

DÉMARCHE PARTICIPATIVE DE LA HAS

**AMÉLIORER LA
PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES
CHEZ LE SUJET ÂGÉ**

Propositions d'actions concertées

OCTOBRE 2007

RESUME

3

METHODOLOGIE PARTICIPATIVE

DEMARCHE GENERALE	7
ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE DE SANTE ÉLABORATION D’ACTIONS CONCERTÉES COORDONNÉES	8
SUIVI OPERATIONNEL	11

APPLICATION :

« AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE »

PARTICIPANTS & CALENDRIER DES REUNIONS	13
---	----

ACTIONS D’AMELIORATION CONCERTÉES COORDONNÉES

▪ ACTIONS GENERALES	15
▪ ACTIONS RELATIVES AUX TROUBLES DU SOMMEIL	16
▪ ACTIONS RELATIVES A LA DEPRESSION	17
▪ ACTIONS RELATIVES AUX SIGNES ANXIEUX	18
▪ ACTIONS RELATIVES AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT	19
▪ ACTIONS RELATIVES A LA RECHERCHE	20

SUIVI OPERATIONNEL

▪ DONNEES DE SUIVI DISPONIBLES	21
▪ ACTIONS PHARES	22

RAPPORTS DES GROUPES DE TRAVAIL POUR L’ELABORATION DES ACTIONS

▪ TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ LE SUJET AGE	24
▪ DEPRESSION ET SIGNES ANXIEUX CHEZ LE SUJET AGE	52
▪ TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ LE SUJET AGE	78
▪ PHARMACOLOGIE DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE	87
▪ INITIATIVE – RETOURS D’EXPERIENCE	90

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL DES RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE CLINIQUE

▪ MODALITES D’ARRET DES BENZODIAZEPINES ET MEDICAMENTS APPARENTES CHEZ LE PATIENT AGE	128
--	-----

LISTE DES ABREVIATIONS

153

RESUME

RESUME

L'usage des psychotropes chez le sujet âgé en France est inapproprié et souvent délétère

La prescription des psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs pour l'essentiel) constitue un problème de santé majeur et complexe, particulièrement chez les sujets âgés. De nombreux travaux (dont le rapport de l'OPEPS en 2006) soulignent les mésusages des psychotropes et la nécessité d'actions ciblées, notamment sur la population très exposée et vulnérable des sujets âgés.

Une personne sur 2 de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France. Au total, 20 % des 10 millions de personnes âgées consomment de façon chronique des hypnotiques ou anxiolytiques, alors que les risques liés à ces médicaments sont supérieurs aux bénéfices lors d'une utilisation chronique, qu'il s'agisse des troubles du sommeil ou des troubles anxieux. Il existe une surprescription délétère de neuroleptiques dans les troubles du comportement dits « productifs », fréquents chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Les psychotropes sont ainsi à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive, etc.), iatrogénie en grande partie évitable, car plus de la moitié des traitements ne serait pas indiquée. À l'inverse, la prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé réellement dépressif est souvent insuffisante en termes de mise sous traitement, de dose ou de durée, ce qui augmente le risque suicidaire (1 700 morts par an par suicide, chez les plus de 75 ans en France), aggrave les troubles somatiques, augmente la consommation de soins et accroît la mortalité.

Les retours d'expérience des professionnels de santé, engagés dans l'évaluation et l'amélioration de leurs pratiques ont rapporté un grand nombre d'initiatives des médecins et autres acteurs de santé sur ces sujets, traduisant une préoccupation partagée de cette problématique. Dans ce contexte, la HAS a proposé d'accompagner une réflexion de tous les acteurs, s'appuyant sur les situations cliniques, pour rechercher des solutions concrètes et applicables au quotidien au bénéfice des patients.

Une concertation nationale pour améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé

À l'invitation de la HAS, de nombreux partenaires professionnels (ordre des médecins, ordre des pharmaciens, médecins généralistes, gériatres, psychiatres, pharmacologues, neurologues, sociétés savantes, organismes agréés pour l'évaluation des pratiques, etc.), et institutionnels (DGS, DGAS, DHOS, Afssaps, InVS, INPES, CNAM TS, RSI, MSA, FNMF, OPEPS), ont décidé de coopérer et de mutualiser expériences, compétences et actions, pour améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Ainsi a été appliquée de façon pilote une **méthode participative d'aide à la décision** basée sur un état des lieux des connaissances, des initiatives déjà menées (retours d'expérience) et des pratiques réelles, dans le but de proposer des actions concertées et coordonnées prenant en compte les nombreuses actions en cours ou programmées. Ces propositions d'actions sont envisagées sur deux ans, avec un suivi commun d'indicateurs à disposition des partenaires et ciblé sur des actions significatives.

Quatre situations sont à l'origine de la majorité de ces prescriptions

Les plaintes relatives au sommeil sont courantes, mais ne correspondent pas forcément à une insomnie, surtout chez le sujet âgé. Les insomnies avérées ne justifient de toute façon pas d'un traitement au long cours par benzodiazépines ou composés « Z », qui ont des effets délétères. Cependant, les plaintes relatives au sommeil sont source d'une forte consommation de ces médicaments.

La dépression, fréquente chez le sujet âgé, est fortement liée aux affections somatiques, à l'environnement et aux événements de la vie de la personne âgée. Le traitement antidépresseur, qui devrait être associé à la prise en compte de ces éléments, n'est souvent pas prescrit, faute de diagnostic, et trop de benzodiazépines sont administrées, alors qu'elles ne sont pas efficaces pour traiter la dépression.

Les signes anxieux sont également un fréquent motif de consultation du sujet âgé, cachant en réalité souvent une dépression. Dans tous les cas, les benzodiazépines ont peu de place dans la prise en charge, et en particulier en utilisation prolongée. Or, il existe une surprescription de benzodiazépines à visée anxiolytique en France.

Les troubles du comportement, dits « productifs » survenant dans la maladie d'Alzheimer (et pathologies apparentées) – cris, agitation, agressivité, déambulation –, conduisent à une surprescription de neuroleptiques, très délétère et non indiquée. Les troubles du comportement lors d'un épisode aigu de confusion constituent également une situation pourvoyeuse de prescription délétère de psychotropes chez le sujet âgé.

Un panel d'actions est proposé pour améliorer ces 4 situations, avec un suivi ciblé sur 6 actions phares

Les propositions sont articulées autour (1) des actions à mener en regard des principales situations de prescription (troubles du sommeil, dépression, signes anxieux, troubles du comportement) ; (2) de mesures générales ciblant les personnes âgées, les professionnels ou les psychotropes ; (3) des projets de recherche à conduire pour combler les besoins en termes de connaissance. La mise à disposition de données de suivi par les différents partenaires, dont l'Assurance maladie, permettra d'établir un tableau de bord général pour évaluer l'impact du programme d'action.

Au titre des actions phares, sont proposées :

- **trois programmes auprès des professionnels de santé** : « optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (notamment des psychotropes) » en médecine générale en lien avec les pharmaciens ; « dépression du sujet âgé » en EHPAD et en ambulatoire ; « bientraitance » en établissement, intégrant les troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer ;
- **une campagne grand public** à propos de l'insomnie et des somnifères, de l'anxiété et des anxiolytiques ;
- **un travail d'homologation des classes pharmacothérapeutiques** pour améliorer les logiciels de prescription, et enfin ;
- **le suivi d'un programme de recherche** sur les psychotropes et le sujet âgé.

Un certain nombre de ces actions, conçues de façon concertée avec leurs opérateurs, au regard de l'existant et du prévisionnel de chacun, sont déjà en cours en 2007 ou sont programmées. **Ainsi des recommandations sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé** sont apparues nécessaires dès le début de la réflexion, et la HAS a engagé immédiatement leur production afin de les mettre à disposition dès les conclusions des travaux. Ce dispositif est complété par des propositions d'actions nouvelles.

Le groupe de coopération et de réflexion « Amélioration de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé » espère que ce bilan réalisé en commun, mutualisant compétences et énergies, ainsi que les actions envisagées et les éléments de bonne pratique clinique mis à disposition, permettront d'obtenir des résultats concrets d'amélioration de la prescription de psychotropes, au bénéfice des personnes âgées.

METHODOLOGIE PARTICIPATIVE

DEMARCHE GENERALE

Une première phase d'analyse de la problématique et de travaux concertés, sous la maîtrise d'ouvrage de la HAS, garante de la démarche méthodologique, est conduite sur un mode participatif large, impliquant professionnels et institutions. La HAS propose d'accompagner l'analyse d'un thème de santé et l'élaboration concertée d'actions visant à améliorer la qualité des soins. Dès la conception des actions, sont envisagées les mesures d'impact nécessaires, les données déjà disponibles permettant de constituer un tableau de bord d'indicateurs et les données complémentaires à collecter pour mieux évaluer les actions.

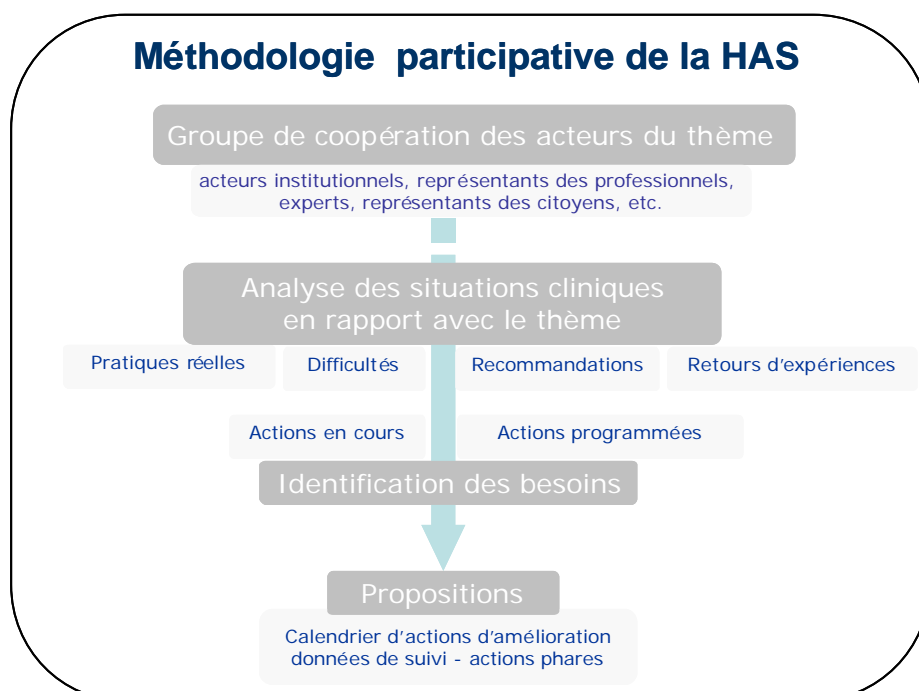
Cette phase d'analyse s'appuie sur une approche par thème de santé, centré sur le parcours du patient et les pratiques cliniques. Les besoins sont définis sur la base d'une analyse globale portant sur : (1) les pratiques réelles et données pharmaco-épidémiologiques, (2) les recommandations disponibles, (3) les retours d'expérience en France (initiatives et résultats). Des propositions concertées – coordonnées – évaluées sont élaborées avec l'ensemble des acteurs sanitaires en tenant compte de l'existant et du prévisionnel. Un suivi opérationnel est proposé autour d'actions phares, assorties des indicateurs correspondants, et d'un tableau de bord général. Ces travaux sont conclus par la production d'un rapport.

Trois principes résument la démarche participative conduite par la HAS :

- proposer une réflexion concertée à l'ensemble des acteurs professionnels et institutionnels ;
- partager le constat de la problématique, en réalisant ensemble un bilan méthodique de la situation ;
- appliquer une approche pragmatique de résolution de problème centrée sur le patient et les pratiques cliniques.

Une seconde phase relative à la mise en œuvre des actions retenues sera pilotée par la DGS. Dans ce cadre, la HAS propose d'organiser un suivi opérationnel autour d'actions phares menées en lien étroit avec les professionnels de santé, dans le cadre notamment de l'évaluation des pratiques professionnelles. La HAS accompagne l'élaboration concrète et la mise à disposition du tableau de bord permettant de suivre l'impact des actions. Les informations relatives à ce suivi opérationnel sont, avec l'accord des partenaires, mises à disposition dans un espace dédié sur le site HAS. Un bilan final pourrait prendre la forme d'une journée nationale dédiée au thème.

Le présent rapport restitue les résultats de la première phase de démarche participative de la HAS expérimentée sur l'amélioration de la qualité des prescriptions des psychotropes chez le sujet âgé.



ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE DE SANTE ÉLABORATION D' ACTIONS CONCERTÉES COORDONNÉES

La méthode proposée comporte trois étapes.

1^{ère} étape : transposition de la problématique en situation(s) réelle(s)

Dans une approche fondée sur le parcours du patient, il s'agit tout d'abord d'identifier l'ensemble des situations cliniques envisageables dans le cadre du thème, pour en sélectionner les plus pertinentes, notamment en termes de fréquence et de cible professionnelle, afin de résoudre la problématique posée.

2^{ème} étape : analyse et bilan de chaque situation participant à la problématique

Chacune des situations cliniques retenues fait ensuite l'objet d'une analyse méthodique, afin de réaliser le bilan de l'existant et les besoins.

Pour ce faire, il est nécessaire d'établir une typologie des objectifs visés (par exemple pour une situation clinique : représentation, diagnostic, traitement, filière de soins), et de mettre en regard une typologie des moyens ou actions nécessaires pour atteindre ces objectifs (actions de santé publique, recommandations de pratique clinique, programmes professionnels santé et éducation patient, campagne grand public, recherche clinique, pharmacologique et psychosociale) (cf. *tableau 1*).

TABLEAU 1

ÉLABORATION D' ACTIONS CONCERTÉES COORDONNÉES : EXEMPLE DE TABLEAU D' ANALYSE DE L' EXISTANT ET D' IDENTIFICATION DES BESOINS A PROPOS DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Moyens / Objectifs	Représentation (professionnels de santé grand public)	Diagnostic (améliorer le dc étiologique)	Psychotropes (pour diminuer neuroleptiques et cumul des psychotropes)	Alternatives (médicamenteuses ou non médicamenteuses)
Actions de santé publique				
Recommandations pratique clinique Documents FMC				
Programmes professionnels Éducation patient				
Recherche PHRC, phase I V épidémiologie, pharmacologie psychosociale				
Campagne média Grand public				

Trois bilans complémentaires permettent de compléter ce tableau croisé et d'identifier les manques :

1^{er} bilan : retours d'expériences : actions et initiatives déjà menées et résultats

Une veille documentaire systématique permet, complétée des éléments d'information apportés par l'ensemble des participants, de recueillir un grand nombre d'actions menées. Celles-ci sont analysées de façon systématisée sur une grille de lecture comprenant si possible les résultats, afin d'identifier les facteurs de succès, d'en tirer des lignes de projet, également d'identifier les acteurs mobiles et les modalités fructueuses de coopération.

2^{ème} bilan : connaissances des pratiques réelles en France

La connaissance des pratiques réelles est difficile, mais essentielle à établir pour identifier les difficultés. Elle repose à la fois sur les données de prévalence des pathologies, les données de pharmaco-épidémiologie et pharmacovigilance, les registres ou divers recueil d'indicateurs existants, et bien entendu sur la description des pratiques et des filières de soins rapportées par les professionnels, notamment au travers de l'évaluation des pratiques professionnelles.

3^{ème} bilan : recommandations existantes et manquantes sur ce sujet

Il s'agit de faire un état des lieux des recommandations disponibles dans la situation clinique concrète retenue. Cette situation est donc décrite de façon chronologique, centrée sur le parcours du patient. Les questions-clés de la prise en charge sont identifiées tout au long de ce « chemin clinique ». Une stratégie de recherche bibliographique systématique est réalisée, afin de sélectionner les recommandations et revues existantes sur le thème, et les réponses précises à chacune des questions clés recherchées dans les textes (cf. *tableau 2*).

TABLEAU 2

ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE : EXEMPLE DE TABLEAU D'ANALYSE DES RECOMMANDATIONS DISPONIBLES AU REGARD DES QUESTIONS DE PRATIQUE CLINIQUE A PROPOS DES TROUBLES DU SOMMEL

Sources	1. Y a-t-il des recommandations pour établir le diagnostic d'insomnie face à des plaintes concernant le sommeil chez le SA ? (différence entre plaintes ressenties et troubles objectifs du sommeil) ; identifier les insomnies secondaires (dépression, SAS, iatrogénie, facteurs favorisants, ...) ; comment évaluer la sévérité de l'insomnie ?	Groupe d'âge (Si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007			
Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006			
Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006			
National Institute of Health Manifestations and management of chronic insomnia in adults NIH state-of-the-science conference statement Juin 2005			
Dündar Y, et al. Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and economic evaluation Health Technology Assessment 2004; Vol.8 / No.24			
Glass J, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analysis of risks and benefits BMJ 2005; 331(7526)			
Sivertsen B, et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial Jama 2006;295(24)			

La confrontation des résultats aux avis d'experts permet d'identifier les éléments de bonne pratique existants et manquants, et amène à l'élaboration d'une synthèse de la situation/prise en charge.

Ainsi, au regard de ce triple bilan, peuvent être identifiées les actions à coordonner ainsi que celles à mener pour chacune des situations cliniques sélectionnées.

3^{ème} étape : Élaboration d'actions concertées coordonnées par mutualisation des bilans de chacune des situations

La mutualisation des données permet d'identifier des actions générales, tout en conservant une structuration par approche clinique, en évitant les redondances. Pour chacune des situations, il faut s'attacher à déterminer les objectifs concrets et les moyens de les mesurer. Enfin, les actions sont retenues selon la faisabilité ou la pertinence. La participation de tous les acteurs permet d'apporter très en amont des solutions techniques améliorant la faisabilité des demandes, voire de programmer au fur et à mesure les actions en modulant les programmes de travail en cours ou à venir des partenaires. Ainsi, le programme finalement proposé comporte-t-il déjà un grand nombre d'actions réalisables, en cours ou programmées.

**Méthode d'analyse de la problématique de santé
avec élaboration d'actions concertées coordonnées**

Problématique :

Analyse des processus générant la problématique
Identification des situations concrètes de pratique clinique
Choix explicite des situations les plus fréquentes

Situation(s) clinique(s) :

Tableau croisé des objectifs visés et des actions nécessaires
Bilan des actions menées, en cours, programmées
Bilan des connaissances des pratiques réelles en France
Bilan des recommandations existantes et manquantes sur ce sujet
Identification de besoins

Actions concertées coordonnées :

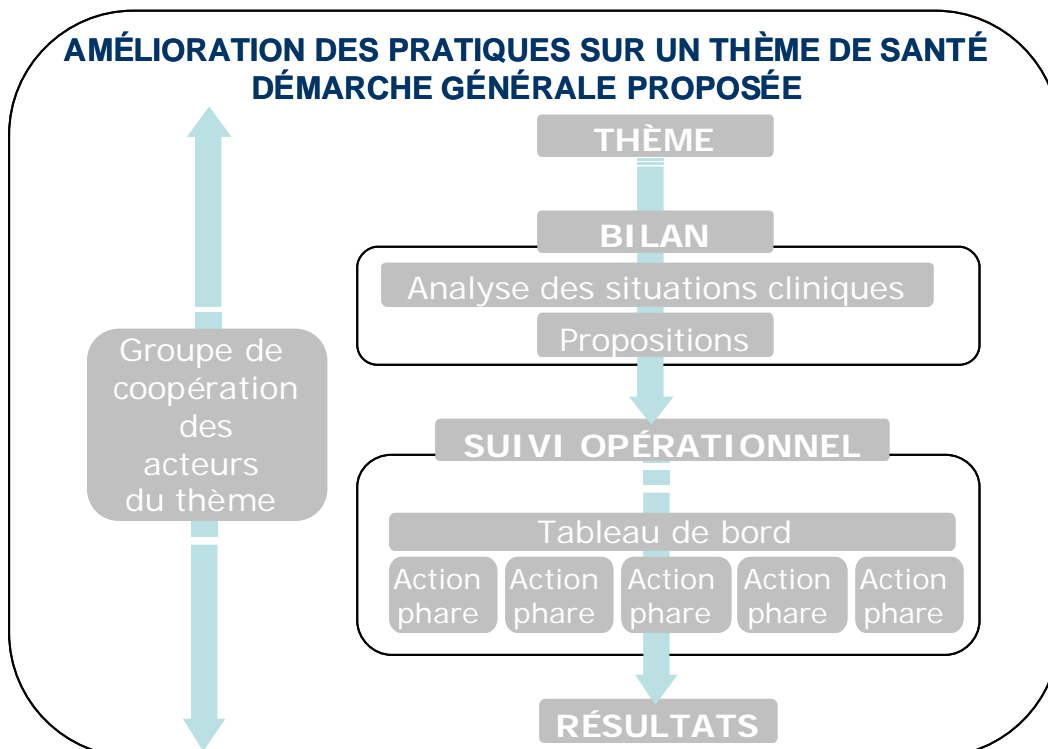
Conservation des actions par thème clinique
Détermination des objectifs et indicateurs
Construction du calendrier

SUIVI OPERATIONNEL

Afin de suivre l'efficacité des actions concertées et coordonnées, les mesures relatives aux objectifs généraux sont déterminées, notamment en regard de chacune des situations cliniques concrètes identifiées. Dans le même temps, les données disponibles auprès des différents partenaires sont listées, certains indicateurs utiles identifiés par le groupe de réflexion pouvant venir compléter les recueils en cours ou à venir. Ainsi, au regard des éléments disponibles et des besoins identifiés en termes d'indicateurs, un tableau de bord adapté pourra être constitué dans un second temps. Si nécessaire, un groupe spécifique est mis en place afin de constituer le contenu technique du tableau de bord.

Il est également proposé, autour de ce tableau de bord, un suivi particulièrement ciblé sur quelques actions phares significatives, faisant consensus au sein du groupe de coopération. Ces actions menées par les professionnels, avec le soutien de l'institution la plus impliquée, illustrent ainsi les grands axes stratégiques visant à résoudre la problématique. Des réunions régulières des référents doivent permettre de suivre l'évolution des projets, notamment par des indicateurs de moyens et de résultats spécifiques de ces actions phares qui doivent être déterminés dès le début de la mise en œuvre. Les indicateurs, notamment de résultats, doivent être en convergence avec les indicateurs généraux afin d'obtenir des déclinaisons régionales, voire locales, du tableau de bord, et permettre la comparaison des résultats.

Le tableau de bord général, ainsi que les actions phares constituent ainsi un suivi opérationnel signifiant et motivant pour les participants, comme pour les acteurs de terrain. Les informations relatives à ces actions peuvent, avec l'accord des partenaires, être valorisées et mises à disposition de tous, dans un espace dédié sur le site Internet de la HAS, assorties du tableau de bord général. À la fin de la période de mise en œuvre est proposé un bilan final, sous la forme de retours d'expériences et de résultats des différents partenaires. Ce bilan pourra prendre la forme d'une journée nationale dédiée au thème.



APPLICATION : « AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE »

PARTICIPANTS & CALENDRIER DES REUNIONS

Groupe plénier

Ce groupe de coopération constitué au fur et à mesure de la réflexion a vocation à s'enrichir de tous les acteurs de la thématique

- Direction générale de la santé (DGS) : Benoît LAVALLART, Caroline DE CACQUERAY, Marcel-Jean MILLOT, Anne JOLIVET, Emmanuelle BAUCHET
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation sanitaire (DHOS) : Michel GENTILE, Jérôme VERNOS
- Direction générale de l'action sociale (DGAS) : Jean-Jacques TREGOAT, Jean-Philippe FLOUZAT
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) : Catherine DEGUINES, Marie-Anne COURNE
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : Michel DEPINOY, Stéphanie PIN, Marine JEANTET
- Institut de veille sanitaire (InVS) : Juliette BLOCH, Christine CHAN CHEE
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) : Hubert ALLEMAND, Joëlle GUILLLOT, Anne THOMASSET, Dominique CHOLLEY, Annie ARPIN-BARBIEUX
- Régime social des indépendants (RSI) : Claudine BLUM-BOISGARD, Jean DELIGNE
- Mutualité sociale agricole (MSA) : Omar TARSISSI
- Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) : Jean-Pierre TAROT
- Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) : Mme Maryvonne BRIOT, députée de Haute-Saône, attestant le rapport de l'OPEPS sur les Psychotropes
- Collège professionnel des gériatres français (CPGF) : Alain FRANCO, Geneviève RUAULT
- Société française de pharmacologie et thérapeutique (SFPT) : Patrice JAILLON, Olivier BLIN
- Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (APNET) : Patrick HILLON, François PAILLE
- Fédération française de psychiatrie (FFP) : Jean-Charles PASCAL, Philippe ROBERT
- Ordre des Pharmaciens : Jean PARROT, Jean LAMARCHE
- Ordre des Médecins : Jacques ROLAND, William JUNOD
- Experts : Sylvie LEGRAIN – Paris, Jean DOUCET – Rouen, Joël BELMIN – Ivry-sur-Seine
- Groupe Sommeil : Jean-Pierre GIORDANELLA – Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) Paris
- Haute Autorité de Santé (HAS) : Laurent DEGOS, Lise ROCHAIX, Armelle DESPLANQUES, Patrice DOSQUET, Brice KITIO, Sandrine BUSCAIL, Nathalie RIOLACCI, Valérie IZARD, Emmanuelle BLONDET
- Invités : Caisse nationale solidarité autonomie (CNSA), Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), Société française de médecine générale (SFMG), Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG), Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

Réunions : 5 septembre 2006 – 10 octobre 2006 – 24 avril 2007 – 4 juillet 2007 – 17 septembre 2007

Groupe des référents

- Laurent DEGOS, Armelle DESPLANQUES, Benoît LAVALLART (« Troubles du comportement chez le sujet âgé »), Sylvie LEGRAIN, Joël BELMIN (« Insomnie chez le sujet âgé »), Olivier BLIN (« Pharmacologie des psychotropes chez le sujet âgé »), Jean DOUCET, Brice KITIO (« Modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le patient âgé »), Philippe ROBERT (« Dépression et signes anxieux chez le sujet âgé »)

Réunions : 20 novembre 2006 – 26 janvier 2007 – 26 mars 2007

Groupes techniques de synthèse

- Joël BELMIN, Olivier BLIN, Christiane CHAN CHEE, Catherine DEGUINES, Jean DELIGNE, Armelle DESPLANQUES, Jean DOUCET, Jean-Philippe FLOUZAT, Joëlle GUILLLOT, Benoît LAVALLART, Sylvie LEGRAIN, Philippe ROBERT, Omar TARSISSI

Réunion : 13 juin 2007

- Armelle DESPLANQUES, Benoît LAVALLART, Nathalie RIOLACCI

Réunion : 13 juillet 2007

- Armelle DESPLANQUES, Sylvie LEGRAIN, Sandrine BUSCAIL, Nathalie RIOLACCI, Bruno BALLY

Synthèse finale et relecture : septembre – octobre 2007

Groupes de travail pour l'élaboration des actions

Dépression et signes anxieux chez le sujet âgé Philippe ROBERT, Caroline DE CACQUERAY, Stéphanie PIN, Jean-Philippe FLOUZAT, François PAILLE, Anne JOLIVET, Catherine DEGUINES, Nathalie DUMARCET, Christine CHAN CHEE, Thierry GALLARDA, Armelle DESPLANQUES, Olivier DRUNAT, Louis MERLE, Pierre VIDAILHET, Maryse LAPEYRE MESTRE

Réunions : 24 janvier 2007 – 26 février et 12 mars 2007

Insomnie chez le sujet âgé et primoprescription des benzodiazépines Joël BELMIN, Marie-Anne COURNE, Omar TARSISSI, Alain FRANCO, Jean LAMARCHE, Sylvie LEGRAIN, Stéphanie PIN, Michel DEPINOY, Christine CHAN CHEE, Jean-Pierre GIORDANELLA, Armelle DESPLANQUES, Maryse LAPEYRE MESTRE, Marie Françoise VECCHIERINI, Patrick LEVY, Sylvie PAROLA, Hakki ONEN

Réunions : 20 décembre 2006 – 14 février et 21 mars 2007

Troubles du comportement chez le sujet âgé Benoît LAVALLART, Jean-Philippe FLOUZAT, Philippe ROBERT, Florence PASQUIER, Florence LEBERT, Armelle DESPLANQUES, Nathalie RIOLACCI

Réunions : 25 janvier 2007 et 6 avril 2007

Pharmacologie des psychotropes chez le sujet âgé Olivier BLIN, Michael SPEDDING, Patrick MARTIN, Michel HAMON, Christophe ARBUS, Jean COSTENTIN, Alexandre MEARY, Régis BORDET, Maryse LAPEYRE-MESTRE, Armelle DESPLANQUES

Réunions : 23 janvier 2007

Initiatives Anne JOLIVET, Stéphanie PIN, Armelle DESPLANQUES

Réunions : 5 février 2007 – 12 février 2007 – 13 mars 2007

Groupe de travail pour l'élaboration des recommandations

Modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le patient âgé Jean DOUCET, Patrice DOSQUET, Brice KITIO, Joël BELMIN, Sylvain DAILLY, Marie-Laure GUILLOU, Alain GAUBERT, Patrick FREMONT, Francis ABRAMOVICI, Anne-Marie BAQUE-GENSAC, Michel MAILLARET, Sylvie BONIN-GUILLAUME, Catherine DEGUINES, Armelle DESPLANQUES, Valérie IZARD, François DUMEL, Françoise HARAMBURU, Marie-Françoise VECCHIERINI, Joëlle MICALLEFF-ROLL

Réunions : 13 novembre 2006 – 6 février 2007 – 15 mars 2007 – 27 mars 2007

Coordination HAS

Référent : Armelle DESPLANQUES-LEPERRE **Documentation** : Emmanuelle BLONDET **Secrétariat** : Djamila GUENFOUDI, Corinne CAMIER

Calendrier général de septembre 2006 à septembre 2007

Septembre 2006 5 septembre 2006 (Plénière)
Octobre 2006 10 octobre 2006 (Plénière)
Novembre 2006 13 novembre 2006 (Arrêt des BZD) – 20 novembre 2006 (Référents)
Décembre 2006 20 décembre (Troubles du sommeil)
Janvier 2007 23 janvier (Pharmacologie) – 24 janvier (Dépression et signes anxieux) – 25 janvier (Troubles du comportement) – 26 janvier (Référents)
Février 2007 5 février 2007 (Initiatives) – 6 février (Arrêt des BZD) – 12 février 2007 (Initiatives) – 14 février (Troubles du sommeil) – 26 février (Dépression et signes anxieux)
Mars 2007 12 mars (Dépression et signes anxieux) – 13 mars 2007 (Initiatives) – 15 mars 2007 (Arrêt des BZD) – 21 mars (Troubles du sommeil) – 27 mars 2007 (Arrêt des BZD) – 26 mars (Référents)
Avril 2007 6 avril (Troubles du comportement) – 24 avril (Plénière)
Juin 2007 13 juin (Synthèse technique)
Juillet 2007 4 juillet (Plénière) – 13 juillet (Synthèse technique)
Septembre 2007 17 septembre (Plénière)

PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMELIORATION CONCERTEES COORDONNEES

Ces propositions sont issues des travaux du groupe plénier « prescription des psychotropes chez le sujet âgé » et des sous-groupes thématiques « insomnie et primoprescription de benzodiazépines chez le sujet âgé », « dépression et anxiété chez le sujet âgé », « troubles du comportement chez le sujet âgé », « pharmacologie des psychotropes chez le sujet âgé », « initiatives ».

Des opérateurs ont été cités à titre indicatif pour la réalisation de chaque action. Ce point sera précisé lors de la phase de réalisation du programme.

Actions générales

Les actions générales proposées concernent le suivi du programme au moyen d'un tableau de bord, le sujet âgé, les professionnels de santé ou les médicaments psychotropes. Ces actions améliorent directement ou indirectement les 4 situations pratiques identifiées comme pourvoyeuses de prescriptions inappropriées de psychotropes : troubles du sommeil, dépression, signes anxieux et troubles du comportement.

Plusieurs principes ont été retenus pour les programmes développés sur ces quatre situations cliniques : développer des programmes professionnels portant sur les différentes situations conduisant à la prescription inappropriée de psychotropes, à destination de tous les acteurs de santé (généralistes, spécialistes, hospitaliers, pharmaciens, infirmières, etc.), en y associant un volet d'éducation thérapeutique ; communiquer conjointement dans les revues professionnelles et dans les revues à destination des seniors.

ACTIONS	CALENDRIER envisageable
CONSTITUTION D'UN TABLEAU DE BORD D'INDICATEURS (HAS et groupe de coopération)	2007 – t 0 début 2008
INFORMATION/ÉDUCATION DU SUJET ÂGÉ	
<ul style="list-style-type: none"> PROGRAMMES COURTS « LA SANTE A TOUT AGE » DESTINEE A DES SENIORS AUTONOMES ET PORTANT SUR DIFFERENTES THEMATIQUES SANTE (INPES) Document d'information multithématique dans le cadre du programme de l'Inpes « Vieillir en bonne santé » (avec possibilité d'intégrer des informations sur le sommeil et sur le bon usage des médicaments) (INPES)¹ 	<p>Rediffusion en 2008 (modalités à définir)</p> <p>Non défini</p>
PROFESSIONNELS de SANTÉ	
<ul style="list-style-type: none"> PROGRAMME PILOTE EN MEDECINE AMBULATOIRE EN LIEN AVEC LES PHARMACIENS (HAS ET PARTENAIRES, ORDRE DES MEDECINS ET ORDRE DES PHARMACIENS) PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET ÂGE (PMSA) AVEC DECLINAISON PSYCHOTROPES INCLUANT UN VOLET EDUCATION MALA DE AGE (HAS ET PARTENAIRES) EXPERIMENTATION EN ETABLISSEMENT SUR LE THEME « PSYCHOTROPES ET SUJET AGE » (HAS) JOURNEE DE SENSIBILISATION DES GERIATRES A LA PHARMACOVIGILANCE ET AUX PSYCHOTROPES (DGS/SFGG/CPGF/AFSSAPS), avec présentation des programmes d'EPP sur les différents thèmes des psychotropes ; annonce préalable dans la revue de gériatrie DEVELOPPEMENT D'ESPACES THEMATIQUES SUR LE SITE DE LA HAS SUR LES PSYCHOTROPES ET LES SITUATIONS DE PRESCRIPTION AVEC MISE A DISPOSITION D'OUTILS PRATIQUES AUTOEVALUATION DES PRESCRIPTIONS (HAS – SFPT) : permettre au médecin prescripteur d'analyser et d'améliorer ses prescriptions en disposant des classes pharmacothérapeutiques dans les outils de prescription, notamment dans les logiciels de prescription certifiés 	<p>2008</p> <p>2008</p> <p>2008</p> <p>2008</p> <p>2008</p>
PSYCHOTROPES	
<ul style="list-style-type: none"> PUBLICATION DES RECOMMANDATIONS « MODALITES D' ARRET DES BENZODIAZEPINES ET MEDICAMENTS APPARENTES CHEZ LE PATIENT AGE » (HAS) REVISION DU GUIDELINE EUROPEEN POUR L' OBTENTION DE L' AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE CHEZ LE SUJET AGE (AFSSAPS) CAMPAGNE D'INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE (HAS, AFSSAPS) ciblée sur la primoprescription des benzodiazépines, dont PUBLICATION DANS LE BULLETIN DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS d'un article dédié à la primoprescription des BZD 	<p>2008 – 2009</p> <p>novembre 2007</p> <p>2007 – 2008</p> <p>2009</p>

Actions relatives aux troubles du sommeil

Contexte

Les plaintes relatives au sommeil sont fréquentes (10 à 40 % de la population), mais ne correspondent pas forcément à une insomnie, surtout chez le sujet âgé. Les insomnies avérées ne justifient de toute façon pas d'un traitement au long cours par benzodiazépines ou composés « Z », d'efficacité courte et présentant des effets délétères, en particulier chez le sujet âgé. Cependant, ces plaintes relatives au sommeil sont source d'une forte consommation de ces médicaments. Les Français consomment beaucoup plus de benzodiazépines que les autres pays européens, la tranche des personnes âgées en particulier.

Objectifs stratégiques

Trois objectifs stratégiques essentiels ont été identifiés :

- Changer la représentation de l'insomnie et des somnifères chez le sujet âgé et les soignants ;
- Favoriser une bonne hygiène du sommeil à partir de 65 ans ;
- Diminuer la prescription inappropriée des médicaments à visée hypnotique.

Suivi

Au travers du tableau de bord général « Psychotropes chez le sujet âgé », est proposé un suivi comprenant notamment la consommation des hypnotiques remboursés et en vente libre, ainsi que le nombre de programmes d'évaluation des pratiques « Troubles du sommeil » et de médecins engagés dans ces programmes.

ACTIONS	CALENDRIER envisageable
<ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMMES PROFESSIONNELS DE SANTE EN AMBULATOIRE <ul style="list-style-type: none"> ○ Élaboration de documents supports de non-dispensation de somnifère sans ordonnance (Ordre des Pharmaciens – HAS – AFSSAPS) (formation continue des pharmaciens, brochures patients) ○ Mise à disposition de programmes EPP clés en main pour les médecins généralistes « Troubles du sommeil chez le sujet âgé » (HAS, sociétés savantes de médecine générale) sur la base des recommandations de la SFTG sur l'insomnie, des travaux réalisés par le groupe thématique « Insomnie » et des recommandations sur l'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé. ○ Promotion et mise en œuvre de ces programmes auprès des groupes d'échanges de pratiques (HAS, organismes agréés pour l'EPP) • CAMPAGNE GRAND PUBLIC SOMMEIL (INPES) TV + brochure <ul style="list-style-type: none"> ○ Études sur les représentations sociales du sommeil, des troubles du sommeil et des moyens de prévention ○ Selon les résultats des études, communication envisageable (cibles, contenu et modalités à définir) • CAMPAGNE GRAND PUBLIC INSOMNIE/SOMNIFERES – ANXIETE/TRANQUILLISANTS (HAS, AFSSAPS) 	<p>2008</p> <p>2008</p> <p>2009</p> <p>FIN 2007 – DEBUT 2008</p> <p><i>non défini</i></p> <p>2009</p>

Actions relatives à la dépression

Contexte

Les symptômes dépressifs, fréquents chez le sujet âgé (jusqu'à 25 % en ambulatoire et 45 % en établissement), sont très liés à l'environnement et aux événements de la vie. La prise en compte de ces éléments est primordiale, mais une prise en charge spécifique doit être entreprise, et un traitement antidépresseur associé dans les dépressions caractérisées d'intensité modérée à sévère. Cependant, ce diagnostic de dépression n'est souvent pas porté chez les patients âgés, pour lesquels il existe manifestement en France une sous-prescription d'antidépresseurs et une surprescription de benzodiazépines liée aux signes anxieux souvent présents. De plus, une fois prescrit, le traitement antidépresseur doit être réévalué en raison de résistance nécessitant parfois un changement de médicament antidépresseur, qui doit être poursuivi pendant plusieurs mois.

Les conséquences de la prise en charge non optimale de la dépression sont graves, avec chaque année en France 1 700 morts par suicide chez les plus de 75 ans. Mais la dépression non ou mal traitée est également pourvoyeuse d'hospitalisations et de mortalité évitables, liées à la mauvaise observance générale du traitement et à la dénutrition qu'entraîne un état dépressif chronique. Les patients déprimés prenant mal leurs médicaments, leurs pathologies chroniques décompensent, aggravées par le mauvais état nutritionnel, imposant souvent le recours à l'hospitalisation.

Objectifs stratégiques

Cinq objectifs stratégiques essentiels ont été identifiés :

- Améliorer le diagnostic et la prise en charge de la dépression du sujet âgé, notamment la durée de traitement ;
- Favoriser le suivi et l'observance en proposant des stratégies adaptées ;
- Prendre en charge la polyopathie ;
- Prendre en charge l'environnement ;
- Faire baisser le taux de suicide.

Suivi

Au travers du tableau de bord général « Psychotropes chez le sujet âgé », est proposé un suivi comprenant notamment la consommation des antidépresseurs, l'évolution de la durée de traitement, la mortalité par suicide chez le sujet âgé, ainsi que le nombre de programmes d'évaluation des pratiques « Dépression » et le nombre de médecins engagés dans ces programmes.

ACTIONS	CALENDRIER envisageable
<ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMMES PROFESSIONNELS DE SANTE <ul style="list-style-type: none"> ○ « Dépression » (DGS – SFGG – FFAMCO – CPGF – FFP) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expérimentation MOBIQUAL « Dépression du sujet âgé » mallette d'outils de mise en œuvre des bonnes pratiques sur la « dépression » expérimentée dans les EHPAD (Aquitaine) et en médecine ambulatoire (Alpes-Maritimes) dans le cadre du plan Santé Mentale ▪ Diffusion élargie et programmes d'EPP en ambulatoire et en établissement ○ « PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET ÂGE » (PMSA) avec déclinaison des psychotropes incluant repérage, diagnostic et prise en charge de la dépression (HAS et partenaires) • CAMPAGNE DEPRESSION (INPES) <ul style="list-style-type: none"> ○ information auprès du grand public (patients/entourage) pour favoriser le diagnostic ○ communication spécifique auprès des publics âgés • ANTIDEPRESSEURS <ul style="list-style-type: none"> ○ PLAN GESTION RISQUE (AFSSAPS) : études ciblées sur le risque des antidépresseurs chez les très âgés (chute, perte d'appétit/dénutrition, etc.) ○ Études postinscription* (HAS) : sollicitation de l'avis de la Commission de la Transparence sur l'opportunité de développer des études postinscription pour la sous population des patients très âgés lors des prochaines révisions d'antidépresseurs 	<p>sept 2007 – juin 2008</p> <p>fin 2008 2008</p> <p>octobre/novembre 2007 <i>non défini (au plus tôt 2009)</i></p> <p>à l'étude</p> <p><i>faisabilité à évaluer</i></p>

* Inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux et/ou sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et divers services publics dans l'indication et posologie de l'AMM.

Actions relatives aux signes anxieux

Contexte

Les signes anxieux sont un fréquent motif de consultation du sujet âgé, cachant en réalité le plus souvent une dépression. Ces signes peuvent aussi traduire des difficultés d'adaptation, appelées « stress ». Rarement, dans 3 à 10 % des cas, ces signes anxieux du sujet âgé entrent dans le cadre de maladies spécifiques dénommées « troubles anxieux », tels les troubles anxieux généralisés. Ces différents cadres diagnostiques sont mal identifiés en pratique courante par les professionnels.

