



HAL
open science

**Intervention minimale pour réduire l'usage chronique
des benzodiazépines : étude auprès de patients chuteurs
de plus de 65 ans, traités par benzodiazépines et admis
aux Urgences du CHU Gabriel-Montpied de
Clermont-Ferrand**

Cécile Condy

► **To cite this version:**

Cécile Condy. Intervention minimale pour réduire l'usage chronique des benzodiazépines : étude auprès de patients chuteurs de plus de 65 ans, traités par benzodiazépines et admis aux Urgences du CHU Gabriel-Montpied de Clermont-Ferrand. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-02056565

HAL Id: dumas-02056565

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02056565>

Submitted on 4 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

FACULTE DE MEDECINE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

CONDY Cécile

Présentée et soutenue publiquement le 21 septembre 2017.

**Intervention minimale pour réduire l'usage chronique des
benzodiazépines.**
Etude auprès de patients chuteurs de plus de 65 ans, traités par benzodiazépines et admis
aux Urgences du CHU Gabriel-Montpied de Clermont-Ferrand.

Président : Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur.

Membres du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur.
 Monsieur VORILHON Philippe, Professeur.
 Madame LAPORTE Catherine, Docteur.

Table des matières

RÉSUMÉ	4
ABSTRACT	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
MATERIEL ET METHODE	8
1. Type d'étude	8
2. Déroulement de l'étude.....	8
3. Critères d'évaluation primaire et secondaires	8
4. Population cible	9
5. Recueil des données.....	9
6. Données recueillies	10
7. Nombre de sujets nécessaires	10
8. Analyse statistique	10
9. Démarches administratives	11
RESULTATS.....	13
1. Patients éligibles et patients exclus	13
2. Caractéristiques de la population initiale	13
3. Complications de la chute.....	14
4. Etiologies retrouvées.....	15
5. Orientation à l'issu du passage dans la structure des Urgences.....	15
6. Analyse en Intention de Traiter.....	16
7. Analyse en Per Protocole	16
8. Analyse en Intention de Traiter et biais maximum.....	17
9. Analyse en fonction de la diminution	17
10. Analyse multivariée.....	18
11. Précisions sur les benzodiazépines.....	18
DISCUSSION	19
1. Critères principal et secondaires.....	19
2. Comparaison avec les données de la littérature.....	19
3. Lien avec le médecin traitant	20
4. Comment changer les habitudes des consommateurs chroniques ?	20
5. Forces et limites de l'étude	22

a.	Forces de l'étude :	22
b.	Limites de l'étude :	22
c.	Un point sur le Zolpidem.....	22
CONCLUSION		24
BIBLIOGRAPHIE		25
ANNEXES.....		28

RÉSUMÉ

Objectifs :

L'objectif principal de cette étude était de démontrer que l'envoi d'un courrier d'information sur les effets néfastes des benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés, adressé aux patients admis aux urgences pour chute, faciliterait la diminution de ces molécules. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer à 3 mois, les récurrences de chute, la survenue d'anxiété et d'insomnie, et l'initiation d'un échange avec le médecin traitant.

Méthode :

Etude comparative Avant / Après monocentrique. Les patients inclus étaient âgés de plus de 65 ans, consommateurs de BZD depuis plus de 30 jours, admis pour chute. Les critères d'exclusion étaient l'absence de renseignement du dossier informatisé, un traitement par BZD anti-épileptique, une psychose chronique, une démence sévère, une maladie de Parkinson, un éthylisme chronique et les patients en fin de vie. Le courrier d'information sur les effets indésirables des BZD était envoyé au patient dans le mois suivant la chute. Pour recueillir les critères d'évaluation, un appel téléphonique était effectué à 3 mois au patient. Le critère de jugement principal était le taux de patients ayant diminué leur prise de BZD à 3 mois et l'analyse était réalisée en intention de traiter.

Résultats :

139 patients ont été inclus dans la phase Avant (14/09/2016 au 24/12/2016) et 153 patients dans la phase Après (25/12/2016 au 27/04/2017). Les deux groupes étaient comparables en âge, genre, lieu de vie, polymédication, antécédents de chute, démence sous-jacente, hospitalisation au décours des urgences. Il y a eu 12 perdus de vue et 21 décédés. 23 patients n'ont pas reçu le courrier. L'étude a montré une diminution plus grande significativement des BZD dans le groupe receveur du courrier (47% vs 25%, $p < 0,001$), une diminution non significative des récurrences de chute dans le groupe receveur (22% vs 30%, $p = 0,131$). L'arrêt des BZD n'augmentait ni les anxiétés (32% groupe receveur vs 48% groupe contrôle, $p = 0,01$), ni les d'insomnies (17% groupe receveur vs 35% groupe contrôle, $p < 0,001$). Il y a eu une discussion avec le médecin traitant chez 46% des patients receveurs du courrier.

Conclusion :

Ces résultats nous encouragent à envoyer systématiquement un courrier d'information, aux patients âgés de plus de 65 ans, traités par BZD et admis pour chute aux urgences, dans le but de diminuer leur consommation chronique.

ABSTRACT

Minimal intervention to decrease long-term use of benzodiazepines :

Study of falling patients over 65 years of age, treated with benzodiazepines and admitted to the Emergency Department at Gabriel-Montpied University Hospital of Clermont-Ferrand.

Objective:

The main objective of this study was to prove that sending a letter about the side effects of benzodiazepines (BZD) and of related drugs to patients admitted after a fall in an emergency service would make a reduction of these molecules easier. Secondary objectives were to evaluate over a three month elapsed time, repeated falling cases, anxiety and insomnia occurrences as well as initiating a discussion with the general practitioner.

Method:

A single-center comparative study « Before / After » on a sample of 65 year old patients and over, BZD consumer for more than 30 days, in emergency care after a fall. Study exclusion criteria were missing information in computer records, anti-epileptic BZD therapy, chronic psychosis, severe dementia, Parkinson's disease, chronic alcoholism and patients at end-of-life. The BZD side effects letter was sent to the patient within one month of the fall. To collect the evaluation criteria, a phone call was made to the patient 3 months later. The main evaluation criterion was the rate of patient who had decreased their BZD intake after 3 months and the study aimed at carrying out a medical treatment.

