la faisabilité chez les personnes présentant un déficit cognitif modéré ou grave et la nécessité que le patient soit motivé peuvent constituer des facteurs limitants. D'autres études sont requises pour mieux définir les éléments cognitifs ou comportementaux spécifiques qui sont les plus bénéfiques.

### RECOMMANDATION N° 22 :

**Le remplacement par un médicament pharmacologiquement différent à titre d'intervention visant spécifiquement à atténuer les symptômes de sevrage des BZRA dans le cadre d'une diminution progressive de la dose n'est pas systématiquement recommandé.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

L'ajout d'un médicament pharmacologiquement différent lors du sevrage d'un BZRA a été évalué dans quelques essais portant sur des personnes âgées. La mélatonine, la trazodone, la carbamazépine, la paroxétine, le divalproex, la buspirone et la progestérone ont été étudiés comme agents prescrits soit de façon temporaire ou permanente (Gould et coll., 2014; Paquin et coll., 2014; Wright et coll., 2015; Reeve et coll., 2017). L'utilisation systématique de ces agents ne peut pas être recommandée en raison de l'absence de bienfaits constants et de l'hétérogénéité des études réalisées.

Les autres réserves sont la toxicité potentielle des agents de remplacement, les risques de polypharmacie et la non-concordance avec la volonté de la plupart des patients d'éviter les médicaments inutiles. Les gabapentinoïdes (gabapentine et prégabaline) sont considérés comme étant potentiellement utiles puisque ce sont des analogues du GABA. Leur utilisation ne peut cependant pas être recommandée étant donné qu'ils n'ont pas été bien étudiés dans le contexte du sevrage des BZRA (Fluyau et coll., 2018). Ces médicaments ne sont pas homologués pour une utilisation dans le sevrage des BZRA et comportent eux-mêmes un risque de mésusage (Mayor, 2018; Peckham et coll., 2018).

Une revue réalisée récemment (Markota et coll., 2016) conseille d'éviter l'utilisation systématique d'un autre agent pharmacologique pour aider au processus d'abandon des BZRA. De même, la *British Association for Psychopharmacology* (Lingford-Hughes et coll., 2012) met en garde contre l'utilisation systématique d'un autre médicament, mais indique que cette méthode peut être envisagée au cas par cas pour certains patients. L'utilisation de médicaments pharmacologiquement différents peut convenir s'ils sont utilisés pour traiter une affection en cours qui a mené à l'instauration ou à la pérennisation de l'utilisation d'un BZRA.

### RECOMMANDATION N° 23 :

**On doit envisager l'orientation vers un service spécialisé en toxicomanie ou en santé mentale pour les personnes âgées qui présentent un trouble lié à l'utilisation de BZRA et dont la consommation de médicaments croît en dépit d'une supervision médicale, dont les efforts antérieurs de se sevrer du BZRA ont échoué, qui présentent un risque élevé de rechute ou de conséquences nocives ou qui souffrent d'une psychopathologie importante.** [Consensus]

De nombreuses personnes âgées souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de BZRA peuvent être traitées avec succès en clinique externe dans un établissement de soins primaires. Celles dont les tentatives antérieures de sevrage ont échoué ou qui présentent un risque élevé de rechute, notamment les personnes souffrant d'une psychopathologie grave concomitante, doivent être orientées vers des soins spécialisés (Lader et Russell, 1993; Gouvernement du Pays de Galles, 2011; Paquin et coll., 2014; Yokoi et coll., 2014; J. Brett et Murnion, 2015). Le programme spécialisé idéal utiliserait une approche holistique faisant intervenir des spécialistes en médecine, en toxicomanie et en psychiatrie et bénéficierait du soutien de pharmaciens, de gestionnaires de cas et d'intervenants en services de soutien aux pairs travaillant en collaboration pour mettre le plan de traitement en œuvre. Malheureusement, peu de centres peuvent offrir ce type de service complet à « guichet unique » pouvant répondre aux besoins particuliers des personnes âgées. Dans le traitement des troubles concomitants, les troubles de dépendance et de santé mentale doivent être traités en parallèle plutôt que séquentiellement. Des stratégies comme des périodes très courtes de distribution ou l'ingestion quotidienne observée peuvent être utiles pour les patients qui ont d'importantes difficultés à contrôler leur consommation de BZRA. L'hospitalisation dans un établissement adéquat doit être envisagée pour le traitement des personnes sevrant d'une dose élevée de BZRA ou de plusieurs substances, des personnes physiquement fragiles et des personnes qui n'ont pas de soutien dans la communauté.