Dans tous les cas diagnostiques (signes anxieux, troubles anxieux, stress) les benzodiazépines ont peu de place dans la prise en charge, et en particulier en utilisation prolongée. Or il existe une sur prescription de benzodiazépines anxiolytiques en France, avec des effets délétères.

Objectifs stratégiques

Cinq objectifs stratégiques essentiels ont été identifiés :

- Améliorer la prise en charge des signes ou symptômes anxieux ;
- Informer le corps médical des causes les plus fréquentes : dépression, stress et trouble anxieux généralisé ;
- Préciser la prise en charge des troubles anxieux du sujet âgé et la place restreinte des benzodiazépines ;
- Rappeler les effets réels et délétères des benzodiazépines chez le sujet âgé ;
- Diminuer la prescription des anxiolytiques.

Suivi

Au travers du tableau de bord général « Psychotropes chez le sujet âgé », est proposé un suivi comprenant notamment la consommation des antidépresseurs et des anxiolytiques.

ACTIONS	CALENDRIER envisageable
<ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMMES PROFESSIONNELS DE SANTE <ul style="list-style-type: none"> ○ Mise à disposition de programmes clés en mains pour les médecins généralistes à propos des « Signes anxieux chez le sujet âgé » (HAS, sociétés savantes de médecine générale) combinée avec <ul style="list-style-type: none"> - les recommandations sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le patient âgé - les programmes professionnels de santé « Dépression » (DGS – SFGG – FFAMCO – CPGF – FFP) 	2008
<ul style="list-style-type: none"> • CAMPAGNE GRAND PUBLIC ANXIOLYTIQUES/ANXIETE ; HYPNOTIQUES/INSOMNIE (HAS, AFSSAPS) 	2009

Actions relatives aux troubles du comportement

Contexte

Les troubles du comportement dits « productifs » – cris, agitation, agressivité, déambulation – survenant dans la maladie d'Alzheimer (et pathologies apparentées) sont à distinguer des troubles du comportement liés à une confusion, événement brutal nécessitant un bilan somatique. Ces deux situations sont pourvoyeuses d'une surprescription des neuroleptiques, très délétère et sans intérêt.

En cas de survenue d'agitation ou de cris chez un patient souffrant de démence, des techniques de soins appropriées permettent d'éviter le recours aux neuroleptiques ou autres sédatifs. Ces techniques de soins – non complètement validées ni modélisées – ne sont pas connues des professionnels, donc peu, voire pas du tout utilisées.

Dans les cas de confusion, une sédation sera plus souvent nécessaire pour réaliser le bilan somatique, mais cette sédation doit être mesurée et de courte durée. Les recommandations aujourd'hui sur ce sujet ne sont ni valides ni homogènes.

Objectifs stratégiques

Quatre objectifs stratégiques essentiels ont été identifiés :

- Clarifier les deux situations pour les soignants et les familles en proposant des réponses concrètes ;
- Prévenir ces situations « de crise » par un meilleur environnement et des techniques de soins adaptées ;
- Restreindre la prescription au long cours de neuroleptiques et des traitements sédatifs (benzodiazépines) aux psychoses et aux syndromes délirants avérés ;
- Ne prescrire ni neuroleptiques ni autre sédatif au long cours dans les troubles du comportement dits « productifs » du patient dément.

Suivi

Au travers du tableau de bord général « Psychotropes chez le sujet âgé », est proposé un suivi comprenant en particulier la consommation des neuroleptiques et des benzodiazépines, notamment en EHPAD.

ACTIONS	CALENDRIER envisageable
<ul style="list-style-type: none"> • MEPROBAMATE (AFSSAPS) : Restriction des indications et de la durée du traitement Suivi national des notifications de Pharmacovigilance 	2007
<ul style="list-style-type: none"> • RECOMMANDATIONS (HAS) <ul style="list-style-type: none"> ○ « modalités de sédation lors d'une confusion chez le sujet âgé » ○ « prise en charge des troubles du comportement dits « productifs » dans la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée 	2007 – 2008
<ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMMES PROFESSIONNELS DE SANTE <ul style="list-style-type: none"> ○ diffusion du Guide des Bonnes Pratiques en EHPAD (DGS, SFGG) ○ diffusion de la formation à la bientraitance en établissement (SFGG – DGS – CPGF) ○ <i>volet spécifique troubles du comportement</i> ○ guide « Prise en charge des troubles du comportement » pour les aides à domicile et aide soignantes (DGS – France Alzheimer) 	2008 2008
<ul style="list-style-type: none"> • NOUVEAU METIER « EXPERT EN SOINS GERONTOLOGIQUE » personnel des EHPAD et établissements de santé, aides à domicile, (DGS – DGAS) 	fin 2007 2008 2009
<ul style="list-style-type: none"> • ÉVOLUTION DES MISSIONS DES MEDECINS GENERALISTES ET COORDONNATEURS en EHPAD 	2009
<ul style="list-style-type: none"> • FILIERE DE SOINS POUR LES TROUBLES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX DU SUJET AGE (DGS – DHOS) : mettre à disposition des médecins généralistes une filière de soins adaptée en réfléchissant à la place des hôpitaux de jour gériatriques et psychogériatriques. 	2008 – 2009
	2008 – 2009

Actions relatives à la recherche

CONSTITUTION D'UNE COMMISSION RECHERCHE

Il est proposé de constituer une commission dédiée aux projets de recherche afin d'aider au mieux à l'aboutissement des projets jugés prioritaires.

MISSIONS DE LA COMMISSION

- BILAN DES APPELS D'OFFRE EN LIEN AVEC LA HAS ET SES PARTENAIRES ;
- PROPOSITION D'APPEL A PROJETS RECHERCHE HAS 2008 « Organisation des soins autour des personnes âgées » ;
- DEMANDE DE THEME DE PHRC « Psychotropes et sujet âgé » ;
- IDENTIFICATION DES ÉQUIPES DE RECHERCHE POTENTIELLES ;
- PRIORISATION.

PROJETS DE RECHERCHE PROPOSES

Psychotropes

- Validation de stratégies d'arrêt des benzodiazépines ou médicaments apparentés (à partir des recommandations publiées).

Insomnie

- Effets de la luxthérapie, de la relaxation et de l'activité physique (à mettre en œuvre par des professionnels non médecins) sur le sommeil du sujet âgé.
- Optimisation du diagnostic et de la prise en charge des syndromes d'apnée du sommeil chez le sujet âgé : méthodes pour identifier les insomnies secondaires, notamment les troubles respiratoires et neurologiques (échelles d'évaluation/PHRC).
- Éducation thérapeutique : programmes de séquences éducatives par des médecins et des professionnels de santé non-médecins.

Dépression

- Études du rapport bénéfice/risque des antidépresseurs chez les patients très âgés et chez les patients atteints de démence.
- Étude de l'efficacité et de la faisabilité des alternatives non médicamenteuses (hors TCC) dans les épisodes dépressifs caractérisés.
- Évaluation d'une prise en charge globale (pathologie somatique – environnement – psychologie) pour les symptômes dépressifs (hors épisode caractérisé) chez le sujet âgé.

Anxiété

- Élaboration d'une évaluation de stress spécifique au sujet âgé.
- Étude de la représentation de l'anxiété et des traitements de l'anxiété du sujet âgé chez les malades, médecins et soignants.

Troubles du comportement

- Étude comparative de différentes stratégies de prise en charge des états confusionnels du sujet âgé en milieu hospitalier (urgences, services).
- Étude comparative de différentes stratégies de prise en charge des troubles productifs du comportement du sujet âgé.

Pharmacologie des psychotropes et sujet âgé

- Évaluation du potentiel de pharmacodépendance des médicaments en automédication (doxylamine*, antiH1).
- Évaluation des effets résiduels des psychotropes chez le sujet âgé.
- Effet cognitif à court et long terme des psychotropes chez le sujet âgé.
- Conduite des études de pharmacologie chez le sujet âgé.
- Évaluer la dépendance aux benzodiazépines ou apparentés chez des sujets âgés de 65 ans ou plus consommateurs réguliers.

Projets en cours ou déjà financés :

- *Adaptation et modélisation des thérapies cognitivocomportementales chez le sujet âgé dans les indications principales (insomnie, dépression, anxiété).*
- *Validation d'échelle de dépistage de la dépression pour les soignants (PHRC OMAE).*
- *Recherche-action sur les alternatives non médicamenteuses en EHPAD : évaluation de l'efficacité de la formation des soignants aux techniques de soins appropriées à la prise en charge des troubles du comportement.*
- *Étude des prévalences des pathologies mentales en EHPAD INVS.*
- *Étude multicentrique sur l'évaluation des techniques de soins en établissement de santé et en EHPAD (PHRC).*
- *Études sur les représentations sociales du sommeil, des troubles du sommeil et des moyens de les prévenir (grand public, y compris personnes âgées) – INPES.*

SUIVI OPERATIONNEL

De nombreux travaux de recherche, enquêtes épidémiologiques ou analyses de données de prescription, relatifs aux psychotropes et au sujet âgé, sont entrepris ou programmés par les participants au groupe de coopération. Leur liste est détaillée ci-dessous. La mutualisation des données essentielles au sein d'un tableau de bord « Psychotropes chez le sujet âgé », permettra à tous de suivre l'impact des actions concertées et coordonnées. Il est proposé un suivi opérationnel autour de ce tableau de bord, particulièrement ciblé sur quelques actions phares significatives. Un groupe de travail dédié « Tableau de bord Psychotropes et sujet âgé » est mis en place afin de préciser le contenu opérationnel et la forme de ce tableau de bord, au regard des conclusions du groupe de coopération. Un groupe de suivi opérationnel devra être constitué notamment avec des représentants de l'ensemble des professionnels de santé concernés.

Données de suivi disponibles

ACTIONS	CALENDRIER envisageable
<p>Constitution du tableau de bord : mutualisation et sélection des données (HAS et groupe de coopération)</p>	<p>Groupe de travail « Tableau de bord » 4^{ème} trimestre 2007</p>
<p>Données relatives aux psychotropes et aux pathologies</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SUIVI GLOBAL des PSYCHOTROPES chez les plus de 75 ans <ol style="list-style-type: none"> a. Benzodiazépines (BZD), hypnotiques, antidépresseurs b. consommation d'anti H1, méprobamate c. primoprescription de BZD et apparentés par tranches d'âge d. neuroleptiques injectables CNAMTS, RSI, MSA : selon les données déjà disponibles et sur Epibam 2. ÉTUDE SANTÉ MENTALE en EHPAD (INVS) : prévalence des troubles mentaux et traitement complet dont les psychotropes 3. PRESCRIPTIONS EN EHPAD (DGS) : mise en place d'une informatisation des prescriptions permettant une analyse des prescriptions de psychotropes 4. ENQUÊTE SENTINELLE (INVS) : enquête auprès de médecins généralistes sur la prescription de psychotropes chez le sujet âgé à domicile 5. PHARMACOVIGILANCE SUJET ÂGÉ (AFSSAPS) : suivi des notifications et effets indésirables graves chez les plus de 70 ans 6. ENQUÊTE SOMMEIL (IRDES/INVS) : recueil déclaratif des troubles du sommeil et des traitements (module spécifique dans une enquête de santé et protection sociale) 7. ENQUÊTE IMS health (AFSSAPS) : tendance de consommation des psychotropes notamment des médicaments en vente libre (antiH₁) 8. REQUÊTE EPIBAM (INVS) : durée de traitement par antidépresseurs 9. TAUX DE SUICIDE (données disponibles INSERM) chez les plus de 75 ans 10. PROGRAMME MOBIQUAL « Dépression du sujet âgé » (DGS SFGG, CPGF, FFP) en EHPAD et en ambulatoire 11. BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION « CONSULTATION DE PRÉVENTION » (DGS) au cours de laquelle la dépression est abordée 12. ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (Groupe de travail « Tableau de bord ») 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2008 2. étude pilote 2^{ème} semestre 2008 3. à étudier 4. fin 2007 5. 2008 6. 2008 7. 2008 8. 2008 9. disponibles chaque année 10. sept 2007-juin 2008 11. 2007-2008 12. faisabilité à évaluer
<p>Données relatives aux professionnels mobilisés sur le sujet des psychotropes</p> <ul style="list-style-type: none"> • PROGRAMMES d'évaluation des pratiques sur les psychotropes (HAS) • MEDECINS ENGAGES dans ces programmes (HAS) 	<p>2008 (annuel) 2008 (annuel)</p>

Actions phares

*Ces actions prévisionnelles seront adaptées aux contraintes opérationnelles et enrichies des retours des praticiens. Certains membres du groupe de coopération se sont proposés pour s'impliquer sur ces actions et le suivi opérationnel dans le cadre de la démarche participative. Ces travaux ayant vocation à s'enrichir de tous les acteurs de la thématique, **d'autres participants pourront également être associés.** Un groupe de suivi opérationnel devra être constitué notamment avec des représentants de l'ensemble des professionnels de santé concernés.*

proposition de suivi opérationnel autour d'actions phares					
Indicateurs généraux	Axes stratégiques	Actions phares	Référents pour le suivi opérationnel	Indicateurs spécifiques	Année
tableau de bord général de consommation des psychotropes en France	Optimisation de la prescription chez le sujet âgé en ambulatoire, application aux psychotropes	programmes pilotes en médecine ambulatoire PMSA (prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) en lien avec les pharmaciens et autres partenaires	William JUNOD Ordre des Médecins Jean LAMARCHE Ordre des Pharmaciens Sylvie LEGRAIN Sandrine BUSCAIL Haute Autorité de Santé	Nb de médecins et de pharmaciens dans le programme Consommation de psychotropes	2008 2009
	Dépression du sujet âgé	programmes « Dépression du sujet âgé » pour les professionnels de santé en EHPAD et en médecine générale	Philippe ROBERT Fédération française de psychiatrie Genenviève RUAULT Société française de gériatrie et de gérontologie Marcel-Jean MILLOT Direction générale de la santé	Nb de médecins entrés dans le programme % fiche de suivi dépression renseignée dans le dossier patient Consommation et durée de traitement par antidépresseurs	2008
	Benzodiazépines, troubles du sommeil et anxiété	campagne Grand public : "Insomnie et somnifères, anxiété et anxiolytiques"	Joel BELMIN Société française de gériatrie et de gérontologie Jean-Pierre GIORDANELLA Plan Sommeil Isabelle DESSALLES Haute Autorité de Santé	Consommation de benzodiazépines	2009
	Troubles du comportement et maladie d'Alzheimer	diffusion de la formation à la bientraitance en établissement (SFGG – DGS - CPGF) : volet spécifique troubles du comportement	Alain FRANCO Collège professionnel des gériatres français Nathalie MAUBOURGUET-AKE Fédération des Médecins coordonnateurs en EHPAD Benoit LAVALLART Direction générale de la santé	Consommation de neuroleptiques 2008 - 2009 Nb de programmes EPP	2009
	Améliorer le langage et les outils de prescription	homologation des classes pharmacothérapeutiques pour une mise à disposition des professionnels	Olivier BLIN Société française de pharmacologie et de thérapeutique Omar TARSISSI Mutualité sociale agricole Nathalie RIOLACCI Valérie IZARD Haute Autorité de Santé	Constitution du tableau de bord fin 2007 avec classes pharmacothérapeutiques Psychotropes Mise à disposition principales classes pharmacothérapeutiques fin 2008	2008
	Recherche	Programme de recherche sur les psychotropes	Jean DOUCET Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique Sylvie LEGRAIN Société française de gériatrie et de gérontologie Armelle DESPLANQUES Haute Autorité de Santé	Nb de projets de recherche menés en 2008 - 2009	2008 2009

RAPPORTS DES GROUPES DE TRAVAIL POUR L'ELABORATION DES ACTIONS

PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET ÂGÉ



RAPPORT DU GROUPE THÉMATIQUE
BASE DE TRAVAIL POUR LE GROUPE DE RÉFLEXION ET COOPÉRATION
(AVRIL 2007)

TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ LE SUJET ÂGÉ
Insomnie chez le sujet âgé et primoprescription des benzodiazépines
ETAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

RESPONSABLE :	Joël BELMIN
PARTICIPANTS :	Christine CHAN CHEE Marie-Anne COURNE Michel DEPINOY Armelle DESPLANQUES Alain FRANCO Jean-Pierre GIORDANELLA Anne JOLIVET Jean LAMARCHE Sylvie LEGRAIN Stéphanie PIN Omar TARSISSI
EXPERTS :	Maryse LAPEYRE MESTRE Patrick LEVY Louis MERLE Hakki ONEN Sylvie ROYANT-PAROLA Marie-Françoise VECCHIERINI

TROUBLES DU SOMMEIL

1- CONNAISSANCE DES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATIONS SUR CE SUJET : CE QU'IL Y A ET CE QUI MANQUE

REPRESENTATION

Peu de données sont disponibles en France sur la représentation du sommeil, tant chez les soignants que dans le grand public.

DIAGNOSTIC

Il existe dans les recommandations existantes les données permettant d'établir le diagnostic d'insomnie face à des plaintes concernant le sommeil chez le sujet âgé. Les recommandations sont extrapolables au sujet âgé, et permettent d'identifier les typologies d'insomnies. Cependant, les **indications et les modalités de la recherche d'insomnies secondaires** telles que les anomalies respiratoires nocturnes, le syndrome des jambes sans repos et les mouvements périodiques des membres font discussion, en particulier la place de questionnaires et/ou de l'actimétrie.

TRAITEMENT/MEDICAMENTS PSYCHOTROPES HYPNOTIQUES

Des contradictions entre recommandations et avis d'experts : dans les recommandations concernant le traitement de l'insomnie chronique, les hypnotiques n'ont aucune place, en 1^{ère} intention comme après échec des autres approches (tout comme dans l'AMM). Cependant, les experts les proposent dans certaines insomnies chroniques rebelles, en traitement discontinu, par exemple 3 nuits par semaine. Dans les recommandations, il n'y a pas d'indication en termes de durée de traitement dans l'insomnie chronique, puisque les hypnotiques ne sont pas recommandés.

Dans les cas d'insomnie aiguë sévère, les recommandations proposent un éventuel traitement hypnotique court (AMM), alors que ceci a été remis en question par les experts du groupe.

? TRAITEMENT/ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES

Les **approches non médicamenteuses** (thérapies cognitivocomportementales, luxthérapie, etc.) préconisées ne sont **pas évaluées chez le sujet âgé**, tant en termes d'efficacité que de faisabilité. La place de la phytothérapie est à définir.

FILIERE DE SOINS

Le médecin traitant est l'acteur essentiel, mais se pose le problème de son manque de formation. Les situations dans lesquelles un recours au spécialiste est justifié sont précisées : neurologue, psychiatre, pneumologue, centre du sommeil, etc. Une synthèse pratique pourrait en être extraite. Aucune précision n'est apportée dans les recommandations sur le suivi d'un sujet âgé insomniaque.

TROUBLES DU SOMMEIL

2- CONNAISSANCE DES PRATIQUES RÉELLES

DONNEES DE PREVALENCE

Il existe une grande variabilité de prévalence des troubles du sommeil dans la population générale de 10 à 40 %, selon les enquêtes. Ces enquêtes transversales posent de plus le problème de ce qui est qualifié de troubles du sommeil, car il n'y a pas de diagnostic médical. Une étude menée en 1997 (D. Leger) auprès de 12 778 personnes âgées de 18 ans et plus retrouvait une prévalence de 19 % d'un trouble du sommeil au moins 3 nuits par semaine avec retentissement diurne (insomnie), et 9 % d'insomnie sévère (critères DSM IV). La prévalence de syndrome d'apnée du sommeil pourrait atteindre 30 % des sujets âgés.

Le rapport du groupe-sommeil souligne le besoin de disposer d'enquêtes épidémiologiques, en population générale, sur les troubles du sommeil et leurs conséquences.

DONNEES DUR LES FILIERES DE SOINS

Le médecin traitant généraliste est le mieux placé pour rechercher et prendre en charge les plaintes du sommeil du sujet âgé, qui sont très souvent liées à des pathologies associées. Le recours aux spécialistes peut ensuite concerner de fait de nombreuses autres disciplines somatiques soit pour avancer dans le diagnostic de maladies associées, soit pour explorer une pathologie du sommeil, qui là encore peut relever de diverses spécialités (pneumologie, neurologie, psychiatrie, etc.).

Données de pharmaco-épidémiologie

Les données soulignant la forte consommation de BZD chez les sujets âgés en France (1/3) sont nombreuses et concordantes. Les durées de prescription des hypnotiques sont très au-delà des 4 semaines préconisées, tandis que les études de l'efficacité portent sur des périodes le plus souvent inférieure à 15 jours. Il est difficile de faire la part entre les prescriptions pour anxiété, insomnie, ou dépression, tout comme le caractère approprié ou non de cette prescription. D'après la seule enquête disponible en France auprès de 6 000 médecins généralistes (D. Leger), les BZD ne seraient pas prescrites en 1^{ère} intention dans l'insomnie, mais seulement si retentissement, demande insistante du patient et/ou pathologie psychiatrique. Une enquête réalisée par le centre de pharmacovigilance de Limoges retrouvait 38 % de consommateurs de BZD chez les plus de 70 ans.

L'enquête MSA menée par le Dr Tarsissi montre que les primoprescriptions de BZD chez les sujets de plus de 65 ans (définis comme vierges de prescription de BZD au cours des 6 mois précédents) résultent d'ordonnances de médecine de ville très majoritairement, et peu d'ordonnances hospitalières.

Avec toutes les précautions liées aux limites méthodologiques, la méta-analyse de Glass suggère un rapport bénéfice/risque défavorable des hypnotiques chez le sujet âgé de plus de 60 ans (rapport de 2 entre le nombre de patients traités bénéficiant d'une amélioration du sommeil et le nombre de patients présentant un évènement indésirable).

La balance bénéfice/risque apparaît ainsi défavorable chez le sujet âgé, qu'il s'agisse des BZD ou des composés Z. Les données sont insuffisantes sur la tolérance des composés Z, mais des données sont disponibles sur le risque de chute lié à leur utilisation.

Les effets indésirables des BZD chez le sujet âgé portent essentiellement sur : **état cognitif et détérioration, chutes**, mais aussi surdosage ; dépression respiratoire, hypotension artérielle, incontinence urinaire.

(cf. rapport spécifique « Pharmacologie des psychotropes chez le sujet âgé »)

TROUBLES DU SOMMEIL

3- RETOUR D'EXPÉRIENCE : INITIATIVES MENÉES EN FRANCE

De nombreuses actions et initiatives diverses ont été identifiées en France, sur le thème des psychotropes chez le sujet âgé. Plusieurs sont générales (ciblées sur les psychotropes ou le bon usage des médicaments en gériatrie), mais certaines concernent spécifiquement le sommeil, l'insomnie et son traitement, avec de nombreux outils d'informations des médecins et du public.

Le plan Sommeil à venir va comporter notamment plusieurs actions menées par l'Inpes (étude qualitative sur les connaissances et les représentations, et une campagne d'information grand public et professionnels) ; des actions de sensibilisation auprès des assurés de l'Assurance maladie, etc.

Le plan Bien vieillir 2007-2009 qui s'inscrit dans la dimension européenne du *Healthy Aging* promeut notamment le lien social et les règles d'hygiène de vie qui participent à la prévention des troubles du sommeil.

La campagne télévisuelle « La santé à tout âge », conduite actuellement par l'Inpes, comporte un spot spécifiquement ciblé sur l'insomnie du sujet âgé.

Dans le cadre de la convention de l'Assurance maladie avec les médecins généralistes et spécialistes libéraux, un objectif de baisse de la prescription d'anxiolytiques et hypnotiques, portant essentiellement sur les BZD à demi-vie longue, a été retenu en 2005 et reconduit en 2006-2007. Une fiche MémoBenzo, validée par la HAS propose une aide au choix d'une benzodiazépine chez les sujets de plus de 75 ans. Une baisse de 5,9 % des dépenses de remboursement a été enregistrée au 1^{er} semestre 2006. Des déclinaisons régionales variées ont été mises en œuvre. Parmi elles, celle de l'Urcam de Franche-Comté a mené un programme global de sensibilisation sur l'usage des somnifères et tranquillisants (affiches pour les salles d'attente, spots TV, etc.), avec des résultats positifs. Des actions ciblées sur l'insomnie ont été conduites auprès des médecins généralistes et du grand public, avec élaboration par les professionnels d'outils « Insomnie » à destination du médecin comme du patient, sous la forme d'ordonnancier.

Par ailleurs, d'autres initiatives menées par ou avec les médecins ont eu un impact positif sur les pratiques (arrêt des hypnotiques et BZD chez les plus de 70 ans : Partenaires de santé de l'*Argonne* ; analyse critique des ordonnance des plus de 65 ans : MEPAPL, association Prosom, etc.). Il existe un grand dynamisme de la profession médicale autour du thème du sommeil, qu'il s'agisse de la médecine générale, acteur des soins primaires (recommandations 2007) ou des nombreuses disciplines impliquées dans les pathologies du sommeil.

TROUBLES DU SOMMEIL

4- PROPOSITIONS PRÉLIMINAIRES DU GROUPE

1.1 ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE

- Accidentologie et usage de psychotropes (observatoire national) ;
- Proposer d'utiliser les termes précis du DSM IV dans le libellé de l'AMM pour éviter la confusion entre mot de la langue courante et le diagnostic médical (exemple : insomnie, anxiété, dépression, etc.).

RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE CLINIQUE

- bibliographie spécifique : traitement par BZD en discontinu dans les insomnies chroniques rebelles ;
- bibliographie spécifique : prévalence des syndrome d'apnée du sommeil (SAS), syndrome des jambes sans repos (SJSR) et mouvements périodiques des membres (MPM) chez le sujet âgé.

PROGRAMMES PROFESSIONNELS/ÉDUCATION PATIENTS

- Actions envers la pratique des médecins :
 - Mieux faire connaître la définition de l'insomnie ;
 - Faire connaître la démarche clinique vis-à-vis d'un patient qui se plaint de mal dormir (recherche de comorbidités, analyse de la plainte) ;
 - Mieux faire connaître l'efficacité de l'information/éducation et des techniques non médicamenteuses (efficacité des techniques non médicamenteuses démontrée chez le sujet jeune ; à démontrer chez le sujet âgé) ;
 - Souligner la faible efficacité des hypnotiques à long terme et leurs effets indésirables : nombre limité d'indications ;
 - Informer de la prévalence des SAS, MPM et SJSR chez le sujet âgé (bilan à réaliser) ;
 - Actions d'EPP soulignant le chemin clinique.
- Actions envers les pharmaciens et les autres professionnels de santé non-médecins :
 - Que répondre à un patient qui réclame un médicament pour dormir en officine ? : formation continue (EPP ?) des pharmaciens, brochures patients.

CAMPAGNE MEDIA GRAND PUBLIC

- Information sur le sommeil normal et les hypnotiques, modifier les représentations ;
- Faire connaître les règles d'hygiène de vie et du sommeil.

RECHERCHE CLINIQUE PHARMACOLOGIQUE

- Méthodes pour identifier les insomnies secondaires chez les sujets âgés, notamment les troubles respiratoires et neurologiques (échelles d'évaluation/PHRC) ;
- Adaptation et mise en place en ambulatoire des thérapies cognitivocomportementales et de la restriction du sommeil chez les sujets âgés ;
- Recherche sur les effets de la luxthérapie et de la relaxation sur le sommeil du sujet âgé.

RECHERCHE PSYCHOSOCIALE

- Étude sur la représentation des hypnotiques et de l'insomnie chez les professionnels.

TROUBLES DU SOMMEIL

TABLEAU RECAPITULATIF

EXISTANT – EN COURS – PROPOSITIONS A DISCUTER EN PLENIERE

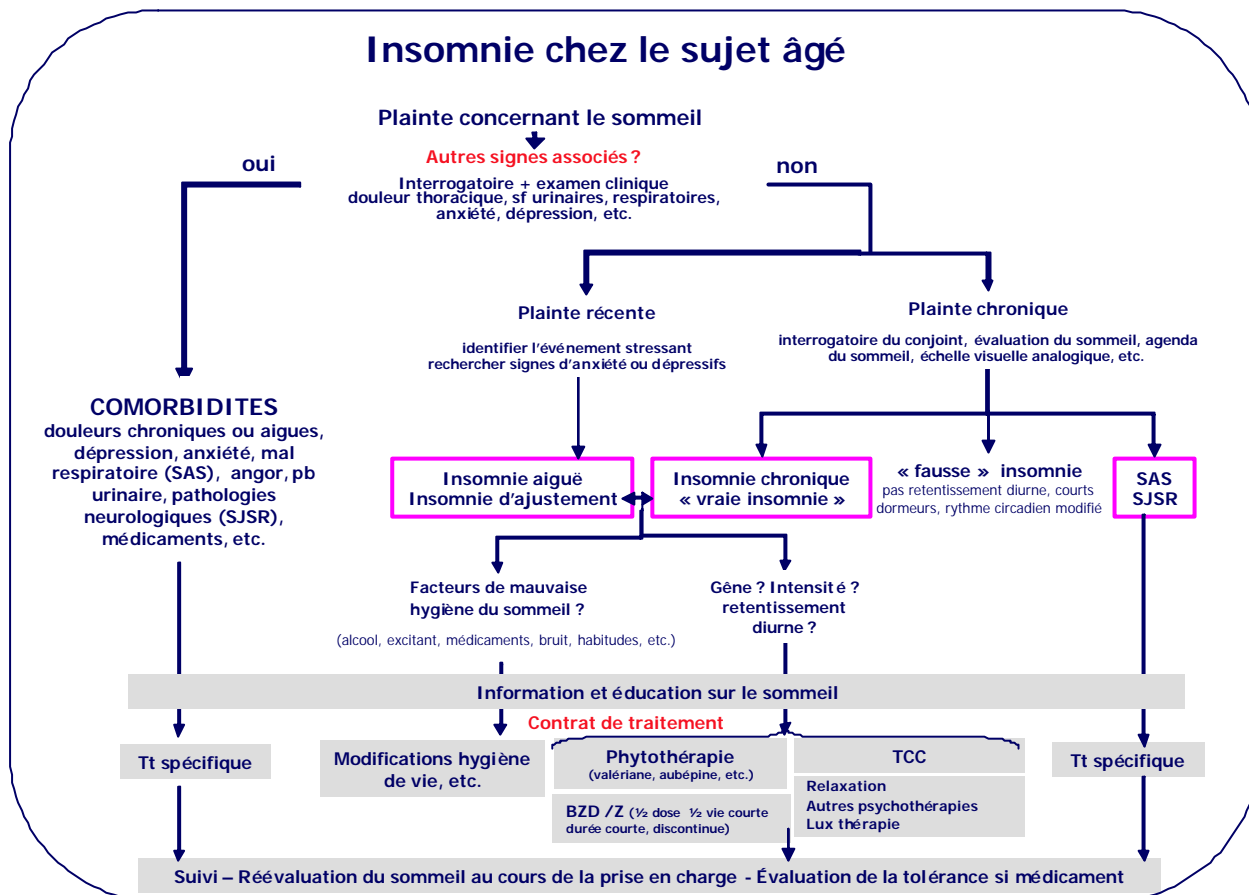
Insomnie chez le sujet âgé					
existant propositions en cours propositions à discuter	REPRESENTATION et DIAGNOSTIC		PRISE EN CHARGE		
Moyens	Objectifs	Représentation (professionnels de santé grand public)	Diagnostic (améliorer le dc étiologique)	Psychotropes (diminuer benzodiazépines)	Alternatives (médicamenteuses ou non médicamenteuses)
		PLAN SOMMEIL 2007 plans Bien vieillir et Healthy aging			
Actions de santé publique				PLAN SOMMEIL <i>accidentologie et psychotropes (observatoire de la sécurité routière)</i> <i>proposer utiliser les termes du DSMIV dans l'AMM</i>	
Recommandations pratique clinique Documents FMC			HAS : RPC insomnie 2007 <i>PLAN SOMMEIL : repère pour votre pratique INPES /HAS ? Avec outils</i>	Afssaps : prévention iatrogénie/choix BZD 2005 AM/HAS : mémo BZD 2006 recommandations arrêt BZD 2007 HAS	
Programmes professionnels Education patient		URCAM Franche Comté 2006 insomnie - Outil Passeport pour le sommeil [Institut Sommeil Vigilance] <i>Programmes EPP IFMC sur insomnie pour médecins généralistes pour pharmaciens pour soignants</i>		AM / convention anxiolytiques hypnotiques prévention iatrogénie; cumul psychotropes BZD 2006-2008 EPP MSA/Partenaires santé 2006	
Recherche PHRC, phase IV épidémiologie, pharmacologie Psychosociale		PLAN SOMMEIL étude des connaissances et représentations (Dleger) <i>Etude sur la représentation des hypnotiques et de l'insomnie du sujet âgé chez les professionnels</i> enquête réseau sentinelle et INVS sur représentation des psychotropes en MG 2007-2008	<i>Méthodes d'identification des insomnies secondaires du sujet âgé</i> PLAN SOMMEIL Enquête épidémiologique en cours par l'INVS sur les troubles du sommeil		<i>adaptation des TCC et de la restriction du sommeil chez le sujet âgé</i> <i>recherche sur les effets de la luxe sur le sommeil du sujet âgé</i>
Campagne média Grand public		INPES spot TV insomnie - La santé à tout âge - 2007 PLAN SOMMEIL: campagne grand public informations sur le sommeil normal et sur les hypnotiques; sur les règles d'hygiène de vie du sommeil TV en 2008	URCAM Franche Comté 2006 insomnie -		
ces données ne sont pas exhaustives ; se rapporter notamment au rapport sommeil ainsi qu'au bilan détaillé des initiatives pour plus d'informations					

TROUBLES DU SOMMEIL

5- MÉTHODE DE TRAVAIL

5-1 DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE

L'approche choisie est celle de la clinique pratique ambulatoire, d'un médecin généraliste face à un sujet âgé qui présente des plaintes du sommeil, sans traitement préalable par benzodiazépines, de l'étape du diagnostic à celle du traitement.



5-2 QUESTIONS CLES

- Y a-t-il des recommandations pour établir le diagnostic d'insomnie face à des plaintes concernant le sommeil chez le SA? (différence entre plaintes ressenties et troubles objectifs du sommeil); identifier les insomnies secondaires (dépression, SAS, iatrogénie, facteurs favorisants, etc.); comment évaluer la sévérité de l'insomnie?
- Quelles réponses aux troubles du sommeil circonstanciels? Les BZD ont-ils une place? Si oui modalités?
- Quelles sont les approches non médicamenteuses efficaces? Dans quels types d'insomnie?
- Dans quels cas adresser un patient à un spécialiste du sommeil?
- Identifier les typologies d'insomnies? Incidence sur la prise en charge?
- Quels types d'insomnies relèvent d'un traitement médicamenteux?
- Rapport bénéfique/risque des médicaments hypnotiques chez le sujet âgé? En particulier composés « Z » versus BZD, associations d'hypnotiques, etc.?
- Quelle durée pour les traitements médicamenteux de l'insomnie du SA?
- Quel suivi du patient âgé insomniaque?

5-3 SYNTHÈSE DE LA PRISE EN CHARGE

(consensus du groupe de travail)

Comment réagir devant un patient âgé qui se plaint de troubles du sommeil et ne recevait pas jusque là de traitement hypnotique ? En première approche, 4 questions apparaissent comme centrales pour le clinicien :

- Y a-t-il d'autres signes associés (douleur, dépression, etc.) ?
- Y a-t-il des facteurs de mauvaise hygiène du sommeil ?
- Y a-t-il un évènement récent ayant déclenché les troubles du sommeil ?
- Est ce que cette plainte correspond à une insomnie ?

Les 3 premiers points doivent conduire à agir sur les facteurs modifiables, et à voir si cela améliore le sommeil. La notion d'insomnie, en plus de la sensation de mal dormir (quantité ou qualité), inclut le retentissement diurne (fatigue, troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire, du fonctionnement social et affectif), et ceci malgré des conditions favorables (horaire, environnement). Dans tous les cas, information et éducation sur le sommeil doivent être prodiguées. À cette étape, il n'y a pas d'indication à un traitement médicamenteux de l'insomnie.

Si après cette démarche, l'insomnie persiste, malgré les mesures d'hygiène et la prise en charge des comorbidités, une évaluation plus détaillée est nécessaire : elle comporte plusieurs étapes : en particulier agenda du sommeil, interrogatoire du conjoint, notamment à la recherche d'anomalies respiratoires nocturnes (SAS), du syndrome de jambes sans repos (SJSR) et des mouvements périodiques des membres (MPM). (Les indications et modalités de recherche des SAS, SJSR et MPM font discussion, en particulier la place de questionnaires et/ou d'actimétrie). Devant une suspicion de troubles associés au sommeil, et s'il y a indication à une polysomnographie, le malade peut être adressé à un spécialiste de la médecine du sommeil.

Devant une insomnie chronique persistante, il s'agit, en premier lieu, de proposer les techniques non médicamenteuses (relaxation, thérapie cognitivocomportementale [TCC] notamment). Ces techniques sont efficaces, mais encore peu répandues. Valériane et phytothérapie peuvent être utilisées. Les traitements hypnotiques doivent être réservés à l'insomnie chronique sévère, mal soulagée par les techniques non médicamenteuses. La prescription (hors AMM) de benzodiazépines peut être envisagée dans ce cadre, mais toujours pour des durées courtes : leur efficacité à long terme est mal rétablie. En cas, d'inefficacité, il faut arrêter le traitement et non pas augmenter les doses. De plus, les effets indésirables des BZD doivent être connus : troubles de mémoire, effets sédatifs résiduels, chutes et dépendance. On pourrait estimer leur tolérance sur l'effet résiduel matinal. La place des composés «Z» concerne surtout l'insomnie d'endormissement. Ces composés pourraient aussi être impliqués dans le risque de chute. Les antihistaminiques H1 n'ont pas de place dans le traitement de l'insomnie du sujet âgé.

En cas d'insomnie sévère mal soulagée, et/ou persistante, le recours à un spécialiste de médecine du sommeil est conseillé.

5- 4 BIBLIOGRAPHIE INSOMNIE DU SUJET AGE

Recherche documentaire :

La stratégie documentaire va se limiter à la recherche des recommandations de bonne pratique clinique (RPC) existantes et des revues de littérature de la *Cochrane Library* :

Sources documentaires sur la période 2000-2006

Bases de données bibliographiques automatisées :

Medline (*National library of medicine*, États-Unis) ;

La recherche documentaire a été effectuée à partir des mots-clés initiaux suivants :

("Sleep Initiation and Maintenance Disorders" [MeSH] OR Insomnia) AND ("Guideline" [Publication Type] OR "Guidelines" [MeSH] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR "Health Planning Guidelines" [MeSH] OR "Consensus Development Conferences" [MeSH] OR "Consensus Development Conferences, NIH" [MeSH] OR "Consensus Development Conference, NIH" [Publication Type] OR "Consensus Development Conference" [Publication Type] OR "Practice Guidelines" [MeSH] OR "Meta-Analysis" [MeSH] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR "meta analysis" [title] OR "Review Literature" [MeSH] OR "systematic review" [title])

sur la période 2000-2006

Autres sources :

1) françaises :

Bibliothèque Lemanissier www.bmlweb.org/consensus_lien.html
Site Internet du CHU de Rouen www.chu-rouen.fr
Site Internet des sociétés savantes pertinentes sur le thème traité

2) internationales :

National guideline clearinghouse (États-Unis) www.guideline.gov
Site Internet des sociétés savantes pertinentes sur le thème traité
Cochrane Library (Royaume-Uni)
HTA Database (*International network of agencies for health technology assessment – INAHTA*) ;

3) En complément, une recherche de littérature grise (initiatives, programmes régionaux ou nationaux, etc.) a été initialisée à partir des sources suivantes (ministère de la Santé, CNAMTS, URCAM, URML, ORS, FAQSV, etc.) afin d'identifier les initiatives françaises.