Results:

139 patients were included in the “Before Group” (14/09/2016 to 24/12/2016) and 153 patients in the “After Group” (25/12/2016 to 27/04/2017). Both groups were similar as far as age, gender, residency, multiple medication, falls history log, underlying dementia are concerned as well as in cases of admission in hospital subsequently to emergency care. Tracks of 12 patients were lost and 21 patients died. 23 patients did not receive the letter.

The study showed a significantly greater decrease in BZD consumption in the recipient group (47% versus 25%, $p < 0.001$), not a significant decrease in reoccurrences of falls in the recipient group (22% versus 30%, $p = 0.131$). There was neither an increase in anxiety (32% versus 48% control group, $p = 0.01$) nor of insomnia (17% versus 35% control group, $p < 0.001$). A discussion with the general practitioner took place for 46% of the patients having received the letter.

Conclusion:

These results call for the systematic sending of an information letter to patients older than 65, treated with BZD and admitted after a fall in an emergency service, in order to discontinue long-term BZD and related hypnotics.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AOD : Anticoagulants oraux directs

AVK : Anti-Vitamine K

BZD : Benzodiazépines

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIL : Correspondant Informatique et Libertés

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSG : Court séjour gériatrique

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HSD : Hématome sous-dural

IEP : numéro d'identifiant externe patient

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IOA : Infirmière organisatrice d'accueil

IPP : numéro d'identifiant permanent patient

ITT : Intention de traiter

MMS : Mini Mental State

PP : Per Protocole

RAD : Retour à domicile

SAU : Service d'accueil des Urgences

TC : Traumatisme crânien

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

INTRODUCTION

Les temps d'exposition aux benzodiazépines (BZD) en France sont parfois très supérieurs aux recommandations de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) avec une utilisation annuelle estimée entre 4 à 5 mois pour les molécules hypnotiques et anxiolytiques (voire en continu sur plusieurs années)(1). Leur usage continu est davantage problématique chez les personnes âgées pour qui la tolérance aux agents chimiques diminue avec l'âge(2). Ainsi, il est prouvé que les BZD sont un des facteurs de risque de chutes et fractures, notamment de fractures de hanche(3) chez les sujets âgés(4).

Selon une revue systématique de 2011(5), une intervention minimale(6) par lettre(7), par information d'aide(8), ou consultation chez le médecin généraliste(9) comparée à une prise en charge usuelle permettrait la réduction de la consommation de BZD. La Haute Autorité de Santé (HAS) met à disposition des outils, notamment un courrier d'information au patient, pour favoriser l'arrêt des BZD dans le cadre des recommandations d'octobre 2007(10), réactualisées en juin 2015(11).

L'objectif principal de cette étude était de démontrer que l'envoi d'un courrier d'information sur les effets néfastes des BZD et médicaments apparentés, adressé aux patients admis aux urgences suite à une chute, faciliterait la diminution de ces molécules. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer à 3 mois, le taux de réadmission pour chute, le taux de survenue d'anxiété et d'insomnie après l'arrêt et le taux d'initiation d'un échange pour adaptation thérapeutique avec le médecin traitant.

MATERIEL ET METHODE

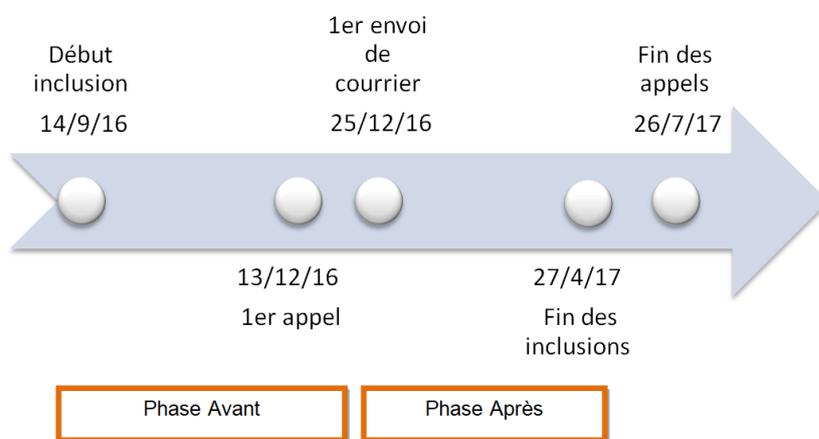
1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude Avant-Après, prospective, contrôlée, non randomisée, monocentrique, réalisée aux Urgences Adultes du CHU Gabriel-Montpied à Clermont-Ferrand.

Le groupe intervention a été constitué par les patients de la phase Après ayant reçu le courrier et le groupe contrôle a été constitué par les patients de la phase Avant et les patients de la phase Après n'ayant pas reçu le courrier.

2. Déroulement de l'étude

La phase Avant a eu lieu du 14/09/2016 au 24/12/2016 (le 14/09/2016 étant le premier jour d'informatisation des Urgences). La phase Après a eu lieu du 25/12/2016 au 27/04/2017. L'envoi du courrier (Annexe 1) avec un calendrier d'aide à l'arrêt (Annexe 2) était effectué dans le mois suivant la chute. Les appels à 3 mois se sont échelonnés du 13/12/2016 au 26/07/2017.



3. Critères d'évaluation primaire et secondaires

Le critère de jugement principal était le taux de patients ayant diminué leur prise de BZD 3 mois après avoir été admis aux urgences pour une chute. Il s'agissait d'un critère composite, l'arrêt étant considéré comme une diminution totale. Un changement de BZD de demi-vie longue à courte (ou l'inverse), n'était pas considéré comme une diminution.

Les critères d'évaluation secondaires étaient d'évaluer à 3 mois, le taux de récurrence de chute, le taux de survenue d'anxiété ou d'insomnie après la diminution, l'initiation d'un échange avec le médecin traitant.