## Défis d'ordre éthique liés à la déprescription

Les lignes directrices de pratique clinique (LDPC) peuvent orienter les soins appropriés, mais, prises isolément, ne peuvent pas les définir (College of Physicians and Surgeons of Ontario [CPSO], 2017). Les bons soins peuvent s'éloigner des LDPC en raison des nuances et des complexités associées à chaque cas. La perception qu'a une personne âgée de l'équilibre entre les bienfaits et les risques liés à l'utilisation des BZRA dépend du soin que prendra son médecin à l'informer complètement des facteurs à analyser et des options de rechange. Les valeurs personnelles de la personne âgées ainsi que d'autres facteurs orienteront aussi l'évaluation du clinicien sur la pertinence du sevrage du BZRA.

La proposition qu'un traitement par BZRA devrait être abandonné peut être reçue avec résistance, surtout si la personne âgée trouve que le BZRA est bénéfique. La perception d'un bienfait est probablement liée à l'ampleur des répercussions des symptômes cibles initiaux sur la personne âgée ainsi qu'au degré d'amélioration de ces symptômes avec le BZRA. Le clinicien doit envisager la possibilité que l'utilisation continue ait des conséquences nocives, qui pourraient comprendre le développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives causé par le BZRA. Bien que la façon de procéder généralement recommandée pour la plupart des personnes âgées soit d'éviter ou d'abandonner l'utilisation prolongée d'un BZRA, il ne faut pas conclure que cela est indiqué pour chaque personne. L'abandon d'un médicament représente une intervention active, dont on peut établir les aspects éthiques à l'aide de plusieurs modèles bioéthiques. La prise de décision partagée doit intégrer le jugement clinique, les valeurs du patient et les expériences vécues, mais doit également se faire à l'intérieur du cadre des règles de déontologie.

Après avoir pris en considération tous les points de vue, si le clinicien croit que les conséquences nocives de la poursuite du traitement par BZRA l'emportent de façon marquée sur les bienfaits, la déprescription doit être activement encouragée et adoptée. Les prescripteurs qui sont mal à l'aise de continuer à prescrire un BZRA à une personne âgée n'ont pas l'obligation de le faire, puisqu'il est indéfendable, sur le plan éthique, de fournir un traitement à l'encontre du jugement médical juste, mais il faut souligner encore une fois qu'il ne faut jamais procéder à l'arrêt brusque d'un BZRA utilisé depuis longtemps (Weijer et coll., 1998; Lantos et coll., 2011; A. Brett et McCullough, 2012; Kapoor et coll., 2018).

## Orientations futures

Les inquiétudes au sujet des risques liés à l'utilisation des BZRA chez les personnes âgées se sont intensifiées au cours de dernières années. Les auteurs des lignes directrices présentées ci-haut espèrent inspirer les prescripteurs et les membres des équipes de soins, de même que les personnes âgées et leur famille, à envisager, mettre en œuvre et encourager le recours à des options de rechange à ces médicaments. Le présent document comble les lacunes entre les connaissances et la pratique; il vise à faciliter les changements au niveau des personnes, des établissements et du système.

Les auteurs de ces lignes directrices promeuvent l'intégration de politiques et de programmes de formation clinique spécialisée qui incorpore des modèles progressifs de soins pour habiliter les personnes âgées à participer au processus de prise de décision partagée lorsque la prescription et la déprescription de BZRA est envisagée. Par ailleurs, il est important d'assurer l'accès à des cliniciens qui sont en mesure d'offrir aux personnes âgées des thérapies non pharmacologiques, telles que la TCC et la TCCi, à la fois pour éviter l'utilisation inappropriée des BZRA et pour aider les personnes présentant les symptômes d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive. Nous encourageons les hôpitaux, les autres établissements de soins, les agences communautaires et leurs équipes d'amélioration de la qualité à explorer les répercussions des points de transition de soins sur les habitudes de prescription.