Articles retenus

- **Prise en charge de l'insomnie en médecine générale**
Haute Autorité de Santé – Recommandations professionnelles.
2007
- **Rapport sur le thème du sommeil**
Dr JP Giordanella
Décembre 2006
- **Clinical Practice Guideline**
Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis
Clinical Practice Guidelines Manager
Février 2006
- **Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults**
(National Institute of Health)
Juin 2005
- **Health Technology Assessment 2004 ; Vol.8/No.24 -**
Y Dünder - A Boland - J Strobl - S Dodd - A Haycox - A Bagust - J Bogg - R Dickson - T Walley
June 2004
- **Evidence Report/Technology Assessment**
Number 125
Nina Buscemi - Ben Vandermeer - Carol Friesen - Liza Bialy - Michelle Tubman - Maria Ospina - Terry P. Klassen -
Manisha Witmans
Juin 2005
- **Evidence Report/Technology Assessment**
Number 125
Nina Buscemi - Ben Vandermeer - Carol Friesen - Liza Bialy - Michelle Tubman - Maria Ospina - Terry P. Klassen -
Manisha Witmans
Juin 2005 (suite)
- **Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analsis of risks and benefits**
Jennifer Glass - Krista L Lanctôt - Nathan Herrmann - Beth A Sproule - Usoa E Busto
Novembre 2006
- **Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults**
Borge Sivertsen - Siri Omvik - Stale Pallesen - Bjorn Bjorvatn - Odd E. Havik - Gerd Hostmark Nielsen - Inger Hilde
Nordhus
Juin 2006

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	1. Y a-t-il des recommandations pour établir le diagnostic d'insomnie face à des plaintes concernant le sommeil chez le SA ? (différence entre plaintes ressenties et troubles objectifs du sommeil) ; identifier les insomnies secondaires (dépression, SAS, iatrogénie, facteurs favorisants, etc.) ; comment évaluer la sévérité de l'insomnie ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007	La démarche diagnostique recommandée répond à toutes les questions posées, mais n'est pas spécifique du patient âgé, il est précisé toutefois les particularités cliniques que représente la prise en charge de l'insomnie chez le sujet âgé		
Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006	Parmi les différentes classifications (ICSD, DSM-IV), aucune n'est parfaitement adaptée aux situations particulières des sujets âgés		
Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006	Les recommandations ne sont pas spécifiques du sujet âgé		
National Institute of Health Manifestations and management of chronic insomnia in adults NIH state-of-the-science conference statement Juin 2005	Pas de données spécifiques sur la question		
Dündar Y, <i>et al.</i> Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and economic evaluation Health Technology Assessment 2004; Vol.8/No.24	Pas de données spécifiques sur la question		
Glass J <i>et al.</i> Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analsis of risks and benefits BMJ 2005;331(7526)	Pas de données spécifiques sur la question		
Sivertsen B, <i>et al.</i> Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial Jama 2006;295(24)	Pas de données spécifiques sur la question		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	2. Quelles réponses aux troubles du sommeil circonstanciels ? Les BZD ont-elles une place ? Si oui selon quelles modalités ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007</p>	<p>En l'absence d'études spécifiques portant sur les stratégies à adopter, le groupe de travail recommande une démarche comportant les étapes suivantes :</p> <p>a : analyser le contexte : facteurs déclenchant, état de détresse actuel du patient, conséquences de l'insomnie sur son état psychologique et sa capacité à mener à bien ses activités professionnelles et familiales)</p> <p>b : une fois le contexte analysé: dédramatiser la situation, assurer si possible un soutien psychologique, faire la part d'une éventuelle pathologie coexistante et la traiter, veiller à ce que les conditions optimales de sommeil soient réunies</p> <p>c : proposer si nécessaire un traitement symptomatique le plus prudent possible : soit un sédatif léger (phytothérapie), soit un hypnotique (doxylamine, BZD ou apparenté aux BZD) adapté au profil d'insomnie du patient, pendant quelques jours à la plus faible dose possible, choisi parmi ceux qui sont estimés induire le moins possible de vigilance diurne. Quel que soit l'hypnotique choisi, la plus faible dose efficace, individuelle doit être recherchée et prescrite pour une période clairement limitée, de quelques jours à 4 semaines maximum. Dans tous les cas de prescription d'hypnotique, le patient doit être informé des conditions du traitement, de ses effets indésirables possibles et des précautions à respecter. Si la composante anxieuse est prépondérante, la prescription d'un anxiolytique selon les mêmes principes peut s'avérer suffisante pour permettre le rétablissement du sommeil.</p> <p>Quel que soit le choix thérapeutique, une seconde consultation au moins est recommandée à l'issue de la durée de prescription, en vue d'une réévaluation de la situation ne serait-ce qu'en raison d'une chronicisation du trouble.</p>		
<p>Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006</p>	<p>La prescription d'hypnotiques en gériatrie peut se justifier dans les insomnies occasionnelles, transitoires ou réactionnelles. Cette prescription s'inscrit dans une stratégie à court terme. En revanche, il s'agit d'un moyen thérapeutique à la fois peu efficace à moyen et long terme, et parfois dangereux si l'insomnie masque une pathologie évolutive sous-jacente telle qu'une dépression ou un syndrome d'apnées du sommeil.</p> <p>Il faut essayer les méthodes non pharmacologiques avant toute prescription d'hypnotique.</p> <p>En cas de prescription d'hypnotique, il est conseillé de prescrire un produit à demi-vie courte (BZD ou apparentés), et de diminuer de moitié les doses de celles données à l'adulte jeune.</p> <p>Préférer l'utilisation discontinuée en 2 ou 3 prises par semaine si la collaboration du patient le permet. Se limiter toujours à une monothérapie ; limiter la prescription à 4 semaines maximum.</p>		
<p>Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006</p>	<p>Pas de données spécifiques sur la question</p>		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	2. Quelles réponses aux troubles du sommeil circonstanciels ? Les BZD ont-elles une place ? Si oui modalités ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
National Institute of Health Manifestations and management of chronic insomnia in adults NIH state-of-the-science conference statement Juin 2005	Pas de données spécifiques sur la question		
Dündar Y, <i>et al.</i> Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and economic evaluation Health Technology Assessment 2004; Vol.8/No.24	Méta-analyse ayant pour objectif de comparer l'efficacité clinique et le rapport coût/efficacité des médicaments apparentés aux BZD (zolpidem, zopiclone, zaleplon) aux BZD autorisées au Royaume-Uni dans le traitement de courte durée de l'insomnie.		
Glass J <i>et al.</i> Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analisis of risks and benefits BMJ 2005;331(7526)	Méta-analyse ayant pour objectif de quantifier et comparer les bénéfices potentiels et les risques des traitements de l'insomnie par hypnotiques sur une courte durées. Évaluation portant sur l'ensemble des hypnotiques à l'exception des barbituriques et de l'hydrate de chloral. Résultats concernant les hypnotiques dans leur ensemble dans distinction des molécules en fonction de leur demi-vie, du dosage, etc. Conclusion des auteurs : dans la population âgée, les risques associés à la consommation d'hypnotiques ne justifient pas les bénéfices démontrés mais modérés.		
Sivertsen B, <i>et al.</i> Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults : a randomized controlled trial Jama 2006;295(24)	Étude randomisée double aveugle contre placebo sur 46 sujets comparant l'efficacité de la thérapie comportementale à la zopiclone et à un placebo après 6 semaines de traitement et 6 mois plus tard. Conclusion : Thérapie comportementale est supérieure à la zopiclone pour la prise en charge de l'insomnie chronique que ce soit sur une courte ou longue durée. Les hypnotiques devraient être réservés au traitement de l'insomnie occasionnelle ou transitoire.		

Sources	3. Quelles sont les approches non médicamenteuses efficaces ? Dans quels types d'insomnie ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007</p>	<p>Chez la personne âgée ; l'objectif général est la promotion de l'éveil diurne, en stimulant la pratique d'activités physiques ou intellectuelles, un horaire de coucher tardif, le respect d'horaires de lever, la limitation ou l'arrêt de la sieste, l'exposition à la lumière (syndrome d'apnées du sommeil, état douloureux, dépression), ainsi que les médicaments pouvant perturber le sommeil.</p> <p>Dans les insomnies chroniques chez les sujets âgés, les traitements non pharmacologiques sont conseillés si possible en priorité, éventuellement combinés de façon ponctuelle avec l'utilisation d'hypnotiques.</p> <p><u>Les Techniques cognitivocomportementales (TCC)</u> : leur efficacité chez les sujets âgés est considérée comme modeste, variable selon le thérapeute, partiellement bénéfique à court terme sur l'endormissement et le maintien du sommeil, discutable sur le long terme.</p> <p><u>La photothérapie</u> pourrait avoir un rôle favorable dans les troubles du sommeil à composante circadienne, elle nécessite cependant d'éliminer certaines contre-indications (glaucome, rétinopathie, médicaments sensibilisants à la lumière).</p> <p><u>L'exercice physique modéré</u> pourrait contribuer à limiter les manifestations anxieuses ou les troubles de l'humeur.</p>		
<p>Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006</p>	<p>Dans le syndrome du sommeil sévère : l'appareil à pression positive continue est le traitement de choix chez l'adulte et le sujet âgé. Ce traitement s'adresse aux patients avec un SAS sévère (index apnée-hypopnées = 30/h) ou un SAS avec retentissement clinique important sur la qualité de vie. L'orthèse d'avancée mandibulaire est une alternative palliative soit en 1^{ère} intention si SAOS modéré soit en 2^{ème} intention à la PPC (pages 50 et annexe 105, 156 200).</p> <p>Photothérapie ou <u>Luxthérapie</u> : indications principales dans les troubles du rythme veille-sommeil très fréquents chez les personnes âgées, les décalages sévères de l'horloge biologique, les troubles du sommeil accompagnant les dépressions (page 216).</p> <p><u>Mélatonine</u> : indications principales dans les troubles du rythme veille sommeil chez les patients aveugles, dans le syndrome de retard de phase et syndrome d'avance de phase, dans les troubles du sommeil et de réveil par le décalage horaire. Indications adéquats : certaines dépression, certaines insomnies de l'enfant et du sujet âgé, certains troubles neurologiques avec mouvements anormaux chimiothérapies.</p> <p>Aucun produit contenant la mélatonine n'a fait l'objet d'une AMM en France.</p> <p><u>Prise en charge chez le sujet âgé</u> (F. Onen et H. Onen) : restaurer une bonne hygiène de veille-sommeil. La lumière vive (> 2500 lux) semble être un synchroniseur puissant et efficace, utilisée le matin, elle peut permettre de corriger certaines insomnies, notamment les avances de phases chez le sujet âgé et dans les troubles de rythme veille-sommeil du sujet dément. Le contact social est un synchroniseur puissant. Les techniques comportementales pourraient être indiquées dans l'insomnie primaire chez les seniors en bon état général, mais non recommandée par les auteurs actuellement en l'absence d'étude randomisée (mais dans la biblio, il n'y a pas la référence de Sivertsent <i>et al.</i>).</p>		
<p>Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006</p>	<p>Aucune donnée sur la question</p>		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	3. Quelles sont les approches non médicamenteuses efficaces ? Dans quels types d'insomnie ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>National Institute of Health Manifestations and management of chronic insomnia in adults NIH state-of-the-science conference statement Juin 2005</p>	<p><u>La thérapie cognitivocomportementale (TCC)</u> a démontré son efficacité dans le traitement à court terme de l'insomnie chronique (définie par une ou plusieurs de ces caractéristiques : (i) une difficulté à l'endormissement, (ii) une difficulté au maintien du sommeil ou (iii) un réveil précoce ; et ces symptômes durent depuis au moins 30 jours. Les effets bénéfiques de la TCC semblent durer au-delà de la fin du traitement actif. La TCC ne semble pas produire des effets secondaires néfastes. Cependant, aucun modèle standardisé de bonne pratique de TCC n'a été formulé ni validé, en particulier pour la pratique en soins primaires.</p> <p><u>Le Tai-Chi, le Yoga, l'acupuncture et la luxthérapie</u> seraient utiles dans le traitement de l'insomnie, mais n'ont pas été validées correctement jusqu'à présent.</p> <p>L'alcool diminue le temps de latence de l'endormissement (<i>sleep latency</i>), mais la consommation de grande quantité d'alcool entraîne une mauvaise qualité du sommeil et des éveils nocturnes.</p> <p>La mélatonine semble utile dans les troubles du rythme circadien (<i>jet lag</i>), mais il y a peu d'évidence pour son efficacité dans le traitement de l'insomnie.</p> <p>La valériane : pas de bénéfice comparé au placebo.</p>	<p>pas spécifique aux personnes âgées</p>	
<p>Dündar Y, et al. Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and economic evaluation Health Technology Assessment 2004; Vol.8/No.24</p>	<p>aucune donnée sur la question</p>		

Sources	3. Quelles sont les approches non médicamenteuses efficaces ? Dans quels types d'insomnie ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Nina Buscemi, Ben Vandermeer, Carol Friesen, Liza Bialy, Michelle Tubman, Maria Ospina, Terry P. Klassen, Manisha Witmans Evidence Report/Technology Assessment Number 125 Juin 2005</p>	<p><u>L-tryptophane vs placebo</u> : 2 études ne permettent pas de conclure. <u>Mélatonine vs placebo</u> : 8 études étudiant la latence de l'endormissement (<i>sleep on set latency</i> = SOL) montrent une légère différence, mais statistiquement significative (environ 8 minutes) en faveur de la mélatonine : polysomnographie (-3,6 mn ; 95 % CI : -20,0, 30,2) ; 5 études étudiant l'éveil nocturne (<i>wakefulness after sleep onset</i> = WASO) n'ont pas montré de différence significative. Pas de différence significative non plus en ce qui concerne l'efficacité du sommeil (<i>sleep efficiency</i> : 8 études) ; la durée totale du sommeil (7 études) et la qualité du sommeil (3 études). <u>Valériane/placebo</u> : 3 études ne montrent pas de différence significative dans la latence de l'endormissement, 1 étude en faveur de la Valériane sur l'éveil nocturne (-8 minutes). Pas de différence significative en ce qui concerne l'efficacité du sommeil (2 études). La durée totale du sommeil (1 étude) et la qualité du sommeil (3 études). <u>Relaxation vs placebo</u> : 13 études chez des patients sans troubles psychiatriques étudiant la latence de l'endormissement à l'aide de l'agenda du sommeil montrent une différence de 15 minutes en faveur de la relaxation, mais cette différence est non significative. Lorsqu'on divise ces études en sous-groupes, les effets à court terme (9 études ; -22 minutes) de la relaxation sur la latence de l'endormissement étaient significativement meilleurs que les effets à long terme (4 études ; 2 minutes) ; une seule étude a été conduite chez les personnes âgées (pas d'âge mentionné), et n'a pas montré d'amélioration dans la latence de l'endormissement. 3 études n'ont pas montré de différence significative sur l'éveil nocturne. 3 études ont montré un allongement moyen de 23 minutes de la durée totale du sommeil, cette différence en faveur de la relaxation est significative. Pas de différence significative en ce qui concerne l'efficacité du sommeil (2 études), et la qualité du sommeil (3 études). <u>TCC vs placebo</u> : 9 études chez des patients sans troubles psychiatriques étudiant la latence de l'endormissement à l'aide de l'agenda du sommeil montrent une différence de 5 minutes en faveur de la TCC, mais cette différence est non significative. Une seule étude a été conduite chez les personnes âgées (pas d'âge mentionné), et n'a pas montré d'amélioration dans la latence de l'endormissement. 6 études ont montré une amélioration significative des éveils nocturnes (-18 minutes en moyenne), 4 études ont montré une amélioration significative dans l'efficacité du sommeil, 6 études ont montré une amélioration significative dans la qualité du sommeil, Pas de différence significative en ce qui concerne la durée totale du sommeil (5 études). <u>Alcool vs placebo</u> : 1 seule étude : pas de différence significative en ce qui concerne la latence de l'endormissement, réveil nocturne et l'efficacité du sommeil. <u>Émission de basse énergie vs placebo</u> : 1 seule étude : amélioration significative en ce qui concerne la durée total du sommeil (56 minutes) et l'efficacité du sommeil. Pas de différence significative pour la latence de l'endormissement et l'éveil nocturne.</p>		

Sources	3. Quelles sont les approches non médicamenteuses efficaces ? Dans quels types d'insomnie ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Nina Buscemi, Ben Vandermeer, Carol Friesen, Liza Bialy, Michelle Tubman, Maria Ospina, Terry P. Klassen, Manisha Witmans Evidence Report/Technology Assessment Number 125 Juin 2005 (suite)</p>	<p><u>Relaxation + TCC vs placebo</u> : 4 études ; amélioration significative de 22 minutes de la latence de l'endormissement, pas de différence significative en ce qui concerne l'éveil nocturne, la durée totale du sommeil et la qualité du sommeil. <u>Relaxation + TCC vs relaxation</u> : 2 études ; pas de différence significative en ce qui concerne la latence de l'endormissement, l'éveil nocturne, la durée totale du sommeil et la qualité du sommeil. <u>Relaxation + TCC vs TCC</u> : 2 études : pas de différence significative en ce qui concerne la latence de l'endormissement, l'éveil nocturne, la durée totale du sommeil et la qualité du sommeil. <u>Relaxation + TCC vs BZD</u> : 1 étude ; pas de différence significative en ce qui concerne la latence de l'endormissement et l'éveil nocturne, mais la qualité du sommeil était significativement améliorée par les BZD. <u>BZD + TCC vs placebo</u> : 2 études ; pas de différence significative en ce qui concerne la latence de l'endormissement, l'éveil nocturne et la durée totale du sommeil, mais la qualité du sommeil est améliorée par l'association BZD + TCC. <u>BZD + TCC vs BZD</u> : 1 étude ; pas de différence significative en ce qui concerne l'éveil nocturne et la durée totale du sommeil, l'efficacité du sommeil est améliorée par l'association BZD + TCC. <u>BZD + TCC vs TCC</u> : 1 étude ; pas de différence significative en ce qui concerne l'éveil nocturne, la durée totale du sommeil et l'efficacité du sommeil. <u>TCC + modafinil vs TCC</u> : 1 étude ; pas de différence significative en ce qui concerne la latence de l'endormissement, l'éveil nocturne et la durée totale du sommeil. <u>TCC + modafinil vs TCC</u> : 1 étude ; pas de différence significative en ce qui concerne la latence de l'endormissement, l'éveil nocturne et la durée totale du sommeil.</p>		
<p>Glass J et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits BMJ 2005;331(7526)</p>	<p>aucune donnée sur la question</p>		
<p>Sivertsen B, et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial Jama 2006;295(24)</p>	<p>3 groupes : Thérapie cognitivocomportementale – TCC (n = 18), Zopiclone – ZOP (n = 16), Placebo – PL (n = 12). Insomnie chronique primaire. Pendant combien de temps ? <u>La polysomnographie à 6 semaines</u> : (i) l'éveil nocturne était amélioré pour les 3 groupes. L'amélioration était plus importante pour le groupe TCC que pour les 2 autres groupes (p < 001). Il n'y avait pas de différence significative entre l'amélioration du groupe ZOP vs groupe PL. La diminution du temps d'éveil nocturne était de 52 % dans le gp TCC. 4 % dans le groupe ZOP et 16 % dans le groupe PL (ii) la durée du sommeil n'était pas significativement différente (iii) l'efficacité du sommeil était améliorée dans le groupe TCC entre l'inclusion et le suivi ; à 6 semaines, elle était différente dans les 3 groupes : TCC, ZOP > PL (iv) le sommeil lent profond était amélioré dans le groupe TCC comparé aux groupes PL (P = 03) et ZOP (p = 002). <u>L'agenda à 6 semaines</u> : diminution du temps d'éveil nocturne, amélioration de la durée et de l'efficacité du sommeil dans les 3 groupes sans différence significative entre groupes. <u>La PSG à 6 mois</u> : l'éveil nocturne, l'efficacité du sommeil, le sommeil profond étaient significativement meilleurs dans le groupe TCC vs le groupe ZOP (pas d'analyse pour le gp PL). Amélioration du temps de sommeil entre le suivi à 6 semaines et le suivi à 6 mois dans le groupe TCC ; pas de différence dans le groupe ZOP.</p>	<p>âge moyen = 60,8 (SD 5,4)</p>	

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	4. Dans quels cas adresser un patient à un spécialiste du sommeil ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007</p>	<p>Seuls certains cas particuliers nécessitent l'avis d'un spécialiste du sommeil. Ce sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les insomnies rebelles, avec ou sans escalade thérapeutique ; 2. les insomnies inexplicables, atypiques ou évoquant une situation particulièrement complexe. <p>Dans ces deux cas, l'avis diagnostique d'un psychiatre peut aussi être sollicité avant le recours à un centre d'exploration du sommeil.</p> <p>Certains troubles doivent être explorés par des techniques spécialisées, notamment par polysomnographie.</p>		
<p>Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006</p>	<p>Seulement en cas d'insomnies atypiques, rebelles ou liées à d'autres troubles du sommeil</p>		
<p>Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006</p>	<p>Pas de données sur la question</p>		
<p>National Institute of Health Manifestations and management of chronic insomnia in adults NIH state-of-the-science conference statement Juin 2005</p>	<p>Pas de données sur la question</p>		
<p>Dündar Y, <i>et al.</i> Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and economic evaluation Health Technology Assessment 2004; Vol.8/No.24</p>	<p>Pas de données sur la question</p>		
<p>Glass J <i>et al.</i> Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analysis of risks and benefits BMJ 2005; 331(7526)</p>	<p>Pas de données sur la question</p>		
<p>Sivertsen B, <i>et al.</i> Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial Jama 2006; 295(24)</p>	<p>Pas de données sur la question</p>		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	5. Identifier les typologies d'insomnies ? Incidence sur la prise en charge ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007</p>	<p>La classification internationale des troubles du sommeil : ICSD-2, révisée en 2004 Insomnie par hygiène du sommeil inadéquate Insomnie d'ajustement Insomnies chroniques sans comorbidité (ex -insomnies primaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> • insomnie psychophysiologique • insomnie paradoxale ou par mauvaise perception du sommeil • insomnie idiopathique <p>Insomnies chroniques avec comorbidité (ex -insomnies secondaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> • insomnie liée à une pathologie mentale • insomnie liée à une pathologie physique <p>Insomnie liée à un médicament ou une substance perturbant le sommeil Remarque concernant les durées : La question des durées respectives des insomnies d'ajustement (maximum 3 mois) et des insomnies chroniques (minimum 1 mois) constitue un point délicat, et ne peut laisser le clinicien que dubitatif. Ces durées résultent de conventions et, à moins de trois mois, ce critère ne peut être utilisé pour trancher, d'autant qu'une insomnie d'ajustement peut éventuellement évoluer vers la chronicité, et que certains mécanismes de chronicisation peuvent être à l'œuvre dès le premier mois d'insomnie. Le critère de référence pour les insomnies d'ajustement reste la notion d'évènement ou de circonstances déclenchantes ayant un effet de stress ; le retour à la normale des paramètres de sommeil se fait après suppression du facteur stressant ou adaptation du patient. Généralement, les troubles disparaissent en moins de trois mois ; la persistance au-delà de 6 mois doit faire évoquer une dépression (ICSD, 1997)</p> <p>Stratégies thérapeutiques face aux diverses situations. Ces stratégies impliquent en général non seulement la prescription de traitements pharmacologiques ou non, mais aussi l'établissement d'un programme de suivi comportant l'évaluation périodique des effets des traitements et un soutien psychologique constant. L'instauration d'un traitement pour insomnie justifie une consultation centrée sur celle-ci. Selon les cas, soit l'insomnie est un symptôme associé à une autre pathologie, dont elle peut constituer un signal d'alarme, soit elle est à considérer comme une pathologie en elle-même. Dans le premier cas, de loin le plus fréquent, le <i>traitement doit avant tout chercher à être étiologique</i>. Cela n'exclut pas de traiter de traiter l'insomnie pour elle-même, selon l'évaluation de sa chronicité et/ou sévérité.</p>		
<p>Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006</p>	<p>Classification internationale des troubles du sommeil, d'après ICSD seconde édition 2005.</p>		
<p>Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnies aiguës : durée : 4 semaines ou moins. • Insomnies chroniques : durée : 4 semaines ou plus : <ul style="list-style-type: none"> ○ Trouble du sommeil primaire (syndrome d'apnée obstructive du sommeil, syndrome des jambes sans repos, etc.) : traitement de la cause ; ○ Trouble du sommeil secondaire. • Insomnie psychophysiologique. 		

Sources	5. Identifier les typologies d'insomnies ? Incidence sur la prise en charge ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007</p>	<p>La classification internationale des troubles du sommeil : ICSD-2, révisée en 2004 :</p> <p>Insomnie par hygiène du sommeil inadéquate. Insomnie d'ajustement. Insomnies chroniques sans comorbidité (ex -insomnies primaires) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • insomnie psychophysiologique ; • insomnie paradoxale ou par mauvaise perception du sommeil ; • insomnie idiopathique. <p>Insomnies chroniques avec comorbidité (ex -insomnies secondaires) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • insomnie liée à une pathologie mentale ; • insomnie liée à une pathologie physique. <p>Insomnie liée à un médicament ou une substance perturbant le sommeil.</p> <p>Remarque concernant les durées : La question des durées respectives des insomnies d'ajustement (maximum 3 mois) et des insomnies chroniques (minimum 1 mois) constitue un point délicat et ne peut laisser le clinicien que dubitatif. Ces durées résultent de conventions, et à moins de trois mois, ce critère ne peut être utilisé pour trancher, d'autant qu'une insomnie d'ajustement peut éventuellement évoluer vers la chronicité et que certains mécanismes de chronicisation peuvent être à l'œuvre dès le premier mois d'insomnie. Le critère de référence pour les insomnies d'ajustement reste la notion d'évènement ou de circonstances déclenchantes ayant un effet de stress ; le retour à la normale des paramètres de sommeil se fait après suppression du facteur stressant ou adaptation du patient. Généralement, les troubles disparaissent en moins de trois mois ; la persistance au-delà de 6 mois doit faire évoquer une dépression (ICSD, 1997).</p> <p>Stratégies thérapeutiques face aux diverses situations. Ces stratégies impliquent en général non seulement la prescription de traitements pharmacologiques ou non, mais aussi l'établissement d'un programme de suivi comportant l'évaluation périodique des effets des traitements et un soutien psychologique constant. L'instauration d'un traitement pour insomnie justifie une consultation centrée sur celle-ci. Selon les cas, soit l'insomnie est un symptôme associé à une autre pathologie, dont elle peut constituer un signal d'alarme, soit elle est à considérer comme une pathologie en elle-même. Dans le premier cas, de loin le plus fréquent, le <i>traitement doit avant tout chercher à être étiologique</i>. Cela n'exclut pas de traiter l'insomnie pour elle-même, selon l'évaluation de sa chronicité et/ou sévérité.</p>		
<p>Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006</p>	<p>Classification internationale des troubles du sommeil, d'après ICSD seconde édition 2005.</p>		
<p>Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnies aiguës : durée : 4 semaines ou moins. • Insomnies chroniques : durée : 4 semaines ou plus : <ul style="list-style-type: none"> ○ Trouble du sommeil primaire (syndrome d'apnée obstructive du sommeil, syndrome des jambes sans repos, etc.) : traitement de la cause ; ○ Trouble du sommeil secondaire. <p>Insomnie psychophysiologique</p>		
<p>National Institute of Health Manifestations and management of chronic insomnia in adults NIH state-of-the-science conference statement Juin 2005</p>	<p>Pas de données spécifiques sur la question</p>		

Sources	5. Identifier les typologies d'insomnies ? Incidence sur la prise en charge ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Dündar Y, et al. Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and economic evaluation Health Technology Assessment 2004; Vol.8/No.24</p>	<p>Pas de données spécifiques sur la question</p>		
<p>Glass J et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analysis of risks and benefits BMJ 2005; 331(7526)</p>	<p>Pas de données spécifiques sur la question</p>		
<p>Sivertsen B, et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults : a randomized controlled trial Jama 2006; 295(24)</p>	<p>Pas de données spécifiques sur la question</p>		

Sources	6. Quels types d'insomnies relèvent d'un traitement médicamenteux ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans tous les cas d'insomnie, avant tout autre initiative, il convient de s'assurer que quelques règles élémentaires d'hygiène du sommeil sont réunies. Ces règles peuvent parfois suffire à restaurer le sommeil en cas d'insomnies légères et sans comorbidité. Toutefois, elles ne peuvent prétendre à elles seules permettre de résoudre un problème d'insomnie modérée ou sévère ; elles doivent alors être associées à d'autres mesures thérapeutiques. • Insomnies d'ajustement : veiller à ce que les conditions optimales de sommeil soient réunies, proposer si nécessaire un traitement symptomatique le plus prudent possible : soit un sédatif léger (phytothérapie), soit un hypnotique (doxylamine, BZD ou apparenté aux BZD) adapté au profil d'insomnie du patient, pendant quelques jours à la plus faible dose possible, choisi parmi ceux qui sont estimés induire le moins possible de vigilance diurne. Quel que soit l'hypnotique choisi, la plus faible dose efficace, individuelle, doit être recherchée et prescrite pour une période clairement limitée, de quelques jours à 4 semaines maximum. Dans tous les cas de prescription d'hypnotique, le patient doit être informé des conditions du traitement, de ses effets indésirables possibles et des précautions à respecter. Si la composante anxieuse est prépondérante, la prescription d'un anxiolytique selon les mêmes principes peut s'avérer suffisante pour permettre le rétablissement du sommeil. Quel que soit le choix thérapeutique, une seconde consultation au moins est recommandée à l'issue de la durée de prescription, en vue d'une réévaluation de la situation, ne serait-ce qu'en raison d'une chronicisation du trouble. Si la situation semble devoir durer plusieurs semaines, voire plus longtemps, il est recommandé de proposer un traitement non pharmacologique, si un tel traitement est accessible. • Insomnies chroniques : l'efficacité pour des traitements prolongés n'a pas été démontrée (absence d'études sur le long terme), une accoutumance est possible. De plus le traitement hypnotique peut parfois par lui-même être un facteur d'entretien de l'insomnie, notamment en raison du rebond d'insomnie qu'il peut induire lorsqu'il est arrêté. <ul style="list-style-type: none"> ○ Insomnies avec comorbidité : le traitement est à établir en fonction de la cause identifiée ou de la pathologie associée susceptible de causer, entretenir ou aggraver l'insomnie. L'insomnie, quant à elle, est en règle générale à évaluer et à prendre en charge pour elle-même, le traitement des troubles associés n'entraînant pas automatiquement le retour du sommeil. ○ Insomnies sans comorbidité : Les thérapies cognitivocomportementales trouvent ici leur indication la plus appropriée. Que l'insomnie s'accompagne d'une comorbidité ou non, il convient de favoriser le contraste veille-sommeil. En outre dans les différents cas d'insomnie chronique, avec ou sans comorbidité, et compte tenu du fait que la sévérité des insomnies chroniques peut varier au cours du temps, la prescription ponctuelle d'hypnotiques à faibles doses, malgré l'absence d'études qui en démontrent l'intérêt, peut s'avérer utile après réévaluation de la situation du patient, pour lui permettre de pallier une recrudescence de son insomnie. • Document comporte un paragraphe sur les particularités des traitements de l'insomnie chez le sujet âgé. Le rapport bénéfice/risque des traitements pharmacologiques est discuté en raison de la fréquence plus élevée des effets indésirables chez le sujet âgé par rapport à la population générale (chutes et accidents automobiles). Recommandation sur le choix des hypnotiques pour traiter les insomnies sévères. 		
<p>Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006</p>	<p>Absence de réponse spécifique à la question posée</p>		
<p>Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnies aiguës : traitement sédatif de courte durée. • Insomnies chroniques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Trouble du sommeil primaire : traitement de la cause ; ○ Trouble du sommeil secondaire : optimiser le traitement de la maladie associée. • Insomnie psychophysiologique. 		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	6. Quels types d'insomnies relèvent d'un traitement médicamenteux ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>National Institute of Health Manifestations and management of chronic insomnia in adults NIH state-of-the-science conference statement Juin 2005</p>	<p>Rapport bénéfice/risque des BZD et apparentés, autorisés par la FDA, des antidépresseurs et d'autres médicaments non autorisés par la FDA dans l'indication de l'insomnie, des médicaments de prescription facultative, de l'alcool, de la mélatonine, de la valériane et du L-Tryptophane, mais pas d'évaluation spécifique chez le sujet âgé. Il est cependant signalé que les effets indésirables des BZD et apparentés sont plus marqués chez le sujet âgé.</p>		
<p>Dündar Y, <i>et al.</i> Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia : a systematic review and economic evaluation Health Technology Assessment 2004; Vol.8/No.24</p>	<p>Méta-analyse ayant pour objectif de comparer l'efficacité clinique et le rapport coût/efficacité des médicaments apparentés aux BZD (zolpidem, zopiclone, zaleplon) aux BZD autorisées au Royaume-Uni dans le traitement de courte durée de l'insomnie.</p>		
<p>Glass J <i>et al.</i> Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analysis of risks and benefits BMJ 2005; 331(7526)</p>	<p>Méta-analyse ayant pour objectif de quantifier et comparer les bénéfices potentiels et les risques des traitements de l'insomnie par hypnotiques sur une courte durée.. Évaluation portant sur l'ensemble des hypnotiques à l'exception des barbituriques et de l'hydrate de chloral. Résultats concernant les hypnotiques dans leur ensemble sans distinction des molécules en fonction de leur demi-vie, de la dose, etc. Conclusion des auteurs : dans la population âgée, les risques associés à la consommation d'hypnotiques ne justifient pas les bénéfices démontrés, mais modérés.</p>		
<p>Sivertsen B, <i>et al.</i> Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults : a randomized controlled trial Jama 2006; 295(24)</p>	<p>Étude randomisée double aveugle contre placebo sur 46 sujets comparant l'efficacité de la thérapie comportementale à la zopiclone et à un placebo après 6 semaines de traitement, et 6 mois plus tard. Conclusion : La thérapie comportementale est supérieure à la zopiclone pour la prise en charge de l'insomnie chronique, que ce soit sur une courte ou longue durée. Les hypnotiques devraient être réservés au traitement de l'insomnie occasionnelle ou transitoire.</p>		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	7. Rapport bénéfice/risque des médicaments hypnotiques chez le sujet âgé ? En particulier composés Z vs BZD, associations d'hypnotiques, etc. ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007	Le document comporte un paragraphe sur les particularités des traitements de l'insomnie chez le sujet âgé. Le rapport bénéfice/risque des traitements pharmacologiques est discuté en raison de la fréquence plus élevée des effets indésirables chez le sujet âgé que dans la population générale (chutes et accidents automobiles). Recommandation sur le choix des hypnotiques pour traiter les insomnies sévères.		
Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006	Une section présente la prise en charge de l'insomnie chez le sujet âgé. Les traitements pharmacologiques étudiés sont les BZD et apparentés (avec évaluation des bénéfices et des risques dans la population étudiée) ; les neuroleptiques, les antihistaminiques (non recommandés, car pas d'études du rapport bénéfice/risque dans l'insomnie), les antidépresseurs (uniquement si troubles sévères de l'humeur associés).		
Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006	NON		
National Institute of Health Manifestations and management of chronic insomnia in adults NIH state-of-the-science conference statement Juin 2005	Rapport bénéfice/risque des BZD et apparentés, autorisés par la FDA, des antidépresseurs et autres médicaments non autorisés par la FDA dans l'indication de l'insomnie, des médicaments de prescription facultative, de l'alcool, de la mélatonine, de la valériane et du L-Tryptophane, mais pas d'évaluation spécifique chez le sujet âgé. Il est cependant signalé que les effets indésirables des BZD et apparentés sont plus marqués chez le sujet âgé.		
Dündar Y, et al. Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia : a systematic review and economic evaluation Health Technology Assessment 2004; Vol.8/No.24	Méta-analyse ayant pour objectif de comparer l'efficacité clinique et le rapport coût/efficacité des médicaments apparentés aux BZD (zolpidem, zopiclone, zaleplon), autorisées au Royaume-Uni dans le traitement de courte durée de l'insomnie. Comparaison des bénéfices et des risques de zolpidem vs nitrazépam, témazépam et zopiclone ; de zopiclone vs lormétazépam, nitrazépam et témazépam : de zaleplon vs zolpidem MAIS PAS DE MENTION SUR L'ÂGE DES SUJETS INCLUS DANS LES ÉTUDES ANALYSÉES		
Glass J et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analys of risks and benefits BMJ 2005; 331(7526)	Méta-analyse ayant pour objectif de quantifier et comparer les bénéfices potentiels et les risques des traitements de l'insomnie par hypnotiques sur une courte durée. Évaluation portant sur l'ensemble des hypnotiques à l'exception des barbituriques et de l'hydrate de chloral. Résultats concernent les hypnotiques dans leur ensemble sans distinction des molécules en fonction de leur demi-vie, de la dose, etc. Conclusion des auteurs : dans la population âgée, les risques associés à la consommation d'hypnotiques ne justifient pas les bénéfices démontrés, mais modérés.	Plus de 60 ans oui moyenne d'âge supérieure à 60 ans	
Sivertsen B, et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults : a randomized controlled trial Jama 2006; 295(24)	Étude randomisée double aveugle contre placebo sur 46 sujets comparant l'efficacité de la thérapie comportementale à la zopiclone et à un placebo après 6 semaines de traitement, et 6 mois plus tard. Conclusion : La thérapie comportementale est supérieure à la zopiclone pour la prise en charge de l'insomnie chronique que ce soit sur une courte ou longue durée. Les hypnotiques devraient être réservés au traitement de l'insomnie occasionnelle ou transitoire.	Moyenne d'âge de 60,8 ans	

Sources	8. Quelle est la durée des traitements médicamenteux contre l'insomnie du SA ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007</p>	<p>La plus grande prudence est de mise, en raison de facteurs propres au sujet âgé (pharmacocinétique modifiée, sensibilité accrue du système nerveux central, interaction des médicaments, psychotropes ou non) ; bien que la question du rapport bénéfice/risque reste discutée, on doit retenir que les effets indésirables habituels des BZD sont ici plus fréquents, notamment le risque de chutes ou d'accidents de conduite automobile et leur cortège de complications.</p> <p>Une information des patients se plaignant de sommeil insuffisant est à faire quant aux modifications physiologiques liées à l'âge, de façon à éviter la mise en route de traitements intempestifs qui s'avèreront difficiles à arrêter. Un objectif général est la promotion de l'éveil diurne.</p> <p>Pour les insomnies, lorsqu'elles sont chroniques, les traitements non pharmacologiques sont conseillés si possible en priorité, éventuellement combinés de façon ponctuelle avec l'utilisation d'hypnotiques, bien que l'indication « insomnie chronique » ne soit actuellement attribuée à aucun d'entre eux.</p> <p>Lorsque l'usage d'hypnotiques paraît nécessaire (insomnies sévères), le choix de produits à demi-vie courte et à demi-doses, par rapport à celles de l'adulte jeune, est préconisé. Les anxiolytiques sont ici à éviter.</p> <p>Lorsque qu'un traitement par BZD est indiqué, l'Afssaps recommande de privilégier les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à demi-vie courte), car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors des prises répétées.</p> <p>Il est recommandé que les hypnotiques soient prescrits seulement pour de courtes périodes en accord strict avec les indications autorisées : de quelques jours à 4 semaines maximum, sauf pour le triazolam (2 semaines maximum) incluant la période de diminution de la dose. Le cumul de plusieurs médicaments à effet sédatif est à éviter.</p> <p>Le changement d'un hypnotique pour un autre n'est justifié que si le patient a des effets indésirables en rapport direct avec le produit utilisé ou éventuellement dans le cadre d'un sevrage d'hypnotiques.</p> <p>Il est recommandé aux médecins généralistes de réévaluer les prescriptions d'hypnotiques effectuées par un autre prescripteur, notamment chez les patients venant d'effectuer un séjour en institution (hôpital, maisons de retraite), et revenant à leur domicile, les conditions de sommeil pouvant fortement différer.</p> <p>L'arrêt du traitement doit être prévu dès le début de la prescription. Il faut de plus tenir compte d'un possible retard dans la survenue d'un syndrome de sevrage, qui peut se doubler d'un syndrome confusionnel.</p> <p>Outre la promotion de l'éveil diurne, une réduction graduelle accompagnée de thérapie comportementale serait la façon la plus efficace d'aider ces patients à diminuer ou cesser leur consommation de BZD.</p>		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	8. Quelle est la durée des traitements médicamenteux contre l'insomnie du SA ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil. Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006</p>	<p>La prescription d'hypnotique ne doit intervenir que si les méthodes non pharmacologiques ont déjà été envisagées et sont restées sans succès ; sinon il faut les instaurer au moins en même temps que la prescription pharmacologique. La prescription d'hypnotiques peut se justifier dans les insomnies occasionnelles, transitoires ou réactionnelles. Cette prescription s'inscrit dans une stratégie à court terme.</p> <p>La durée prévue de prescription doit être annoncée au patient dès le début. En général, il est conseillé de prescrire un produit à demi-vie courte (BZD ou apparentés). (d'après Onen F. 2003)</p> <p>Préférer l'utilisation discontinuée en 2 ou 3 prises par semaine si la collaboration du patient le permet. Se limiter toujours à une monothérapie.</p> <p>Ne pas renouveler un traitement hypnotique de façon systématique sans réflexion sur sa pertinence.</p> <p>Limiter la prescription à 4 semaines maximum.</p> <p>Réévaluer l'intérêt d'un hypnotique chaque fois qu'un autre traitement psychotrope est nécessaire.</p> <p>Ne pas arrêter brutalement un hypnotique déjà en cours depuis plusieurs semaines</p> <p>En cas de prise d'hypnotique chronique, essayer un sevrage très prudent et progressif (sur plusieurs semaines, voire quelques mois) de préférence à débiter en milieu hospitalier.</p> <p>Rechercher à chaque consultation les effets indésirables fréquents des médicaments hypnotiques.</p>		
<p>Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006</p>	<p>Pas de données spécifiques sur la question.</p>		
<p>National Institute of Health Manifestations and management of chronic insomnia in adults NIH state-of-the-science conference statement Juin 2005</p>	<p>Pas de données spécifiques sur la question.</p>		
<p>Dündar Y, et al. Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia : a systematic review and economic evaluation Health Technology Assessment 2004; Vol.8/No.24</p>	<p>Pas de données spécifiques sur la question</p>		
<p>Glass J et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analysis of risks and benefits BMJ 2005; 331(7526)</p>	<p>Pas de données spécifiques sur la question</p>		
<p>Sivertsen B, et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults : a randomized controlled trial Jama 2006; 295(24)</p>	<p>Pas de données spécifiques sur la question</p>		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	9. Quel est le suivi du patient âgé insomniaque ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. 2007	Pas de donnée spécifique sur le patient âgé. Les indications données sur le suivi de l'insomniaque chronique ne sont pas précises : la prise en charge s'étend sur plusieurs semaines ou mois, elle peut nécessiter des rappels ultérieurs pour assurer l'effet à long terme, d'où l'importance d'un suivi programmé, assorti d'évaluations périodiques sur l'évolution des divers paramètres du sommeil.		
Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil Ministère de la Santé et des Solidarités Décembre 2006	Aucune donnée sur la question		
Alberta Health and Wellness Clinical Practice Guideline Adult Insomnia : Assessment to Diagnosis Clinical Practice Guidelines Manager Février 2006	Aucune donnée sur la question		
National Institute of Health Manifestations and management of chronic insomnia in adults NIH state-of-the-science conference statement Juin 2005	Aucune donnée sur la question		
Dündar Y, et al. Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia : a systematic review and economic evaluation Health Technology Assessment 2004; Vol.8/No.24	Aucune donnée sur la question		
Glass J et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analsis of risks and benefits BMJ 2005; 331(7526)	Aucune donnée sur la question		
Sivertsen B, et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults : a randomized controlled trial Jama 2006; 295(24)	Aucune donnée sur la question		

PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET ÂGÉ



RAPPORT DU GROUPE THÉMATIQUE BASE DE TRAVAIL POUR LE GROUPE DE RÉFLEXION ET COOPÉRATION (AVRIL 2007)

DEPRESSION – SIGNES ANXIEUX CHEZ LE SUJET AGE

Anxiété Dépression chez le sujet âgé

ETAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

RESPONSABLE : Philippe ROBERT
PARTICIPANTS : Christine CHAN CHEE
Caroline DE-CACQUERAY
Catherine DEGUINES
Armelle DESPLANQUES
Nathalie DUMARCET
Olivier DRUNAT
Jean-Philippe FLOUZAT
Anne JOLIVET
Sylvie LEGRAIN
François PAILLE
Stéphanie PIN

EXPERTS SOLLICITES : Jean-Pierre CLEMENT
Patrick FREMONT
Thierry GALLARDA
Jean-Marc GANDON
Maryse LAPEYRE MESTRE
Louis MERLE
Philippe NUBUKPO
Pierre VIDAILHET

DÉPRESSION

1- CONNAISSANCE DES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATIONS SUR CE SUJET : CE QU'IL Y A, ET CE QUI MANQUE

REPRESENTATION

Il existe de nombreuses études de la représentation de la dépression chez le sujet âgé, pouvant supporter des campagnes éventuelles, mais **peu de données sur la représentation chez les soignants ou les familles.**

DIAGNOSTIC

Les données existantes dans la littérature sont nombreuses et cohérentes, et permettent de supporter des actions concrètes auprès notamment des médecins généralistes. Les critères DSM-IV sont valides chez le sujet âgé, mais il revient au médecin de les rechercher devant des présentations particulières au sujet âgé, des signes d'appel qui sont précisés dans la littérature. La grande fréquence de symptômes isolés, ne correspondant pas au critère d'épisode dépressif majeur, est également reconnue (symptômes parfois regroupés sous le nom de dépression subsyndromique). Il existe des échelles validées de dépistage de la dépression chez le sujet âgé par les médecins, néanmoins des **questions spécifiques pour les soignants** demandent validation.