4. Population cible

Les patients inclus étaient âgés de plus de 65 ans, consommateurs de BZD ou médicaments apparentés depuis plus de 30 jours consécutifs, admis aux urgences pour chute (toutes causes confondues), inaugurale ou répétées, en tant que motif de consultation principal ou secondaire.

Les critères de non-inclusion étaient l'absence d'information sur le dossier informatisé, l'absence de chute (une fois le dossier médical consulté), l'absence de BZD ou un traitement ponctuel, les patients sous BZD pour une épilepsie, une psychose chronique connue (schizophrénie, paranoïa, psychose hallucinatoire chronique), une démence sévère (type Alzheimer, vasculaire, à corps de Lewy et associé à maladie de Parkinson, fronto-temporale) avec un MMS <10/30, les patients souffrants de maladie de Parkinson, les patients en soins palliatifs et fin de vie, l'impossibilité de marcher et les patients alcooliques chroniques.

5. Recueil des données

Le repérage des patients éligibles a été élaboré à partir du logiciel URQUAL®. Voici les Mots-clés retenus pour les diagnostics principaux et secondaires, ainsi que les variables extraites à partir du logiciel pour des patients de plus de 65 ans, quelque soit l'orientation finale :

Diagnostics principaux et secondaires	Données extraites par le logiciel
<ul style="list-style-type: none"> - Chute - Plaie, - Fracture - Tassement - Contusion - Traumatisme - Commotion - Entorse - Foulure - Déchirure 	<ul style="list-style-type: none"> - Nom, prénom, nom de naissance - Date de naissance - Age, sexe - IPP, IEP - Date et heure d'entrée - Date et heure de sortie - Motif infirmière organisatrice accueil - Diagnostics complets - Diagnostics comprenant les mots clés en rapport avec une chute - Orientation

Tableau 1: Mots-clés retenus pour les diagnostics principaux et secondaires, ainsi que données extraites par le logiciel.

6. Données recueillies

Dans les deux phases, le recueil des données initiales a été effectué après lecture de l'observation médicale du passage aux urgences, saisie de l'ordonnance et lecture des différents courriers existants.

Les données recueillies étaient le nom du médecin traitant, le lieu de vie (EHPAD, foyer, domicile privé), les antécédents, les traitements médicamenteux, en précisant pour les BZD la classe, la demi-vie (longue si $>$ ou $=$ 20h ; courte si $<$ 20h) et le nombre de comprimé par jour, les conséquences de la chute et si identifiée l'étiologie, ainsi que l'orientation finale (retour à domicile, séjour à l'UHCD, hospitalisation).

Puis, un appel téléphonique était effectué 3 mois plus tard au patient, à son entourage ou à son médecin traitant si la personne ne répondait pas. Il était relevé si le patient était décédé avant l'appel à 3 mois ou toujours hospitalisé. Les questions posées pour les deux phases étaient : « Quelle BZD avez-vous actuellement ? A quelle posologie ? Depuis quand êtes vous sous ce traitement ? Avez-vous plus d'insomnie ou d'anxiété qu'il y a 3 mois ? Avez-vous rechuté dans les 3 derniers mois ? Avez-vous été hospitalisé suite à cette chute ? ». Pour la phase Après, les questions supplémentaires étaient : « Avez-vous reçu le courrier d'information de la part du CHU ? L'avez-vous montré à votre médecin traitant ? Avez-vous discuté avec lui de ce traitement ? Si vous n'avez pas diminué votre traitement : pourquoi ? »

7. Nombre de sujets nécessaires

Le nombre de sujets nécessaires a été calculé grâce à deux études contrôlées randomisées(7,12) et une méta-analyse(5) montrant en moyenne une diminution de 10% des BZD dans les groupes contrôle et 25% de diminution dans les groupes avec une intervention minimale sous forme de lettre, après une période minimum de 6 mois. Pour une puissance de 90%, un risque alpha de 5%, il fallait donc 146 sujets dans chaque groupe. Pour une puissance de 80%, il fallait 113 sujets par groupe.

8. Analyse statistique

Les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata v12. Tous les tests étaient bilatéraux et une p-value $<$ 5% a été considérée comme statistiquement significative. Les données étaient décrites sous forme de fréquence et pourcentage associé pour les variables qualitatives et sous forme de moyenne +/- écart type pour les variables quantitatives. La comparaison des 2 groupes (sans et avec intervention), a été réalisée à l'aide du test du chi² (ou test exact de Fisher le cas échéant) pour les variables qualitatives et à l'aide du test de

Student (ou test de Mann et Whitney si normalité non vérifiée) pour les variables quantitatives. La comparaison des diminutions et arrêts versus non-diminution de BZD a été réalisée avec les mêmes méthodes. Un modèle de régression logistique a été réalisé pour analyser les facteurs expliquant la diminution de BZD, en sélectionnant les critères mis en évidence dans l'analyse univariée. Les résultats étaient exprimés sous forme d'odds ratio avec leur intervalle de confiance à 95%.

L'analyse a été réalisée en intention de traiter (ITT) : en analysant les patients dans leur groupe initial, en per protocole (PP) : en analysant les patients dans le groupe sans courrier quand ils n'ont réellement pas reçu le courrier et en ITT avec biais maximum : en remplaçant les valeurs manquantes par la valeur la plus défavorable (ex : non arrêt si courrier envoyé et arrêt si courrier non envoyé). Il y a eu un ajustement sur la diminution pendant l'hospitalisation au décours des urgences.

9. Démarches administratives

L'accord du CPP (Comité de Protection des Personnes) Sud-Est VI a été obtenu le 29/09/2016 précisant que cette étude ne soulevait pas de problème éthique particulier et ne relevait pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches biomédicales.

Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL (Commission Nationale de l'Information et des Libertés) avec un enregistrement auprès du CIL (Correspondant Informatique et Libertés) le 22/11/2016, mentionnant le respect de la méthodologie MR-001. Une fiche explicative concernant les objectifs et les modalités de l'étude a été affichée dans le Service d'Accueil des Urgences.