Le système de soins de santé cherche à fournir des soins holistiques axés sur la personne aux personnes âgées souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives. Cependant, les médecins de première ligne et les autres cliniciens prodiguant des soins à ces patients ont besoin de plus de formation. Malheureusement, dans certaines régions du Canada, l'accès à des services spécialisés en toxicomanie et en santé mentale pour les personnes âgées est restreint ou inexistant. C'est pourquoi nous favorisons l'élaboration de modèles interprofessionnels complets et fondés sur des données probantes qui tiennent compte de l'éventail complet des services prodigués par tous les membres de l'équipe de soins. Il est important de souligner que plus de recherche est requise pour déterminer le traitement et les modèles de soins optimaux pour les personnes âgées souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (Lehmann et Fingerhood, 2018). Avec le temps, il deviendra de plus en plus important de mettre en place des systèmes de soins pouvant répondre aux besoins complexes en matière de santé de divers groupes de personnes âgées, y compris le nombre croissant de baby-boomers.

La CCSMPA attend avec enthousiasme vos commentaires et demande votre soutien et votre participation active pour faire connaître à grande échelle les importantes lignes directrices du présent document.

# Références

- Agrement Canada et coll. (2012). *Bilan comparatif des médicaments au Canada : hausser la barre – Progrès à ce jour et chemin à parcourir*. Téléchargé à partir du site <https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/20121101MedRecCanadaFRE.pdf>
- Ait-Daoud, N. et coll. (2018). A Review of Alprazolam Use, Misuse, and Withdrawal. *J Addict Med*, 12(1) : 4-10. doi:10.1097/ADM.0000000000000350
- American Geriatrics Society. (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Pain Med*, 10(6) : 1062-1083. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00699.x
- American Geriatrics Society. (2019). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria(R) for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*, 67(4) : 674-694. doi:10.1111/jgs.15767
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- Arya, N. (2013, 2013/10/15). Advocacy as medical responsibility. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 185 : 1368.
- Ashton, H. (2007, avril). Benzodiazepine equivalence table (tableau d'équivalence des benzodiazépines). Tiré du site <https://www.benzo.org.uk/bzequiv.htm>
- Assem-Hilger, E. et coll. (2009). Benzodiazepine use in the elderly: an indicator for inappropriately treated geriatric depression? *Int J Geriatr Psychiatry*, 24(6) : 563-569. doi:10.1002/gps.2155
- Aurora, R. N. et coll. (2010). Best practice guide for the treatment of REM sleep behavior disorder (RBD). *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 6(1) : 85-95.
- Bélanger, L. et coll. (2005). Self-efficacy and compliance with benzodiazepine taper in older adults with chronic insomnia. *Health Psychol*, 24(3) : 281-287. doi:10.1037/0278-6133.24.3.281
- Bell, C. M. et coll. (2007). Initiation of benzodiazepines in the elderly after hospitalization. *J Gen Intern Med*, 22(7) : 1024-1029. doi:10.1007/s11606-007-0194-4
- Bhalla, I. P. et coll. (2017). Clinical Epidemiology of Single Versus Multiple Substance Use Disorders: Polysubstance Use Disorder. *Med Care*, 55 Suppl. 9 Suppl. 2 : S24-S32. doi:10.1097/mlr.0000000000000731
- Biswas, A. K. et coll. (2005). Myocardial ischemia as a result of severe benzodiazepine and opioid withdrawal. *Clin Toxicol (Phila)*, 43(3) : 207-209.
- Brett, A. et McCullough, L. B. (2012). Addressing requests by patients for nonbeneficial interventions. *JAMA*, 307(2) : 149-150. doi:10.1001/jama.2011.1999
- Brett, J. et Murnion, B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr*, 38(5) : 152-155.
- Brown, C. et Deiner, S. (2016). Perioperative cognitive protection. *British Journal of Anaesthesia*, 117 : iii52-iii61. doi:10.1093/bja/aew361
- Busse, J. W. et coll. (2017). Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*, 189(18) : E659-E666. doi:10.1503/cmaj.170363
- Busto, U. et coll. (1986). Withdrawal reaction after long-term therapeutic use of benzodiazepines. *N Engl J Med*, 315(14) : 854-859. doi:10.1056/nejm198610023151403
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2018). *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016*. Téléchargé à partir du site Web de l'ICIS (Ottawa, Ont.) : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf>
- Association canadienne de protection médicale (ACPM). (2017, mai 2017). La voix du médecin : Lorsque promouvoir la santé apporte un changement .Tiré du site <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2014/the-physician-voice-when-advocacy-leads-to-change>
- Canham, S. L. et coll. (2014). Perceptions of benzodiazepine dependence among women age 65 and older. *J Gerontol Soc Work*, 57(8) : 872-888. doi:10.1080/01634372.2014.901470
- Cantopher, T. et coll. (1990). Chronic benzodiazepine dependence. A comparative study of abrupt withdrawal under propranolol cover versus gradual withdrawal. *Br J Psychiatry*, 156 : 406-411.
- Cassidy, K. L. et Rector, N. A. (2008). The silent geriatric giant: Anxiety disorders in late life. *Geriatrics and Aging*, 11(3) : 150-156.
- Cook, J. M. et coll. (2007). Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *J Gen Intern Med*, 22(8) : 1094-1100. doi:10.1007/s11606-007-0205-5
- Cooper, J. A. et coll. (2015). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ Open*, 5(12) : e009235. doi:10.1136/bmjopen-2015-009235
- Darker, C. D. et coll. (2015). Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(5) : CD009652. doi:10.1002/14651858.CD009652.pub2
- Dasgupta, N. et coll. (2016). Cohort Study of the Impact of High-Dose Opioid Analgesics on Overdose Mortality. *Pain Med*, 17(1) : 85-98. doi:10.1111/pme.12907
- Davis, T. et coll. (2012). *Intensive One-Session Treatment of Specific Phobias*.
- de las Cuevas, C. et coll. (2000). The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction*, 95(2) : 245-250.