Il n'existe, par contre, **pas d'échelle validée chez le sujet âgé pour évaluer le risque suicidaire.** Cependant, l'échelle « SAD person », complétée par l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité suicidaire, paraît utile, voire extrapolable ; cette triple évaluation du potentiel suicidaire est préconisée par la stratégie nationale d'action face au suicide.

La littérature propose un bilan paraclinique pour éviter les pièges cliniques, pour une mise en route du traitement et selon la sévérité et les comorbidités. Par contre, les médicaments pouvant favoriser une dépression sont rapportés d'une étude à l'autre sans références précises.

TRAITEMENT/MEDICAMENTS ANTIDEPRESSEURS

Il existe des arguments en faveur de l'efficacité des antidépresseurs chez le sujet âgé (mais peu de données chez les patients très âgés, qui présentent une variabilité individuelle majeure de la pharmacocinétique des antidépresseurs). Les antidépresseurs ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), les IRSN (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine de la noradrénaline) ainsi que les « autres antidépresseurs » sont préconisés en 1^{ère} intention, à dose et durée identiques à l'adulte plus jeune, tout en débutant à demi-dose avec augmentation progressive. Les antidépresseurs imipraminiques ne sont pas recommandés en première intention.

Il n'y a pas de recommandations sur le traitement spécifique de la dysthymie.

? TRAITEMENT/ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES

Les thérapies interpersonnelles et de réminiscence, de même que les thérapies cognitivocomportementales sont recommandées dans la littérature. Ce sont des techniques adaptées au sujet âgé. Cependant, il n'existe pas d'études pratiques menées en France.

FILIERE DE SOINS

Il n'existe pas de critères validés de recours au spécialiste, même si les critères de sévérité sont évoqués.

DÉPRESSION

2- CONNAISSANCE DES PRATIQUES RÉELLES

DONNEES ÉPIDEMIOLOGIQUES

Les données de prévalence sont variables, et les enquêtes posent des problèmes méthodologiques non résolus. La prévalence des signes dépressifs chez le sujet âgé serait de 15 à 30 % en médecine générale, jusqu'à 45 % chez les patients hospitalisés ou en EHPAD. Le risque de suicide réussi augmente après 65 ans. Il y aurait en France 2500 suicides réussis chez les plus de 75 ans, représentant 20 % des morts par suicide (chiffres à vérifier.). Le risque suicidaire est plus élevé chez les plus de 65 ans (1/3 de l'ensemble des suicides), et plus chez l'homme.

Cependant, les enquêtes transversales ne permettent pas clairement d'identifier ce qui relève d'épisode dépressif majeur (estimé entre 1 et 2% après 65 ans) ou de symptôme dépressif isolé (dit «dépression subsyndromique») (estimé entre 13 et 27 %. Clément; 2004).

En population générale, peu d'études existent sur l'incidence, plus particulièrement en France.

L'incidence serait de 1 à 3 % chez les sujets âgés sans histoire antérieure de dépression.

De nombreux auteurs ont souligné l'impact de facteurs biographiques, situationnels, sociaux et psychologiques dans la dépression du sujet âgé. Les études concernant le rôle de **l'âge** sont contradictoires ; Pour **le sexe**, on retrouve la prépondérance féminine des épisodes dépressifs caractérisés ; Parmi les facteurs **psychosociaux**, la solitude et l'isolement social, les conséquences de la retraite, les conflits interpersonnels et les pertes réelles notamment celle du conjoint ainsi que les pertes symboliques (autonomie, maladie physique, baisse de revenus, déménagements) vont jouer un rôle péjoratif

En institution, la dépression du sujet âgé est insuffisamment traitée, avec pour conséquences une augmentation du risque suicidaire, une aggravation des troubles organiques et une mortalité accrue.

DONNEES SUR LES FILIERES DE SOINS

Aujourd'hui, la plupart des personnes âgées déprimées sont suivies par leur médecin traitant. Le recours au spécialiste psychiatre dans les formes sévères se heurte au manque de spécialiste en gérontopsychiatrie.

DONNEES DE PHARMACO-EPIDEMIOLOGIE

Plus d'un sujet sur 10, de 80-94 ans, est sous antidépresseurs, avec une consommation qui va croissant, bien que les durées de traitement ne soient pas suffisantes, et que l'on estime que nombre de dépressions sont non diagnostiquées et traitées à tort par des BZD. Les études évaluant la tolérance (comme l'efficacité) des antidépresseurs chez les patients très âgés manquent.

(cf. rapport spécifique « Pharmacologie des psychotropes chez le sujet âgé »)

DÉPRESSION

3- RETOUR D'EXPÉRIENCE : INITIATIVES MENÉES EN FRANCE

De nombreuses actions et initiatives diverses ont été identifiées en France sur le thème des psychotropes chez le sujet âgé. Plusieurs sont générales (ciblées sur les psychotropes ou le bon usage des médicaments en gériatrie), mais certaines concernent spécifiquement la dépression et son traitement, avec de nombreux outils d'informations des médecins et du public.

Le plan Psychiatrie et Santé Mentale (2005-2008) comporte un volet « Suicide et dépression », qui a notamment permis l'élaboration d'une mallette « outil de repérage, démarche diagnostique, identification des signes d'alerte et stratégie de prise en charge de la dépression du sujet âgé » à destination des médecins généralistes libéraux et en EHPAD (en cours de finalisation pour expérimentation). Le plan Bien Vieillir 2007-2009, qui s'inscrit dans la dimension européenne du *Healthy Aging*, promeut notamment le lien social et des règles d'hygiène de vie qui participent à la prévention de la dépression.

L'Inpes prévoit une campagne nationale sur la dépression, non spécifique au sujet âgé. La campagne télévisuelle actuelle « La santé à tout âge » comporte un spot spécifiquement ciblé sur la dépression du sujet âgé.

Parmi les déclinaisons régionales des programmes de l'Assurance maladie à propos de la prescription chez le sujet âgé et des anxiolytiques, plusieurs régions ont mené des actions ciblées sur la dépression : une campagne de communication grand public et professionnels en Lorraine et Champagne-Ardenne.

(cf. rapport spécifique « Bilan des initiatives menées en France »)

De nombreuses actions de santé publique ont été menées au niveau international dans le cadre de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la dépression notamment. Les critères d'efficacité sont variables : diminution des dépressions, sentiment de bien-être, diminutions des facteurs de risque de dépression. Les éléments qui ont fait la preuve d'une efficacité sont : sensibilisation générale sur la dépression, interventions psychosociales telles que : soutien lors du veuvage, travail sur l'isolement social, accompagnement des pathologies chroniques telle que le diabète, prise en compte de la dépression des aidants. Les actions menées donnent des résultats discordants dans la prise en charge des problèmes d'alcoolisme, la promotion de l'exercice physique ainsi que les visites préventives. Il n'existe pas de données sur la place de l'éducation et du soutien psychothérapeutique du sujet âgé dépressif.

DÉPRESSION

4- PROPOSITIONS PRÉLIMINAIRES DU GROUPE

ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE

- Besoin d'études des médicaments chez le sujet âgé en préAMM, en particulier pour ceux destinés à être très prescrits chez les sujets âgés.
1^{er} objectif : connaître leur profil clinique (type de symptômes).
2nd objectif : connaître leurs effets indésirables, en prenant garde à recueillir aussi les effets secondaires pertinents pour la gériatrie (chute, appétit, cognition, sédation, syndrome parkinsonien, hyponatrémie).
- Pharmacovigilance spécifique au sujet âgé en définissant les effets secondaires les plus fréquents en gériatrie (AFSSAPS).

RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE CLINIQUE

- Élaboration par un consensus d'experts d'une échelle d'évaluation du risque suicidaire chez le sujet âgé dépressif.

PROGRAMMES PROFESSIONNELS

- Sensibiliser les praticiens à l'hôpital sur le dépistage et la prise en charge de la dépression du sujet âgé, avec par exemple des programmes d'EPP pour les gériatres (CPGF) (prise en charge globale, optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA/OMAGE).
- Programme EPP/recherche avec des médecins généralistes : formation et évaluation de l'efficacité des thérapies non médicamenteuses chez le sujet âgé (thérapie interpersonnelle, thérapie de réminiscence, psychothérapie systémique, relaxations et thérapies psychocorporelles et autres).
- Suivi spécifique des patients sous antidépresseurs avec kit médecin, patient, environnement.

Message clé : réévaluation du traitement antidépresseur

ÉDUCATION PATIENTS

CAMPAGNE MEDIA GRAND PUBLIC

RECHERCHE CLINIQUE PHARMACOLOGIQUE

- Validation d'échelle de dépistage de la dépression par les soignants (dans PHRC OMAGE).
- *Risque suicidaire : programme de mise en œuvre d'une échelle d'évaluation du risque suicidaire (contact Dr Blond), recherche épidémiologique sur le risque suicidaire du sujet âgé déprimé.*
- *Études du rapport bénéfice risque des antidépresseurs chez le sujet âgé avec évaluation efficacité et tolérance, durée du traitement, notamment dans 3 cas : dépression délirante du sujet âgé (antidépresseur seul versus associé à un antipsychotique) ; dépression du sujet âgé insuffisant cardiaque traitée par IRS, dépression avec symptôme apathique prévalent (perte d'intérêt, perte d'initiative).*
- *Évaluation du lien dépression AVC*
- *Étude de l'efficacité et de la faisabilité de la stimulation trans magnétique chez le sujet âgé.*
- *Recherche sur l'efficacité de la TMS chez les sujets âgés.*

RECHERCHE PSYCHOSOCIALE

- Étude des représentations de la dépression auprès des familles, des sujets âgés, de la population générale et des soignants.

DÉPRESSION

TABLEAU RECAPITULATIF

EXISTANT – EN COURS – PROPOSITIONS A DISCUTER EN PLENIERE

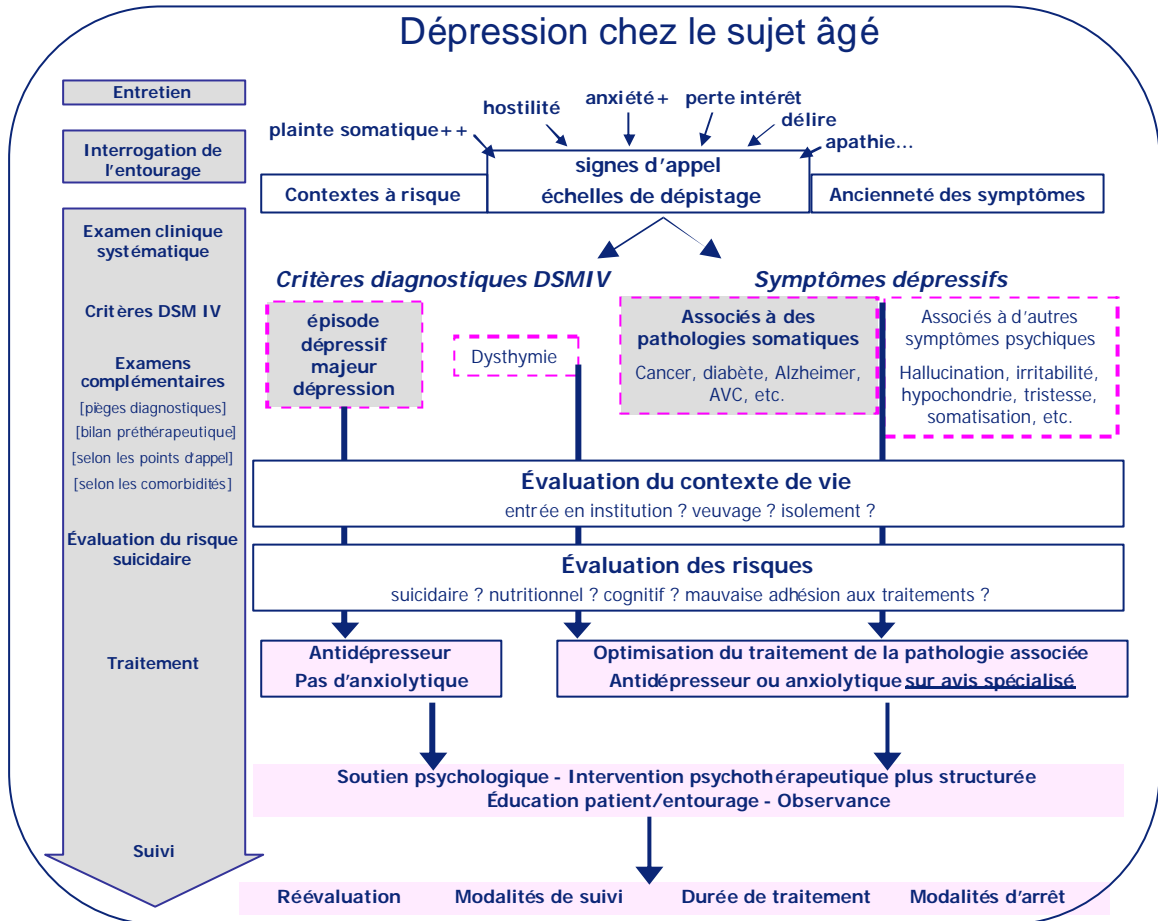
Dépression chez le sujet âgé				
existant propositions en cours propositions à discuter	REPRÉSENTATION et DIAGNOSTIC		PRISE EN CHARGE	
Objectifs Moyens	Représentation (professionnels de santé grand public)	Diagnostic (améliorer le dc étiologique)	Psychotropes (diminuer benzodiazépines et augmenter les antidépresseurs appropriés)	Alternatives (médicamenteuses ou non médicamenteuses)
Actions de santé publique	SANTÉ MENTALE ET VIEILLISSEMENT - état des lieux et besoins 2007 - PLAN PSYCHIATRIE SANTÉ MENTALE 2005-2008 Plan Bien vieillir et <i>Healthy Aging</i> 2007-2009			
Recommandations pratique clinique Documents FMC		mallette DGS/FFP/SFGG repérage de la dépression sujet âgé (2007) AFSSAPS : Guide dépression adulte HAS : RPC dépression ; suicide HAS : dépression compliquée HAS : ALD 23 : dépression	AFSSAPS : bon usage antidépresseurs • recommandations arrêt BZD 2007 • DGS : guide EHPAD 2007 • <u>Consensus d'expert sur échelle d'évaluation du risque suicidaire chez le SA dépressif.</u>	
Programmes professionnels Éducation patient	<u>programmes représentation soignants EHPAD (MYBriot)</u>	AM / convention : Lorraine, Chamapagen-Ardenne (dépression) Franche-Comté (deuil)	• EPP PMSA (observance) • AM / convention : prévention iatrogénie ; cumul psychotropes BZD • <u>Dépistage et prise en charge de la dépression du SA, gériatres (CEGE)</u> • <u>Suivi spécifique des patients sous antidépresseurs.</u>	• <u>Programme EPP/recherche avec des médecins généralistes : formation et évaluation de l'efficacité des thérapies non médicamenteuses chez le sujet âgé.</u> • <u>Étude de l'efficacité et faisabilité de la stimulation transmagétique chez le sujet âgé.</u>
Recherche PHRC, phase IV épidémiologie, pharmacologie Psychosociale	INPES : enquête en cours dépression 15-75 ans • <u>étude des représentations de la dépression auprès des familles, des sujets âgés, de la population générale et des soignants</u>	• validation d'échelle de dépistage de la dépression pour les soignants (PHRC OMAGE) • <u>risque suicidaire : programme PHRC de mise en œuvre d'une échelle d'évaluation du (contact Dr Blond), recherche épidémiologique sur le risque suicidaire du sujet âgé déprimé.</u> • <u>Évaluation du lien dépression AVC</u>	• <u>INVS : Étude EHPAD psychotropes 2007 – 2008.</u> • <u>Angélique 2 (2007)</u> • <u>Rapport bénéfice risque des antidépresseurs chez le sujet âgé déprimé.</u>	
Campagne média Grand public	INPES campagne: La santé à tout âge Livret gd public dépression SA (sept 2007) INPES DGS LEEM			

Ces données ne sont pas exhaustives ; se rapporter au bilan détaillé des initiatives pour plus d'informations.

DÉPRESSION

5- MÉTHODE DE TRAVAIL

5-1 DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE



L'approche choisie est celle de la clinique pratique ambulatoire, d'un médecin généraliste face à un sujet âgé qui présente des signes anxieux ou des signes dépressifs, de l'étape du diagnostic à celle du traitement.

5-2 QUESTIONS CLES

- Représentation de la dépression du sujet âgé chez les soignants et chez les patients.
- Présentations cliniques particulières de la dépression du sujet âgé (ex : dépression masquée somatique, équivalents dépressifs, agressivité, forme délirante).
- Échelles d'évaluation de la dépression applicables au sujet âgé et facilement utilisables par le médecin généraliste.
- Place des symptômes dépressifs au début d'une démence.
- Classification DSM-IV et symptômes dépressifs chez le sujet âgé.
- Bilan somatique paraclinique systématique ou recommandé, selon point d'appel associés ?
- Recours au spécialiste.
- Traitements : état dépressif caractérisé, traitement médicamenteux les plus adaptés au sujet âgé, traitement de symptôme dépressif du sujet âgé associé aux pathologies, associé avec autres signes psychiatriques ; traitement de la dysthymie.
- Place des traitements non médicamenteux dans la dépression du sujet âgé.

5-3 SYNTHÈSE DE LA PRISE EN CHARGE

Le sujet âgé qui souffre de dépression va souvent présenter des signes d'appel qui doivent alerter le médecin : plaintes somatiques dans un cas sur 3 (jusqu'à l'hypochondrie), perte d'intérêt, apathie voire stupeur, hostilité, anxiété, délire. Le praticien peut s'aider d'échelle de dépistage telle que la mini *Geriatric Depression Scale*. Ces signes d'appel doivent faire rechercher les critères classiques du DSMIV qui seuls permettent de poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. La présence de symptôme isolé ne doit cependant pas être négligée. L'examen clinique est systématique, assorti d'un bilan complémentaire qui comprend, au minimum : *thyroid stimulating hormone*, calcémie, natrémie, numération sanguine, créatininémie, afin d'identifier les pièges cliniques. En prévision de traitement, les enzymes hépatiques sont réalisées ; si la dépression est sévère, il faut doser l'albumine (à état hydrosodé stable) afin de diagnostiquer une dénutrition ; le médecin complètera si nécessaire le bilan en fonction des signes d'appel et des comorbidités. Cette démarche permet de distinguer l'épisode dépressif caractérisé des fréquents symptômes dépressifs associés à des pathologies somatiques (douleur, dénutrition, diabète, Alzheimer, pathologies vasculaires, accident vasculaire cérébral), à d'autres symptômes psychiques (anxiété, irritabilité, psychose, délire, hallucinations, hypochondrie, somatisation, apathie) ou à la perte de proches.

Devant un épisode dépressif, il est essentiel d'évaluer le risque suicidaire du patient. Pour cela, le médecin peut s'aider de questions simples et pertinentes, même si elles n'ont pas été validées chez le sujet âgé. Un risque suicidaire avéré nécessite un avis spécialisé, voire une hospitalisation en urgence. Les suicides réussis sont plus fréquents chez le sujet âgé, de surcroît de sexe masculin.

Tout patient avec symptômes dépressifs ou dépression caractérisée doit bénéficier d'un accompagnement psychologique et d'une écoute attentive. L'observance de l'ensemble des traitements doit être encouragée, pour éviter une décompensation des pathologies associées. L'entourage doit être informé. L'environnement (institution) doit être pris en compte.

Une dépression caractérisée du sujet âgé nécessite la mise en place d'un traitement antidépresseur, en première intention d'un ISRS ou IRSN, ou d'un IMAO sélectif. Les imipraminiques ne sont pas recommandés chez le sujet de plus de 70 ans. Il n'y a pas d'indication à un traitement par BZD en début de traitement. Un symptôme délirant peut fréquemment être associé à la dépression du sujet âgé. Il n'est pas un signe de gravité, et ne justifie pas d'un traitement antipsychotique associé à l'antidépresseur. Les électrochocs sont efficaces dans certaines indications, et il faut savoir y recourir.

La prise en charge des symptômes dépressifs comme de la dysthymie ne relève pas d'un traitement psychotrope en 1^{ère} intention. Ceux-ci peuvent parfois être associés sur avis spécialisé.

Le suivi en termes d'efficacité et de tolérance est essentiel. Si l'état du malade ne présente pas d'amélioration après 6 à 8 semaines de traitement par un antidépresseur, celui-ci doit être modifié. Si, après un second traitement de 6 à 8 semaines, l'état du patient ne s'est pas amélioré, un avis spécialisé est nécessaire.

Un traitement adapté et efficace de la dépression du sujet âgé a notamment pour conséquence un maintien de l'autonomie, ce qui diminue probablement l'entrée en institution des personnes âgées.

SIGNES ANXIEUX

1- CONNAISSANCE DES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATIONS SUR CE SUJET : CE QU'IL Y A ET CE QUI MANQUE

REPRESENTATION

L'anxiété est « légitimée » par les avatars parfois nombreux liés à l'avance en âge. Ceci s'applique aussi, à tort, aux manifestations pathologiques de l'anxiété, autrement dit aux troubles anxieux.

L'analyse de la littérature apporte **peu de données sur la représentation** de l'anxiété chez les soignants comme chez les patients, adultes ou âgés.

DIAGNOSTIC

Il n'y a pas de présentation clinique spécifique des troubles anxieux chez le sujet âgé, notamment sur un mode somatique.

Les recommandations existantes permettent aussi de lister les signes d'appel et les pathologies les plus fréquemment associées à l'anxiété. L'évaluation sur la base de critères précis est indispensable pour poser le diagnostic de troubles anxieux. Les échelles type HAD ou COVI sont aussi utilisables chez le sujet âgé.

Face à un sujet anxieux, la littérature ne fournit pas de données sur l'évaluation du retentissement de l'anxiété ni sur le bilan paraclinique minimal à réaliser.

TRAITEMENT/MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Les recommandations précisent que les troubles anxieux ne relèvent pas d'un traitement par benzodiazépine (BZD). La place des BZD est limitée uniquement à l'anxiété récente avec retentissement important et balance bénéfique/risque en faveur du traitement ; la prescription de BZD doit être particulièrement prudente chez le sujet âgé (posologie, réévaluation régulière de l'indication).

Certains troubles anxieux relèvent d'un traitement par antidépresseur, mais les recommandations ne précisent alors **ni la durée ni les doses des antidépresseurs chez le sujet âgé**.

TRAITEMENT/ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES

Les recommandations préconisent des alternatives non médicamenteuses, qui se heurtent notamment pour le soutien psychologique, les interventions psychothérapeutiques plus structurées, voire thérapies cognitivocomportementales, au manque de formation des praticiens français dans ce domaine.

Il n'existe pas de recommandations sur l'adaptation de ces techniques au sujet âgé.

FILIERE DE SOINS

Les critères de recours au spécialiste en santé mentale dans l'anxiété sont précisés dans la littérature pour le système anglais. Mais ces propositions ne sont pas extrapolables en France, et il n'y a **pas de données sur le recours au gériatre ou autre spécialiste somaticien**.

SIGNES ANXIEUX

2- CONNAISSANCE DES PRATIQUES RÉELLES

DONNEES DE PREVALENCE

Les données de prévalence de l'anxiété et des troubles anxieux sont peu nombreuses en France, et chez le sujet âgé. On estime que les troubles anxieux (critères DSMIV) dans la population générale âgée seraient de l'ordre de 3 à 10 %.

Il n'existe pas d'études sur le dépistage des troubles anxieux en soins primaires.

DONNEES SUR LES FILIERES DE SOINS

Les médecins traitants sont ceux qui dépistent et prennent le plus souvent en charge aujourd'hui les patients âgés présentant des symptômes anxieux. En cas de recours nécessaire au psychiatre, se pose le problème de l'accessibilité.

DONNEES DE PHARMACO-EPIDEMIOLOGIE (cf. « rapport pharmacologie des psychotropes chez le sujet âgé »)

Les données soulignant la forte consommation de BZD chez les sujets âgés en France, comparativement aux autres pays européens, sont nombreuses et concordantes : 20 % des 10 millions de personnes âgées consomment régulièrement des hypnotiques ou anxiolytiques. Aucune raison identifiée ne vient expliquer cette surconsommation. Les durées de prescription sont en général largement supérieures aux recommandations (plus de 4 semaines pour les hypnotiques, plus de 12 pour les anxiolytiques). Il est difficile de faire la part entre les prescriptions pour anxiété, dépression ou insomnie, tout comme pour le caractère approprié ou non de cette prescription. D'après une enquête menée par le centre de pharmacovigilance de Limoges, les plus de 70 ans comptaient 38 % de consommateurs de BZD.

La balance bénéfice/risque des BZD est clairement défavorable chez le sujet âgé. Les effets indésirables des BZD chez le sujet âgé portent essentiellement sur : **état cognitif et détérioration, chutes**, mais aussi surdosage, dépression respiratoire, hypotension, incontinence urinaire.

(cf. rapport spécifique « Pharmacologie des psychotropes chez le sujet âgé »)

SIGNES ANXIEUX

3- RETOUR D'EXPÉRIENCE : INITIATIVES MENÉES EN FRANCE

De nombreuses actions et initiatives diverses ont été identifiées en France sur le thème des psychotropes chez le sujet âgé. Plusieurs sont générales (ciblées sur les psychotropes ou le bon usage des médicaments en gériatrie), mais peu concernent spécifiquement l'anxiété et son traitement.

Dans le cadre de la convention de l'Assurance maladie avec les médecins généralistes et spécialistes libéraux, un objectif de baisse de la prescription d'anxiolytiques et hypnotiques portant essentiellement sur les BZD à demi-vie longue, a été retenu en 2005 et reconduit en 2006-2007. Une fiche MémoBenzo, validée par la HAS propose une aide au choix d'une benzodiazépine chez les sujets de plus de 75 ans. Une baisse de 5,9 % des dépenses de remboursement a été enregistrée au 1^{er} semestre 2006.

Parmi les déclinaisons régionales de ce programme, la Franche-Comté a mené une action ciblée sur l'anxiété, avec élaboration par les professionnels d'outils « Anxiété » à destination du médecin comme du patient, sous la forme d'ordonnancier. Cette action a été conduite conjointement à un programme global de sensibilisation sur l'usage des somnifères et tranquillisants (affiches pour les salles d'attente, spots TV, etc.).

Par ailleurs certaines initiatives menées par ou avec les médecins ont eu un impact positif sur les pratiques (arrêt des hypnotiques et BZD chez les plus de 70 ans : Partenaires de santé de l'*Argonne* ; analyse critique des ordonnances des plus de 65 ans : MEPAPL, etc.).

(cf. rapport spécifique « Bilan des initiatives menées en France »)

SIGNES ANXIEUX

4- PROPOSITIONS PRÉLIMINAIRES DU GROUPE

1.2 ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE

RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE CLINIQUE

- De l'avis du groupe et des experts, l'élaboration de recommandations spécifiques au sujet âgé sur l'anxiété ne semble pas nécessaire. On peut éventuellement s'appuyer sur les données existantes chez l'adulte d'âge moyen, dont la clinique ne diffère pas fondamentalement. La littérature élargie n'apporte pas de réponse spécifique aux questions non traitées dans les recommandations.
- Élaboration d'une échelle de stress spécifique au sujet âgé.

PROGRAMMES PROFESSIONNELS

- Programme d'amélioration de pratiques sur l'anxiété du sujet âgé pour le médecin généraliste (sur la base de la littérature actuelle) avec proposition consensuelle pour :
 - un parcours de soins (adapté aux différentes situations) à définir pour la France ;
 - une formation à l'utilisation d'instruments permettant de mieux appréhender l'anxiété pathologique (troubles anxieux selon DSM IV) chez le patient âgé ;
 - un bilan somatique spécifique.
- Programme EPP pour les gériatres (cf. *dépression*)

ÉDUCATION PATIENTS

CAMPAGNE MEDIA GRAND PUBLIC

RECHERCHE CLINIQUE ET PHARMACOLOGIQUE

- Étude sur la place des troubles anxieux dans le champ de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées.
- Étude pharmaco-épidémiologique spécifique aux relations BZD – cognition – anxiété.
- Évaluation de TCC adaptée au sujet âgé.

RECHERCHE PSYCHOSOCIALE

- Étude de la représentation de l'anxiété du sujet âgé chez les médecins et soignants et chez les patients âgés.

SIGNES ANXIEUX

TABLEAU RECAPITULATIF

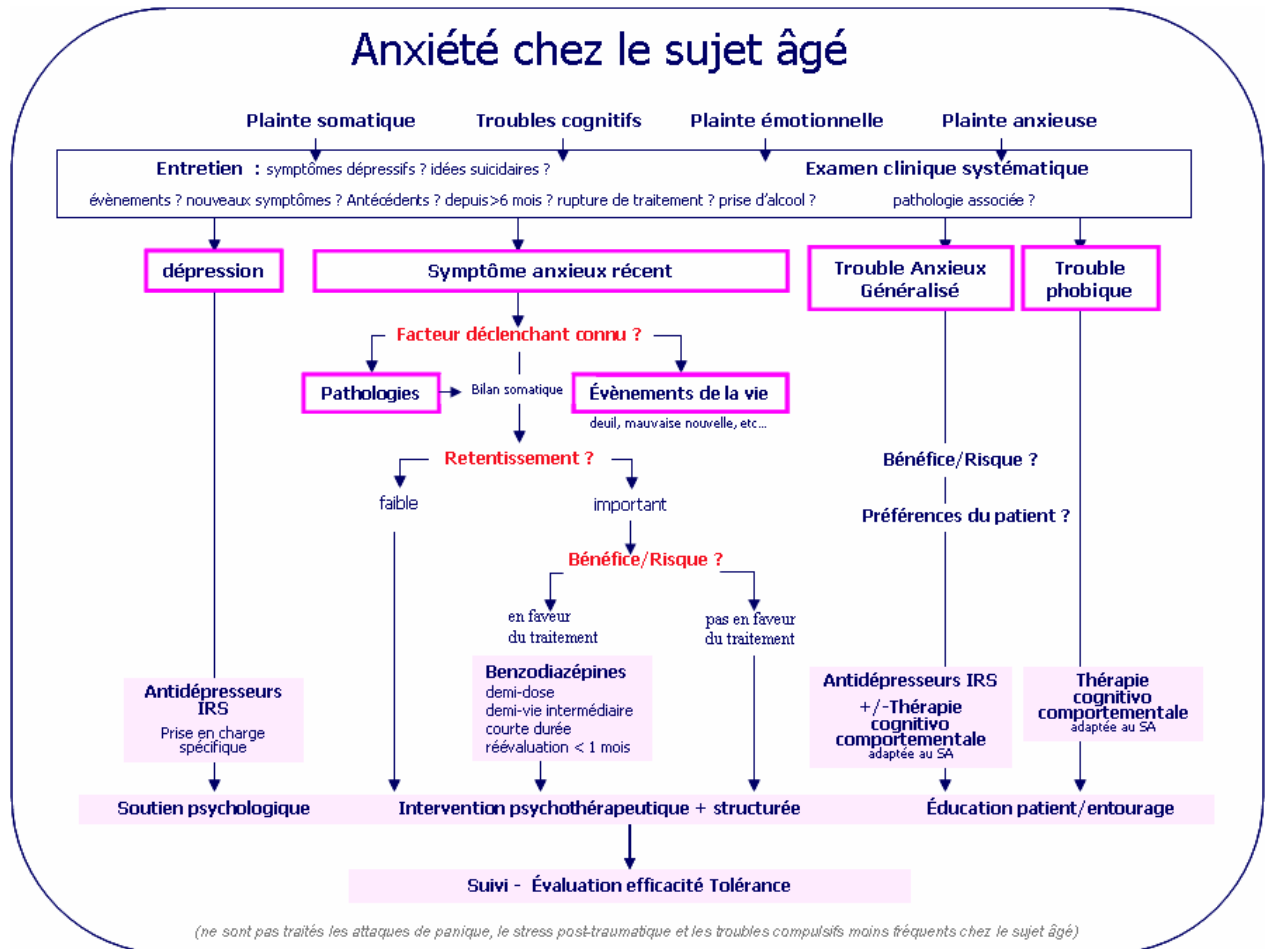
EXISTANT – EN COURS – PROPOSITIONS A DISCUTER EN PLENIERE

Anxiété chez le sujet âgé					
existant propositions en cours propositions à discuter		REPRÉSENTATION et DIAGNOSTIC		PRISE EN CHARGE	
Moyens	Objectifs	Représentation (professionnels de santé grand public)	Diagnostic (améliorer le dc étiologique)	Psychotropes (diminuer benzodiazépines et augmenter les antidépresseurs appropriés)	Alternatives (médicamenteuses ou non médicamenteuses)
	Actions de santé publique		SANTÉ MENTALE ET VIEILLISSEMENT - état des lieux et besoins 2007 - PLAN PSYCHIATRIE SANTE MENTALE 2005-2008 Plan Bien vieillir et <i>Healthy Aging</i> 2007-2009		
Recommandations pratique clinique Documents FMC			HAS : RPC anxiété <i>HAS : ALD 23 : troubles anxieux graves</i>	AFSSAPS : bon usage antidépresseurs recommandations arrêt BZD 2007 HAS	
Programmes professionnels Éducation patient			AM/convention : URCAM Franche-Comté anxiété	<ul style="list-style-type: none"> AM/convention : prévention iatrogène ; cumul psychotropes BZD Partenaires santé/MSA 2006 <i>Programme EPP Anxiété du sujet âgé pour le médecin généraliste.</i> <i>Programme EPP Anxiété pour les gériatres.</i> 	
Recherche PHRC, phase IV épidémiologie, pharmacologie Psychosociale		<i>Étude de la représentation de l'anxiété du sujet âgé chez les médecins et soignants et chez les patients âgés.</i>		<ul style="list-style-type: none"> <i>InVS : Étude EHPAD psychotropes 2007 – 2008.</i> <i>Angélique 2 (2007)</i> 	
Campagne média Grand public					
Ces données ne sont pas exhaustives ; se rapporter au bilan détaillé des initiatives pour plus d'informations.					

SIGNES ANXIEUX

5- MÉTHODE DE TRAVAIL

5-1 DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE



L'approche choisie est celle de la clinique pratique ambulatoire, d'un médecin généraliste face à un sujet âgé qui présente des signes anxieux ou des signes dépressifs, de l'étape du diagnostic à celle du traitement.

5-2 QUESTIONS CLES

- Présentation (classification) de l'anxiété et des troubles anxieux ?
- Chez le sujet âgé : Représentation de l'anxiété ? Instruments adaptés au médecin généraliste pour repérer un syndrome anxieux ? Liste de signes d'appels ou de plaintes ? Pathologies les plus fréquemment associées à l'anxiété ?
- Critères diagnostiques adaptés au médecin généraliste pour TAG, dépression ? spécificités chez le sujet âgé ?
- Liste de facteurs déclenchant pour le sujet âgé ?
- Bilan paraclinique minimal à réaliser devant une anxiété (symptôme) chez le sujet âgé ? Instruments adaptés au MG pour évaluer rapidement le retentissement de l'anxiété ? chez le sujet âgé ?
- Critères de recours aux spécialistes (psychiatre, gériatre) chez le sujet âgé ?
- Traitement et suivi chez le sujet âgé ; conditions de renouvellement d'une ordonnance ?

5-3 SYNTHÈSE DE LA PRISE EN CHARGE

(consensus du groupe de travail)

Le patient âgé anxieux ne se plaint guère spontanément de symptômes anxieux. Il consulte le plus souvent pour des plaintes somatiques (douleurs, insomnie, sensation de gêne respiratoire, etc.), des plaintes émotionnelles (irritabilité) ou des troubles cognitifs (troubles de concentration ou de mémoire). Ces signes d'appel doivent alerter le médecin et lui faire rechercher les signes d'anxiété. Dès lors, doivent être également recherchés un syndrome dépressif ou une maladie associée, causes les plus fréquentes de survenue de signes anxieux chez le sujet âgé. L'ancienneté des troubles est essentielle à préciser.

La dépression, associée à des symptômes ou des troubles anxieux, relève d'une prise en charge spécifique, avec évaluation du risque suicidaire et antidépresseurs de la classe des IRSN ou ISRS en 1^{ère} intention chez le sujet âgé (cf. *synthèse dépression*).

Si le symptôme anxieux est récent, l'entretien à la recherche de facteurs déclenchants (pathologie, évènement de la vie) et des antécédents connus orientent le bilan somatique qui est essentiel. En cas de retentissement important des troubles anxieux, un traitement par BZD de courte durée peut trouver sa place, à condition que l'analyse de la balance bénéfique/risque soit favorable. La prescription de BZD doit alors être particulièrement prudente (faible posologie, réévaluation régulière de l'indication).

Si les troubles sont chroniques, seule l'évaluation sur la base de critères précis du DSM-IV permet de poser le diagnostic de troubles anxieux, dont la prévalence chez le sujet âgé est de 3 à 7%. Les échelles type HAD ou GVI sont utilisables chez le sujet âgé. Devant un trouble anxieux généralisé (TAG) isolé, l'analyse bénéfique/risque des IRS et les préférences du patient orientent vers une prise en charge soit par IRS soit par thérapie cognitivocomportementale (TCC) adaptée au sujet âgé. Les troubles phobiques relèvent quant à eux de TCC (les TCC posant aujourd'hui le problème de leur accessibilité). Les attaques de panique, le stress posttraumatique et les troubles compulsifs sont moins fréquents chez le sujet âgé.

Qu'il s'agisse de symptôme anxieux associé à une maladie ou des troubles anxieux avérés, un soutien psychologique du patient et de son entourage, un suivi rapproché assorti d'une évaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance des traitements sont nécessaires.

5.4 BIBLIOGRAPHIE DEPRESSION, SIGNES ANXIEUX DU SUJET AGE

Recherche documentaire :

La stratégie documentaire va se limiter à la recherche **des recommandations de bonne pratique clinique (RPC) existantes et des revues de littérature de la *Cochrane Library*** :

Sources documentaires sur la période 2000-2006

Bases de données bibliographiques automatisées :

- *Medline (National library of medicine, États-Unis)*

La recherche documentaire a été effectuée à partir des mots-clés initiaux suivants :

("Depressive Disorder" [MAJR] OR "Depression" [MAJR] OR "Long-Term Depression (Physiology)" [MAJR] OR "Depressive Disorder, Major Anxiety" [MAJR] OR "Anxiety Disorders" [MAJR] OR "Anti-Anxiety Agents" [MAJR] OR "Stress" [MeSH] OR "Stress, Psychological" [MeSH])
 ET ("Aged" [MeSH] OR "Aged, 80 and over" [MeSH]) OR "Geriatric Nursing" [MeSH] OR "Geriatric Psychiatry" [MeSH] OR "Frail Elderly" [MeSH] OR "Geriatrics" [MeSH])

ET

("Guideline" [Publication Type] OR "Guidelines" [MeSH] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR "Health Planning Guidelines" [MeSH] OR "Consensus Development Conferences" [MeSH] OR "Consensus Development Conferences, NIH" [MeSH] OR "Consensus Development Conference, NIH" [Publication Type] OR "Consensus Development Conference" [Publication Type] OR "Practice Guidelines" [MeSH] OR "Meta-Analysis" [MeSH] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR "meta analysis" [title] OR "Review Literature" [MeSH] OR "systematic review" [title])

Autres sources :

1) françaises :

- Bibliothèque Lemanissier www.bmlweb.org/consensus_lien.html
- Site Internet du CHU de Rouen www.chu-rouen.fr
- Site Internet des sociétés savantes pertinentes sur le thème traité

2) internationales :

- *National guideline clearinghouse* (États-Unis) www.guideline.gov
- Site Internet des sociétés savantes pertinentes sur le thème traité
- *Cochrane Library* (Royaume-Uni)
- *HTA Database (International network of agencies for health technology assessment – INAHTA)* ;

3) En complément une recherche de littérature grise (initiatives, programmes régionaux ou nationaux, etc.) a été initialisée à partir des sources suivantes (ministère de la Santé, CNAMTS, URCAM, URML, ORS, FAQSV, etc.) afin d'identifier les initiatives françaises.