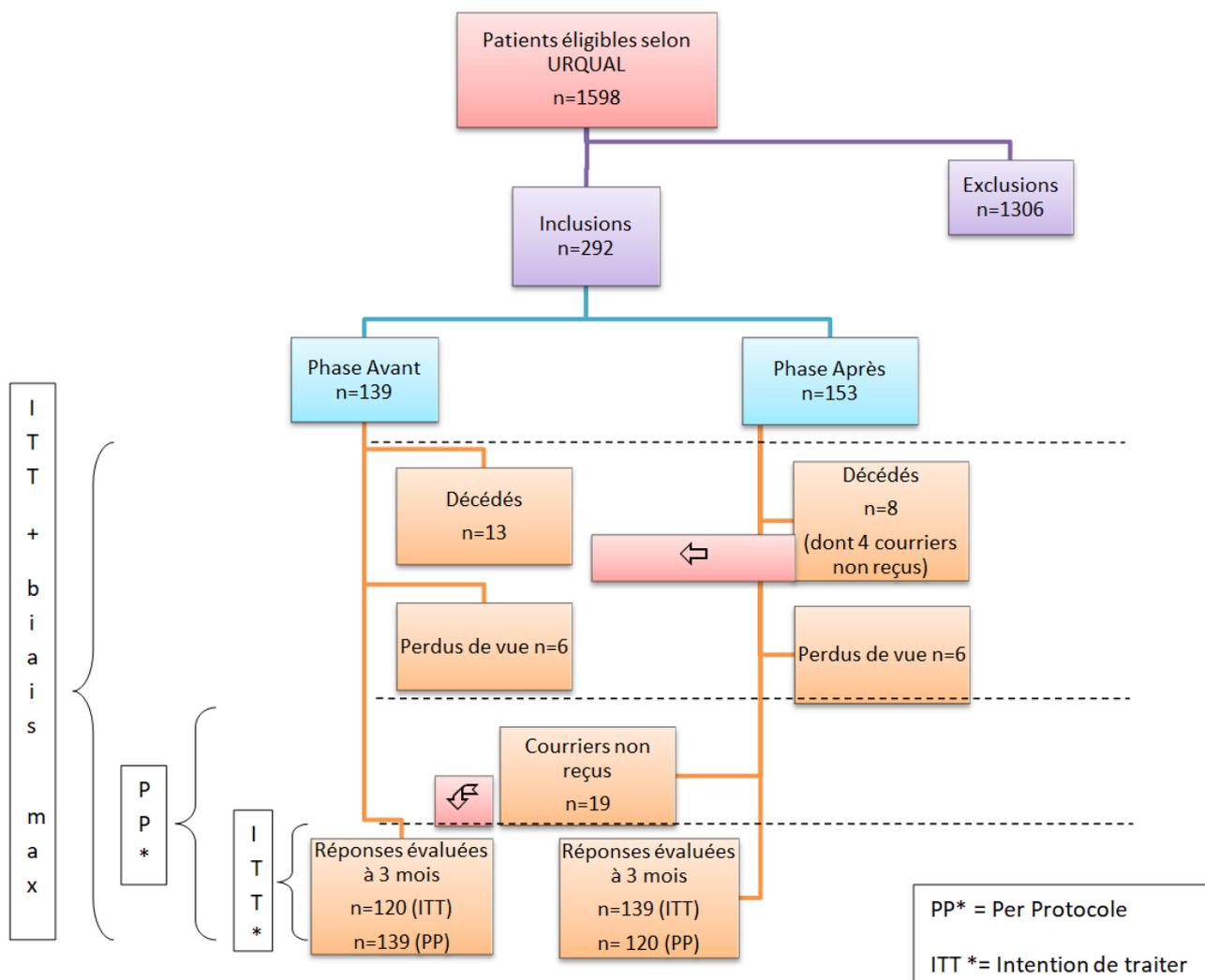


Figure 1: Diagramme de flux

RESULTATS

1. Patients éligibles et patients exclus

Il y avait 1598 patients éligibles selon la requête Urqual®.

1306 patients ont été exclus.



Figure 2 : Critères d'exclusion

2. Caractéristiques de la population initiale

Les caractéristiques de la population sont exposées tableau 2. Il y avait 139 patients dans la phase Avant et 153 patients dans la phase Après. Les populations initiales étaient comparables en âge, genre, lieu de vie, polymédication, répartition des BZD (demi-vie courte ou longue et hypnotique ou anxiolytique), antécédents notamment démence sous jacente ou antécédent de chute, excepté les antécédents ostéo-articulaires majoritaires dans le groupe Avant (52% versus 39%, $p=0,047$). On notait une prise associée d'antidépresseur plus importante dans le groupe Après 52% versus 35% dans le groupe Avant, $p=0,005$. De même pour les anticoagulants oraux directs (4% vs 11%, $p=0,03$). Il n'y avait pas de différence de répartition entre les autres traitements.

Il y a eu 12 perdus de vue et 21 décédés (dont 4 qui n'ont pas reçu le courrier). Au total, 23 patients n'ont pas reçu le courrier. Aucun sujet n'a manifesté son opposition.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population initiale :

	Phase Avant(n=139) n(%)	Phase Après(n=153) n(%)	p
Age (années) ; moyenne (écart-type)	84,2 (2,0)	83,9 (2,0)	0,788
Genre			0,473
Masculin	33 (24)	31 (20)	
Féminin	106 (76)	122 (80)	
Lieu de vie			0,82
Domicile	102 (74)	117 (76)	
EHPAD	32 (23)	33 (22)	
Foyer	4 (3)	3 (2)	
Polymédication	121 (87)	134 (88)	0,892
Benzodiazépines			
Nb ≥2	32 (23)	24 (16)	0,11
Demi-vie longue	41 (30)	35 (23)	0,20
Demi-vie courte	110 (79)	123 (80)	0,79
Anxiolytique	106 (76)	112 (73)	0,55
Hypnotique	51 (37)	58 (38)	0,83
Autres médicaments			
Antidépresseur	49 (35)	79 (52)	0,005
Neuroleptique	14 (10)	13 (9)	0,64
Diurétique	54 (39)	50 (33)	0,27
Bétabloquant	42 (30)	37 (24)	0,25
Autre anti hypertenseur	76 (55)	75 (49)	0,33
AVK	24 (17)	28 (18)	0,82
Anti-coagulant oral direct	6 (4)	17 (11)	0,03
Antécédents			
Cardio-vasculaire	118 (85)	136 (89)	0,115
Ostéo-articulaire	72 (52)	59 (39)	0,047
Ophtalmologique	34 (25)	38 (25)	0,864
Syndrome anxio-dépressif	47 (33)	50 (33)	0,793
Démence légère/moyenne	41 (30)	49 (32)	0,613
Chutes à répétition	37 (27)	47 (31)	0,440

3. Complications de la chute

Un total de 101 patients a présenté un seul traumatisme et 38 ont présenté plusieurs traumatismes. 133 patients ont eu une fracture soit 46% de l'ensemble des patients (n=292). La fracture la plus fréquente ayant été la fracture de hanche et du col du fémur (n=99, 74% de la totalité des fractures et 34% de la population totale).