- Denis, C. et coll. (2006). Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev*(3) : Cd005194. doi:10.1002/14651858.CD005194.pub2
- Dowell, D. et coll. (2016). CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016. *MMWR Recomm Rep*, 65(1) : 1-49. doi:10.15585/mmwr.rr6501e1
- el-Guebaly, N. et coll. (2010). Are there guidelines for the responsible prescription of benzodiazepines? *Can J Psychiatry*, 55(11) : 709-714. doi:10.1177/070674371005501104
- Fluyau, D. et coll. (2018). Challenges of the pharmacological management of benzodiazepine withdrawal, dependence, and discontinuation. *Ther Adv Psychopharmacol*, 8(5) : 147-168. doi:10.1177/2045125317753340
- Foy, A. et coll. (1986). Confusion after admission to hospital in elderly patients using benzodiazepines. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 293(6554) : 1072.
- Funk, L. M. (2004). Who wants to be involved? Decision-making preferences among residents of long-term care facilities. *Can J Aging*, 23(1) : 47-58.
- Gage, L. (2016). Anxiety disorders in older adults. Dans : M. J. Rapoport, D. Seitz, A. Wiens, & E. Lilly (Eds.), *Geriatric Psychiatry Review and Exam Preparation Guide: A Case-Based Approach* (pp. 150-163). Toronto, Ont., University of Toronto Press.
- Glass, J. et coll. (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*, 331(7526) : 1169. doi:10.1136/bmj.38623.768588.47
- Gould, R. L. et coll. (2014). Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*, 204(2) : 98-107. doi:10.1192/bjp.bp.113.126003
- Greenblatt, D. J. et coll. (1983). Reduced clearance of triazolam in old age: relation to antipyrine oxidizing capacity. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 15(3) : 303-309.
- Griffin, C. E., 3rd et coll. (2013). Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. *Ochsner J*, 13(2) : 214-223.
- Hamilton, H. et coll. (2011). Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Intern Med*, 171(11) : 1013-1019. doi:10.1001/archinternmed.2011.215
- Han, B. H. et Moore, A. A. (2018). Prevention and Screening of Unhealthy Substance Use by Older Adults. *Clin Geriatr Med*, 34(1) : 117-129. doi:10.1016/j.cger.2017.08.005
- Hendriks, G. J. et coll. (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 117(6) : 403-411. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01190.x
- Hoffman, R. et coll. (2014). *Goldfrank's Toxicologic Emergencies, Tenth Edition*. New York, NY, McGraw-Hill Education.
- Irish, L. A. et coll. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Med Rev*, 22 : 23-36. doi:10.1016/j.smrv.2014.10.001
- Jansen, J. et coll. (2016). Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *BMJ*, 353 : i2893. doi:10.1136/bmj.i2893
- Jones, C. M. et coll. (2014). Alcohol involvement in opioid pain reliever and benzodiazepine drug abuse-related emergency department visits and drug-related deaths - United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 63(40) : 881-885.
- Kang, D. Y. et coll. (2012). Zolpidem use and risk of fracture in elderly insomnia patients. *J Prev Med Public Health*, 45(4) : 219-226. doi:10.3961/jpmph.2012.45.4.219
- Kapoor, A. et coll. (2018). Polypharmacy, the Good Prescribing Continuum, and the Ethics of Deprescribing. *Public Policy & Aging Report*, 28(4) : 108-112. doi:10.1093/ppar/pry033
- Karaca-Mandic, P. et coll. (2017). The growing problem of co-treatment with opioids and benzodiazepines. *BMJ*, 356 : j1224. doi:10.1136/bmj.j1224
- Katzman, M. A. et coll. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14 Suppl. 1 : S1. doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Kok, R. M. (2014). Treatment of alcohol use disorders in the elderly: an overview of RCTs. *Int Psychogeriatr*, 26(11) : 1767-1770. doi:10.1017/S1041610214001781
- Koski, A. et coll. (2003). Interaction of alcohol and drugs in fatal poisonings. *Hum Exp Toxicol*, 22(5) : 281-287. doi:10.1191/0960327103ht324oa
- Kuerbis, A. et coll. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3) : 629-654. doi:10.1016/j.cger.2014.04.008
- Kuhn-Thiel, A. M. et coll. (2014). Consensus validation of the FORTA (Fit FOR The Aged) List: a clinical tool for increasing the appropriateness of pharmacotherapy in the elderly. *Drugs Aging*, 31(2) : 131-140. doi:10.1007/s40266-013-0146-0
- Lader, M. et Russell, J. (1993). Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence: summary of a report from the Mental Health Foundation. *Addiction*, 88(12) : 1707-1708.
- Lantos, J. et coll. (2011). Clinician integrity and limits to patient autonomy. *JAMA*, 305(5) : 495-499. doi:10.1001/jama.2011.32
- Lehmann, S. W. et Fingerhood, M. (2018). Substance-Use Disorders in Later Life. *N Engl J Med*, 379(24) : 2351-2360. doi:10.1056/NEJMra1805981