Articles retenus **SIGNES ANXIEUX** :

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
Recommandations de Bonne Pratique « médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux de l'adulte » AFSSAPS; juin 2006.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte ANAES 2001
- National Institute for Clinical Excellence.
Anxiety : management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE 2004
- Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for social anxiety disorder
- Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)
- Revue Cochrane 2006 : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)
- Revue Cochrane 2006 : Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)
- Revue Cochrane 2006 : Review Antidepressants for generalized anxiety disorders
- Revue Cochrane 2006 : Azapirones for generalized anxiety disorder
- Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders
- Revue Cochrane 2006 : Valerian for anxiety disorders

Articles retenus **DÉPRESSION** :

- Mallette : guide de prise en charge de la dépression
DGS; 2007(en cours)
- Haute Autorité de Santé – Recommandations professionnelles
Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif de l'adulte.
HAS; 2007 (en cours)
- Institute for Clinical Systems Improvement.
Major depression in adults for mental health care.
ICSI; 2006.
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
Mise au point sur le « Bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs chez l'adulte »
Afsaps; avril 2005.
- Baldwin RC, *et al.*
Guidelines on depression in older people
Int J Geriatr Psychiatry 2003; 18(9).
- Iverson GL, Remick R. Diagnostic accuracy of the British Columbia Major Depression Inventory.
Psychol Rep 2004; 95(3 Pt 2): 1241-7.
- National Institute for Clinical Excellence.
Depression. Management of depression in primary and secondary care.
NICE; 2004.
- Fochtman LJ, *et al.*
Guideline watch : practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2nd
edition
Focus; 2005.
- Registered Nurses Association of Ontario
Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression.
Nursing best practice guideline; 2004
- Revue Cochrane 2006 : Antidepressants for depressed elderly
- Revue Cochrane 2006 : Antidepressants versus placebo for the depressed elderly
- Revue Cochrane 2006 : Electroconvulsive therapy for the depressed elderly

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	1. Quelles sont les échelles d'évaluation de la dépression applicables au SA ? Lesquelles sont facilement utilisables par le médecin généraliste ? (ex : GDS HAD)	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs chez l'adulte. AFSSAPS; 2005,	Un diagnostic de dépression ne peut se poser qu'à l'issue d'un interrogatoire à la recherche de tous les symptômes définis par le DSM-IV. L'appréciation de l'intensité des symptômes relève de l'évaluation clinique et éventuellement d'échelles validées (mais il n'est pas noté les échelles pertinentes).		
Baldwin RC, <i>et al.</i> Guideline for the management of late-life depression in primary care. Guidelines on depression in older people Int J Geriatr Psychiatry 2003;18(9).	Questionnaire pour le <u>screening</u> : GDS (versions avec 4, 5, 10, 12, 15 et 30 items) - Cornell Scale for depression in dementia ; - BASDEC - EASY-care De plus, il est recommandé d'utiliser des échelles, telles que le HAM-D ou le MADRS pour évaluer la réponse au traitement.		Ib – IIb
Iverson GL, Remick R. Diagnostic accuracy of the British Columbia Major Depression Inventory. Psychol Rep 2004;95(3 Pt 2):1241-7.	Aucune donnée sur la question		
National Institute for Clinical Excellence. Depression. Management of depression in primary and secondary care. NICE; 2004.	Le dépistage de la dépression doit faire poser au minimum deux questions sur l'humeur et l'intérêt : Durant le dernier mois, avez-vous eu : - le sentiment d'être triste, déprimé ou sans espoir ? - un manque d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? Les critères de la dépression sont ceux de la CIM-10 qui définit une liste de 10 symptômes de dépression et divise l'épisode dépressif majeur en 4 groupes. Les symptômes clés sont : une tristesse persistante ou un abaissement de l'humeur ; et/ou une perte d'intérêt ou de plaisir ; et/ou une fatigue importante ou réduction d'énergie. Les symptômes associés sont : des troubles du sommeil ; une diminution de l'aptitude à se concentrer ; une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ; une diminution ou une augmentation de l'appétit ; des idées ou des actes suicidaires ; un ralentissement psychomoteur important ou une agitation ; des idées de culpabilité ou de dévalorisation. - pas de dépression : < 4 symptômes - dépression légère : 4 symptômes - dépression modérée : 5 à 6 symptômes - dépression sévère : ≥ 7 symptômes (avec ou sans symptômes psychotiques) Ces symptômes dont au moins un symptôme clé doivent être présents presque chaque jour pendant un mois ou plus.		
Fochtman LJ, <i>et al.</i> Guideline watch : practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2nd edition Focus 2005.	Aucune donnée sur la question		
Malette : guide de prise en charge de la dépression DGS 2007(en cours)	Les critères de diagnostic de l'épisode dépressif majeur sont ceux du DSM-IV. « Pour l'ensemble des patients, y compris présentant une détérioration intellectuelle légère ou moyenne, le GDS est l'échelle de référence ». Les 2 versions en 15 et 30 items sont citées. « La mini GDS est un très bon outil de dépistage qui constitue une première étape dans une démarche de diagnostic ». ». 15 items = mini GDS ?		

Sources	1. Quelles sont les échelles d'évaluation de la dépression applicables au SA ? Lesquelles sont facilement utilisables par le médecin généraliste ? (ex : GDS HAD)	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
<p>Revue Cochrane Antidepressants for depressed elderly Antidepressants versus placebo for the depressed elderly Electroconvulsive therapy for the depressed elderly</p>	<p>Etudes d'essais randomisés chez des sujets âgés de 55 ans et plus. <i>Antidepressants for depressed elderly</i>: Sur les 32 études incluses, 22 ont utilisé les critères diagnostiques du DSM. La sévérité des troubles à l'entrée était évaluée par le Hamilton Depression rating Scale (HAM-D) dans 31 études, ou par le Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Le suivi était évalué par le HAM-D dans la majorité des études, associé au <i>Clinical Global Impression</i> (CGI) dans 21 études ou au MADRS dans 10 études. Le Geriatric Depression Scale (GDS), le <i>Raskin Scale</i>, le <i>Zung Depression Scale</i>, le <i>Wakefield Self Assessment Scale</i>, le <i>Newcastle Scale</i> ont aussi été utilisés. <i>Antidepressants versus placebo for the depressed elderly</i>: Sur les 17 études incluses, 7 ont utilisé les critères diagnostiques du DSM, 5 ont utilisé le <i>Research Diagnostic Criteria</i>. La sévérité des troubles à l'entrée était évaluée par le <i>Hamilton Depression rating scale</i> (HAM-D) dans 8 études, par le Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS), par le Geriatric Depression Scale (GDS).</p>		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	1.1 Présentation (classification) de l'anxiété et des troubles anxieux (en général) ?	1.2 Chez le SA : - Spécificité de la présentation clinique de l'anxiété ? - Représentation de l'anxiété ? - Instruments adaptés au MG pour repérer un syndrome anxieux ? - Liste de signes d'appels ou de plaintes ? - Pathologies les plus fréquemment associées à l'anxiété ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
Haute Autorité de Santé. ALD troubles anxieux graves. 2007 (en cours)	Oui (cf. annexe 2 du document)	Non		
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. AFSSAPS; 2006.	Oui	Non		
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte ANAES 2001	Oui : critères diagnostiques troubles anxieux graves	Oui		
National Institute for Clinical Excellence. Anxiety : management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE 2004	Oui : critères diagnostiques troubles anxieux graves, trouble de panique	Non spécifique		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for social anxiety disorder	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Review Antidepressants for generalized anxiety disorder	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Azapirones for generalized anxiety disorder	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Valerian for anxiety disorders	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	2. Critères de recours aux spécialistes (psychiatre, gériatre) chez le sujet âgé	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
Haute Autorité de Santé. ALD troubles anxieux graves. 2007 (en cours)	Aucune donnée sur la question		
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. AFSSAPS; 2006.	Aucune donnée sur la question		
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte ANAES 2001	Aucune donnée sur la question		
National Institute for Clinical Excellence. Anxiety : management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE 2004	Oui, critères précisés dans la population générale pour les troubles anxieux graves et troubles de panique	18 ans et +	
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for social anxiety disorder	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Review Antidepressants for generalized anxiety disord	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Azapirones for generalized anxiety disorder	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Valerian for anxiety disorders	Aucune donnée sur la question		

Sources	3. Critères diagnostiques adaptés au MG pour TAG, phobies, dépression ?			Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
	3.1 en général	3.2 spécificités chez le sujet âgé			
Haute Autorité de Santé. ALD troubles anxieux graves. 2007 (en cours)	Oui pour Troubles anxieux graves	Non précisé			
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. AFSSAPS; 2006.	Oui pour épisode dépressif majeur (DSM – IV – TR)	Non précisé			
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte ANAES 2001	Oui pour Troubles anxieux graves	Non précisé			
National Institute for Clinical Excellence. Anxiety : management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE 2004	Oui troubles anxieux graves et troubles de panique	Non précisé			
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for social anxiety disorder	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question			
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question			
Revue Cochrane 2006 : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question			
Revue Cochrane 2006 : Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question			
Revue Cochrane 2006 : Review Antidepressants for generalized anxiety disorder	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question			
Revue Cochrane 2006 : Azapirones for generalized anxiety disorder	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question			
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question			
Revue Cochrane 2006 : Valerian for anxiety disorders	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question			

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	4. Liste de facteurs déclenchants pour le sujet âgé ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
Haute Autorité de Santé. ALD troubles anxieux graves. 2007 (en cours)	Aucune donnée sur la question		
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. AFSSAPS; 2006.	Aucune donnée sur la question		
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte ANAES 2001	Aucune donnée sur la question		
National Institute for Clinical Excellence. Anxiety : management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE 2004	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for social anxiety disorder	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Review Antidepressants for generalized anxiety disorder	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Azapirones for generalized anxiety disorder	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Valerian for anxiety disorders	Aucune donnée sur la question		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	5. Bilan paraclinique minimal à réaliser devant une anxiété (symptôme) chez le sujet âgé ?	Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
Haute Autorité de Santé. ALD troubles anxieux graves. 2007 (en cours)	Aucune donnée spécifique sur la question		
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. AFSSAPS; 2006.	Aucune donnée spécifique sur la question		
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte ANAES 2001	Non précisé		
National Institute for Clinical Excellence. Anxiety : management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE 2004	Non précisé		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for social anxiety disorder	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Review Antidepressants for generalized anxiety disord	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Azapirones for generalized anxiety disorder	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Valerian for anxiety disorders	Aucune donnée sur la question		

Sources	6. Instruments adaptés au MG pour évaluer rapidement le retentissement de l'anxiété ?		Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
	6.1 en général	6.2 chez le sujet âgé		
Haute Autorité de Santé. ALD troubles anxieux graves. 2007 (en cours)	Oui (cf. annexe 4)	Aucune donnée sur la question		
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. AFSSAPS; 2006.	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte ANAES 2001	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
National Institute for Clinical Excellence. Anxiety : management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE 2004	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for social anxiety disorder	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Review Antidépresseurs for generalized anxiety disorder	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Azapirones for generalized anxiety disorder	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		
Revue Cochrane 2006 : Valerian for anxiety disorders	Aucune donnée sur la question	Aucune donnée sur la question		

AMELIORER LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

Sources	7. Traitement		Groupe d'âge (si précisé)	Niveau de preuve (si précisé)
	7.1 en général a - traitement/suivi pour un symptôme anxieux récent ? b - traitement/suivi pour un TAG avec ou sans dépression ? c - traitement/suivi pour une phobie ? d - Conditions de renouvellement d'une ordonnance ?	7.2 chez le sujet âgé a - traitement/suivi pour un symptôme anxieux récent ? b - traitement/suivi pour un TAG avec ou sans dépression ? c - traitement/suivi pour une phobie ? d - Conditions de renouvellement d'1 ordonnance ?		
Haute Autorité de Santé. ALD troubles anxieux graves. 2007 (en cours)	a : oui b : oui	c : oui d : oui	Non précisé spécifiquement	
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. AFSSAPS; 2006.	a : non b : oui	c : oui d : non	a : non b : non spécifiquement c : non spécifiquement d : non	AP AP
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte ANAES 2001	a : non b : oui c : non d : oui pour Troubles anxieux graves	a : non b : traitement médicamenteux dangereux/choix d'une TCC c : non d : non précisé		B C
National Institute for Clinical Excellence. Anxiety : management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE 2004	a : non b : oui c : non d : oui, pour Troubles anxieux graves	a : non b : non spécifiquement c : non d : non spécifiquement		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for social anxiety disorder	Pas de données spécifiques	Pas de données spécifiques		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)	Pas de données spécifiques	Pas de données spécifiques		
Revue Cochrane 2006 : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)	Pas de données spécifiques	Pas de données spécifiques		
Revue Cochrane 2006 : Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)	Pas de données spécifiques	Pas de données spécifiques		
Revue Cochrane 2006 : Review Antidepressants for generalized anxiety disorder	Pas de données spécifiques	Pas de données spécifiques		
Revue Cochrane 2006 : Azapirones for generalized anxiety disorder	Pas de données spécifiques	Pas de données spécifiques		
Revue Cochrane 2006 : Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders	Pas de données spécifiques	Pas de données spécifiques		
Revue Cochrane 2006 : Valerian for anxiety disorders	Pas de données spécifiques	Pas de données spécifiques		

PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET ÂGÉ



**RAPPORT DU GROUPE THÉMATIQUE
BASE DE TRAVAIL POUR LE GROUPE DE RÉFLEXION ET COOPÉRATION
(AVRIL 2007)**

TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ LE SUJET AGE ETAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

RESPONSABLE : Dr Benoît LAVALLART

PARTICIPANTS : Dr Jean-Philippe FLOUZAT
Dr Philippe ROBERT
Dr Florence PASQUIER
Dr Florence LEBERT
Dr Armelle DESPLANQUES
Dr Nathalie RIOLACCI

1- CONNAISSANCE DES BONNES PRATIQUES

Recommandations sur ce sujet : ce qu'il y a et ce qui manque

PREAMBULE

Ce bilan concerne d'une part les troubles du comportement positifs du sujet âgé (agitation, déambulation, agressivité), mais également les syndromes confusionnels du sujet âgé, générant aujourd'hui des prescriptions de sédatifs, notamment neuroleptiques et psychotropes.

REPRESENTATION

Il existe **peu de données** sur la représentation des troubles du comportement du sujet âgé, tandis que l'existence même de nombre de troubles du comportement est fonction de la tolérance de l'entourage et de la formation des soignants.

DIAGNOSTIC

Des **données suffisantes** existent dans la littérature à propos du diagnostic des facteurs de risques, des facteurs favorisants ou déclenchant les troubles du comportement et des pathologies somatiques à rechercher en urgence. Tout comme les éléments du diagnostic à distance d'une démence sous-jacente.

TRAITEMENT/MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Les **recommandations** disponibles sur le traitement médicamenteux des troubles du comportement sont complexes et inappropriées au regard des nouvelles données, notamment sur la dangerosité des psychotropes. L'effet délétère des traitements médicamenteux au long cours est prouvé. L'existence ou non de troubles psychotiques et la notion de dangerosité sont à préciser. Il n'existe pas de stratégie médicamenteuse validée dans les confusions aiguës du sujet âgé.

? TRAITEMENT/ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES

Il existe un certain nombre de techniques de soins et d'aménagement de l'environnement permettant une réduction significative de la survenue de troubles du comportement. Les **techniques de soins** appropriées à la prise en charge immédiate des troubles du comportement positifs chez le sujet âgé sont souvent citées, mais ne sont pas développées dans la littérature. Les seules études disponibles portent sur le bénéfice de la formation générale des soignants qui peut avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des malades.

FILIERE DE PRISE EN CHARGE

Le recours aux services d'urgence lors de survenue de ces troubles en ambulatoire est fréquent.

La littérature préconise que les patients âgés devraient bénéficier d'un circuit d'hospitalisation directe, évitant les services d'urgence peu appropriés pour gérer ces patients.

2- CONNAISSANCE DES PRATIQUES RÉELLES

DONNEES DE PREVALENCE

Prévalence des troubles du comportement en EHPAD : plus de 75 % des patients vivant en EHPAD souffrent de démence ; 85 % d'entre eux présentent des troubles du comportement, incluant l'apathie et les symptômes dépressifs.

DONNEES DUR LES FILIERES DE SOINS

Les soignants en EHPAD, comme aux urgences et à l'hôpital sont insuffisamment formés aux techniques de soins appropriées aux patients âgés présentant des troubles du comportement productifs ou un syndrome confusionnel. La conception architecturale et environnementale des services accueillant ces patients est fréquemment inappropriée.

Les sujets âgés, notamment déments sont encore aujourd'hui fréquemment hospitalisés par les urgences.

DONNEES DE PHARMACO-EPIDEMIOLOGIE

Traitement des troubles du comportement par les neuroleptiques (ou autres psychotropes) en EHPAD : il existe peu de données sur l'utilisation des sédatifs en EHPAD.

3- PROPOSITIONS PRELIMINAIRES DU GROUPE

1.3 ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE

- Solliciter l'Agence d'évaluation médico-sociale créée en mars 2007 pour favoriser les actions d'amélioration de la qualité de la prise en charge de ces troubles du comportement, en demandant à ce que ces actions soient inscrites dans le projet d'établissement, le projet de vie et le projet de soins.
- Développer la réflexion éthique autour de la contention physique ou chimique au sein des EHPAD, en sollicitant les espaces éthiques des CMRR pour les animer.
- Recueil de données INVS en EHPAD intégrant les psychotropes.
- Diffusion des recommandations éthiques « l'éthique en questions ».
- Développement de l'informatisation des EHPAD pour les dossiers de soins et les prescriptions, en y intégrant des logiciels d'aide à la prescription.

RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE CLINIQUE

- Recommandations sur la prise en charge des troubles du comportement des patients âgés aux urgences, avec un volet sur la prise en charge médicamenteuse, le cas échéant.
- Guide des bonnes Pratiques en EHPAD (relecture proposée au GT).
- Recommandations sur la sédation médicamenteuse des personnes âgées (en précisant les stratégies avec et sans troubles psychotiques, et en précisant la « dangerosité »).
- Élaboration de recommandations sur la stratégie de prise en charge et les modalités de suivi au long cours de ces patients (en parallèle à l'ALD).

PROGRAMMES PROFESSIONNELS

- EHPAD : développer dans le référentiel d'autoévaluation *Angélique* un volet sur les troubles du comportement, prenant en compte les conclusions du groupe de réflexion sur les Psychotropes chez le sujet âgé.
- Inscription dans le programme de l'ANFH une formation sur ce thème.
- Diffusion la formation à l'éducation à la santé par l'Inpes.
- Diffusion de la formation à la bientraitance (SFGG/DGS).

ÉDUCATION PATIENTS ET FAMILLE

- Élaborer un « guide aidant », familial et professionnel de prise en charge des troubles du comportement en partenariat avec France Alzheimer (notamment pour les aides à domicile et aide soignantes).

CAMPAGNE MEDIA

- Améliorer la connaissance du grand public sur la maladie d'Alzheimer, dans le cadre de la campagne médiatique « Alzheimer grande cause nationale ».

RECHERCHE CLINIQUE

- Recherche-action sur les alternatives non médicamenteuses en EHPAD : évaluation de l'efficacité de la formation des soignants aux techniques de soins appropriées à la prise en charge des troubles du comportement (en cours d'écriture).
- Recherche sur l'évaluation du risque à domicile (en cours d'écriture).
- Évaluation de l'intérêt des gérontotechnologies dans la prise en charge des troubles du comportement.

RECHERCHE PSYCHOSOCIALE

- Recherche sur la structuration et l'organisation des aides informelles et professionnelles (écart entre les représentations et la réalité des pratiques, répartition des tâches et des responsabilités, etc.)

TROUBLES DU COMPORTEMENT

TABLEAU RECAPITULATIF

EXISTANT – EN COURS – PROPOSITIONS A DISCUTER EN PLENIERE

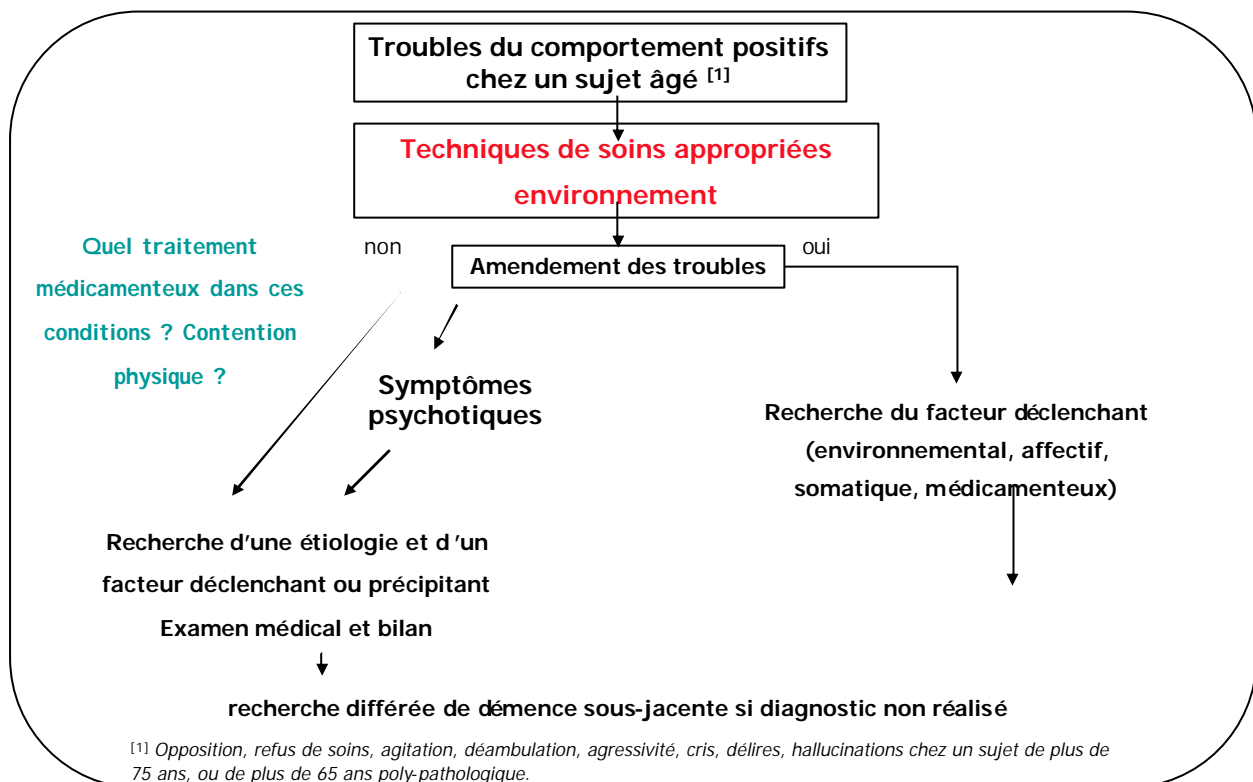
Troubles du comportement chez le sujet âgé					
disponibles en cours propositions à discuter		REPRÉSENTATION et DIAGNOSTIC		PRISE EN CHARGE	
Moyens	Objectifs	Représentation (professionnels de santé grand public)	Diagnostic (améliorer le dc étiologique)	Psychotropes (pour diminuer neuroleptiques et cumul des psychotropes)	Alternatives (médicamenteuses ou non médicamenteuses)
	Plan Alzheimer - Plan solidarité Grand âge				
Actions de santé publique				<ul style="list-style-type: none"> • renouvellement de la convention tripartite: intégrer thématique psychotropes 2007. • solliciter l'agence d'évaluation médicosociale. • solliciter les espaces éthiques des CMRR (contention physique et chimique) • informatisation des EHPAD /dossiers de sq 	
Recommandations pratique clinique Documents FMC			<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations : démences (2006) • Recommandations : Urgences (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • recommandations arrêt BZD 2007 HAS • DGS : guide EHPAD 2007 • Troubles du comportement des patients âgés aux urgences , • Sédation médicamenteuses des personnes âgées • Prise en charge et suivi au long cours dans la maladie d 'Alzheimer 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations techniques de soins pour EHPAD et ES.
Programmes professionnels Éducation patient		<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un « guide aidant » familial et professionnel de prise en charge des troubles du comportement en partenariat avec France Alzheimer (notamment pour les aides à domicile et aide soignantes). 		<ul style="list-style-type: none"> • EPP PMSA • AM/convention : prévention iatrogénie; cumul psychotropes BZD • EHPAD : développer dans le référentiel d'autoévaluation • Angélique un volet sur les troubles du comportement. • Inscription dans le programme de l'ANEH une formation sur ce thème. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation sur les techniques de soins.
Recherche PHRC, phase IV épidémiologie, pharmacologie psychosociale		<ul style="list-style-type: none"> • Recherche sur la structuration et l'organisation des aides informelles et professionnelles (écart entre les représentations et la réalité des pratiques, répartition des tâches et des responsabilités, etc.) 		<ul style="list-style-type: none"> • InVS : Étude EHPAD psychotropes 2007 – 2008 • Angélique 2 (2007) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alternatives non médicamenteuses chez les patients ambulatoires 2006-2007 • Risque de survenue à domicile. • Alternatives non médicamenteuses en EHPAD 2007. • Intérêt des gérontotechnologies dans la prise en charge des troubles du comportement
Campagne média Grand public		<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la connaissance du grand public sur la maladie d'Alzheimer dans le cadre de la campagne médiatique « Alzheimer grande cause nationale » 			

Prise en charge

Les troubles du comportement dits « productifs » – cris, agitation, agressivité, déambulation – survenant dans la maladie d'Alzheimer (et pathologies apparentées) sont en effet à distinguer des troubles du comportement liés à une confusion, événement brutal nécessitant un bilan somatique.

En cas de survenue d'agitation ou de cris chez un patient souffrant de démence, des techniques de soins appropriées permettent d'éviter le recours aux neuroleptiques ou autres sédatifs. Ces techniques de soins – non complètement validées ni modélisées – ne sont pas connues des professionnels, donc peu, voire pas du tout utilisées.

Dans les cas de confusion, une sédation pourra être nécessaire pour réaliser le bilan somatique, mais cette sédation doit être mesurée et de courte durée. Les recommandations aujourd'hui sur ce sujet ne sont ni valides ni homogènes.



5 - BIBLIOGRAPHIE troubles du comportement

Recherche documentaire :

La stratégie documentaire s'est limitée à la recherche des recommandations de bonne pratique clinique (RPC) existantes et des revues de littérature de la *Cochrane Library* :

Sources documentaires :

Bases de données bibliographiques automatisées :

- *Medline* (*National library of medicine*, États-Unis) ;

La recherche documentaire a été effectuée à partir des mots-clés initiaux suivants :

"Psychomotor Agitation" [MeSH] OR "Cognition Disorders" [MeSH] OR "Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders" [MeSH] ET ("Aged" [MeSH] OR "Aged, 80 and over" [MeSH]) OR "Geriatric Nursing" [MeSH] OR "Geriatric Psychiatry" [MeSH] OR "Frail Elderly" [MeSH] OR "Geriatrics" [MeSH])

ET

("Guideline" [Publication Type] OR "Guidelines" [MeSH] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR "Health Planning Guidelines" [MeSH] OR "Consensus Development Conferences" [MeSH] OR "Consensus Development Conferences, NIH" [MeSH] OR "Consensus Development Conference, NIH" [Publication Type] OR "Consensus Development Conference" [Publication Type] OR "Practice Guidelines" [MeSH] OR "Meta-Analysis" [MeSH] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR "meta analysis" [title] OR "Review Literature" [MeSH] OR "systematic review" [title])

sur la période 2000-2006

Autres sources :

1) françaises :

- Bibliothèque Lemanissier www.bmlweb.org/consensus_lien.html
- Site Internet du CHU de Rouen www.chu-rouen.fr
- Site Internet des sociétés savantes pertinentes sur le thème traité

2) internationales :

- *National guideline clearinghouse* (États-Unis) www.guideline.gov
- Site Internet des sociétés savantes pertinentes sur le thème traité
- *Cochrane Library* (Royaume-Uni)
- *HTA Database* (*International network of agencies for health technology assessment – INAHTA*)

Articles :

1. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP, Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 2: 5-99.
2. Benoit M, Brocker P, Clement JP, Cnockaert X, Hinault P, Nourashemi F, *et al.* Pratique neurologique. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. *Rev Neurol (Paris)* 2005;161(3):357-66.
3. Benoit M, Arbus C, Blanchard F, Camus V, Cerase V, Clément JP, *et al.* Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. *Rev Géiatr* 2007;31(9): 1-7.
4. Bridges-Webb C, Wolk J, Britt H, Pond D. The management of dementia in general practice. A field test of guidelines. *Aust Fam Physician* 2003; 32(4): 283-5.
5. De Deyn PP, Katz IR, Brodaty H, Lyons B, Greenspan A, Burns A. Management of agitation, aggression, and psychosis associated with dementia : a pooled analysis including three randomized, placebo-controlled double-blind trials in nursing home residents treated with risperidone. *Clin Neurol Neurosurg* 2005;107(6):497-508.

6. Fioravanti M, Yanagi M. Cytidinediphosphocholine (CDP-choline) for cognitive and behavioural disturbances associated with chronic cerebral disorders in the elderly. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; Issue 2.
7. Franco KN, Messinger-Rapport B. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia : a review of the evidence. J Am Med Dir Assoc 2006;7(3): 201-2.
8. Gaskell C. Guidelines for the management of acute behavioural disturbance in adult and older peoples inpatient wards. Cambridge : Cambridge University; 2006.
9. Gonigal-Kenny ML, Schutte DL. Nonpharmacologic management of agitated behaviors in persons with Alzheimer disease and other chronic dementing conditions. J Gerontol Nurs 2006; 32(2):9-14.
10. Lonergan ET, Luxenberg J, Colford J, Birks J. Haloperidol for agitation in dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002; Issue 2.
11. Lonergan ET, Luxenberg J. Valproate preparations for agitation in dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; Issue 2.
12. Lyketsos CG, Colenda CC, Beck C, Blank K, Doraiswamy MP, Kalunian DA, *et al.* Position statement of the American Association for Geriatric Psychiatry regarding principles of care for patients with dementia resulting from Alzheimer disease. Am J Geriatr Psychiatry 2006; 14(7):561-72.
13. Martinon-Torres G, Fioravanti M, Grimley Evans J. Trazodone for agitation in dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; Issue 3.
14. McMinn B, Draper B. Vocally disruptive behaviour in dementia : development of an evidence based practice guideline. Aging Ment Health 2005;9(1):16-24.
15. Milisen K, Lemiengre J, Braes T, Foreman MD. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people : systematic review. J Adv Nurs 2005;52(1):79-90.
16. Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, Pwee KH, Shukla VK, Herrmann N, Skidmore B. L'emploi des antipsychotiques de nouvelle génération dans l'agitation liée à la démence : une étude méthodique. Rapport technologique n°36. Ottawa: OCCETS;2003.
17. Potter J, George J, Guideline Development Group. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people : concise guidelines. Clin Med 2006;6(3):303-8.
18. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia : meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. Am J Geriatr Psychiatry 2006;14(3):191-210.
19. Segatore M, Adams D. Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients : Part 2--Interventions. Orthop Nurs 2001;20(2):61-73.
20. van Iersel MB, Zuidema SU, Koopmans RT, Verhey FR, Olde Rikkert MG. Antipsychotics for behavioural and psychological problems in elderly people with dementia : a systematic review of adverse events. Drugs Aging 2005;22(10):845-58.
21. Vellas B, Gauthier S, Allain H, Andrieu S, Aquino JP, Berrut G, *et al.* Consensus statement on severe dementia. Presse Med 2005;34(20 Pt 1):1545-55.
22. Verkaik R, van Weert JC, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia : a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 2005;20(4):301-14.
23. Williams R. Optimal dosing with risperidone : updated recommendations. J Clin Psychiatry 2001; 62(4):282-9.
24. Les médicaments injectables pour l'agitation aiguë chez un adulte non coopérant
La revue Prescrire Octobre 2005/Tome 25 N°265

PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET ÂGÉ



RAPPORT DU GROUPE THÉMATIQUE

BASE DE TRAVAIL POUR LE GROUPE DE RÉFLEXION ET COOPÉRATION

(AVRIL 2007)

PHARMACOLOGIE DES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET AGE

ETAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

RESPONSABLE : Olivier BLIN

PARTICIPANTS : Christophe ARBUS
Régis BORDET
Jean COSTENTIN
Jean-Marc GANDON
Michel HAMON
Maryse LAPEYRE MESTRE
Patrick MARTIN
Alexandre MEARY
Louis MERLE
Micheal SPEDDING
Armelle DESPLANQUES

Composition, Action et Limites

Ce groupe de travail a été constitué de membres de la Société française de pharmacologie et de thérapeutique, participant notamment aux travaux du Groupe de travail neuropsychopharmacologie préclinique et clinique. Il a réuni des académiques, mais aussi des membres de l'industrie ou de sociétés de service ayant une expertise signalée dans le domaine considéré, et sa réflexion a été complétée par l'intervention et l'apport des institutions HAS, AFSSAPS et DGS lors des séances plénières. Le groupe a envisagé tous les aspects de la pharmacologie expérimentale moléculaire et biologique, à la pharmacologie clinique dans ses différentes valences (notamment pharmacovigilance, pharmacodépendance et pharmacoépidémiologie). La pharmaco-économie n'a pas été abordée ici.

Ce groupe de travail a conduit son action dans deux axes : une action spécifique au groupe chargée notamment de déterminer les axes de recherche et les points bloquants ; une action de support auprès des autres groupes de travail afin d'intégrer dès le début la dimension pharmacologique dans la réflexion en cours.

Relevé des conclusions

Pharmacologie Expérimentale : Les données récentes sur le récepteur GABA (classification IUPHAR en cours) montrent que l'action préférentielle de certains composés sur des sous-unités distinctes du récepteur pourrait être associée à des propriétés pharmacologiques dissociées. Ainsi, toutes les propriétés pharmacologiques cliniques des benzodiazépines (effet sédatif, anxiolytique, amnésiant, anticonvulsivant et myorelaxant) ne sont pas forcément indissociables. Cette nouvelle pharmacologie ouvre des voies importantes dans le développement de nouveaux anxiolytiques.

Il existe avec l'âge une diminution de la neurotransmission monoaminergique, une diminution du contrôle de l'axe du stress et une diminution de la neurogénèse hippocampique (liée à une diminution du BDNF) et de la neuroplasticité. Ces déficits sont comparables à ceux observés dans la dépression, et soulignent la vulnérabilité du sujet âgé aux troubles de l'humeur. Précisant certains modes d'action des antidépresseurs, ils ouvrent également la voie vers la mise au point de nouveaux traitements.

Pharmacologie Clinique : Les propriétés des psychotropes sont imparfaitement étudiées chez le sujet âgé, au regard de la fréquence de leur prescription et utilisation. Les effets sur la conduite automobile sont mal connus, comme le sont les effets des coprescriptions. Le potentiel de pharmacodépendance est sous-estimé, faute d'évaluation précise.

Pharmaco-épidémiologie : Une personne sur 2 de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France. Au total, 20 % des 10 millions de personnes âgées consomment régulièrement des hypnotiques ou anxiolytiques. Aucune raison identifiée ne vient expliquer cette fréquence plus élevée que dans les autres pays européens.

Plus d'un sujet sur 10 prend des antidépresseurs dans la tranche d'âge 80-94 ans, et à l'inverse la consommation d'antidépresseurs à une dose efficace et pour une durée suffisante est insuffisante.

On observe donc une dérive soit par excès (indication, posologie, durée, coprescription, contexte, etc.) soit par défaut (posologie inadaptée, durée trop courte, etc.)

Pharmacovigilance : La prise de benzodiazépines est associée à de nombreux incidents et accidents chez le sujet âgé. Les composés dits « Z » ne sont pas indemnes de ces critiques, notamment en ce qui concerne le risque de chutes. Les phénomènes de pharmacodépendance sont fréquents et difficiles à maîtriser.

L'administration de neuroleptiques, visant à contrôler les troubles du comportement notamment chez le sujet âgé dément, est associée à une iatrogénie importante, neurologique et surtout cérébro-vasculaire.

Rapport bénéfice/risque : avec toutes les précautions liées aux limites méthodologiques, la méta-analyse de Glass suggère un rapport bénéfice/risque défavorable des hypnotiques chez le sujet âgé de plus de 60 ans (rapport de 2 entre le nombre de patients traités bénéficiant d'une amélioration du sommeil et le nombre de patients présentant un évènement indésirable).

Par ailleurs, l'étude de Lagnaoui à partir de la cohorte PAQUID suggère que le diagnostic incident de démence est significativement associé à la prise de benzodiazépines.

Les modalités d'arrêt du traitement au long cours par les benzodiazépines et composés « Z » ne sont pas codifiées.

Dans la maladie d'Alzheimer, aucun consensus n'est établi concernant l'utilisation des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, bien que leur efficacité soit possible notamment sur les troubles du comportement.

À l'inverse des benzodiazépines, la prise d'antidépresseurs pourrait avoir un effet bénéfique sur la cognition à long terme. Cela demande néanmoins confirmation.

Propositions

Recherche fondamentale

Évaluer les composés agissant plus spécifiquement sur certaines sous-unités du récepteur GABA.

Recherche clinique

Évaluer les effets des psychotropes sur la conduite automobile chez le sujet âgé.

Évaluation des effets résiduels des psychotropes chez le sujet âgé.

Évaluation des effets cognitifs des psychotropes à court et long terme chez le sujet âgé.

Valider une stratégie d'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé.

Réglementaire

Documenter après commercialisation l'efficacité, les effets indésirables et la durée de prescription des psychotropes chez le sujet âgé.

Évaluation du potentiel de pharmacodépendance des psychotropes.

Pilotes

DHOS et ANR : intégrer le thème « psychotropes chez le sujet âgé » dans les appels d'offres.

AFSSAPS/EMA : mesures réglementaires.

Mission Alzheimer : évaluer le rapport bénéfice risque des psychotropes à titre symptomatique une fois la maladie déclarée, et en termes d'éventuel effet bénéfique (antidépresseurs) avant la survenue de la maladie.

PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET ÂGÉ



RAPPORT DU GROUPE THÉMATIQUE
BASE DE TRAVAIL POUR LE GROUPE DE RÉFLEXION ET COOPÉRATION
(AVRIL 2007)

INITIATIVES – RETOURS D'EXPÉRIENCE

Initiatives menées en France pour améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, particulièrement sur les thèmes de la dépression, de l'anxiété et des troubles du sommeil

(bilan non exhaustif)

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Anne JOLIVET
Stéphanie PIN
Armelle DESPLANQUES

SOMMAIRE

1. SYNTHESE

2. INITIATIVES SUR LE SOMMEIL

3. INITIATIVES SUR LA DEPRESSION

4. INITIATIVES SUR L'ANXIETE

5. LISTE (NON EXHAUSTIVE)

ANNEXE 1 : PRESENTATION DES PRINCIPALES INITIATIVES AUX GROUPES DE TRAVAIL

ANNEXE 2 : RECENSEMENT (NON EXHAUSTIF) DES INITIATIVES

BILAN DES INITIATIVES

1. SYNTHÈSE

OBJECTIF

Dans le cadre des travaux menés par la HAS sur le thème de la prescription de psychotropes chez les sujets âgés, il a paru pertinent de tenter de réaliser un recensement des initiatives menées en France sur ce sujet, pour identifier les acteurs potentiels, les types d'actions réalisées et promouvoir les initiatives pertinentes et efficaces, afin d'améliorer la prescription de psychotropes chez le sujet âgé.

METHODOLOGIE

Une veille documentaire avec recherche de littérature grise (initiatives, programmes régionaux ou nationaux, etc.) a été initialisée à partir des sources suivantes : Presse professionnelle, ministère de la Santé, CNAMTS, URCAM, URML, ORS, FAQSV, etc. sur les thèmes « psychotropes », « dépression », « anxiété », « sommeil » et « sujet âgé », afin d'identifier les initiatives françaises. Les participants du groupe de coopération ont aussi apporté des informations issues de leur propre fond documentaire.

PREMIER BILAN

- **Limites de cette analyse :**

Les initiatives recensées sont très hétérogènes, car elles regroupent sur les différents thèmes étudiés (sommeil, anxiété, dépression, prescription et consommation de psychotropes) divers types d'initiatives : des actions de santé publique (campagne d'information, de prévention, accords professionnels, etc.), l'élaboration d'outils (d'information ou d'aide à la prise en charge), des études ou enquêtes, des recommandations professionnelles, etc. Toutes ne présentent pas le même niveau de détail dans les données disponibles. Ces initiatives peuvent être ciblées sur les usagers (âgés ou non), les médecins, les pharmaciens ou encore les aidants (professionnels ou non). Enfin ces initiatives ont pu faire l'objet d'une évaluation ou non.

- **Classement des initiatives**

Pour ces raisons, il a été choisi de classer ces initiatives par type d'acteur impliqué : ministère de la Santé, Agences du ministère (INPES, AFSSAPS, INVS), HAS, Assurance maladie, Professionnels, Industriels et Usagers.

- **Facteurs de succès des actions :**

Au-delà du thème porteur que représente la prescription de psychotropes, on peut distinguer en première analyse deux types d'actions efficaces :

- Les initiatives multifacettes qui visent tous les acteurs de la prescription de psychotropes (usagers, médecins, pharmaciens, entourage des usagers, grand public), et comportent plusieurs types d'action

(Ex : campagne d'information grand public, outils à disposition des professionnels et des patients, etc.). Mais l'on s'interroge sur la pérennité de ces actions qui n'ont bénéficié que d'évaluations à court terme.

- Les initiatives issues des prescripteurs eux-mêmes, qui impliquent une révision de leur mode de prescription et de travail (Ex : Groupe d'analyse d'ordonnances entre pairs, élaboration d'aide informatique à l'analyse de la prescription, etc.), et s'inscrivent par conséquent dans une démarche pérenne.

PRESENTATION DES DOCUMENTS EN ANNEXE

Deux présentations *power point*, sont ajoutées en *annexe 1* et *2* de ce document. Elles ont été présentées aux groupes de travail, et illustrent les principales actions et outils recensés.

Le tableau (*Annexe 2*) récapitule l'ensemble des initiatives répertoriées suivant le classement par acteur. Ce tableau regroupe pour chaque initiative, outre les colonnes « type d'action », « thèmes » ou « population cible » détaillés ci-dessus, des informations descriptives : date, lieu, promoteur(s) et acteur(s), objectifs principaux, principales actions, existence d'une évaluation ou non, principaux résultats et un éventuel lien vers un site Internet ou une publication.

Ce tableau existe au format informatique Excel, et cela permet de manipuler les données, en utilisant, à titre d'exemple, une autre classification des initiatives.

CONCLUSION PRELIMINAIRE

Ce recensement doit être abordé comme une base de travail, livrée à la réflexion du groupe. Il nécessite d'être mutualisé avec l'ensemble des acteurs potentiels de l'amélioration de la prescription des psychotropes en France. Au-delà de son utilité immédiate, ce travail pourrait faire l'objet d'une actualisation régulière par le groupe de réflexion et de coopération, et être tenu à disposition de tous les acteurs.

BILAN DES INITIATIVES

2. INSOMNIE

De nombreuses actions et initiatives diverses ont été identifiées en France, sur le thème des psychotropes chez le sujet âgé. Plusieurs sont générales (sur le bon usage des médicaments en gériatrie ou ciblées sur les psychotropes), mais certaines concernent spécifiquement le sommeil, l'insomnie et son traitement, avec de nombreux outils d'informations des médecins et du public.