Le taux de traumatismes crâniens (TC) s'élève à 40% (n=118) sur l'ensemble de la population. Parmi eux, 23 (19%) patients étaient sous AVK et seulement 8 (7%) patients sous AOD. Un total de 3 hémorragies intracérébrales (3% des TC) a été retrouvé, dont 2 patients sous AVK et 1 patient sans anticoagulant ni anti-agrégant. Dix hématomes sous duraux ont été consécutifs à la chute (8% des TC).

Seulement 8% (n=24) des patients ont développé une rhabdomyolyse dans les suites de la chute, et 2% (n=6) une pneumopathie d'inhalation.

Il n'y a pas eu de conséquence à la chute pour 21 patients (seulement 7% de la population totale).

4. Etiologies retrouvées

Des étiologies médicales aiguës ont été retrouvées chez 38% des patients (n=111), dominées par les étiologies cardiaques avec 49% des patients (n=55), suivi de des iatrogénies (n=23, 21%) ; parmi elles 12 (52% des iatrogénies) étaient clairement imputés aux BZD.

Les sepsis étaient présents chez 15% (n=17) des patients, suivi par les troubles métaboliques représentés par 7% (n=8) des patients. Enfin 4 alcoolisations aiguës (4%) et 4 HSD chroniques (4%) ont été diagnostiqués.

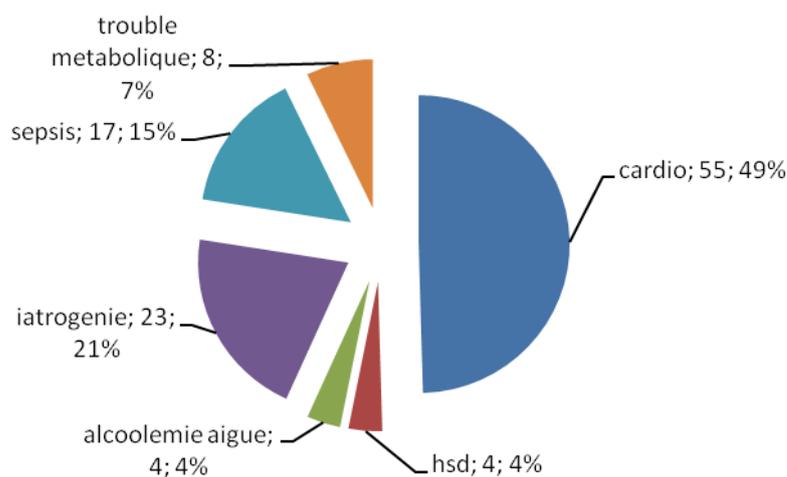


Figure 4 : Etiologies retrouvées chez 111 patients

5. Orientation à l'issue du passage dans la structure des Urgences

Sur l'ensemble de la population, 41% (n=120) des patients sont rentrés directement à domicile.

Seulement une patiente a été hospitalisée directement en Réanimation, suite à un polytraumatisme grave, elle est décédée 2 mois plus tard.

Le taux d'hospitalisation complète est donc de 59% (n=172) ; parmi ces patients, 33 (19%) ont été hospitalisés dans le Pôle Urgences, 53 (30%) en Orthopédie, 58 (49%) en Court Séjour Gériatrique (CSG). Le reste des patients a été hospitalisé dans un service de Médecine.

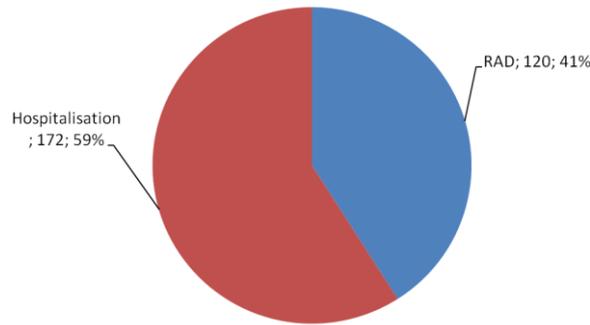


Figure 5 : Orientation finale des 292 patients après passage dans la structure des Urgences

6. Analyse en Intention de Traiter

Dans l'analyse en intention de traiter, 120 patients ont été inclus dans la groupe contrôle et 139 patients dans le groupe intervention.

Le résultat sur le critère principal montrait une diminution plus grande significativement des BZD dans le groupe intervention (47% vs 25%, $p < 0,001$). L'arrêt des BZD durant l'hospitalisation n'impactait pas sur cette différence significative ($p = 0,627$).

Les résultats sur les critères secondaires ne montraient pas de différence significative sur la récurrence des chutes à 3 mois ($p = 0,13$). Par contre, il y avait moins d'anxiété dans le groupe intervention (32% vs 48%, $p = 0,01$) et d'insomnie dans le groupe intervention (17% vs 35%, $p < 0,001$). Il y a eu une discussion avec le médecin traitant chez 46% des patients receveurs du courrier.