- Leslie, D. L. et Inouye, S. K. (2011). The importance of delirium: economic and societal costs. *J Am Geriatr Soc*, 59 Suppl. 2 : S241-243. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03671.x
- Leufkens, T. R. et Vermeeren, A. (2009). Highway driving in the elderly the morning after bedtime use of hypnotics: a comparison between temazepam 20 mg, zopiclone 7.5 mg, and placebo. *J Clin Psychopharmacol*, 29(5) : 432-438. doi:10.1097/JCP.0b013e3181b57b43
- Lin, C. W. et coll. (2017). Potentially high-risk medication categories and unplanned hospitalizations: a case-time-control study. *Sci Rep*, 7 : 41035. doi:10.1038/srep41035
- Lingford-Hughes, A. R. et coll. (2012). BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol*, 26(7) : 899-952. doi:10.1177/0269881112444324
- Markota, M. et coll. (2016). Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clin Proc*, 91(11) : 1632-1639. doi:10.1016/j.mayocp.2016.07.024
- Martin, P. et Tannenbaum, C. (2017). Use of the EMPOWER brochure to deprescribe sedative-hypnotic drugs in older adults with mild cognitive impairment. *BMC Geriatr*, 17(1) : 37. doi:10.1186/s12877-017-0432-5
- Mayor, S. (2018). Pregabalin and gabapentin become controlled drugs to cut deaths from misuse. *BMJ*, 363 : k4364. doi:10.1136/bmj.k4364
- McCabe, S. E. et coll. (2017). Multiple DSM-5 substance use disorders: A national study of US adults. *Hum Psychopharmacol*, 32(5). doi:10.1002/hup.2625
- Mohlman, J. et coll. (2003). Standard and Enhanced Cognitive-Behavior Therapy for Late-Life Generalized Anxiety Disorder: Two Pilot Investigations. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1) : 24-32. doi:10.1097/00019442-200301000-00005
- Moran, S. et coll. (2015). Perioperative Management in the Patient with Substance Abuse. *Surgical Clinics*, 95(2) : 417-428. doi:10.1016/j.suc.2014.11.001
- Moreau, A. et coll. (2012). What perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study using focus-group interviews. *Patient Educ Couns*, 87(2) : 206-211. doi:10.1016/j.pec.2011.08.010
- Mugunthan, K. et coll. (2011). Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 61(590) : e573-578. doi:10.3399/bjgp11X593857
- Munce, S. E. et coll. (2004). Who is portrayed in psychotropic drug advertisements? *J Nerv Ment Dis*, 192(4) : 284-288.
- Naranjo, C. A. et coll. (1981). A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 30(2) : 239-245. doi:10.1038/clpt.1981.154
- Nelson, J. et Chouinard, G. (1999). Guidelines for the clinical use of benzodiazepines: pharmacokinetics, dependency, rebound and withdrawal. Canadian Society for Clinical Pharmacology. *Can J Clin Pharmacol*, 6(2) : 69-83.
- Ng, B. J. et coll. (2018). Deprescribing Benzodiazepines in Older Patients: Impact of Interventions Targeting Physicians, Pharmacists, and Patients. *Drugs Aging*, 35(6) : 493-521. doi:10.1007/s40266-018-0544-4
- Paquin, A. M. et coll. (2014). Risk versus risk: a review of benzodiazepine reduction in older adults. *Expert Opin Drug Saf*, 13(7) : 919-934. doi:10.1517/14740338.2014.925444
- Patten, S. B. (2018). *Épidémiologie de l'usage de substances psychoactives chez les personnes âgées. Dans : Consommation de substances au Canada 2018 – Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement*. Téléchargé à partir du site Web du CCDUS (Ottawa, Ont.) : <http://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-and-Aging-Report-2018-fr.pdf>
- Peckham, A. M. et coll. (2018). Gabapentin for Off-Label Use: Evidence-Based or Cause for Concern? *Substance abuse : research and treatment*, 12 : 1178221818801311-1178221818801311. doi:10.1177/1178221818801311
- Pottie, K. et coll. (2018). Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*, 64(5) : 339-351.
- Qaseem, A. et coll. (2016). Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 165(2) : 125-133. doi:10.7326/m15-2175
- Rao, R. et Crome, I. (2016). Assessment in the older patient. Dans : M. A. Sullivan & F. R. Levin (éd.), *Addiction in the Older Patient* (pp. 173-209). Oxford, R.-U., Oxford University Press.
- Reeve, E. et coll. (2017). A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *Eur J Clin Pharmacol*, 73(8) : 927-935. doi:10.1007/s00228-017-2257-8
- Rickels, K. et coll. (2008). Physician Withdrawal Checklist (PWC-20). *J Clin Psychopharmacol*, 28(4) : 447-451. doi:10.1097/JCP.0b013e31817efbac
- Rickels, K. et coll. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I. Effects of abrupt discontinuation. *Arch Gen Psychiatry*, 47(10) : 899-907.
- Riemann, D. et coll. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*, 26(6) : 675-700. doi:10.1111/jsr.12594