Le plan Sommeil à venir va comporter notamment plusieurs actions menées par l'Inpes (étude qualitative sur les connaissances et les représentations, et une campagne d'information grand public et professionnels), des actions de sensibilisation auprès des assurés de l'Assurance maladie, etc.

Le plan Bien vieillir 2007-2009, qui s'inscrit dans la dimension européenne du *Healthy Aging* promeut notamment le lien social et des règles d'hygiène de vie qui participent à la prévention des troubles du sommeil.

La campagne télévisuelle « La santé à tout âge », conduite actuellement par l'Inpes, comporte un spot spécifiquement ciblé sur l'insomnie du sujet âgé.

Dans le cadre de la convention de l'Assurance maladie avec les médecins généralistes et spécialistes libéraux, un objectif de baisse de la prescription d'anxiolytiques et hypnotiques portant essentiellement sur les BZD à demi-vie longue, a été retenu en 2005 et reconduit en 2006-2007. Une fiche MémoBenzo, validée par la HAS propose une aide au choix d'une benzodiazépine chez les sujets de plus de 75 ans. Une baisse de 5,9 % des dépenses de remboursement a été enregistrée au 1^{er} semestre 2006. Des déclinaisons régionales variées ont été mises en œuvre. Parmi elles, celle de l'Urcam de Franche-Comté a mené un programme global de sensibilisation sur l'usage des somnifères et tranquillisants (affiches pour les salles d'attente, spots TV, etc.), avec des résultats positifs. Des actions ciblées sur l'insomnie ont été conduites auprès des médecins généralistes et du grand public, avec élaboration par les professionnels d'outils « Insomnie » à destination du médecin comme du patient, sous la forme d'ordonnancier.

Par ailleurs, d'autres initiatives menées par ou avec les médecins ont eu un impact positif sur les pratiques (Partenaires de santé de l'*Argonne* ; Association prosom, MEPAPL, etc.). Il existe un grand dynamisme de la profession médicale autour du thème du sommeil, qu'il s'agisse de la médecine générale, acteur des soins primaires (recommandations 2007) ou des nombreuses disciplines impliquées dans les pathologies du sommeil.

BILAN DES INITIATIVES

3. DEPRESSION

De nombreuses actions et initiatives diverses ont été identifiées en France, sur le thème des psychotropes chez le sujet âgé. Plusieurs sont générales (sur le bon usage des médicaments en gériatrie ou ciblées sur les psychotropes), mais certaines concernent spécifiquement la dépression et son traitement, avec de nombreux outils d'informations des médecins et du public.

Le plan Psychiatrie et Santé Mentale (2005-2008) comporte un programme spécifique « dépression et suicide », et a notamment permis l'élaboration d'une mallette « outils de repérage, démarche diagnostique, identification des signes d'alerte et stratégie de prise en charge de la dépression du sujet âgé », pour les médecins généralistes et en EHPAD (en cours de réalisation par la SFGG en collaboration avec la FFP et la SPLF, et financé par la DGS). Le plan Bien vieillir 2007-2009, qui s'inscrit dans la dimension européenne du *Healthy Aging* promeut notamment le lien social et des règles d'hygiène de vie qui participent à la prévention de la dépression.

L'Inpes prévoit une campagne nationale sur la dépression, non spécifique au sujet âgé. La campagne télévisuelle actuelle « La santé à tout âge » comporte un spot spécifiquement ciblé sur la dépression du sujet âgé.

Parmi les déclinaisons régionales des programmes de l'Assurance maladie, à propos de la prescription chez le sujet âgé, plusieurs régions ont mené des actions ciblées sur la dépression : une campagne de communication grand public et professionnels en Lorraine et Champagne-Ardenne.

De nombreuses actions de santé publique ont été menées au niveau international, dans le cadre de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la dépression notamment. Les critères d'efficacité sont variables : diminution des dépressions, sentiment de bien-être, diminution des facteurs de risque de dépression. Les éléments qui ont fait la preuve d'une efficacité sont : sensibilisation générale sur la dépression, interventions psychosociales telles que : soutien lors du veuvage, travail sur l'isolement social, accompagnement des pathologies chroniques telle que le diabète, prise en compte de la dépression des aidants. Les actions menées donnent des résultats discordants dans la prise en charge des problèmes d'alcool, la promotion de l'exercice physique ainsi que les visites préventives. Il n'existe pas de données sur l'efficacité de l'éducation du sujet âgé dépressif.

BILAN DES INITIATIVES

4. ANXIETE

De nombreuses actions et initiatives diverses ont été identifiées en France, sur le thème des psychotropes chez le sujet âgé. Plusieurs sont générales (sur le bon usage des médicaments en gériatrie ou ciblées sur les psychotropes), mais peu concernent spécifiquement l'anxiété et son traitement.

Dans le cadre de la convention de l'Assurance maladie, avec les médecins généralistes et spécialistes libéraux, un objectif de baisse de la prescription d'anxiolytiques et hypnotiques portant essentiellement sur les BZD à demi-vie longue, a été retenu en 2005 et reconduit en 2006-2007. Une fiche MémoBenzo, validée par la HAS propose une aide au choix d'une benzodiazépine chez les sujets de plus de 75 ans. Une baisse de 5,9 % des dépenses de remboursement a été enregistrée au 1^{er} semestre 2006.

Parmi les déclinaisons régionales de ce programme, la Franche-Comté a mené une action ciblée sur l'anxiété, avec élaboration par les professionnels d'outils « Anxiété » à destination du médecin comme du patient, sous la forme d'ordonnancier. Cette action a été conduite conjointement à un programme global de sensibilisation sur l'usage des somnifères et tranquillisants (affiches pour les salles d'attente, spots TV, etc.).

Par ailleurs, certaines initiatives menées par ou avec les médecins ont eu un impact positif sur les pratiques (Partenaires de santé de l'Argonne ; MEPAPL, etc.).

BILAN DES INITIATIVES

5. LISTE (NON EXHAUSTIVE)

INITIATIVES DES INSTITUTIONS

- DGS : Plan Santé mentale 2005-2008

Transmis pour le rapport OPEPS

- Étude subventionnée par la DGS sur l'usage au long cours des **antidépresseurs**, réalisée par P. LE MOIGNE (CESAMES-UMR 8136).
- Études demandées par les autorités de santé dans le cadre de l'inscription au remboursement des médicaments, avec évaluation de l'impact des produits sur les populations traitées pour trois **antipsychotiques** (Abilify[®], Risperdal[®], Risperdal Consta[®]) et deux **antidépresseurs** (Deroxat[®] et Effexor[®]).
- Création d'un Groupement d'intérêt scientifique (GIS) en recherche clinique, épidémiologique et sociale, dirigé par le Pr F. ROUILLON.
- Recommandations de bonnes pratiques et mises au point sur le bon usage des psychotropes, réalisé par **l'Afssaps** en lien avec la DGS (*Bon usage des **antidépresseurs** au cours des troubles dépressifs chez l'adulte ; Point sur les antidépresseurs ; Vous et votre traitement antidépresseur au cours d'un épisode dépressif de l'adulte ; Antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent*).
- Dans le cadre du plan national canicule 2004, élaboration de documents à l'usage des prescripteurs concernant les prescriptions de psychotropes en période de **canicule**, réalisation d'une étude en lien avec la **CNAM-TS et l'Inserm** sur la consommation de psychotropes chez les personnes en fin de vie lors de la canicule 2003, et mise au point de **l'Afssaps** sur le bon usage des médicaments en cas de vague de chaleur.
- Campagne d'information et de communication sur la dépression en 2006 (Cf. question 5).
- Mise en place d'un partenariat public-privé avec le **LEEM** (Les Entreprises du Médicament) sur la mise en place de campagne de santé publique, un des deux thèmes retenus étant la **dépression**.
- Une saisine de la **HAS** en 2005 et 2006 pour l'élaboration et la validation de référentiels de bonnes pratiques sous la forme de « fiches pratiques ».
- L'inscription du bon usage des psychotropes à la formation initiale des médecins généralistes et parmi les thèmes prioritaires de la **formation médicale continue** (cette dernière inscription dépendant de la sortie des décrets d'application de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique).
- La sollicitation de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) pour la préparation d'un **AcBUS** (Accord de Bon Usage des Soins) national sur les **antidépresseurs**.
- *Autres :*

Diagnostic et prise en charge de la dépression du sujet âgé en cours de finalisation (DGS/SFGG) 2006.

Guide pour les médecins en EHPAD (en cours de finalisation) 2006.

Chargé de mission Pr J. BELMIN : réflexion sur les actions à mener à propos de la prescription chez le sujet âgé.

Étude en cours sur la Gestion des cas complexes (case management), notamment en gériatrie.

Plan Sommeil (janv 2007)

- Informer : Document « passeport pour le sommeil » pour grand public (Institut du sommeil et de la vigilance), Envoi par courrier par l'AM d'un document pour Médecins Généralistes + document pour assurés (mars 2007). Campagne nationale information (juin 2007, INPES).
- Mobiliser les professionnels : « Guide des bonnes pratiques de soins » pour professionnels de santé intervenant en EHPAD (mars 2007). Intégration du thème dans FMC et Formation initiale médecins. « Repère pour votre pratique » (outils d'aide au diagnostic) diffusé aux MG, gériatres, pharmaciens (fin 2007).
- Améliorer dépistage et prise en charge : Cartographier et égaliser l'offre de soins. Cibler certaines pathologies (narcolepsie, SAS, insomnie commune).
- Recherche : Thème prioritaire PHRC 2007-2008.

Plan Solidarité Grand Âge (juin 2006), Plan Bien Vieillir (2007-2009)

DGAS : Mise en œuvre au niveau national d'une politique sur les personnes âgées, notamment en EHPAD, et au travers de la formation des médecins coordonnateurs.

DHOS : Mise en œuvre au niveau national d'une organisation des soins spécifique pour les sujets âgés (filière spécifique, restructuration des USLD)

- Circulaire en cours (avril 2007) relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées. Appel à projet (mai 2007). Financement de projets d'expérimentation de prise en charge psychogériatrique.
- Étude en cours sur la Gestion des cas complexes (case management), notamment en gériatrie.
- **AFSSAPS**
 - Mise au point : « Bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs chez l'adulte », (en ligne sur le site de l'agence depuis avril 2005). Ce document inclut un chapitre sur le sujet âgé.
 - Mise au point : « Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé », (en ligne sur le site de l'agence depuis juin 2005).
 - Benzodiazépines et apparentés : schéma commun de résumé des caractéristiques du produit et de notice destinée au patient (avril 2003).
 - « **Recommandations de bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte** », en cours de finalisation.
- **INPES**
 - **Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile 2005-2006, en direction des professionnels** : référentiel de bonnes pratiques, avec 110 175 exemplaires de synthèse adressés aux professionnels de santé.
 - **Expérimentation de démarches d'éducation du sujet âgé auprès de généralistes et pharmaciens d'officine.**
 - **Programmes courts « Pour garder bon pied, bon œil » 2006, en direction des personnes âgées** : deux des 10 films abordent la question du médicament, un concernant les effets secondaires et l'autre l'observance.
 - **Publirédactionnels en 2004 dans Notre Temps/Pleine Vie, en direction des personnes âgées** : abordant des thématiques liées à la prévention : canicule, ostéoporose, exercice physique, prévention des chutes, équipement personnel et médicaments/chutes.
 - **Exploitation des données du Baromètre Santé 2005** : Plusieurs questions y sont relatives à la consommation des psychotropes, pas encore de résultats, réflexion en cours avec l'Insee dans l'objectif d'inclure les plus de 75 ans.
 - **Enquête en cours sur la dépression (ANADEP 2006)** et les représentations de la dépression chez les 15-75 ans qui donnera lieu à une première publication en 2007.
 - **Campagne d'information « La santé à tout âge »** : 28 programmes courts diffusés sur France 2 et France 3 de janvier à mars 2007 (Thèmes : médicaments, dépression, sommeil, digestion, etc.).
 - **Campagne d'information sur la dépression, oct-nov 2007** : avec outils délivrant une information simple sur la dépression, les traitements, les professionnels et les structures de soins (livret, brochure et site Internet).
 - **Campagne sommeil (juin 2007)** : grand public + sensibilisation des professionnels de santé.
 - **INPES/CRESL : Outil d'intervention en éducation pour la santé : « Les aînés, acteurs de leur santé » (Comité régional d'éducation pour la santé de Lorraine)** : livret, autoquestionnaire et fiches pratiques sur le médicament notamment.
 - **INPES/MSA : Action d'éducation pour la santé : « Seniors, soyez acteurs de votre santé » (Mutualité sociale agricole) 2004, 2005** : dont agenda 2005 aux seniors comportant des recommandations sur les médicaments.
 - **INPES/CRESIF : Observance thérapeutique chez les personnes âgées – Comité régional d'éducation pour la santé d'Île-de-France** : synthèse documentaire, plaquette et ouvrage.
- **INVS** :
 - **Création d'un département Santé Mentale.**
 - **Étude sur la santé mentale du sujet âgé en institution prévue pour 2007, en lien avec INSEE et DRESS (volet psychotropes et polymédication).**
- **UNCAM** : convention médicale 2005 reconduite 2006-2007

La convention est un levier d'amélioration de la prescription, avec les objectifs de prévention et de maîtrise médicalisée.

Objectif de baisse de 10 puis 5 % des prescriptions d'anxiolytiques et hypnotiques.

Concerne les 3 principaux régimes d'AM (CNAMTS, CANAM, MSA) avec des déclinaisons variées.

Ex : CNAMTS : visite confraternelle (outil PMSA de la HAS, mémo BZD validé par HAS), suivi des prescriptions.

Ex : URCAM Franche-Comté : déclinaison de l'avenant conventionnel avec campagne grand public et actions auprès des MG, évaluation en cours « Somnifères et tranquillisants, il est temps d'en parler pas automatique ».

Ex : URCAM Lorraine et Champagne-Ardennes (2006) : Actions sur les prescriptions d'antidépresseurs : campagne d'information grand public + outils pour professionnels + site Internet : www.stopdepression.fr.

Ex : URCAM Rhône-Alpes et Observatoire du médicament en Rhône Alpes : envoi profil de prescription 954 MG avec visites confraternelles, baisse des BZD mais augmentation d'Etifoxine.

Ex : URCAM Pays-de-la-Loire : 5 groupes d'échanges de pratiques (financement FAQSV) : élaboration d'une brochure sur la prescription médicamenteuses chez la personne âgée (cf. *initiatives des professionnels*).

Ex : MSA/Groupama Partenaires Santé Ardennes (cf. *initiatives des professionnels*).

- HAS

Programmes d'amélioration et d'évaluation des pratiques, Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé 2005-2006 :

(Programme accessible sur le lien <http://www.has-sante.fr/anaes/PresMec.nsf/Accueil?openpage>)

Programmes proposant au praticien des outils concrets d'aides à la prescription, des supports de formation ainsi que d'évaluation de ses pratiques. L'objectif est de diminuer les prescriptions suboptimales : « over - under - mis use », et de gérer au mieux le risque iatrogénique. Idée essentielle vis-à-vis de la iatrogénie : aider le prescripteur à gérer au mieux le risque iatrogénique accru chez le sujet âgé (du fait de l'âge et de la polymédication justifiée par la poly pathologie).

Recommandations professionnelles

« Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte » (2001), « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » (2002), « Modalités de prise en charge d'un patient adulte nécessitant des soins palliatifs » (2003), « Prévention des chutes accidentelles des personnes âgées » (2005), « Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques » (1994), « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (2000).

En cours : « Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif de l'adulte » (fin prévue début 2007),

« Prise en charge de l'insomnie chez l'adulte en médecine générale », Audition publique : « Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins » (prévue les 1^{er} et 2 février 2007).

Commission de la Transparence : elle va réévaluer d'ici la fin de l'année 2007 les spécialités de la classe des psychotropes (inscrites avant 1993) et en particulier les benzodiazépines.

Référentiels d'évaluation

2001 - Sécurité de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans.

2004 - **Prise en charge par le médecin généraliste en ambulatoire d'un épisode dépressif isolé de l'adulte.**

2005 - **Prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire.**

Études postinscription

Il existe plusieurs demandes d'études émanant de la Commission de la Transparence et/ou du Comité Économique des Produits de Santé concernant le suivi de l'utilisation des psychotropes. L'état d'avancement de ces études est variable : protocole validé/étude en cours (Abilify®, Deroxat®, Risperdal Consta®), protocole en cours de validation (Risperdal®) ou en attente du dépôt d'un protocole (Effexor®).

INITIATIVES DES PROFESSIONNELS

Sont ici rapportées diverses initiatives à propos de la prescription de psychotropes chez le sujet âgé ou de l'amélioration de la prescription chez le sujet âgé.

Ambulatoire :

- Groupes de pairs SFMG
« Evaluation des pratiques : Qualité de la prescription médicamenteuse et groupes de pairs en médecine générale : comparaison entre la qualité de la prescription de médecins participant ou non à des groupes de pairs » (rapport FAQSV 2005).

- Groupes d'échanges de pratiques : Partenaires Santé de l'Argonne
Groupes de médecins soutenus par MSA et Groupama avec revue des prescriptions d'anxiolytiques et élaboration de protocoles de sevrage de BZD (sur modèle expérimentation Soubie) 2006.

Projet soumis au FAQSV (7 sept 2006), avec demande par le commission d'attribution du FAQSV d'un avis de la HAS, rendu favorable juillet 2006 (AC, note NRD). Demande d'agrément pour EPP en cours.

- Groupes d'échanges de pratiques : Pays-de-la-Loire MEPAPL

Cinq Groupes dans chaque département de 12 médecins soutenus par MSA « Prescription médicaments et personnes âgées » 2005. Études d'ordonnances et réalisation d'un document de synthèse sur les stratégies de prescription chez les sujets âgés, diffusé aux médecins généralistes de la région par l'Assurance maladie.

- Réseau PIC (Pharmacie Info Contact)
Composé de Pharmaciens hospitaliers, Fiches d'information sur les médicaments, dont psychotropes.

Établissements de santé :

- Programmes d'amélioration de la Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (**déclinaison des programmes HAS**) :
- **Adaptation et Mise en œuvre 2006 par le CCECQA en Aquitaine : CMC Arès, IHM Labenne, Clinique des Cèdres, CHU Bordeaux, CH Côte Basque, CH Agen (Tour de Gassies).**
- **Adaptation par les ES : CH St-Dié-des-Vosges, Hôpital gériatrique de Treguis, CH Royan.**
- **Étude OMAGE : PHRC 2006 CHU Bichat (Paris), CHU Saint-Antoine (Paris), Clinique de la Porte-Verte (Versailles), CHU Henri-Mondor (Créteil), CH Albert-Chenevier (Créteil).**
- **Hôpital Gériatrique Vaugirard Paris (Thèse Médecine).**

Organismes agréés pour l'EPP :

OA CNGF Collège National des Gériatres Français

- **staffs hospitaliers de revue d'ordonnances et prévention de la iatrogénie basés sur PMSA.**
- **réflexion en cours pour programme en EHPAD avec un volet Prescription médicamenteuse.**

OA SFPT Société française de pharmacologie et thérapeutique.

OA SFMG Société française de Médecine Générale : **Prescription médicamenteuse.**

OA CHEMG Collège des hautes études en médecine générale : **Prescription médicamenteuse.**

OA IRMG Institut de recherche en médecine générale : **Prescription médicamenteuse.**

OA Réseau insuffisance rénale Tircel : **Prescription médicamenteuse.**

OA Formep's (psychiatrie) : **souhaite étendre ses activités à l'EPP des médecins coordonnateurs.**

Industriels :

- Santé en Action (**FHP, 1000 entreprises de santé, CNPS**).
 - Lynapharm : **élaboration d'un outils « La pack anxiété » (2006), à destination des médecins généralistes pour mieux gérer leur prescription d'anxiolytiques et des patients pour mieux comprendre leur traitement.**
- Comment agir ensemble contre la iatrogénèse évitable ? plaquette médecin et patient, campagne de presse, site Internet.**

Exemples de publications/communications des professionnels français à propos de :

- **Complications de la polymédication chez le sujet âgé (Queneau *et al.*, Juin 2006, Académie royale de Belgique).**
- **Prescriptions inappropriées d'anticholinestériques (Doucet *et al.*, Thérapie 2006, 61(1) 23-27).**
- **Journée consacrée au médicament : Réunion bi-académique Médecine Pharmacie 2005 : recommandations pour la prévention des accidents médicamenteux évitables (Queneau *et al.*, Bull Acad Natle Med 2005 189 n°9 1875-1876) ; Effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé (Doucet *et al.*, Bull Acad Natle Med 2005 189 n°9 1693-1709).**
- **Approches médicamenteuses dans l'attaque de panique des personnes âgées (Revue du Praticien 2006, 20, n°736/737).**
- **Prescriptions inappropriées de psychotropes en gériatrie ambulatoire (J. Doucet *et al.*, 2001).**
- **Psychotropes et spécificités gériatriques (A. Maheut-Bosset, L'année gérontologique, 2004).**
- **Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences (CNEG, La Revue de Gériatrie, 2006).**

INITIATIVES des USAGERS ou de leurs REPRESENTANTS

- OPEPS : Rapport sur le Bon usage des médicaments psychotropes, assortis de 14 recommandations 2006 :

FAVORISER LE BON USAGE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES 1. Adapter le contenu de la formation initiale et continue des médecins afin d'assurer un meilleur respect des recommandations de bonnes pratiques en matière de prescription des médicaments ; 2. Confier la coordination et la validation des enseignements de formation médicale continue à un organisme public dont la compétence scientifique est reconnue ; 3. Améliorer la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, en la plaçant sous la responsabilité de la Haute Autorité de Santé (HAS) ; 4. Affirmer la compétence et la responsabilité de l'Afssaps pour les études à finalité sanitaire réalisées après autorisation de mise sur le marché, en complément des études à finalité économique entreprises par les autres autorités sanitaires ; 5. Évaluer systématiquement l'impact des mesures destinées à maîtriser la consommation de médicaments psychotropes ;

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN SANTÉ MENTALE 6. Publier un bilan de la mise en œuvre du Plan gouvernemental pour la psychiatrie et la santé mentale 2005-2008 ; 7. Développer les connaissances en psychiatrie des étudiants en médecine et des autres professions de santé ; 8. Favoriser la coordination des médecins généralistes et des médecins psychiatres dans la prise en charge des troubles psychiatriques ;

MESURES SPÉCIFIQUES AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES 9. Développer un suivi pharmaco-épidémiologique des populations les plus exposées aux risques, ainsi qu'une meilleure analyse des pratiques de prescription. Le champ de surveillance doit inclure notamment les personnes âgées, avec un suivi différencié des personnes âgées en institutions, les jeunes enfants et les adolescents ; 10. Systématiser les études d'évaluation bénéfice/risque en situation réelle pour les médicaments psychotropes, afin d'établir des recommandations pour des prescriptions plus adaptées ; 11. Mieux associer la délivrance de psychotropes et la prise en charge psychologique des patients souffrant de troubles psychiques ; 12. Informer les prescripteurs sur les syndromes de sevrage et les former aux protocoles existants ; 13. Mettre en œuvre des campagnes d'information sur le bon usage des médicaments psychotropes, rappelant en particulier la distinction entre les usages thérapeutiques – dont il faut éviter la stigmatisation – et les usages toxicomaniaques de ces médicaments ; 14. Mettre en œuvre des campagnes de promotion des règles d'hygiène de vie, en particulier en ce qui concerne la qualité du sommeil.

Associations d'usagers :

- **AAAVAM (Association d'Aide Aux Victimes des Accidents des Médicaments).**
- **Livre paru en 2006 « Tranquillisants, Somnifères, neuroleptiques, ces faux amis... » G. A. Imbert.**
- **AViAM (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux).**
- **FNAP-PSY.**
- **UNAFAM.**
- **France Alzheimer.**

ANNEXE 1 : Présentation des principales actions aux groupes

Initiatives françaises pour améliorer la prescription de psychotropes chez le sujet âgé

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

1

Classification des actions

1. Ministère de la Santé
2. Agences du ministère
3. Assurance maladie
4. Professionnels
5. Industriels
6. Usagers

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

2

Initiatives du ministère : Plans ou programmes nationaux de santé publique

- **Plan « Sommeil »** janv 2007
- **Plan « Psychiatrie et Santé Mentale »** 2005-2008
 - Outils de repérage et d'aide à la décision pour la prise en charge de la dépression du sujet âgé auprès des MG et des médecins en EHPA (en cours)
 - « Vieillesse et santé mentale » : Etat des lieux des connaissances et des besoins (en cours)
- **Plan National « Bien vieillir »** 2007-2009
 - Promotion d'un vieillissement en bonne santé
 - Bon usage des médicaments
- **Plan « Solidarité Grand Âge »** juin 2006
- **« Un programme pour la gériatrie »** 2006

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

3

Plan sommeil

- **Informier**
 - Document « passeport pour le sommeil » pour grand public (ISV, 2005)
 - Envoi par courrier par l'AM d'un document pour MG + document pour assurés (mars 2007)
 - Campagne nationale information (juin 2007, INPES)
- **Mobiliser les professionnels**
 - « Guide des bonnes pratiques de soins » pour professionnels de santé intervenant en EHPAD (mars 2007)
 - Intégration du thème dans FMC et Formation initiale médecins
 - « Repère pour votre pratique » (outils d'aide au diagnostic) diffusé aux MG, gériatres, pharmaciens (fin 2007)
- **Améliorer dépistage et prise en charge**
 - Cartographier et égaliser l'offre de soins
 - Cibler certaines pathologies (narcolepsie, SAS, insomnie commune)
- **Recherche**
 - Thème prioritaire PHRC 2007 - 2008
 - ➡ 7 millions d'euros pour 2007-2008

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

4



Institut du Sommeil et de la Vigilance :
 outils :
 - Information
 - Conseil
 - Agenda du sommeil

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

5

Initiatives des agences ou institutions

- **INPES** (voir power-point S. PIN)
- **AFSSAPS, HAS, INVS**

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

6

Initiatives de l'Assurance maladie

- Avenant 12 à la Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes (2006-2008)
 - Prévention de la iatrogénie chez les > 65 ans
 - Baisse de 5% par an des montants des prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques

- Ex : URCAM
- URCAM Franche-Comté : Campagne de communication sur les anxiolytiques et hypnotiques
 - URCAM Champagne-Ardenne + Lorraine : Campagne de communication sur AD + BZD

24/04/07 HAS A. Jolivet (DGS_SD6C) 7

mémobenzo Choix d'une benzodiazépine chez le sujet âgé de plus de 65 ans et polypathologique ou après 75 ans

Lequel choisir ?

À privilégier : benzodiazépines à "demi-vie courte" (< 20 heures)

Classe	Principes actifs	Demi-vie (heures)	Indication
Classe des benzodiazépines à "demi-vie courte"	Clonazépate	12-15	non
	Alprazolam	11-12	non
	Lorazépate	11-12	non
	Oxazolépate	11-12	non
Classe des benzodiazépines à "demi-vie longue" (> 20 heures)	Diazépate	20-40	non
	Flunitrazépate	20-30	non
	Clonazépate	12-15	non
Classe des benzodiazépines à "demi-vie très longue" (> 40 heures)	Flurazépate	40-50	non
	Temestazolépate	35-45	non
	Triazolépate	15-35	non
	Estazolépate	11-12	non

À éviter : benzodiazépines à "demi-vie longue" (> 20 heures)

Classe	Principes actifs	Demi-vie (heures)	Indication
Classe des benzodiazépines à "demi-vie longue"	Diazépate	20-40	non
	Flunitrazépate	20-30	non
Classe des benzodiazépines à "demi-vie très longue"	Flurazépate	40-50	non
	Temestazolépate	35-45	non
	Triazolépate	15-35	non
	Estazolépate	11-12	non

Précautions : voir la rubrique du P.S. Dose et de P.D. Lire attentivement les notices des médicaments.

L'Assurance maladie : Mémobenzo (choix d'une BZD chez le sujet âgé de plus de 65 ans)

24/04/07 HAS A. Jolivet (DGS_SD6C) 8

URCAM Franche-Comté : Campagne d'information sur anxiolytiques et hypnotiques (2006)

SOMNIFÈRES ET TRANQUILLISANTS, IL EST TEMPS D'EN PARLER !

Il est temps de parler de ces médicaments car ils sont utilisés de plus en plus. Mais ils peuvent présenter des risques, notamment chez les personnes âgées. C'est pourquoi il est important de les utiliser avec précaution et sous surveillance médicale.

DES CARTES SONT À LA DISPOSITION DES MÉDECINS : Une affiche pour les salles d'attente.

24/04/07 HAS A. Jolivet (DGS_SD6C) 9

URCAM Franche-Comté : Ordonnancier sur l'Insomnie + Anxiété = informations pour les médecins et pour les patients

UN ORDONNANCIER SUR L'INSOMNIE

Des informations destinées aux médecins

Précautions d'emploi : ne pas utiliser chez les personnes âgées de plus de 65 ans, chez les personnes souffrant de troubles cardiaques, respiratoires ou hépatiques, chez les personnes souffrant de glaucome à angle fermé, chez les personnes souffrant de myasthénie, chez les personnes souffrant de troubles de la coagulation, chez les personnes souffrant de troubles de la conduction cardiaque, chez les personnes souffrant de troubles de la motricité, chez les personnes souffrant de troubles de la sensibilité, chez les personnes souffrant de troubles de la vision, chez les personnes souffrant de troubles de l'audition, chez les personnes souffrant de troubles de l'équilibre, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil urinaire, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil digestif, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil génital, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil circulatoire, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil respiratoire, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil locomoteur, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil cutané, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil visuel, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil auditif, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil olfactif, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil gustatif, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil tactile, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil thermique, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil électrocutané, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil électromagnétique, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil électrostatique, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil électrothermique, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil électrodynamique, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil électromagnétique, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil électrostatique, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil électrothermique, chez les personnes souffrant de troubles de l'appareil électrodynamique.

24/04/07 HAS A. Jolivet (DGS_SD6C) 10

Changement votre regard sur la dépression.

URCAM

URCAM lorraine et Champagne-Ardenne : Action sur prescription d'antidépresseurs (2006) : dépliant grand public

24/04/07 HAS A. Jolivet (DGS_SD6C) 11

Dépliant patient pour une meilleure observance

Comprendre votre maladie et savoir vous faire votre traitement.

URCAM

24/04/07 HAS A. Jolivet (DGS_SD6C) 12

Initiatives de l'Assurance maladie

- Actions menées auprès des professionnels : programmes d'échanges confraternels
- Études (Nationales / Régionales / Locales)

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

13

Initiatives des professionnels (1)

- Revues de littérature, Enseignement, recommandations des sociétés savantes
- Études (non exhaustif) :
 - Prescription inappropriée psychotropes, service de gériatrie, CHU Rouen
 - Renouvellement des BZD au delà de 3 mois : observation du processus de décision en MG, dptmt de MG Nantes
 - Utilisation de BZD chez le sujet âgé : données de la cohorte EVA, Univ Bordeaux II
 - Psychotropes, milieu institutionnel, PA, quels rapports ? Approche anthropologique du psychotropes, Univ Bordeaux II
 - Utilisation de BZD chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne, CHU Bordeaux
 - Prévalence et caractéristiques de la conso de BZD en pop générale, CHU Bordeaux

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

14

Initiatives des professionnels (2)

Actions :

- Groupes d'échanges de pratiques
 - **Partenaires Santé** : « Le sevrage des BZD chez les PA » : fiche de recueil de données et d'observance, fiche d'évaluation du sommeil, fiches conseil, fiche de sevrage au BZD.
 - **MEPAPL** (Médicaments et PA en Pays-de-La-Loire)
- Réseau PIC « Pharmacie-Info-Contact » : Fiche d'information sur les médicaments

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

15



Partenaires Santé de l'Argonne : Fiche conseil pour mieux dormir (2006)

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

16

MEPAPL (Médicament et PA en Pays-de-La-Loire) Outil d'aide à la prescription (2005)



24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

18

Réseau PIC (Pharmacie-Info-Contact) Fiche médicament

Certains signes d'alerte : Prenez immédiatement votre médecin ou son représentant d'une urgence médicale en cas de signes de complications ou de effets indésirables.

QUELLES PRÉCAUTIONS À OBSERVER ?

Le sevrage : Le sevrage doit être réalisé progressivement, surtout en début de traitement, sur 2 à 3 semaines, sous surveillance médicale. Évitez de vous arrêter brusquement, cela peut entraîner des effets indésirables graves.

Les dangers : Le renouvellement de son produit peut favoriser une dépendance à l'hypnotique sans votre volonté. Il est alors difficile de le sevrer sans l'aide d'un professionnel de santé.

Consignes de sécurité : Ne prenez pas de médicaments sans prescription ou conseil de votre médecin. Demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien en cas de renouvellement pour prévenir des interactions avec d'autres médicaments pris.

Consignes de sécurité : Ne prenez pas de médicaments sans prescription ou conseil de votre professionnel de santé.

Le suivi de votre traitement : La prescription d'un hypnotique doit être limitée dans le temps et à la dose, sous une surveillance médicale régulière de votre médecin pour éviter tout effet indésirable. Une prise d'efficacité peut nécessiter pendant le traitement de prendre votre avis de votre médecin ou pharmacien. Il est alors difficile d'arrêter rapidement, sans votre volonté, le traitement de votre médicament.

N'interrompez jamais brutalement votre traitement, même si vous vous sentez mieux, car les symptômes de sevrage ou l'absence d'efficacité peuvent être graves.

Cette fiche d'information est réalisée par les pharmaciens hospitaliers de Brest, B.P. (Pharmaciens Hospitaliers de Brest) et les pharmaciens de ville de Brest (Pharmaciens Hospitaliers de Brest).

© Copyright Réseau PIC 2006

FICHE D'INFORMATION HYPNOTIQUES (famille des Benzodiazépines)

Les médicaments hypnotiques de ce groupe ont été regroupés dans une même fiche car leurs propriétés pharmacologiques sont très voisines. Ils se présentent sous différentes formes orales, en comprimés.

Voici l'équivalence entre les doses de ces différents médicaments, sous une prise unique, à la dose de 100 mg, pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Qu'est-ce qu'un médicament hypnotique ? C'est un médicament qui agit temporairement sur le système nerveux central, permettant d'endormir et de faciliter l'initiation et le maintien du sommeil. Son effet est temporaire et ne doit pas être pris en compte pour le maintien du sommeil à long terme.

Fiche synthétique :

Classe thérapeutique : HYPNOTIQUES
Efficacité : Benzodiazépines
Précautions : voir ci-dessous

PRINCIPAL	MÉDICAMENT	DOSE USUELLE - DÉLAI D'ACTION
Lorazépam	NOVADOL®	cp 2 à 3 mg, 15 min
Lorazépam	NOVAVLAN®	cp 2 à 3 mg, 15 min
Nitrazépam	NOVADOL®	cp 2 à 3 mg, 15 min
Clonazépam	NOVAFAN®	cp 2 à 3 mg, 15 min
Triazolam	NOVADOL®	cp 2 à 3 mg, 15 min
Estazolam	NOVADOL®	cp 2 à 3 mg, 15 min

Cette fiche d'information est diffusée par le Réseau d'Action des Pharmaciens Hospitaliers, Hospitaliers, et par le Réseau de Pharmaciens de Ville de Brest.

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

19

Initiatives des industriels

- **Santé en action (LEEM) :** « Action nationale de prévention de la iatrogénèse médicamenteuse chez les personnes âgées »
 - Affiches pour les salles d'attente
 - Dépliant pour les professionnels
 - Dépliant pour les patients

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

20

Santé en action :
Dépliant pour les professionnels :



24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

21

Initiatives des usagers

- **AAVAM** (Association d'Aide aux Victimes des Accidents et Médicaments)
- **Rapport de l'OPEPS** sur le « Bon usage des médicaments psychotropes »

24/04/07 HAS

A. Jolivet (DGS_SD6C)

22

Prévention des troubles mentaux et promotion de la santé mentale : Recommandations et exemples de programmes étrangers

12/03/2007 HAS

S.Pin (INPES)

Cadre général

- **Promotion de la santé mentale**
 - Promotion de conditions de vie et de comportements favorables
 - Prévention des troubles et de leurs conséquences
- **Sources bibliographiques**
 - OMS
 - Projets de recherche européens
 - Revues de littérature et/ou méta-analyses

NB. La plupart du temps, travaux fondés sur des méta-analyses ou des revues de littérature, mais méthodologie variable d'un rapport à l'autre et conclusions parfois discordantes !

12/03/2007 HAS

S.Pin (INPES)

2

Les recommandations

- **Interventions « efficaces »** sur réduction dépression, sur amélioration mesures subjectives
 - Campagnes de sensibilisation sur la dépression des PA (WHO, 2005a);
 - Interventions psychosociales de renforcement des compétences psychosociales ou de soutien social, notamment lors de veuvage (Healthy Ageing, 2007; WHO, 2005a; WHO, 2005b; UIPES, 1999);
 - Interventions de prévention de l'isolement social (Healthy Ageing 2007; UIPES, 1999);
 - Éducation du patient âgé atteint de pathologies chroniques (WHO 2005b; BURDIS, 2004);
 - Interventions multi-composantes auprès des aidants familiaux de personnes âgées (Healthy ageing, 2007).
- **Données discordantes** sur efficacité ou manque de littérature spécifique sur PA :
 - Prévention de l'alcool et réduction des problèmes liés à l'alcool (Healthy ageing, 2007; UIPES, 1999);
 - Exercice physique (Healthy Ageing, 2007; WHO 2005a; WHO 2005b; UIPES, 1999);
 - Visites préventives à domicile (Healthy Ageing 2007; BURDIS, 2004; HEN, 2004; UIPES, 1999);
- **Champs non couverts par ces travaux :**
 - Éducation du patient âgé dépressif;
 - Prévention de l'insomnie et des troubles du sommeil.

12/03/2007 HAS

S.Pin (INPES)

3

Quelques initiatives étrangères

1/ *European Network for Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention* (IMHPA – avec participation de la MGEN pour la France) :

- Développement d'une base de données des programmes par pays (en cours)
- Élaboration d'un manuel (*Prevention in primary care*) destiné aux professionnels de santé pour les aider à prendre en charge des patients de plus de 18 ans, ayant été identifiés à risque de problèmes émotionnels (y compris personnes présentant des symptômes dépressifs, de l'anxiété ou du stress)

<http://www.genocat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/Du32/index.html>

12/03/2007 HAS

S.Pin (INPES)

4

2/ *Healthy ageing* – l'exemple du programme de promotion de la santé mentale écossais

- Revue de la littérature et rédaction de recommandations
- Recherche sur les perceptions des PA à l'égard de la santé mentale et du bien-être
- Programme de diffusion et d'implantation des recommandations
- Actions en direction des personnes âgées et des familles visant à faire connaître facteurs favorisant ou dégradant la santé mentale

<http://www.healthscotland.com/topics/stages/healthy-ageing/mental-health-later-life.aspx>

12/03/2007 HAS

S.Pin (INPES)

5

Actions INPES

■ Enquêtes et études

■ Programme « santé mentale »

- Campagne dépression (octobre /novembre 2007)
 - Grand public hors personnes âgées / adolescents
 - Thèmes : définitions, symptômes, traitements, rôle de l'entourage, où trouver de l'aide
 - Brochure + campagne médias + site internet
 - Sensibilisation des professionnels de santé (juin)

■ Sommeil

- Campagne sommeil (juin 2007)
 - Grand public
 - Brochure + campagne médias
 - Sensibilisation des professionnels de santé

12/03/2007 HAS

S.Pin (INPES)

6

Actions INPES

■ Programme « personnes âgées »

Promotion d'interventions multi-factorielles

- Diffusion du référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes (une partie sur bon usage du médicament) et des recommandations HAS
- Guide d'aide à l'action prévu pour 2007-2008 (comportant une partie sur les médicaments, dont psychotropes)

Campagne d'information « La santé à tout âge »

- Personnes de 60 ans et plus, autonomes
- Thèmes : médicaments, dépression, sommeil, digestion etc.
- 28 programmes courts diffusés FR2/FR3 de janvier à mars 2007

<http://www.inpes.sante.fr>

12/03/2007 HAS

S.Pin (INPES)

7

Actions de proximité

■ Dans le cadre du **Plan Bien Vieillir**, quelques exemples :

- prévention de l'isolement : ateliers collectifs/groupes de soutien, repas collectifs, activités de groupe, réseau de voisins etc.
- programmes d'éducation pour la santé globaux dont gestion du stress, troubles du sommeil, prise de médicaments, etc.
- aide aux aidants : formation, structures de répit, groupes de soutien.