Tableau 3 : analyse ITT des critères primaire et secondaires :

	Groupe contrôle (n=120) n(%)	Groupe intervention (n=139) n(%)	OR	IC 95%	p
Diminution BZD Survenue	31 (25)	66 (47)	2,6	[1,53-4,40]	<0,001
Anxiété	57 (48)	43 (32)	0,52	[0,32-0,85]	0,01
Insomnie	42 (35)	23 (17)	0,38	[0,21-0,68]	<0,001
Récurrence chute	36 (30)	30 (22)	0,65	[0,37-1,14]	0,131

7. Analyse en Per Protocole

Dans l'analyse en per protocole, 139 patients ont été inclus dans le groupe contrôle (avec les 19 patients vivants de la phase Après n'ayant pas reçu le courrier) et 120 patients dans le groupe intervention.

Le résultat sur le critère principal montrait une diminution plus grande significativement des BZD dans le groupe intervention (50% vs 27%, $p < 0,001$). L'arrêt des BZD durant l'hospitalisation n'impactait pas sur cette différence significative ($p = 0,052$).

Les résultats sur les critères secondaires ont montré une diminution significative des récurrences de chute dans le groupe receveur (20% vs 30%, $p=0,047$). L'arrêt des BZD n'augmentait ni les anxiétés (33% groupe receveur vs 45% groupe contrôle, $p=0,06$), ni les insomnies (17% groupe receveur vs 34% groupe contrôle, $p=0,002$). Il y a eu une discussion avec le médecin traitant chez 49% des patients receveurs du courrier.

Tableau 4 : analyse per protocole des critères primaire et secondaires :

	Groupe contrôle (n=139) n(%)	Groupe intervention (n=120) n(%)	OR	IC 95%	p
Diminution BZD	37 (27)	60 (50)	2,76	[1,64-4,64]	<0,001
Survenue					
Anxiété	60 (45)	40 (33)	0,81	[0,48-1,38]	0,06
Insomnie	45 (34)	20 (17)	0,39	[0,21-0,71]	0,002
Récidive chute	42 (30)	24 (20)	0,56	[0,32-0,99]	0,047

8. Analyse en Intention de Traiter et biais maximum

Dans l'analyse ITT et biais maximum, 139 patients ont été inclus dans le groupe contrôle et 153 patients dans le groupe intervention.

Le résultat sur le critère principal ne montrait pas de diminution plus grande significativement des BZD dans le groupe intervention (43% vs 36%, $p=0,21$).

Les résultats sur les critères secondaires ne montraient pas de différence significative des récurrences de chutes à 3 mois ($p=0,58$). De même, il y avait une différence non significative sur la survenue d'anxiété ($p=0,93$) ou d'insomnie ($p=0,60$).

Tableau 5 : analyse ITT + biais maximum des critères primaire et secondaires :

	Groupe contrôle (n=139) n(%)	Groupe intervention (n=153) n(%)	OR	IC 95%	p
Diminution BZD	50 (36)	66 (43)	1,35	[0,84-2,16]	0,21
Survenue					
Anxiété	57 (41)	62 (40)	0,98	[0,61-1,56]	0,93
Insomnie	42 (30)	42 (27)	0,87	[0,52-1,44]	0,60
Récidive chute	36 (26)	44 (28)	1,15	[0,69-1,93]	0,58

9. Analyse en fonction de la diminution

L'âge, la polymédication, la prise d'antidépresseur, la démence sous jacente, les antécédents de chutes ou d'anxiété et l'hospitalisation, n'influençaient pas la diminution des BZD. En revanche, les femmes arrêtaient davantage leur consommation de BZD à 3 mois.

Tableau 6 : Caractérisation de la population en fonction de la diminution :

	Pas de diminution (n=162) n(%)	Diminution (n=97) n(%)	p
Genre			<i>0,023</i>
Féminin	119 (73)	83 (86)	
Masculin	43 (27)	14 (14)	
Age (en années)	84,1	84,3	<i>0,839</i>
Polymédication	137 (85)	88 (91)	<i>0,156</i>
Antidépresseur	70 (43)	49 (50)	<i>0,254</i>
Démence	51 (31)	31 (32)	<i>0,893</i>
Chutes répétées	42 (26)	32 (33)	<i>0,223</i>
Anxiété connue	20 (12)	13 (14)	<i>0,781</i>
Hospitalisation	96 (59)	54 (56)	<i>0,571</i>

10. Analyse multivariée

Nous avons effectué un ajustement sur le genre et la diminution pendant l'hospitalisation. La différence sur le critère de jugement principal reste significative.

Tableau 7 : analyse multivariée :

Diminution BZD	OR	IC 95%	p
Genre	0,47	[0,23-0,95]	<i>0,037</i>
Diminution pendant hospitalisation	8,66	[2,78-26,97]	<i><0,001</i>

11. Précisions sur les benzodiazépines

La benzodiazépine qui a été la plus prescrite, tout groupe confondu, était l'alprazolam. En 2^{ème} position, le zolpidem et le zopiclone, puis le bromazépan, le lorazépan et l'oxazépan.

Il n'y a pas eu de syndrome de sevrage.

Concernant la différence de diminution des patients sous Zolpidem par rapport à ceux qui ne l'étaient pas, elle était la même que ce soit, dans le groupe contrôle, ou dans le groupe intervention :

Tableau 8 : Analyse du zolpidem :

	Pas de zolpidem	Zolpidem	p
Diminution			
Groupe contrôle	27 (27%)	4 (21%)	<i>0,604</i>
Groupe intervention	53 (47%)	13 (50%)	<i>0,776</i>

DISCUSSION

1. Critères principal et secondaires

Cette étude a montré qu'un courrier d'information sur les effets néfastes des benzodiazépines et médicaments apparentés, invitant à leur arrêt et envoyé aux patients admis aux urgences pour chute faciliterait la diminution de ces médicaments.

Après l'évaluation à 3 mois, nous avons également montré une diminution des insomnies et des anxietés. L'arrêt des BZD ne génère donc pas d'effets néfastes majeurs pour le patient, d'autant plus qu'il n'y a pas eu de syndrome de sevrage.

Suite au courrier, pratiquement la moitié des patients ont eu une discussion avec leur médecin traitant, pour une adaptation thérapeutique. Une coordination, avec le médecin généraliste qui connaît ses patients, est primordiale pour une prise en charge adéquate.