- Rounsaville, B. J. et coll. (2003). Single versus multiple drug focus in substance abuse clinical trials research. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(2) : 117-125.
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). (2017). *Prescribing drugs of dependence in general practice – Part C*. Téléchargé à partir du site Web du RACGP (East Melbourne, Australie) : <https://www.racgp.org.au/search?q=Opioid%20Guidelines>
- Royal College of Psychiatrists (2015). Substance misuse in older people: an information guide. Londres, R.U.
- Saitz, R. et coll. (1997). Physician unawareness of serious substance abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 23(3) : 343-354.
- Salonaja, M. et coll. (2010). One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons. *Age Ageing*, 39(3) : 313-319. doi:10.1093/ageing/afp255
- Say, R. et coll. (2006). Patients' preference for involvement in medical decision making: a narrative review. *Patient Educ Couns*, 60(2) : 102-114. doi:10.1016/j.pec.2005.02.003
- Schonfeld, L. et coll. (2015). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Older Adults With Substance Misuse. *Am J Public Health*, 105(1) : 205-211. doi:10.2105/AJPH.2013.301859
- Schweizer, E. et coll. (1989). Benzodiazepine dependence and withdrawal in elderly patients. *Am J Psychiatry*, 146(4) : 529-531. doi:10.1176/ajp.146.4.529
- Sithamparanathan, K. et coll. (2012). *Adverse effects of benzodiazepine use in elderly people: A meta-analysis* (Vol. 7).
- Tiré du site Web de Sleepwell : <https://mysleepwell.ca/cbti/>, consulté le 29 mai 2019.
- Smith, P. C. et coll. (2010). A single-question screening test for drug use in primary care. *Arch Intern Med*, 170(13) : 1155-1160. doi:10.1001/archinternmed.2010.140
- Soyka, M. (2017). Treatment of Benzodiazepine Dependence. *N Engl J Med*, 376(12) : 1147-1157. doi:10.1056/NEJMra1611832
- Statistique Canada. (2016). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015*. Tiré du site Web du gouvernement du Canada (Ottawa, Ont.) : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html>
- Sun, E. C. et coll. (2017). Association between concurrent use of prescription opioids and benzodiazepines and overdose: retrospective analysis. *BMJ*, 356 : j760. doi:10.1136/bmj.j760
- Tamblyn, R. et coll. (2005). A 5-year prospective assessment of the risk associated with individual benzodiazepines and doses in new elderly users. *J Am Geriatr Soc*, 53(2) : 233-241. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53108.x
- Tannenbaum, C. et coll. (2014). Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med*, 174(6) : 890-898. doi:10.1001/jamainternmed.2014.949
- The College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO). (2017). *Prescribing drugs*. Tiré du site Web du CPSO (Toronto, Ont.) : <https://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Prescribing-Drugs>
- Thorlund, K. et coll. (2015). Comparative efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors in older adults: a network meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*, 63(5) : 1002-1009. doi:10.1111/jgs.13395