■ Autres actions (réseau FNES)

- CRES Ile-de-France : observance / éducation du patient
- CRES Lorraine : atelier d'éducation pour la santé en 7 épisodes

12/03/2007 HAS

S.Pin (INPES)

8

ANNEXE 2 : RECENSEMENT DES INITIATIVES PAR ACTEUR

MINISTÈRE (Document de travail -24/04/07)

Titre	Date	Promoteur	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Évaluation	Résultats	Liens
Plan National Bien Vieillir	2007-2009 National	Ministère de la Santé		Plan National	« Bien vieillir »	proposer les étapes d'un chemin pour un vieillissement réussi tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées.	Promotion participation sociale, activités physiques, bonne alim. Dépistage/ Cs de prévention. Bon usage des médicaments. Prévention chutes, ostéoporose, presbycousie, déficit visuel. Prévention Cancers. Inscription de la démarche française dans la dimension européenne du <i>Healthy Ageing</i> (EU Project)	PA	oui		http://www.personnes-agees.gouv.fr
Plan Psychiatrie et Santé Mentale	2005-2008 National	Ministère de la Santé	DGS, DHOS, DGAS	Plan National	« Santé mentale »	Entre autres : 1) Mise en œuvre de programme spécifiques pour PA : prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale 2) Vieillesse et santé mentale : État des lieux des connaissances et des besoins 2) Amélioration de la prise en charge de la dépression, 3) favoriser le bon usage du médicament	Pour les PA (encours) : 1) Appel à projet pour financement initiatives de prise en charge psycho-gériatrique (en cours, DHOS) pour améliorer la prise en charge des troubles psy des PA2) Formalisation des articulations nécessaires entre différents acteurs concernés par la santé mentale des PA 3) Renforcement des compétences psy au sein des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de la cs mémoire et des centres mémoire 4) Dispositions pour adapter les EHPAD à la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle 5) Sensibiliser et former au dg et à la prise en charge de la dépression chez la PA : mallette destinée aux MG et aux médecins travaillant en EHPAD (en cours) 6) "Vieillesse et santé mentale" : État des lieux des connaissances et des besoins	Tous âges	oui		http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sante_mentale/sommeil.htm
Dépression du sujet âgé à domicile et en Institution : Outils de repérage, démarche dg, stratégie de prise en charge	en cours National	DGS	SFGG, FFP, DGAS, URML, experts	Outils de repérage	Dépression	Améliorer le repérage et la prise en charge de la dépression de la PA à domicile et en EHPAD par les MG de ville et travaillant en EHPAD	Élaboration des outils (Mini GDS) en 2006 par la SFGG et expérimentation de ces outils dans 2 départements en 2007	PA	En 2007		
Plan Sommeil	2007-2008 National	Ministère de la Santé	Dr Giordanella : rapport sur sommeil	Programme National	Sommeil	Améliorer les connaissances sur le sommeil et la prise en charge des troubles du sommeil, sur la base de propositions contenues dans le rapport du Dr Giordanella	1) Information, éducation du public + professionnels 2) dépistage et prise en charge : améliorer l'offre de soins et la formation initiale et continue des médecins 3) Favoriser la recherche	Tous âges	oui	Rapport de 3 pages sur le sommeil des PA (par F. et H. Onen) : 40% des PA > 75 ans se plaignent du sommeil. les 2 pathologies + prévalentes = insomnie avec mésusage d'hypno et SAS (concerne 32 à 47% des PA > 70ans, sous diagnostiqué et rarement traité). Propositions d'actions.	www.sante.gouv.fr

MINISTÈRE (Document de travail - 24/04/07)

Titre	Date	Promoteur	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Evaluation	Résultats	Liens
Plan Solidarité Grand Âge	01/06/2006 National	Ministère de la Santé	DGAS, DGS	Plan National	Vieillesse	1) Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles 2) Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre 3) Adapter l'hôpital aux personnes âgées 4) Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance, afin de garantir un haut niveau de protection sociale face à la dépendance 5) Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention	1) Développer les services de soins et d'aide à domicile, soutien des les aidants familiaux, assurer une continuité entre domicile et maison de retraite ; 2) augmenter le nombre de soignants, améliorer la qualité de vie, maîtriser les prix. 3) développer la filière gériatrique et en resserrer des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite		oui		http://www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/d_presse/plan_solidarite/dossier_de_presse.pdf
Un programme pour la gériatrie	01/04/2006 National	Ministère de la Santé		Pgm National	Gériatrie	OBJECTIFS : 1) Créer un label filière gériatrique pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences. 2) Faire contractualiser en tant que partenaires de la filière gériatrique labellisée les établ et struct associés à la filière gériatrique. 3) Prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques. 4) Développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient 5) Disposer en nb et en qualification de personnes pour animer cette politique gérontologique			oui		http://www.sante.gouv.fr/html/actu/prog_geriatrie/rapport.pdf
Plan Alzheimer	2004-2007	Ministère de la Santé		Plan National	Démence	10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des patients et des proches			oui		www.sante.gouv.fr
Plan Maladies Chroniques	en cours	DGS									
États généraux de la prévention : étendre aux maisons de retraite les mesures de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez > 65 ans	2 ^{ème} semestre 2007 National	DGAS, CNAMTS	DGS, DHOS, DSS, HAS, CNAMTS, MSA, RSI, CNSA, INPES, URCAM	Prévention de la iatrogénie en MR	Iatrogénie	1) Diminuer le nb d'hospi (par chute ou iatrogénie) 2) diminuer le nb d'EI (effets indésirables) des médicaments prescrits 3) Améliorer la qualité de vie des PA 4) EPP des médecins	Campagne de communication nationale (gd public + professionnels de santé) + coordination des MT, médecins coordonnateurs des EHPAD, pharmaciens, IDE et travailleurs sociaux	> 65 ans polymédicamentés (= 1,5 Millions sur 10M > 65 ans :10 délivrances /an avec 7 médoc ou +)		Objectif : 27 LPSP : fqce des hospi d'origine medic chez pers prises en charge en ville ; obj 26 28 29 99 100	
États généraux de la prévention : créer la cs de prévention pour les > 70 ans	2 ^{ème} semestre 2007 National	DGS	DGS, DSS, Caisses AM, HAS, Sociétés Savantes, URML, INPES	Consultation de prévention	Dépression...	Éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités... dont dépression	Experimentation dans 3 départements dès janv 07 financée par FNPEIS (0,4 Meuros), Généralisation mi-2007 financée par l'ONDAM de ville (26 Meuros)	> 70 ans			

AGENCES / HAS (Document de travail - 24/04/07)

Titre	Date	Promoteur	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Résultats	Publications ou liens
INPES + CRES										
« La santé à tout âge »	jan-mars 2007	INPES	France 2 et 3	Campagne d'information	Sommeil, dépression, bon usage des médicaments, autres...	Inciter les PA > 60 ans à adopter des réflexes au quotidien pour rester en bonne santé	Diffusion de 28 programmes d'une minute : information et conseils pratiques	PA > 60 ans nouvellement retraitées, actives et en bonne santé	Objectif des programmes : délivrer une information claire et objective sur le processus de vieillissement de l'organisme et des conseils pratiques pour ralentir ou retarder ce processus ; faire comprendre aux seniors que le vieillissement n'est pas un processus inéluctable et qu'il existe des moyens simples et peu contraignants de prévenir ses effets indésirables.	Programmes courts téléchargeables sur site de l'INPES http://www.inpes.sante.fr
Campagne d'information grand public sur la dépression	sept-07	INPES		Campagne d'information	Dépression	Améliorer les connaissances 1) des symptômes de la dépression 2) des prises en charge thérapeutiques 3) sur les filières de soin	1) Création d'outils délivrant une info validée, simple et concrète sur la dépression, les ttt, les professionnels et les structures de soins: livret d'info et brochure gd public, site Internet, base de ressources 2) Campagne de médiatisation et de promotion des outils	Grand Public (hors PA et adolescents)/ professionnels de santé		
Exploitation des données du baromètre santé 2005	2005-2007	INPES	INPES, CNAMTS, OFDT, INSERM	Enquête	Consommation de psychotropes, santé mentale, qualité de vie	Exploitation des questions du Baromètre santé relatives à la consommation de psychotropes, santé mentale. Chapitres : <i>Troubles dépressifs et leur prise en charge, perception de la santé et qualité de vie etc.</i>	Premiers résultats publiés (mars 2006) ; Publication des résultats détaillés (juin 2007) ; analyses secondaires et spécifiques sur PA	18-75		Guilbert P. et Gautier A., Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis : INPES. Le chapitre « Troubles dépressifs » est téléchargeable sur le site de l'INPES
Enquête sur la dépression (ANADEPH 2006)	2006-2007	INPES	INPES, InVS, MGEN	Enquête	Dépression	Enquête sur la dépression et les représentations de la dépression (analyses en cours). Parties questionnaire : épisode dépressif, anxiété généralisée, alcool, coping, recours et consommation de soins, représentations et connaissances, attitudes et opinions, événements vie, soutien social	Publication des résultats (fin 2007)	15-75 ans		
Étude qualitative sur le vécu de la dépression et le parcours de soins	2006-2007	INPES		Étude	Dépression	Étude par entretiens semi-directif auprès de 70 personnes ayant souffert d'un épisode dépressif ou de déprime, ainsi que de compagnes/compagnons de personnes dépressives	Publication des résultats (fin 2007), utilisation de verbatims pour la campagne dépression	15-75 ans		
Étude qualitative sur les connaissances et représentations	mai-07	INPES		Étude	Sommeil					

AGENCES / HAS (Document de travail -24/04/07)

Titre	Date	Promoteur	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Résultats	Publications ou liens
INPES + CRES										
Campagne d'information grand public sur le sommeil	sept-07	INPES		Campagne d'information	Sommeil	Faire connaître l'importance et les conditions d'un sommeil de qualité	Diffusion d'une brochure ; Campagne radio	Grand Public		
État des lieux des actions de prévention / promotion de la santé en direction des PA	sept-07	INPES		Étude	Tous thèmes	Repérer les acteurs intervenant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé en direction des pa, identifier le type d'action réalisé et leurs composantes (public cible, thème, outils utilisés), repérer les besoins en soutien méthodologique, technique ou financier	1) Identification des acteurs ; 2) Analyse des actions0	Acteurs de prévention (nationaux, régionaux et locaux)		
« Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile »	2005-2006	INPES	CNAMTS, réseau international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité	Prévention	Chutes (+/- médicaments)	Faciliter la mise en œuvre de bonnes pratiques en matière de prévention des chutes	1) Référentiel de bonnes pratiques (2005) diffusé en 3 300 exempl.: destiné aux intervenants médico-sociaux auprès des PA vivant à domicile + resp de formation : Synthèse des recommandations + arbre décisionnel, test de dépistage et autre outils d'évaluation + pgm de dépistage et stratégies d'intervention 2) Repère pour la pratique (diffusé en 110 000 exempl.) = collection dédiée aux professionnels de santé	Professionnels de santé, responsables de programmes de prévention, financeurs		
Expérimentation de démarches d'éducation du sujet âgé auprès de généralistes et pharmaciens d'officine	2001-2005	INPES		Éducation	Éducation du patient	Expérimentation auprès des MG et pharmaciens d'officine visant à concevoir et à évaluer plusieurs démarches d'éducation pour la santé auprès de 3 pop dont PA			Les professionnels ont quelques difficultés à adopter une approche globale de la PA et préfèrent une approche thématique ou par pb de santé, ce qui peut induire une multiplication des prescriptions. De l'autre côté les PA s'attendent à obtenir des réponses à leurs pbs sur des questions qui sortent du champ biomédical (isolement, dépression, etc...). Plus réticentes au changement, fatalisme face au vieillissement.	
« Pour garder bon pied, bon œil » : programmes courts	2004-2006	INPES		Prévention	Chutes (+/- médicaments)	Prévenir les risques d'accident et plus particulièrement les risques de chute en donnant des conseils pratiques et faciles à suivre	Pgm courts de 1 minute multi thématiques diffusés à la télé : Sur les 10 films, 2 abordent la question des médic. (1 les effets secondaires, l'autre l'observance). Depuis 2006 des cassettes VHS sont mises à disposition des assoc ou collectivités.	PA		
Publi-rédactionnels en 2004 dans <i>Notre Temps/ Pleine vie</i>	2004	INPES		Prévention	Médicaments / chutes	Donner des conseils simples et pratiques visant à aider les PA à s'approprier une démarche de prévention	6 publi - rédactionnels édités dans la presse seniors en 2004, abordant des thématiques liées à la prévention (canicule, ostéoporose, etc...médicaments/chutes)	PA		

AGENCES / HAS (Document de travail -24/04/07)

Titre	Date	Promoteur	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Résultats	Publications ou liens
INPES + CRES										
« Les aînés, acteurs de leur santé » : outils d'intervention en éducation pour la santé				Éducation pour la santé	Santé en général	Outils pédagogique élaboré afin de conférer aux PA les moyens de préserver leur santé en développant l'accès à l'information et à l'expression, et en renforçant ou en adoptant des comportements favorables	Outil = 1) livret de connaissances sur vieillissement, conso de médic, alimentation et estime de soi 2) fiches pratiques sur le médicament notamment 3) autoquestionnaire pour engager une réflexion collective sur ces thèmes 4) livret paroles et images 5) photolangage . Cet outil doit faire l'objet d'une réactualisation	PA		
« La personne âgée et son ttt » : Brochure d'information et de conseils pour améliorer l'adhésion	IDF	CRESIF	CRAMIF, DRASSIF, CESPHEM, CORERPA, CNAV, URCAM, URML		Consommation de médicaments	Brochure, à destination des personnes de l'entourage des personnes âgées, présente des conseils pratiques sur les questions à se poser pour améliorer l'adhésion de la personne âgée à son traitement.		PA		
« observance thérapeutique chez les PA » : synthèse documentaire	2001 IDF	CRESIF	CRAMIF, prescripteurs, dispensateurs de ttt, professionnels de l'aide à domicile, représentants d'usagers, financeurs des ttt	Éducation	Observance thérapeutique	État des lieux des connaissances sur l'observance thérapeutique chez PA, étude des déterminants de l'observance, méthodes pour l'amélioration de l'observance	Groupe de travail pluridisciplinaire : Revue biblio, Organisation d'un colloque en 2001, Synthèse documentaire, plaquette d'information « La PA et son ttt » à destination des PA et de leur entourage, Publication d'un ouvrage « La PA, son entourage et son ttt : de l'observance à l'adhésion thérapeutique ».	PA	Globalement toutes les études montrent que près d'un patient sur deux ne suit que partiellement sa thérapeutique, très majoritairement en le sous dosant, mais ce chiffre ne prend pas en compte l'automédication. Déterminants de l'observance: cf annexe 1	http://www.cresif.org/pdf/syntheseobservance.PDF
« Séniors, soyez acteurs de votre santé » : action d'éducation pour la santé	2004-2005 National	MSA	INPES, Fédération nationale des aînés ruraux	Éducation pour la santé	Santé en général	Réunions de sensibilisation pour les PA et distribution d'un agenda 2005 aux seniors comportant des recommandations sur les médicaments	entre mars et juin 2003 : 24 réunions (7 000 PA) sur le bon usage des médic, 1 230 MG sensibilisés. Pérennisation de l'action en 2004 et 2005	PA		
AFSSAPS										
Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé	juin-05	AFSSAPS		Reco	iatrogénie	Brochure relative à la prévention de la iatrogénie médic		PA		http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/iatro/iatro.pdf

AGENCES / HAS (Document de travail – 24/04/07)

Titre	Date	Promoteur	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Résultats	Publications ou liens
AFSSAPS										
Mise au point sur le bon usage des médicaments en cas de vague de chaleur	avr-05	AFSSAPS		Reco	Médicaments/ canicule			tous âges		http://afssaps.sante.fr/htm/10/canicule/canicu11.pdf
Etude de la prescription et de la consommation des AD en ambulatoire	1998	Agence du médicament		Étude Pharmaco-Épidémiologie	AD (prescription + conso)	Analyser les facteurs d'ordre médical pouvant expliquer la place prépondérante acquise par les AD dans les ventes (51% des ventes de psychotropes en valeur = augm de 97% en 6 ans) et étude de l'adéquation de cette conso aux besoins de la pop >> Méthode: 1) Évolution fréquence dépression 2) déterminants d'un ttt AD dans les troubles dépressifs 3) conformité des prescriptions aux recommandations actuelles	1) Synthèse des résultats dispos sur l'épidémiologie de la dépression 2) revue des travaux sur prescription des AD en pop générale 3) Comparaison des habitudes de prescription des MG en France, RU et All	pop gén	1) Prév EDM = 5% en France, une légère augm de ces troubles a été suggérée par certains travaux 2) Il semble qu'un certain nb de patients ne sont pas pris en charge médicalement (combien?); >1/3 des AD sont prescrits hors AMM avec tendance à l'augm. Durée prescription > 1 an dans 50 %. 2/3 patients sous AD prennent un autre psychotrope (anxiolytiques++). 3) Nb de cs pour dépression en Fr > RU >> All. Prop de déprimés traités par AD = Fr (93%) > RU (86%) >> All (62%). Fr et RU=++ IRS, All= Imipram et phyto. Coprescription de psychotropes quasi inexistantes en All et RU.	http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/5014.pdf
DREES										
Facteurs de risque des épisodes dépressifs en pop générale	déc 2006	Drees		Étude	Dépression	Identifier les facteurs de risque de dépression, en analysant 3 études en pop générale utilisant des questionnaires et des périodes de référence différentes: Enquête SMPG (CC-OMS/DREES), Enquête décennale santé (INSEE/DREES), Baromètre santé (INPES)		pop générale	FDR : être une femme (OR ajusté = 1,5 à 2 selon les enquêtes), être célibataire (OR = 1,5 à 2,4) / séparé ou divorcé (2,3 à 3,1) / veuf (1,7 à 2,8) par rapport aux mariés, être inactif (1,6 à 1,8) ou au chômage (1,4 à 2,1), mauvaise santé physique (OR = 3) +/- avoir un peu de diplômes +/- bas revenus (résultats discordants entre les enquêtes). Après 50 ans, le risque d'épisode dépressif diminue, plus vite chez les hommes/femmes.	Étude et résultat n° 545: http://www.santegouv.fr/drees/etude-resultat/er545/er545.pdf
Les pathologies des PA vivant en établissement	juin-06	Drees		Étude épidémiologie	Pathologies neuropsychiatriques en établissement	Enquête EHPA 2003			85 % des résidents atteints de pathologies neuropsychiatriques, dont 33% syndrome dépressif, 31 % état anxieux, 15 % psychose/ délire/hallucinations, 33 % démence	Études et résultats n° 494, juin 2006
HAS										
« Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé »: Programme d'amélioration et d'évaluation des pratiques	2005	HAS, Service d'évaluation des pratiques	EPP		Prescription	Gérer le risque iatrogénique, favoriser l'observance et éviter les prescriptions inutiles	Outils pour la pratique quotidienne, mémos sur les bonnes pratiques, référentiels d'évaluation (des dossiers, des ordonnances) et de suivi adaptés à chaque exercice. Approche collective de l'EPP	PA > 75 ans ou > 65 ans et polypathologie		http://www.has-sante.fr

AGENCES / HAS (Document de travail – 24/04/07)

Titre	Date	Promoteur	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Résultats	Publications ou liens
AUTRES										
Enquête SHARE: Vers un panel européen sur la santé et le vieillissement	2004	IRDES, INSEE		Étude épidémiolo	Santé et vieill en Europe	Depuis 2002, obj = constituer un panel de PA en Europe sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. Dans 11 pays europ.		> 50 ans		Questions d'économie de la santé, n° 88, déc 2004
Psychotropes et dépendances : profil des consommateurs et trajectoires de leurs comportements	1994-1998	OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies)		Étude Pharmaco épidémiolo	Psychotropes	1) Décrire la consommation ambulatoire de médicaments psychotropes sur un échde issu de la cohorte SUVIMAX. Identifier les facteurs de conso 2) décrire les trajectoire de conso sur 5 ans + caractéristiques 3) Analyse des attitudes à l'égard des psychotropes et de la dépendance 4) décrire les usages et vécus de conso	Échantillon de volontaires issus de la cohorte SUVIMAX	45-60 ans		

ASSURANCE MALADIE : ACTIONS (Document de travail - 24/04/07)

Titre	Date	Promotion	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population (s) cible(s)	Évaluation	Résultats	Publications ou liens
National (CNAM, UNCAM)											
Convention Nationale des MG + MSpé (Avenant 12) : objectif annuel de baisse des montants (5%) des prescriptions d'anxiolytiques et hypnotiques + prévention de la iatrogénie chez > 65 ans	JO 30/03/06	UNCAM	MG + Mspé	Convention Médicale	iatrogénie	Lutte contre la iatrogénie	Entretiens confraternels entre médecins conseil et 15 000 médecins ayant une patientèle polypathologique. 3 thèmes prioritaire = prescription BZD 1/2 vie courte, réduction des redondances de prescription de psychotropes, analyse de la prescription de médicaments non prioritaires	> 65ans			
Accord UNCAM-Syndicats des pharmaciens : fixation d'objectifs de délivrance des spécialités génériques	janv - 06	UNCAM	Représentants des pharmaciens	Accords				tous âges			
Pgm des échanges confraternels auprès de MG, thème: « Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez PA » Conducteur d'entretien		CNAM	MG	pgm d'échange confraternels	iatrogénie			PA			
Campagne nationale d'échanges confraternels	fin 2005	CNAMTS		Campagne nationale d'échanges confraternels							
Baisse de 5,9 % des dépenses d'anxi et d'hypno au 1 ^{er} semestre 2006	2006	CNAMTS		Dépêche APM	anxiol et hypno			Tous âges			
MémoBenzo : Choix d'une BZD chez le sujet âgé > 65 ans et polypathologique ou après 75 ans	juil-06	AM, validé par la HAS	Fiche réalisée par S. Legrain et J. Doucet, validée par HAS	Reco	BZD	Liste de BZD à privilégier (1/2 vie courte) / à éviter (1/2 vie lgue) . Diffusion?		PA			
Régional : URCAM											
Vers une prescription mieux adaptée en Franche Comté : « Somnifères et tranquillisants : il est temps d'en parler »	2006	URCAM Franche Comté	Médecins libéraux ; UNAFORMEC Faculté médecine et pharma Besançon ; FAQSV	Campagne de sensibilisation	Anxiolytique/ Hypnotiques	Sensibiliser (campagne de communication et formation) à une prise en charge de l'anxiété et des troubles du sommeil qui ne passe pas uniquement par le médicament	1) Actions auprès des MG : supports de communication/outils (sous forme d'un ordonnancier avec : outils d'aide au dg + proposition de ttt, fiches d'info et de conseil pour patients ; objectif = ouvrir le dialogue, envisager alternatives; affiches pour cabinet) et soirées de formation/information sur l'anxiété/insomnie (ex. concrets, CD-Rom, outils: ordonnancier) 2) Initiatives Gd public : campagne de communication (pour sensibiliser/ favoriser l'échange médecin/patient + conseil d'hygiène de vie): « Somnifères et tranquillisants, il est temps d'en parler » (spots TV sur France 3 FC en juin et sept 2006, affichage dans les villes, annonces presse...)	tous âges	oui	Évaluation prévue en sept 2006 auprès de 300 francs comtois tirés au sort + auprès des MG par les délégués de l'AM + éval quanti (nb de boîte d'anxiol / AD remboursées)	

ASSURANCE MALADIE : ACTIONS (Document de travail - 24/04/07)

Titre	Date	Promotion	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Évaluation	Résultats	Publications ou liens
Régional : URCAM											
Impact de la campagne de communication Anxiolytiques / Hypnotiques en Franche Comté	sept-06	URCAM Franche Comté	Mutualité Française FC ; Université de FC ; FMC FC ; URCAM FC	Évaluation Campagne d'information	Anxiolytiques / Hypnotiques	Valider l'impact de la campagne d'information (mai-sept 06 :TV, presse, affiches...) sur thème des anxiolytiques et hypnotiques, visant à faire évoluer le comportement des individus de 20 à 75 ans en FC	Éch (N = 358) représentatif pop FC 20-75 ans, ITW téléphonique, questions: 1) connaissance de la campagne 2) source d'information 3) origine de la camp. 4) opinions sur messages 5) appréciation générale 6) conso de médic 7) impact 8) niveau d'information	20-75 ans	oui	1) 17,9 % ont lu, vu ou entendu la camp. (surtout femmes > 50 ans) 2) TV > Presse > Radio 3) messages bien acceptés. « il ne faut pas banaliser » « Parlez-en au médecin » 4) 79% ont aimé cette campagne 6) > 50% ont déjà consommé ces médicaments, 27% en consommation actuellement dont 66 % tous les jours. 7) Cette camp. a modifié le comportement de 40 % des pers (++) en parlant au médecin, ou entourage) et 35 % des personnes qui consomment estiment que cette camp. aura un impact sur leur conso 8) 50 % estime être mal informé.	
« Prévention de la dépression et du suicide en Franche Comté »	1998-2003	URCAM Franche Comté	DRASS FC	Plan régional d'action et de recherche	Dépression/ Suicide	1) Améliorer l'accès à l'information (pour professionnels, acteurs sociaux, pop) 2) Dépister précocément 3) Prise en charge globale et suivi de la pers en situation de crise 4) Favoriser l'évaluation, la recherche, et le suivi. 5) Éval, suivi du pgm	1) Prévention primaire auprès des jeunes et des personnes âgées :... en fait aucune action décrite ciblée sur les PA. 2) Diagnostic précoce et prise en charge des pers en mal être ou suicidante : Formations méd, acteurs sociaux (FMC, CRAM FC, CH, etc...)	surtout jeunes			
Action sur les prescriptions de BZD	2000-2003	URCAM Champagne Ardenne		Campagne de communication gd public + professionnels	Prescription de BZD	Évaluer puis améliorer le respect des durées max de prescription des BZD	1) Éval des pratiques à partir des bases de remboursement (critère de jugement = conformité aux référentiels pour durée) 2) Campagne de comm grand public (conf de presse en 2002, plaquette en ligne sur site URCAM) + MG (envoi d'une plaquette) 3) éval Méthode=Suivi de cohorte retrospective à partir remb N = 21 000	Tous âges	oui	Avt: Entre 16 et 18 % des ttt dépassaient les durées reco, 25 % pour les > 65 ans. Après : diminution mais non signif. Les prescriptions de BZD ont augm (entre 2000 et 2003) mais moins vite que dans les régions limitrophes n'ayant pas bénéficié du pgm	
Action sur les prescriptions d'anti-dépresseurs	2006	URCAM Champagne Ardenne + URCAM Lorraine		Campagne de communication gd public + professionnels	Prescription d'antidépresseurs	Améliorer le respect des recommandations des prescriptions d'AD (ANAES 2001), en améliorant le recours aux soins, l'acceptation du dg et des modalités du ttt ainsi que le regard des autres sur la maladie	1) Campagne de communication grand public : conférence-débat à Reims (02/10/06) et Nancy (04/10/06) : sensibilisation/messages de prévention/ Conseil sur meilleur prise en charge 2) Pour professionnels: Plaquette d'information pour malades, CD-Rom pour MG 3) site-internet dédié à la dépression (pour gd public et professionnels avec outils d'aide au dg, reco, dépliant pour patient pour meilleur observance, num de tel utiles) : www.stopdepression.fr	tous âges	oui	1) Enquête de satisfaction auprès des participants : degré de satisfaction élevé, Nombreuses retombées presse régionales et nationales, relais par différents partenaires des principaux messages (Caisse AM, mutualités, etc...)	

ASSURANCE MALADIE : ACTIONS (Document de travail - 24/04/07)

Titre	Date	Promotion	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Évaluation	Résultats	Publications ou liens
Régional : URCAM											
La pharmacodépendance aux psychotropes : Une actions de sensibilisation des acteurs de santé dans les Pays de la Loire	2004	URCAM Pays de la Loire	MSA, Ordres médecins/ Pharmaciens, CEIP (Centre d'Étude et d'Information sur la Pharmacodépendance)	Action de sensibilisation MG + Pharm	Dépendance aux psychotropes	Sensibiliser collectivement les médecins et les pharmaciens aux phénomènes de pharmacodépendance et améliorer la prise en charge des pharmacodépendants	Sélection de 1390 ayant une conso quot d'au moins un psychotrope, > à 2 fois la dose max recommandée, pdt au moins 3 mois (base données remboursemt). Relevé de leur situation adressé au patient, au médecin + pharm avec (information sur produits, rôle des CEIP)	tous âges		Près de 2 000 praticiens ont reçu un courrier. Réduction du nb de surconsommants (+ forte dans groupe action/ sans action). Dim du nb de prescripteur dans groupe action. Augm des signalements au CEIP	
MSA											
Des actions MSA innovantes et originales en direction des séniors	2006	MSA		actions préventives	bien vieillir	Prévention de la perte d'autonomie et maintien des PA dans leur cadre de vie : accompagnement du départ à la retraite, encourager le rôle social, prévention contre effets befastes diu vieillissement, accompagner les aidants, dév SAD et améliorer qualité de vie en étab	Pac Eurêka (ateliers pour entretenir mémoire), préparation à la retraite, séjours retraités, ateliers équilibre, aide aux aidants, marpa : autonome et entouré (structures d'accueil non médicalisées), psce verte: vivre chez soi en tte sécurité (alarme), réseaux géronto, etc....	PA			
« Séniors, soyez acteurs de votre santé » : action d'éducation pour la santé	2004-2005	MSA	INPES, Fédération nationale des aînés ruraux	Éducation pour la santé	Santé en général	Réunions de sensibilisation pour les PA et distribution d'un agenda 2005 aux séniors comportant des recommandations sur les médicaments	Entre mars et juin 2003 : 24 réunions (7 000 PA) sur le bon usage des médic, 1 230 MG sensibilisés. Pérennistaion de l'action en 2004 et 2005	PA			
Des « ateliers du bien vieillir » pour les seniors en Picardie	2006	MSA		Atelier promotion vieillissement	bien vieillir	Ateliers de promotion du vieillissement réussi	Ateliers interactifs: nutrition, activité physique, équilibre, ostéoporose, sommeil, ttt médicamenteux, etc... + exercices de relaxation	PA	oui	questio d'autoéval des comportements (grilles) : satisfaction des participants, progression des connaissances, amélio des comportements	

ASSURANCE MALADIE : ÉTUDES (Document de travail - 24/04/07)

Titre	Date	Promotion	Acteurs	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Résultats	Publications ou liens
Études Nationales									
Anxiolytiques et hypnotiques. Consommation et pratiques de prescription : les données de l'AM	2002-2005	CNAMTS		Anxiolytiques et hypnotiques	Etude de l'évolution de la conso des anxiolytiques et des hypnotiques entre 2002-2005, Conso mensuelle, part de la pop consommant au moins 4 boîtes d'anxio ou hypno	Exploitation des données de l'AM	Tous âges	> 30% des femmes >70 ans ont consommé au moins 4 boîtes d'anxio ou hypno en 2005. Disparités régionales	
« Bon usage du médicament : Enjeux de santé publique liés à la surconso de 3 BZD : Tranxène, Nordaz, Rohypnol »	juil-01	CNAMTS, Direction déléguée aux risques		BZD	Effectuer un suivi de ces 3 BZD, afin d'étudier si les poso et autres recommandations figurant à l'AMM sont respectées et dresser le profil des consommateurs et des prescripteurs	10 régions : patients inscrits au RG pour lesquels au moins une prescription des ces 3 BZD a été recensée en juin 99, et suivi pendant 8 mois : 10 000 patients pour tranxène (T), 5 300 pour nordaz (N) et 17 900 pour Rohypnol (R)	Âge moyen= 49 ans pour T, 54 pour N et 61 pour R	Surtout des femmes (54,6 % à 64,4 %). (T) : 1/4 dépasse poso de 100mg/j, 40 % dépassent durée de ttt. (N) : 1/3 (surtout des PA) et 30 % (R) : >1/3 et 1/2. Donc mésusage de ces 3 psychotropes. Mésusage concerne surtout personnes en dépendance psychologique voire physique. Les dépassement pourraient être maîtrisés par une info ciblée délivrée aux prescripteurs et consommateurs	
La consommation de psychotropes des PA en fin de vie : le cas de la canicule d'août 2003	2004	CNAMTS	Direction Service Médical CNAMTS; DGS	Consommation de psychotropes	Décrire la consommation de médicaments et en particulier de psychotropes des PA décédées au cours de la canicule d'août 2003	Enquête Cas/Témoins ; Étude particulièrement des psychotropes inscrits sur une liste dont les effets peuvent être amplifiés lors période forte chaleur (82% des psychotropes consommés)	> 70 ans	72,7 % des DCD ont consommé des psychotropes entre jan et juil 2003 (vs 58,5 % chez témoins). la différence est signif pour NL, AD, thymorégulateurs. >> lien entre conso d'AD ou NL et décès. La conso de psychotropes a certainement contribué de façon indirecte à peser sur les DC	Point de conjoncture n° 26 27 http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Point_conjoncture_26_27.pdf
Études Locales									
Adéquation à l'AMM des instauration de traitement par IRS	déc 03-mars 04	CNAMTS	CPAM Basse Normandie	Prescription IRS	Évaluer l'adéquation des instauration de traitement par IRS aux indications listées dans leur AMM, en Basse Normandie	Enquête transversale rétrospective : Éch (N = 292), patients 18-70 ans, bénéficiaires RG AM Basse Normandie, sans ATCD de dépression dans les 2 ans, pour lesquels un IRS a été délivré en ambulatoire et remboursé par l'AM entre 01/12/03 et 31/03/04. Examen par médecin conseil et entretien psy structuré (MINI).	18-70	Prescripteur = généraliste dans 88,8 % des cas. dg: dépression caractérisée pour 54,7 %; Pour 22,1% aucune pathologie psy retenue; Prescriptions inadéquates (hors AMM) pour 33,7 %; 32 % des patients avaient interrompu leur traitement au bout d'un mois; Dans 62 % des cas, association à un ou plusieurs autres psychotropes. Psychothérapie de soutien pour 33% des patients, suivi psychiatrique dans 16%; Lien signif entre adéquatation et suivi psy; Lien signif entre inadéquatation et arrêt prématuré du traitement.	Revue médicale de l'Assurance maladie 2006;37(1):1-7 http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Traitement_par_inhibiteurs_specifiques.pdf
Médicaments anti-dépresseurs : évolution de la consommation entre 2000 et 2003 en région Auvergne	2000-2003	CNAMTS, CPAM Auvergne	4 CPAM Auvergne	Consommation d'anti-dépresseurs	Évaluer l'évolution de la consommation d'anti-dépresseurs entre 2000 et 2003, en Auvergne, et identifier les principales caractéristiques de cette évolution	Pop source = bénéficiaires régime général des TS stricto-sensus affiliés CPAM Région Auvergne ayant eu au moins un AD remboursé (code CIP) en 2000 ou en 2003. Constitution de 2 Éch (2000 et 2003) par TAS à partir n° SS.		Taux annuel de conso d'AD a augmenté : 10,7 % (2000) ? 11,5 % (2003). Âge, Sexe comparables; les durées de traitement ont augmenté. La prescription d'IRS a augmenté. L'assoc d'un AD avec au moins un autre psychotrope a diminuée significativement (80,7%?77,8%). Le taux d'incidence trimestriel de consommateurs est resté stable: 1,3 % (2000) - 1,27 % (2003)	Rev méd Ass maladie 2006;37(1):9-14 http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medicaments_antidepresseurs.pdf

ASSURANCE MALADIE : ÉTUDES (Document de travail - 24/04/07)

Titre	Date	Promotion	Acteurs	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Résultats	Publications ou liens
Études Locales									
Personnes âgées et consommation de psychotropes en Midi Pyrénées	2000	CRAM Midi Pyrénées		Consommation psychotropes	Décrire les grands axes de la consommation de psychotropes dans la région MP, en mettant l'accent sur les PA	Éch aléatoire bénéficiaires RG AM de la région MP(N =1 50 300): étude des remboursements du 01/01 au 31/12/2000. La consommation des 65 ans et plus est comparée à celle des < 65 ans.	bénéficiaires RG AM de la région MP (65,5% de la pop de MP)	Les PA > 65 ans représentent 20 % de la pop. 34 % ont consommé 1 psychotrope vs 18,7 % des + jeunes. Cette surconsommation est flagrante pour anxiolytiques et hypnotiques. Prescripteurs=MG pour 81,2 %, psy pour 8,9 %	JF Hurstel, La revue de gériatrie, Tome 27, n°7, septembre 2002
Prescription médicamenteuse chez les personnes de 65 ans et + en secteur ambulatoire	1999	URCAM Basse Normandie		Prescription médicaments	Etude des prescriptions médicamenteuses chez les PA, notamment les ordo contenant des interactions médicamenteuses potentiellement graves, les produits altérant la fonction rénale et les psychotropes	Analyse ordonnances expédiées (> 600 000) aux 3 grands régimes de l'AM pendant 3 mois	> 65 ans	34 % des + de 65 ans ont eu au moins 1 psychotrope (18,7 %=anxi, ++ BZD ; 14,8%= hypno, ++BZD ; 9,5 %=AD; 3,8%=NL). Assoc de 2 anxiol chez 6,6 % des sujets auxquels il a été prescrit. 2 BZD chez 9 % des consommateurs de psychotropes.	
Action sur les prescriptions d'anti-dépresseurs	2003	URCAM Champagne Ardenne + URCAM Lorraine		Prescription d'antidépresseurs	Améliorer le respect des recommandations des prescriptions d'AD (ANAES 2001), en améliorant le recours aux soins, l'acceptation du dg et des modalités du ttt ainsi que le regard des autres sur la maladie	Évaluation des pratiques à partir des interrogations de malades + prescripteurs (critère de jugement = conformité aux référentiels pour durée + posologie) : Étude d'une cohorte prospective de personnes traitées par AD à partir des cas incidents en 2003. Utilisation bases de données de remboursement de l'AM + questionnaire par médecin conseil		N = 632, 71,2 % femmes 1) Posologies: 91,2 % des poso des ISRS ou ISRS-NA conformes ; 7 1% des imipraminiques et 40,9 % des autres AD en sous dosage 2) Durée: pendant au moins 6 mois pour 63,6 % des cas traités par imipraminiques et 45,8 % des cas traités par ISRS ou ISRS-NA 3) Poso + Durée: 40,2 % des traitements par ISRS ou NA conformes, 18,8 % pour imipraminiques et 21,3 % pour autres AD.	
Anxiolytiques et hypnotiques chez les personnes de 65 ans et plus en Haute Normandie	1999-2002	URCAM Hte Normandie	J. Doucet, CHU Rouen; G. Otero	Anxiolytiques et hypnotiques	Non décrit	Éch aléatoire 1000 p, patient ayant au moins une délivrance d'un anxiolytique et/hypnotique, entre mars 1999 et juin 2001	> 65 ans		
Les prescriptions d'anxiolytiques et/ou d'hypnotiques en IDF	juin-99	URCAM IDF		Prescriptions d'anxiolytiques et/ou d'hypnotiques	Décrire l'environnement médical des prescriptions à partir des renseignements transmis par les MT aux médecins conseil	Étude de tous remboursement de prescription d'anxiol/hypno en juin 1999 + Ech aléatoire de 3 260 patients : questionnaire au médecin prescripteur et examen médical par médecin conseil	pop gén 3 régimes AM, 42% > 65 ans	410 470 patients remboursés dont 67,3 % femmes = 18,3 millions F. ++MG (80%pour anxio, 83% pour hypno). Anxiol : 1/4 prescription > 30 j Abs dosage (9 %), abs poso (6 %), abs durée (5 %), 3 produits = 60 % des prescr (dont lexomil). Hypno : 2 produits = 61% (stilnox et imovane). Durée : 50 % traités depuis 5 ans, 25 % > 10 ans. Pour PA > 65ans: poso non respectées dans 16 % pour stilnox et 12 % pour imovane. 1/3 patients mineure prise/prescription. Assoc Anxiol+hypno dans 14 % des cas.	
La consommation ambulatoire des médicaments psychotropes en Limousin	1999	URCAM Limousin	URML	Psychotropes	1) Connaître la quantité de psychotropes facturés en ambulatoire à l'AM 2) Contexte de prescription de ces produits, respect des normes médico-administratives.	Méthode : 1) Recueil des psychotropes facturés par les 3 régimes d'AM pdt 4 mois 2) exploitation anonyme d'un questionnaire médicalisé de pratique déclarative adressé à des médecins prescripteurs libéraux (N=450) généraliste/ psy/neuropsy/ neuro	pop gen	1) 14 % de la pop (INSEE) a bénéficié de remboursements en officine de psychotrope, ++Fe et augm avec l'âge; 39 % anxiol, 26 % AD, 25 % hypno, 10% NL ; MG = 88 % des prescriptions, 8,7% ont bénéficié de cs spé neuro ou psy 2) 64 % de réponse = 288 ordo analysées. Concordance avec les référentiels en ce qui concerne les assoc d'une même classe. Prise en charge souvent longue (plusieurs années : 59 %), anxiolytiques et hypnotiques largement reconduits au delà AMM, raison = état clinique actuel (52 %), échec sevrage (21 %)	

ASSURANCE MALADIE : ÉTUDES (Document de travail - 24/04/07)

Titre	Date	Promotion	Acteurs	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Résultats	Publications ou liens
Études Locales									
Observatoire régional du médicament en Rhône Alpes versant ambulatoire	juin-06	URCAM Rhône Alpes	CPAM; MSA	Hypnotique et anxiolytiques	Décrire l'évolution des remboursements des hypnotiques + anxiolytiques en 2005 pour le RG de la région RA (par tranche d'âge, par molécule, taux de pénétration des génériques) et évaluer les instauration de ttt = pas de remb dans 6 mois précédent), en particulier BZD chez patients > 65 ans	Étude des remboursements en 2005, pour RG	bénéficiaires RG AM région Rhône alpes	Nb patients consommant hypno ou anxiol tend à diminuer en 2005, sauf chez < 20 ans. Mais des anxiolytiques progressent: Etifoxine/Stresam (+10 % en vol), Hydroxyzine/atarax(+9 %), meprobamate(+4 %). Chez > 65 ans, les instauration de ttt hypnotique = 95,4 % 1/2 vie courte (++)zolidem et zopiclone); pour ttt anxiolytique: 78,5 % 1/2 vie interm et 1/2 vie lgue pour 18% des instauration (50 % = Prazepam/Ly sanxia)	https://www.urcam.assurance-maladie.fr/uploads/media/ORM_rapport_complet_06_06_.pdf
Consommation et prescription des médicaments chez les pers âgées en Yvelines : un enjeu de sécurité sanitaire	nov - 05	SMAMIF (Service médical de l'AM IDF)	CMPL des Yvelines (Comité médical paritaire local des généralistes)	Consommation de médicaments	Décrire la consommation réelle de médicaments par les personnes de >70 ans, son origine, ses risques	Enquête transversale descriptive. Éch aléatoire (N = 199) bénéficiaires CPAM Yvelines ou MSA, ayant eu au moins 5 médicaments différents remboursés sur 2 mois. Enquête au domicile de la pers, recueil par MT du nb de médicaments consommés dans 24 h	> 70 ans		http://www.sмамif.org/pages/03_etudes/01_medicaments_soins/medic_pers_agees/rapport.pdf
Mutuelles									
Données socio-éco et étude longitudinale de la prescription des AD	2006	Mutualité Socialiste Belgique		AD	1) Analyse de l'évolution des coûts et des volumes d'AD, identification des molécules à l'origine de l'augm de la prescription 2) Établir une typologie des patients traités par AD 3) Analyse de la durée des ttt + suivi en 2004 d'affiliés ayant commencé un ttt en 2002				
Le médicament: mémento 2006	2006	Mutualité Française		Médicament	Décrire le marché du médic en 2005 (ventes en pharmacies + comptes nationaux de la santé). Plan d'action depuis 2001 : promouvoir un meilleur usage du médicament, développer l'utilisation de la DCI, dév. usage des génériques, mieux accompagner l'automédication			Les femmes ne consomment pas plus de médicaments que les hommes, sauf pour les psychotropes (3,4 fois plus). 17,6 % ont consommé un hypnotique, 29,1 % un tranquillisant. Inobservance dans 24,1% des cas (dans 25 %: concernait un ttt de fond). Automédication dans 14,1%. Stockage des médicaments (non consommés) : 75 %. Le risque d'interaction ou EI dans médicaments consommés : 20,6 % des bénéficiaires (++)assoc déconseillée ou poso élevée pour l'âge). En incluant le risque de non observance d'un ttt de fond, le risque lié au stock/automédication, le risque thérapeutique global a concerné 50,8 % des patients.	