2. Comparaison avec les données de la littérature.

En 2009, la France était le deuxième pays consommateur d'anxiolytiques (après le Portugal) et d'hypnotiques (après la Suède). En 2012, 11,5 millions de Français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine. L'utilisation des BZD chez les sujets âgés de plus de 65 ans représente 27 % de l'ensemble des prescriptions (soit environ 3,1 millions) alors que les patients âgés représentent seulement 14% de la population française (= 10 millions d'habitants environ).(1)

Chaque année en France, près de 450 000 personnes âgées font une chute accidentelle dont plus d'un tiers sous BZD (entre 30% et 50%)(13). Nous retrouvons le même chiffre dans notre étude : 50 % (n=724) des chuteurs étaient sous BZD, sur une période de 7 mois.

Plusieurs revues de la littérature(4,14) et articles(15–17) mettent en évidence cette augmentation du risque de chute chez les personnes âgées traitées par BZD par rapport à cette même population non traitée par benzodiazépines. Nous notons également que les chutes sous benzodiazépines sont plus fréquentes chez les femmes (dans notre étude en moyenne 78%), en accord avec les données de la littérature(18). Il serait intéressant d'agir sur cette population féminine en particulier, d'autant plus que nous observons que les femmes arrêtent plus facilement leur consommation de BZD que les hommes.

De plus, la récurrence des chutes est un effet indésirable non négligeable, rapporté chez les patients ayant poursuivi leur benzodiazépine et pouvant entraîner une hospitalisation coûteuse(19). Dans notre étude, nous mettons en évidence qu'à l'arrêt des BZD, les patients

récidivent moins leur chute. La réversibilité sur les chutes est un point essentiel sur lequel nous pouvons intervenir, grâce au courrier.

3. Lien avec le médecin traitant

Il est déjà prouvé que fournir une intervention brève en ambulatoire (une lettre du médecin généraliste avec ou sans carnet d'aide ou une intervention psychologique)(20,21) est plus efficace que les soins de routine, cependant aucune étude n'avait été réalisée dans un Service d'Accueil des Urgences. Nous avons démontré que l'envoi de ce courrier d'information est applicable dans une structure d'urgence tout en restant en lien avec le médecin traitant.

Il est primordial de responsabiliser autant que possible le patient dépendant à cet « opium du peuple » en leur expliquant que les BZD entraînent une somnolence (responsable de 1% des accidents de la route), des troubles cognitifs pouvant être régressifs à l'arrêt et aussi que les BZD favorisent les chutes (10 000 à 20 000 fractures par an seraient liées aux BZD) (22).

Contre le mésusage massif de somnifères et tranquillisants, une vaste action coordonnée pourrait être envisagée en ciblant les médecins prescripteurs et les patients consommateurs. En effet près de 90 % des prescriptions de benzodiazépines proviennent de prescripteurs libéraux. Grâce au courrier, l'instauration d'une discussion entre patient et médecin traitant a permis une diminution nette des BZD chez les consommateurs chroniques. Les médecins généralistes sont en première ligne dans l'établissement et le renouvellement des traitements par benzodiazépines. Tous les patients doivent être informés que les BZD peuvent affecter leur équilibre(23). L'idée principale est de les encourager progressivement(24) à diminuer leur traitement pour limiter au maximum les effets secondaires (25).

4. Comment changer les habitudes des consommateurs chroniques ?

A l'image du slogan publicitaire « Les antibiotiques, c'est pas automatique. », l'ARS a lancé en juillet 2014 une campagne de prévention destinée aux seniors « Les somnifères, c'est temporaire ! Maximum 28 jours et pas pour toujours ! ». Pour une meilleure propagation de cette information, des spots télévisés et une médiatisation plus importante seraient nécessaires.

En vieillissant, il est normal qu'au cours de la nuit le sommeil soit plus fractionné et moins profond. Ce sentiment de « mal dormir », n'est pas une insomnie et ne nécessite pas forcément de somnifères.

Certains patients ayant cessé leur consommation à long terme de benzodiazépines, ont constaté une amélioration de leur fonction cognitive, de leur sommeil, de leur humeur et de leur qualité de vie en général (28).

Pour aider à ce changement de consommation, il existe un outil de dépistage des prescriptions inappropriées chez les personnes âgées, les critères STOPP START(29). Voici les items STOPP pour l'arrêt des BZD : « une benzodiazépine depuis plus de 4 semaines », « toute duplication de prescription d'une classe médicamenteuse (comme deux benzodiazépines) », « une benzodiazépine en présence d'une insuffisance respiratoire aiguë ou chronique ». Il aide à éviter les effets indésirables des BZD que sont les chutes mais aussi la perte d'autonomie et la diminution des performances intellectuelles. En effet, une partie importante des benzodiazépines prescrites de manière inappropriée ont été initiées à l'hôpital. Une analyse minutieuse des ordonnances leur du renouvellement des prescriptions pourrait considérablement diminuée ces médicaments.

Au final, les benzodiazépines devraient être rarement prescrites chez les sujets âgés ; beaucoup de patients traités par les benzodiazépines devraient être sevrés et d'autres stratégies, ou d'autres thérapeutiques que les benzodiazépines devraient être utilisées pour traiter l'anxiété et les troubles du sommeil chez les patients âgés (30).

Les troubles et plaintes relatives au sommeil peuvent cacher d'autres maladies. Par exemple, elles sont souvent synonymes de dépression et nécessitent la prescription d'antidépresseurs.

D'autres alternatives non médicamenteuses contre l'anxiété ou l'insomnie ont montré leur efficacité comme l'acupuncture(31), la relaxation musculaire, l'hypnose ou les thérapies cognitivo-comportementale. Pour un aide au sevrage, des stratégies combinées ont aussi démontré un effet bénéfique, une psychothérapie, un suivi coordonné ou une consultation dédiée en médecine générale.