- Turner, J. P. et Tannenbaum, C. (2017). Older Adults' Awareness of Deprescribing: A Population-Based Survey. *J Am Geriatr Soc*, 65(12) : 2691-2696. doi:10.1111/jgs.15079
- Tyrer, P. et coll. (1990). The Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire. *J Affect Disord*, 19(1) : 53-61.
- Ursuliak, Z. et coll. (2008). *An observational study of the effectiveness of group cognitive behaviour therapy for late-life depressive and anxiety disorders* (Vol. 11).
- Vaapio, S. et coll. (2015). Symptoms Associated with Long-term Benzodiazepine Use in Elderly Individuals Aged 65 Years and Older: A Longitudinal Descriptive Study. *International Journal of Gerontology*, 9(1) : 34-39. doi:10.1016/j.ijge.2014.03.009
- Voshaar, R. C. et coll. (2006). Predictors of long-term benzodiazepine abstinence in participants of a randomized controlled benzodiazepine withdrawal program. *Can J Psychiatry*, 51(7) : 445-452. doi:10.1177/070674370605100706
- Voyer, P. et coll. (2010). The Prevalence of Benzodiazepine Dependence among Community-Dwelling Older Adult Users in Quebec According to Typical and Atypical Criteria. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 29(02) : 205-213. doi:10.1017/s0714980810000115
- Weijer, C. et coll. (1998). Bioethics for clinicians: 16. Dealing with demands for inappropriate treatment. *CMAJ*, 159(7) : 817-821.
- Gouvernement du Pays de Galles. (2011). *Substance Misuse Treatment Framework (SMTF): Guidance for evidence-based community prescribing in the treatment of Substance Misuse*. Téléchargé du site Web : <https://gov.wales/substance-misuse-treatment-community-prescribing>
- Westbury, J. et coll. (2018). RedUSE: reducing antipsychotic and benzodiazepine prescribing in residential aged care facilities. *Med J Aust*, 208(9) : 398-403.
- Westbury, J. et coll. (2010). An effective approach to decrease antipsychotic and benzodiazepine use in nursing homes: the RedUSE project. *Int Psychogeriatr*, 22(1) : 26-36. doi:10.1017/S1041610209991128

- White, P. F. et coll. (2012). Perioperative care for the older outpatient undergoing ambulatory surgery. *Anesth Analg*, 114(6) : 1190-1215. doi:10.1213/ANE.0b013e31824f19b8
- Wright, A. et coll. (2015). The Effect of Melatonin on Benzodiazepine Discontinuation and Sleep Quality in Adults Attempting to Discontinue Benzodiazepines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs Aging*, 32(12) : 1009-1018. doi:10.1007/s40266-015-0322-5
- Yokoi, Y. et coll. (2014). Benzodiazepine discontinuation and patient outcome in a chronic geriatric medical/psychiatric unit: a retrospective chart review. *Geriatr Gerontol Int*, 14(2) : 388-394. doi:10.1111/ggi.12113
- Zanjani, F. et coll. (2016). Concurrent alcohol and medication poisoning hospital admissions among older rural and urban residents. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 42(4) : 422-430. doi:10.3109/00952990.2016.1154966

[ccsmh.ca](http://ccsmh.ca)