PROFESSIONNELS : ÉTUDES (DOCUMENT DE TRAVAIL - 24/04/07)

Titre	Date	Promotion	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Evaluation	Résultats	Publications ou liens
Revue litt / Reco / Enseignement											
Effets indésirables des médicaments chez les PA	2005	Académie nationale de médecine et de pharma	J. Doucet, P. Queneau	Revue litt	EI médic						Bulletin de l'Académie nationale de M médecine, 2005, 189, n°8, 1693-1709 et 1751-1758
Reco synthétiques pour la prévention des acc médicamenteux évitables	2005	Académie nationale de médecine et de pharma	P. Queneau, A. Uzan	Reco	Prévention iatrogénie						P. Queneau et A. Uzan, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2005, 189, n° 9, 1875-1876
Complications de la polymédication, en particulier chez les personnes âgées	2006	Académie nationale de médecine, APNET (Assoc pédago nationale pour l'enseignement et la thérapeutique)	P. Queneau, J. Doucet, F. Paille	Revue litt	Polymédic						Communication à l'Académie royale de médecine en Belgique, 24 juin 2006
Utilisation des NL chez PA	2002	A-S. Rigaud, Service géronto, Broca		Revue litt	NL						Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, n° 58, tome VI, sept 2002
Psychotropes et spécificités gériatriques	2004	Centre de Gériatrie Vandoeuvre		Enseignement	Psychotropes						A. Maheut-Bosset, L'année Gérontologique 2004
Concertation professionnelle sur le ttt de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences		CNEG (Collège national des enseignements de gériatrie), Société fse de Gériatrie et géronto, Syndicat natio de géronto clinique		Concertation prof	Tr psy associées au démences						La Revue de Gériatrie, Tome 31, n° 9, nov 2006
Les situations psychiatriques aiguës chez le sujet âgé	2004	Dr J. Pellerin		Enseignement	troubles psy	Etats délirants/ Etats régressifs aigus/ ttt psychotropes					Gériatries n° 38, Janv -Fev 2004
Anxiété et attaque de panique des PA : les approches médicamenteuses	2006	JC Montfort, Service psychogériatrie, Hop Ste Anne		Enseignement	Anxiété						La revue du prat, médecine générale, tome 20 n°736/737, 13 juin 2006
Psychotropes: spécificités d'utilisation	2002	JP Clément		Enseignement	psychogériatrie						JP. Clément, Guide pratique de psychogériatrie, Editions Masson
Psychotropes et mémoire	2005	M. Caer Frouard, Hopital Rothschild, Paris		Revue litt	Psychotropes et memoire						Dementiæ n° 15, Nov Dec 2005
Stratégies thérapeutiques des états d'agitation des PA	2002	N. Bazin, Psy, CH Versailles		Revue litt	Etats d'agitation						La Revue de Gériatrie, Tome 27, n° 7, sept 2002
Le bon usage des médicaments chez la PA		S. Pariel-Madjlessi, J. Belmin		Enseignement	médic						?

PROFESSIONNELS : ÉTUDES (DOCUMENT DE TRAVAIL - 24/04/07)

Étude	Date	Promotion	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	population (s) cible(s)	Evaluation	Résultats	Publications ou liens
Prescriptions inappropriées de médicaments psychotropes en gériatrie, étude préliminaire	2003	CHU Rouen		Étude Pharmaco-épidémiologie	Prescription de psychotropes	Analyser l'impact des facteurs concourants au caractère inapproprié de psychotropes (anxiol, hypno, AD, NL) à partir d'une liste de critères dérivés de ceux de Beers en fonction des référentiels français	Étude des ordonnances (par médecin + pharmacien) des malades hospitalisés (N=109) dans Service médecine interne gériatrique CHU Rouen entre avril et mai 2000, avec au moins un psychotrope. Prescription inappropriée si 1 critère/7: action non validée, possibilité de substitution, risque élevé/contexte médical, poso excessive ou insuff, durée excessive, galénique inadaptée	âge moyen=84, 9 ans, hospitalisés		45 % prenaient au moins 2 psychotropes, durée excessive dans 67 % (+anxiol et hypno), 19,4 % substituables à un médicament moins dangereux, risque élevé par rapport au contexte dans 20 %, poso inadaptée dans 24,1% (19,3 % excessive et insuff 4,8 %), galénique inadaptée dans 2,9 % >> Au total, 70,6 % des psychotropes comportaient 1 ou + critères de prescription inadaptée.	J. Doucet et col., Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie Année 3 Mars-Avril 2003
Les prescriptions de médicaments anticholinergiques sont-elles adaptées au contexte médical au cours de la démence d'Alzheimer?		CHU Rouen	J. Doucet	Étude Pharmaco-Epidémiologie	Médicament anticholinergique						Thérapie 2006, janv-fev, 61 (1): 23-27
« Renouvellement des BZD au-delà de 3 mois: observation du processus de décision en MG »	2004-2005 analyse en cours	Département de MG de Nantes		Étude pharmaco-épidémiologie	BZD	Décrire de façon prospective et observationnelle le processus de décision en situation réelle d'une prescription prolongée de BZD au-delà des recommandations, afin de mieux connaître les facteurs modifiables, chez les prescripteurs, dans la prise en charge médicamenteuse de l'anxiété et des troubles du sommeil	1) Questionnaire rempli par internes de MG (N = 25) en stage chez le praticien, lors de consultations effectuées par maître de stage (N = 77) et comportant un renouvellement au long cours des BZD (> 4sem pour hypno et 3 mois pour anxiol) 2) Approche qualitative : « Focus group » recueille l'opinion des prescripteurs sur leur pratique. Hypothèse : c'est la demande qui détermine principalement la décision. Corrélation négative entre demande du malade et questions telles que : recherche de pathologie justifiant le traitement, évaluation de l'efficacité/ tolérance/ posologie/ évocation de sevrage/ PEC alternative. + prescription ancienne, moins de questions, pas de réévaluation si polypathologie complexes	âge moyen = 65 ans, ET=13,6		N = 243 grilles recueillies. 1 ^{er} résultats: Renouvellement à la demande du patient: 53,1 %, sur proposition du médecin: 14,8 %, d'origine indéterminée : 31,3 %. Évaluation de l'efficacité de la BZD dans 40 %, discussion sur la posologie dans 41 %. Évocation du sevrage : 23 %. Évaluation de la tolérance : 14,5 %. Prise en charge alternative : 16 %... Durée moyenne de traitement = 70,6 mois. Analyse multivariée en cours.	
Le sommeil subjectif et les habitudes thérapeutiques de 40 sujets âgés	1992	Professionnels, Groupe Alzheimer Toulouse		Étude Pharmaco-épidémiologie	Sommeil	Connaître le vécu subjectif, les conditions de sommeil d'une population âgée et apprécier les habitudes thérapeutiques dans les institutions de soins	N = 40 sujets, recrutés dans 4 maisons de retraite, ceinture de Toulouse, valides, 25 < MMSE < 30, humeur bonne (éch Hamilton < 15)	âge moyen = 84 ans		Coucher précoce, temps passé au lit = 9h30, nombre de réveils nocturnes = 1,8, sieste pour 45 %, 78 % estiment qu'ils dorment bien, 18 % pense mal dormir mais s'estime reposée; seul 1/3 ne reçoit aucun traitement	L. Schmitt et col., Psychologie médicale 1992,24,8:821:823

PROFESSIONNELS : ÉTUDES (DOCUMENT DE TRAVAIL - 24/04/07)

Étude	Date	Promotion	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Evaluation	Résultats	Publications ou liens
Utilisation de BZD chez le sujet âgé: Données de la cohorte EVA	1993-1995	Université Bordeaux II		Étude pharmaco épidémio	Utilisation de BZD	Décrire l'utilisation de BZD chez le sujet âgé (prévalence, spécialités consommées et posologie, ancienneté et fréquence de la consommation, observance) et d'identifier les facteurs associés	Cohorte N = 1265 sujets 60-70 ans, auto-questionnaire lors du second suivi	Pers 60-70, vivant à domicile, recrutés à Nantes sur base du volontariat		28,7 % consomment calmants ou somnifères, 23 % BZD (indic anxio dans 71 %, 1/2 vie lgue dans 48 %, 71% utilisent BZD tous les jours ou presque et 77 % début date >=2 ans). 2/3 déclarent suivre exactement la prescription (dose, fqce). La conso de BZD est associée à la psce de syptomes dépressifs ou anxieux.	N. Lechevallier, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2003, 51 : 317-326
Psychotropes, milieu institutionnel, personnes âgées: quels rapports ? Pour une approche anthropologique du médicament psychoactif	1999	Université Bordeaux II	D. Dupré-Lévêque	Étude Anthropologique	Consommation de psychotropes en institution	Mettre en évidence les stratégies des acteurs concernés par cette conso (médecin, personnel, famille, PA)	Étude dans 2 institutions (struct non med avec pensionnaires relativement autonomes vs USLD avec déments majoritairement).près Bordeaux? Approche anthropologique			Psychotropes=source de rapports sociaux, rapports affectifs, rapports de pouvoir...	D. Dupré-Lévêque, Les cahiers de l'actif n° 270/271, Nov/Dec 1998
BZD use in patients hospitalized in a department of internal medicine: frequency and clinical correlates	1996-1997	Université Bordeaux II CHU Bordeaux		Étude pharmaco épidémio	consommation BZD	Évaluer la prévalence de la conso de BZD chez des patients hospitalisés, et déterminer les caractéristiques associées à cette conso	Etude prospective avec suivi de 4 mois, de tous les patients admis (N = 444) dans un service de médecine interne du CHU Bordeaux entre nov 96 et fev 97 : mesure de la conso de BZD à l'admission, pdt l'hospitalisation et à la sortie	Âge moyen = 62,4 ans chez conso BZD / 57,6 ans chez non conso		23,6 % consommaient BZD de façon chronique à l'admission (17,6 % 1/2 vie courte; 6 % lgue), il s'agit de pers + âgés, avec + de troubles neuropsy et un plus gd nb de médicaments que ceux qui ne consomment pas de BZD. Parmi ces patients 22 % vont arreter pdt l'hospi ou la sortie; 30 % consomment des BZD pdt l'hospitalisation (64,2 % des nouveaux vont arreter à la sortie) et 23,9 % à la sortie.	R. Lagnaoui et col., pharmacoepidemiology and drug safety 2001; 10 : 531-535
Patterns and correlates of BZD use in the french general population	2001	Université Bordeaux II CHU Bordeaux		Étude Pharmaco épidémio	consommation BZD	Evaluer la prévalence de la conso de BZD dans pop generale en france, et déterminer les caractéristiques associées à cette conso	Etude transversale téléphonique menée en avril-mai 2001 dans un ech (N=4000) representatif des adultes hors institution : conso BZD+durée, prescripteur, données socio-demog, tr humeur et tr anxieux (MINI)	adultes 18-98 hors institution, âge moyen=45		Prévalence conso BZD = 7,5 %, Femmes>Hommes, augment avec âge et chez pers au chômage. Durée > 6 mois chez 75,9 % (et plus chez + âgés). 17,7 % avaient au moins 1 tr humeur ou anxieux, parmi eux 17,2 % consomment BZD. Facteurs associés à la conso de BZD (en multivarié) : âge, femmes, un symptôme anxieux, ou un dépressif ou sympt anxieux + dépressif	R. Lagnaoui et col., European Journal of clinical pharmacology 2004, 60 : 523-529

PROFESSIONNELS : ÉTUDES (DOCUMENT DE TRAVAIL - 24/04/07)

Étude	Date	Promotion	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Evaluation	Résultats	Publications ou liens
Médicaments psychotropes et sujets âgées : une problématique commune France-Québec?	2003	Université Paris V; Université de Montréal	J. Ankri	Étude Pharmacopéidémio	Conso de psychotropes	Mettre à plat les caractéristiques de cette consommation issues de la littérature française et québécoise afin de dégager des problématiques communes.	Étude littérature	Tous âges		Nécessité de faire appel aux sciences sociales pour comprendre les processus en jeu....	J. Ankri et col. . Sciences sociales et santé, vol 20, n° 1, mars 2002
Epidémiologie des troubles affectifs: apports de l'étude PAQUID		INSERM U 593, Bordeaux		Étude épidémio	Troubles affectifs	Cohorte prospective					D. Montagnier, Dementiae n° 15, Nov Dec 2005
Action											
Groupes d'analyse de pratiques entre pairs : « Analyse critique des ordonnances des PA 65 ans ou + » et outils d'aide à la prescription : « La prescription de médicaments chez la PA »	2005	MEPAPL (Médicaments et PA en Pays-de-la-Loire, Assoc loi 1901)	MG, URCAM, MSA	Groupe d'échange de pratiques + outils d'aide à la prescription	Prescription médicaments	Optimiser la prescription médicamenteuse des PA > 65 ans. Adhésion des MG à cette démarche qualité en couragée à travers la participation aux groupes d'échange. Elaboration d'un outils pratique et diffusable	Réunions (1/mois: copil = MG, médecins conseils, médecins régionaux ; MG volontaires) : Étude d'ordonnances et réalisation d'un doc de synthèse à partir de l'analyse des écrits des rapporteurs de séance (juin 2005) « La prescription de médicaments chez la PA » : stratégie de prescription et de renouvellement, diffusé aux MG de la région par l'AM	PA > 65 ans	Prescription des médecins participants avt et après/ Témoins: nb de ligne d'ordo, assoc, vol de certaines familles		http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/colloque_epp_-_groupe_danalyse_de_pratiques_entre_pairs.pdf
Groupes d'analyse de pratiques entre pairs : "le sevrage des BZD chez PA"	janv 2006-	Partenaires Santé de l'Argonne (Assoc de MG)	MG, MSA, Groupama	Groupe d'échange de pratiques + outils (pour MG + patient)	Sevrage BZD, sommeil	Cercle de « qualité, regroupant des praticiens, confrontation d'expérience, analyse, critique et élaboration d'outils pour améliorer pratiques	Revue des référentiels, élaboration d'outils: fiches de recueil de données et d'obs, grille d'obs du sommeil, fiche d'éval globale du sommeil, fiches conseils pour mieux dormir, fiches cs sevrage des BZD	PA	Quali (étude des fiches patients) et quanti (analyse prescription, base de données MSA)	Bases MSA : Diminution de la prescription de BZD chez ces médecins	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/colloque_epp_-_groupe_danalyse_de_pratiques_entre_pairs.pdf
Fiche d'information sur médicaments psychotropes	2004	Pharmaciens hospitaliers du réseau PIC (Pharmacie-Info-Contact)		Fiche médic	Psychotropes	destiné aux usagers					http://www.adiph.org/pic/imovane-stilnox.pdf
Nouvel outil d'EPP : projet OPERA « Améliorer sa Pratique par l'Evaluation de la Réalité Observée »	2006	SFMG (Société française de MG)		EPP	Prescription	Permettre aux médecins qui utilisent régulièrement leur dossier médical informatisé d'accéder à une évaluation de leur pratique par le biais du contenu de celui-ci et proposer une technique d'éval qui soit le plus proche possible de ce que fait réellement le médecin	1) Recueil continu des infos par le MG 2) SFMG analyse les données et envoie au MG / 3 mois l'évolution des indicateurs de qualité +/- références ou reco +/- formation adaptée si besoin + 1 journée /an pour présenter les résultats. 4 thèmes dont évaluation de la sécurité de la prescription				

PROFESSIONNELS : ÉTUDES (DOCUMENT DE TRAVAIL - 24/04/07)

Étude	Date	Promotion	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Evaluation	Résultats	Publications ou liens
Action											
Association Prosom : Association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil	créée en 2000	Assoc Prosom = scientifiques, formateurs et acteurs de terrain	Partenaires de l'INPES et ISV (Institut sur sommeil et vigilance)	Prévention	Sommeil	Mettre en place des actions de sensibilisation ou d'éducation sur le sommeil, la vigilance et les rythmes de vie.	Assure l'organisation et l'animation de formations, rencontres, conférences, exposés-débats, la production et la diffusion de supports pédagogiques adaptés à différents publics, des expertises méthodologiques				http://www.prosom.org/
Association Réseau morphée		Réseau morphée = médecins, kiné, psychologue, infirm, psychomotriciens, etc...	URCAM IDF, URML, CPAM 92, APHP, Conseil Ordre 92, Sanofi et Orkyn	Prise en charge	Sommeil	Réseau de santé qui aide à la prise en charge des troubles chroniques du sommeil	Actions d'information et de formation, préférentiellement en région parisienne. L'objectif de ces professionnels de santé est de travailler ensemble pour offrir une meilleure qualité de soins aux patients pris en charge dans le cadre du réseau				http://www.reseau-morphee.org
« Sommeil, Vigilance et sécurité » Association pour prévention du handicap du aux troubles du sommeil et de la vigilance	créée en 1996	Assoc			Sommeil	Développement de réflexions, d'études et d'actions concernant tous les problèmes liés à une altération de la vigilance et/ou du sommeil en milieu professionnel et hors du milieu professionnel	- Des réunions de formation multidisciplinaires sur pathologies du sommeil et vigilance - d'aide à la prise en charge des patients dépistés suspects de pathologie du sommeil (SAOS, SMPJ) à l'occasion de bilan de santé. - des actions à destination du public (conférences, réalisation de vidéo, animations) . partenariat avec les Centres d'examens de santé de la CPAM de Gironde.				http://eric.mullens.free.fr/

USAGERS (DOCUMENT DE TRAVAIL – 24/04/07)

Titre	Date	Promotion	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	Population(s) cible(s)	Évaluation	Résultats	Publications ou liens
Tranquillisants, Somnifères, NL, ces faux amis...	2006	AAVAM (Assoc d'Aide aux Victimes des Acc et Médic)	G. A. Imbert, psdt AAVAM	Livre	Psychotropes			Tous âges			Éditions du dauphin
Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes	juin-06	OPEPS		Rapport	Psychotropes			Tous âges			

INDUSTRIELS

Titre	Date	Promoteur	Acteurs	Type d'action	Thèmes	Objectifs principaux	Principales actions	population(s) cible(s)	Evaluation	Résultats	Publications ou liens
Le "Pack Anxiété"	2006	LynaPharm	élaboré avec Dr A.Pelissolo, PH Service Psy Pitie Salpêtrière	Outils d'aide à prescription	BZD, Anxiété	Outils à destination 1) des MG pour mieux gérer leur prescription d'anxiolytiques 2) aux patients: aide pour mieux comprendre leur traitement	1) La chemise "Du bon usage des BZD" (rappels sur BZD, prescriptions, FDR de dépendance) 2)Le carnet médecin "Mieux gérer l'anxiété et son ttt" (pour limiter les durées de ttt) 3) Le carnet patient "l'anxiété diminue, ma vie continue" (outil d'information pour patient, pour comprendre son ttt)	Adultes			
Action Nationale de prévention de la iatrogénèse médicamenteuse chez les PA	2004-?	LEEM Santé en action =tous les acteurs de santé privés français (libéraux + industr)	26 fédé de prof de santé CNPS + 1000 entreprises de santé FEFIS + fédé hospi privée = 450 000 professionnels	Campagne Prévention	Médicaments / iatrogénie	Améliorer l'usage des médic chez la PA : alerter les professionnels, renforcer leur compétences, prévention; patients: favoriser le dialogue, modifier comportements	1) campagne d'info (doc, affiches...) auprès des professionnels + patients (doc patient) 2) Module de formation pluridisciplinaire élaborée et évaluée par groupe santé en action en partenariat avec organismes de formation prof (méd, pharm, infirm, chir-dentistes) : modifier les comportements, imaginer solutions pratiques 3) synthèse des propositions par comité d'experts, publication et diffusion	PA			http://www.sante-en-action.com

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL DES RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE CLINIQUE

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL « MODALITES D'ARRET DES BENZODIAZEPINES ET MEDICAMENTS APPARENTES CHEZ LE SUJET AGE »

Dès le début de la réflexion participative sur la problématique des psychotropes chez le sujet âgé, en regard de la forte consommation de benzodiazépines et des difficultés relatées par les professionnels de santé, médecins mais également pharmaciens, quant à l'arrêt de ces médicaments, est apparu la nécessité de disposer de recommandations sur ce sujet.

À la demande et en lien étroit avec le groupe de coopération, la HAS a engagé, en parallèle aux travaux de réflexion globale sur la « Prescription des psychotropes et le sujet âgé », la production de recommandations sur ce thème. Ces recommandations ont permis de proposer des stratégies validées ou consensuelles, au regard de la littérature, tout en identifiant les manques de données chez le sujet âgé.

Ces recommandations, finalisées dans le même temps que les conclusions des travaux, sont mises à disposition des professionnels déjà impliqués sur ce sujet, et seront un des supports majeurs des programmes spécifiques d'amélioration de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé qui seront développés dans le programme d'actions. Il est également proposé par le groupe de coopération un projet de recherche, afin de consolider le niveau de preuve des stratégies d'arrêt proposées dans ces recommandations.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

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

**Recommandations
Octobre 2007**

(Version communiquée sous réserve de la signature des participants cités)

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

Haute Autorité de Santé

Service communication

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

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

© Haute Autorité de Santé – 2007

Sommaire

1. Introduction.....	132
1.1 Promoteur.....	132
1.2 Objectif des recommandations	132
1.3 Limitation du thème	132
1.4 Patients concernés.....	132
1.5 Cible professionnelle.....	132
1.6 Méthode de travail et gradation des recommandations	132
2. Principes généraux de prescription des traitements par benzodiazépines et médicaments apparentés.....	133
3. Risques liés à la consommation de BZD et bénéfices de l'arrêt chez le patient âgé.....	133
4. Évaluer la difficulté de l'arrêt de BZD	134
5. Syndrome de sevrage	134
5.1 Diagnostic et prise en charge d'un syndrome de sevrage.....	134
5.2 Prévention du syndrome de sevrage.....	135
6. Populations spécifiques (précautions particulières, prise en charge spécialisée associée).....	136
7. Stratégies d'arrêt des BZD chez le patient âgé.....	137
7.1 Arrêt en ambulatoire.....	137
7.2 Arrêt en milieu hospitalier	139
Annexes.....	142
Annexe 1. RCP commun des BZD et apparentés	142
Annexe 2. Échelle ECAB.....	143
Annexe 3. Calendrier de suivi de l'arrêt de BZD	144
Annexe 4. Message d'information écrite du médecin traitant	146
Annexe 5. Agenda Sommeil – Éveil	148
Annexe 6. Liste des signes rapportés lors de l'arrêt des BZD.....	149
Fiche descriptive	152

1. Introduction

1.1. Promoteur

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

1.2. Objectif des recommandations

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

1.3. Limitation du thème

Ces recommandations s'articulent autour des questions suivantes :

- ▶ Quels sont les risques liés à la consommation de BZD et les bénéfices de leur arrêt chez le patient âgé ?
- ▶ Comment évaluer la difficulté de l'arrêt ?
- ▶ Le syndrome de sevrage aux BZD.
- ▶ Quelles sont les précautions particulières à l'arrêt des BZD chez le patient âgé ?
- ▶ Quelles sont les stratégies d'arrêt des BZD chez le patient âgé ?

1.4. Patients concernés

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

Les patients âgés de plus de 65 ans polypathologiques et les patients de plus de 75 ans présentent un risque majoré de iatrogénèse, lié à la polymédication et aux modifications physiologiques du vieillissement. Ils sont également en France de forts consommateurs de BZD et apparentés, et particulièrement exposés à leurs effets secondaires.

C'est pourquoi la limite d'âge pour les recommandations présentes a été fixée à 65 ans, et la recherche bibliographique ciblée sur les études réalisées dans la tranche d'âge des plus de 65 ans.

1.5. Cible professionnelle

La cible professionnelle concernée par ces recommandations est l'ensemble des médecins amenés à renouveler une prescription de BZD chez un patient âgé.

1.6. Méthode de travail et gradation des recommandations

Ce travail a été réalisé selon la méthode « Les recommandations pour la pratique clinique »². Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C, selon les modalités suivantes :

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

² Cf. guide « Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'Anaes en 1999, téléchargeable sur www.has-sante.fr.

- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte (niveau de preuve 2) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas (niveau de preuve 4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture.

L'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Évaluer la difficulté de l'arrêt des BZD

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

➤ Durée et posologie du traitement en cours

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

➤ Produits consommés

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

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

➤ Facteurs liés à la clinique

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

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

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

5. Syndrome de sevrage

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

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

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

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

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

- Si des signes sans gravité surviennent lors de la phase de décroissance des BZD ou apparentés, il est recommandé de revenir au palier posologique antérieur, puis de décroître ensuite plus progressivement (accord professionnel).

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

Tableau 1. Syndrome de sevrage, effet rebond et rechute³

	Définition	Symptômes	Délai d'apparition et évolution
Syndrome de sevrage	Apparition de signes nouveaux dus à l'arrêt ou la diminution de la prise	Signes généraux fréquents ⁴ (anxiété, insomnie, céphalées) Signes plus spécifiques : confusion, hallucination, Plus rarement : troubles de vigilance, convulsions, incoordination motrice, coma	Apparition possible pendant la réduction de posologie pouvant durer jusqu'à quelques jours après la dernière prise Atténuation progressive
Effet rebond	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement dont l'intensité est augmentée	Le plus souvent : anxiété et insomnie	Apparition quelques heures à quelques jours après la dernière prise Atténuation progressive (1 à 3 semaines)
Rechute	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement	Anxiété, insomnie, attaques de panique, phobies, etc.	Apparition plusieurs jours à plusieurs semaines après la dernière prise

5.2 Prévention du syndrome de sevrage

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

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

- ▶ la rapidité de la diminution posologique ;
- ▶ la consommation d'une posologie élevée de BZD ;
- ▶ la demi-vie courte d'élimination du médicament ;
- ▶ l'existence d'une anxiété importante au début de l'arrêt ;
- ▶ l'existence d'une dépression associée ;

³ La liste des signes apparus lors de l'arrêt progressif des BZD est présentée en *annexe 6*.

⁴ Source : Benzodiazépines et apparentés : Schéma commun de RCP, AFSSAPS

- ▶ la surconsommation régulière d'alcool (> 3 verres⁵/jour pour un homme et 2 verres/jour pour les femmes) ou d'autre substances psychoactives.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.1 Arrêt en ambulatoire

➤ Intervention brève

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

Cette intervention peut être proposée au patient selon deux modalités :

- par une information orale lors d'une consultation ;
- par une information écrite, argumentée, personnalisée, remise au patient par le médecin (un exemple de message d'information est présenté en *annexe 4*).

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

Au cours de cette consultation, il est recommandé :

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

Il est recommandé de proposer au patient (et à son entourage) de tenir un calendrier de décroissance posologique avec relevé des symptômes inhabituels (cf. *annexe 3*). La tenue d'un agenda du sommeil (cf. *annexe 5*) peut également être utile.

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

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

Modalités d'arrêt

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

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

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

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

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

Rythme de surveillance

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

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

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

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

Nature de la surveillance

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

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

- ▶ de réaliser du renforcement positif vis-à-vis de la diminution posologique.

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

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

Suivi après l'arrêt de BZD

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

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

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

➤ Les thérapies cognitivocomportementales (TCC)

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

7.2 Arrêt en milieu hospitalier

Deux situations peuvent se rencontrer :

➤ L'hospitalisation spécifique pour arrêt de BZD, qui doit rester exceptionnelle

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

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

➤ L'arrêt de BZD au cours d'une hospitalisation liée à un autre motif

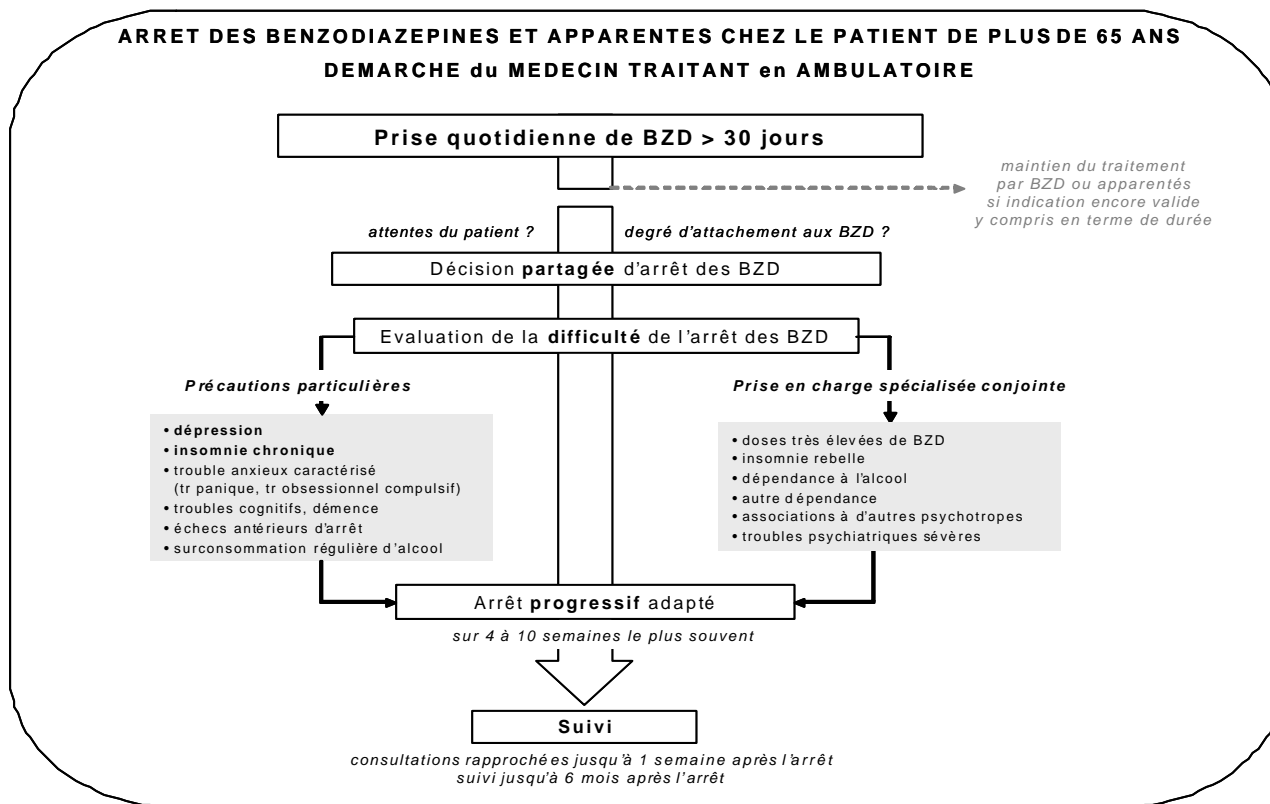
En dehors des situations où la BZD est encore indiquée, l'hospitalisation est une opportunité pour proposer au patient un arrêt de la consommation de BZD sous surveillance rapprochée.

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

Modalités d'arrêt

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

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



8. Annexes

Annexe 1. RCP⁶ commun des BZD et apparentés

Indications et durées du traitement par BZD et apparentés pour anxiété et insomnie			
Indications		Durées ⁷	
BZD possédant une indication Troubles du sommeil	Les BZD sont limitées aux troubles sévères du sommeil dans les cas suivants : insomnie occasionnelle, insomnie transitoire	Quelques jours à 4 semaines , y compris la période de réduction de posologie	Insomnie occasionnelle : par exemple lors d'un voyage, durée = <u>2 à 5 jours</u> Insomnie transitoire : par exemple lors de la survenue d'un événement grave, durée = <u>2 à 3 semaines</u>
	Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes	La durée globale du traitement ne devrait pas excéder 8 à 12 semaines pour la majorité des patients, y compris la période de réduction de la posologie	
BZD possédant une indication Anxiété	Prévention et traitement du <i>delirium tremens</i> et des autres manifestations du sevrage alcoolique	Traitement bref de l'ordre de 8 à 10 jours	

⁶ Source : Benzodiazépines et apparentés : schéma commun de RCP, AFSSAPS.

⁷ Traitement aussi bref que possible. Dans certains cas, il pourra être nécessaire de prolonger le traitement au-delà des périodes préconisées. Ceci suppose des évaluations précises et répétées de l'état du patient.

Annexe 2. Échelle ECAB

Échelle Ecab

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

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

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

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

Nom du médicament concerné :

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

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

Annexe 3. Calendrier de suivi de l'arrêt de BZD

Données indispensables au suivi de votre diminution de dose de benzodiazépine

Renseignement sur le traitement (à remplir par votre médecin)

Nom de la benzodiazépine :

Posologie initiale :

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

Date de début de la stratégie
d'arrêt :

Date de début de la stratégie
d'arrêt :

Votre objectif de la semaine est de :

Il peut varier de : à :

CALENDRIER D'ARRÊT

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

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

Ce calendrier d'arrêt est destiné à :

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

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

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Tél. :

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

.....

.....

Médecin traitant :

Adresse :

Adresse :

Tél :

Tél :

Cachet :

Cachet :

Annexe 4. Message d'information écrite du médecin traitant

Madame, Monsieur,

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

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

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

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

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

Dr

Annexe 5. Agenda Sommeil – Éveil

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

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

Mode d'utilisation

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

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

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

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

Consignes au patient :

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

Annexe 6. Liste⁸ des signes rapportés lors de l'arrêt des BZD

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

⁸ Signes le plus souvent rapportés lors de l'arrêt graduel des BZD chez des patients prenant des BZD depuis plus de 1 an.

Annexe 7. Participants

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

Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique ;
 Collège national des généralistes enseignants ;
 Fédération française d'addictologie ;
 Fédération française de psychiatrie ;
 Société de formation thérapeutique du généraliste ;
 Société française de documentation et de recherche en médecine générale ;
 Société française de gérontologie et de gériatrie ;
 Société française de médecine générale ;
 Société française de pharmacologie.

Comité d'organisation :

P^f Jean Doucet, thérapeutique, gériatre, Rouen
 P^f Sylvain Dally, interniste, toxicologue, Paris
 D^f Armelle Desplanques, HAS, Saint-Denis La Plaine
 D^f Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis La Plaine

Groupe de travail

P^f Jean Doucet, thérapeutique, gériatre, Rouen –
 président du groupe de travail
 M. Brice Kitio, chef de projet, HAS, Saint-Denis La
 Plaine
 D^f Sylvie Bonin-Guillaume, gériatre, Marseille –
 chargée de projet
 M^{me} Cécile Denis, addictologue, Bordeaux –
 chargée de projet
 D^f Anne-Marie Baque-Gensac, généraliste,
 Amélie-les-Bains
 P^f Joël Belmin, gériatre, Ivry-sur-Seine
 P^f Sylvain Dally, interniste, Paris
 D^f Catherine Deguines, AFFSAPS
 D^f Armelle Desplanques, chef de service adjoint,
 HAS, Saint-Denis La Plaine

D^f Patrice Dosquet, chef de service, HAS, Saint-
 Denis La Plaine
 D^f François Dumel, généraliste, Audincourt
 D^f Patrick Frémont, psychiatre, Lagny-sur-Marne
 M. Alain Gaubert, pharmacien, Paris
 M^{me} Marie-Laure Guillou, psychologue, Nîmes
 D^f Françoise Haramburu, pharmacologue,
 Bordeaux
 D^f Valérie Izard, chef de service adjoint, HAS,
 Saint-Denis La Plaine
 D^f Michel Mallaret, pharmacologue, Grenoble
 D^f Joëlle Micallef-Roll, pharmacologue, Marseille
 D^f Marie-Françoise Vechierini, neuropsychiatre,
 Paris

Groupe de lecture

D^r Véronique Allarie-Lapierre, généraliste, Marseille
D^r Guy Amelineau, généraliste, Le Fenouiller
D^r Jérôme Beaujard, généraliste, La Fare-Les-Oliviers
D^r Hervé Berche, généraliste, Compiègne
D^r Philippe Bonnardot, généraliste, Migennes
D^r Serge Bouhana, généraliste, Aigueblanche
D^r Béatrice Cluniat, généraliste, La Pagne
D^r Christian Comte, généraliste, Lyon
P^r Emmanuelle Corruble, psychiatre, Le Kremlin-Bicêtre
D^r Annie Descamps, généraliste, Orléans
D^r Jean-Marc Delage, généraliste, Saint-Étienne
D^r Jean-Pierre Dupont, généraliste, La Queue-en-Brie
D^r Pierre Fauchery, généraliste, Limoges
D^r Patrick Frankel, généraliste, Lyon
D^r Jean-Louis Froideval, généraliste, Aube
D^r Nicole Garret-Gloanec, psychiatre, Nantes
D^r Sylvain Gaujard, gériatre, Francheville
D^r Gaëtan Gentile, généraliste, Puyricard
D^r Emmanuel Jocteur-Monrozier, généraliste, La Mure
D^r Christiane Kouji, généraliste, Nice
D^r Jean-Marie Larrieu, généraliste, Saint-Médard-en-Jalles

D^r René Lavot, généraliste, Nancy
D^r Marie-France Le Goaziou, généraliste, Lyon
D^r Bertrand Lego, pharmacien, Mulhouse
D^r Philippe Legrand, généraliste, Saint-Georges-les-Baillargeaux
D^r Jean-Pierre Legros, généraliste, Monthois
D^r Yves Lequeux, généraliste, Saint-Père-en-Retz
D^r Eric Joseph Levy, généraliste, Puy-l'Évêque
P^r Pierre Lombrail, médecin de santé publique, Nantes
D^r Eric Mener, généraliste, Loyat
D^r Serge Moser, généraliste, Hirsingue
D^r Philippe Nicot, généraliste, Panazol
D^r Claire Ortega, généraliste, Saint-Marcellin
D^r Jean-François Perrocheau, généraliste, Cherbourg
D^r Michel Petit, psychiatre, Sotteville-lès-Rouen
D^r Joël Petite, généraliste, Bart
D^r Nicolas Prothon, généraliste, Saint-Vellier
D^r Marcel Ruetsch, généraliste, Dessenheim
D^r Pascal Saillard, généraliste, Saint-Prouant
D^r Pascale Santana, généraliste, Paris
D^r Pierre Sebbag, généraliste, Marly-le-Roi
D^r Marc Sixt, gériatre, Beaune
D^r Gilbert Souweine, généraliste, Vénissieux
D^r Michel Spadari, généraliste, Marseille
D^r Philippe Zerr, généraliste, Levallois-Perret

9. Fiche descriptive

TITRE	Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique.
Objectif(s)	L'objectif de ces recommandations est de proposer aux médecins des stratégies pour faciliter l'arrêt de la prise de benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés par les patients âgés.
Professionnel(s) concerné(s)	La cible professionnelle concernée par ces recommandations est tous les médecins amenés à renouveler une prescription de BZD chez un patient âgé.
Demandeur	
Promoteur	Haute Autorité de Santé (service des recommandations professionnelles)
Pilotage du projet	Coordination : M. Brice Kitio, chef de projet, service des recommandations professionnelles de la HAS (chef de service : D ^r Patrice Dosquet) Secrétariat : M ^{lle} Laetitia Cavalière Recherche documentaire : M ^{me} Emmanuelle Blondet, avec l'aide de M ^{me} Maude Lefèvre, Service de documentation de la HAS (chef de service : M ^{me} Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes Comité d'organisation Groupe de travail (président : P ^r Jean Doucet, thérapeute, gériatre, Rouen) Groupe de lecture (cf. liste des participants)
Recherche documentaire	De 1990 à 2007 : 686 références obtenues, 450 articles analysés, 124 d'articles cités
Auteurs de l'argumentaire	D ^r Sylvie Bonin-Guillaume, gériatre, Marseille M ^{me} Cécile Denis, addictologue, Bordeaux M. Brice Kitio, chef de projet du service des recommandations professionnelles, HAS
Validation	CE2S du 12 juin 2007 Validation par le Collège de la HAS en octobre 2007
Autres formats	Synthèse et argumentaire disponibles sur www.has-sante.fr

ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
AAAVAM : Association d'Aide aux Victimes des Accidents des Médicaments.
AM : Assurance maladie.
AMM : Autorisation de mise sur le marché.
ANESM : Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale.
APNET : Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique.
AVC : Accident vasculaire cérébral.
AVIAM : Association d'aide aux Victimes d'Accidents Médicaux.
CPGF : Collège professionnel des gériatres français.
CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes.
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
CNGE : Collège national des généralistes enseignants.
CNPS : Centre national des professions de santé.
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
CPGF : Collège professionnel des gériatres français.
DGAS : Direction générale de l'action sociale.
DGS : Direction générale de la santé.
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
DSM IV : *Diagnostic and statistical manual – Revision 4*.
DSS : Direction de la sécurité sociale.
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
EMA : *European Agency for the Evaluation of Medicinal Products*.
EPP : Évaluation des pratiques professionnelles.
FAQSV : Fonds d'amélioration de la qualité des soins en ville.
FDA : *Food and drug administration*.
FFAMCO : Fédération française des associations des médecins coordonnateurs en EHPAD.
FFP : Fédération française de psychiatrie.
FHP : Fédération de l'hospitalisation privée.
FNAP – PSY : Fédération nationale des associations de patients et (ex) patients « psy ».
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française.
GT : Groupe de travail.
HAS : Haute Autorité de Santé.
IMAO : Inhibiteurs de la monoamine oxydase.
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.
InVS : Institut de veille sanitaire.
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine.
IRSN : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.
MPM : Mouvements périodiques des membres.

MSA : Mutualité sociale agricole.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

OPEPS : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

ORS : Observatoire régional de santé.

PMSA : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique.

PTSD : *Post traumatic stress disorder*.

RSI : Régime social des Indépendants.

SA : Sujet âgé.

SAS : Syndrome d'apnée du sommeil.

SAOS : Syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie.

SFPT : Société française de pharmacologie et thérapeutique.

SJSR : Syndrome des jambes sans repos.

SPLF : Société de pneumologie de langue française.

SFDRMG : Société française de documentation et de recherche en médecine générale.

SFMG : Société française de médecine générale.

SFTG : Société de formation thérapeutique du généraliste.

TCC : Thérapies cognitivocomportementales.

UNAFAM : Union nationale des amis et familles des malades psychiques.

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie.

URCAM : Unions régionales des caisses d'assurance maladie.

URML : Union régionale de médecins libéraux.