Les autres classes médicamenteuses non hypnotiques possibles sont par exemple les extraits de Valériane et Passiflore(32) (Euphytose®) ou le Circadin® qui est le seul médicament à base de mélatonine(33) à être commercialisé en France. Sa durée de prescription est limitée à trois semaines. Les anti-histaminiques avec des propriétés sédatives peuvent également être utilisés pour les troubles du sommeil : la doxylamine (Donormyl®) et l'hydroxyzine (Atarax®). L'usage de ces molécules est contre-indiqué pour les patients souffrant d'un glaucome à angle fermé ou de troubles prostatiques. D'autres classes thérapeutiques possèdent des vertus sédatives suffisantes comme les neuroleptiques à

visée sédatrice dans le cadre de syndrome confusionnel (Nozinan®, Tercian®, Risperdal®, Solian®...)

5. Forces et limites de l'étude

a. Forces de l'étude :

Les forces de l'étude sont le taux d'inclusion élevé (292 patients) et le peu de perdus de vue (12 perdus de vue). La puissance de l'étude est donc estimée à 80%.

Le travail en prospectif a permis de respecter la temporalité de l'étude, pour un meilleur niveau de preuve.

Cette étude est reproductible facilement dans les structures d'urgence, grâce au courrier type, pré-rempli, en complétant les coordonnées personnelles du patient, le nom et la posologie de son traitement BZD. L'envoi se fait via le secrétariat des urgences. Cette stratégie thérapeutique est très peu contraignante pour le personnel médical.

b. Limites de l'étude :

La diminution pendant l'hospitalisation aurait pu être un biais de confusion majeur, mais l'analyse en sous-groupe montre qu'elle n'influence pas nos résultats. Qu'il y ait eu une hospitalisation ou pas, la diminution des BZD est significative.

Par contre, le biais inévitable de cette étude Avant-Après est l'évolution spontanée de la diminution des BZD. Pour s'affranchir de ce biais de confusion, il faudrait effectuer une comparaison à un groupe contemporain.

Nous avons également identifié un biais d'information concernant la proportion d'antidépresseur plus importante dans la phase Après. Ce biais pourrait s'expliquer par un dossier informatisé moins complet dans la phase Avant, c'est-à-dire moins bien rempli en début d'informatisation du Service d'Accueil des Urgences.

Cette première étude dans son genre est une bonne ouverture pour étendre le champ d'action à d'autres centres hospitaliers et ainsi effectuer une étude multicentrique.

c. Un point sur le Zolpidem

Durant notre étude, un arrêté du 7 janvier 2017(26), entré en vigueur le 10 avril 2017, a stipulé que le Zolpidem (générique du Stilnox®) a l'obligation d'être prescrit sur ordonnance sécurisée(27). Ce biais de confusion aurait pu accentuer la diminution du Zolpidem pendant la phase Après, ce qui n'a pas été le cas. Il n'y a pas eu de différence de diminution entre le fait d'avoir du Zolpidem ou pas.

Le Zolpidem, comme le Zopiclone (générique de l'Imovane®), ne sont pas des traitements de fond de l'insomnie, mais ils peuvent être intéressants pour des patients qui traversent un moment difficile dans leur vie avec des insomnies ponctuelles mais sévères. La durée de prescription reste la même : 28 jours. Consommés plus longtemps, ils peuvent devenir inefficaces.

CONCLUSION

Cette étude Avant-Après a montré la présence d'une diminution significative des BZD à 3 mois chez les patients âgés, chuteurs et receveurs d'une information écrite de la part des Urgences du CHU. Cette intervention minimale est donc une stratégie efficace pour réduire la consommation à long terme des BZD, tout en restant en lien avec le médecin traitant.

Ce travail exploratoire pousse fortement à mettre en place dans d'autres Services d'Urgence, un essai clinique randomisé avec l'envoi d'un courrier d'information type (disponible sur le site de la HAS) pour favoriser l'arrêt des BZD et médicaments apparentés. Tout cela sans causer de conséquences néfastes pour les patients.

Les médecins généralistes sont en première ligne et ont une place importante dans le renouvellement des traitements par BZD. Ils sont confrontés à de nombreux patients très attachés à leur BZD, avec parfois des durées de consommation de plus de 30 ans, ce qui en complique l'arrêt. Nous ne pourrions réduire les prescriptions sans une communication importante auprès des usagers et le courrier d'information a dans ce cas, un très bon rapport coût/bénéfice.

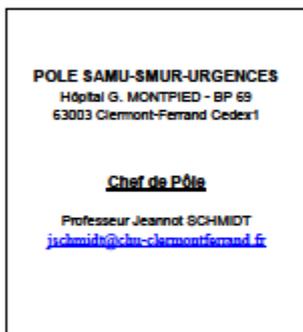
BIBLIOGRAPHIE

1. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Décembre 2013.
2. Rouleau A, Proulx C, O'Connor K, Bélanger C, Dupuis G. Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées : état des connaissances. *Santé Ment Au Qué.* 2003;28(2):149.
3. Allain H, Bentué-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging.* 2005;22(9):749-65.
4. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med.* 2009;169(21):1952-60.
5. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2011;61(590):573-8.
6. Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 1994;44(378):5-8.
7. Gorgels WJMJ, Oude Voshaar RC, Mol AJJ, van de Lisdonk EH, van Balkom AJLM, van den Hoogen HJM, et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. *Drug Alcohol Depend.* 2005;78(1):49-56.
8. Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, Vahlberg T, Kivelä S-L. One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons. *Age Ageing.* 2010;39(3):313-9.
9. Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 1994;44(386):408-12.
10. Recommandations HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Octobre 2007.
11. Rapport d'élaboration HAS. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Juin 2015.
12. Heather N, Bowie A, Ashton H, McAvoy B, Spencer I, Brodie J, et al. Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: Outcome of intervention. *Addict Res Theory.* 2004;12(2):141-54.
13. INPES. Accidents de la vie courante : Chutes. 2014. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/accidents/chutes.asp>
14. Bloch F, Thibaud M, Dugué B, Brèque C, Rigaud A-S, Kemoun G. Psychotropic drugs and falls in the elderly people: updated literature review and meta-analysis. *J Aging Health.* 2011;23(2):329-46.

15. Van Strien AM, Koek HL, Van Marum RJ, Emmelot-Vonk MH. Psychotropic medications, including short acting benzodiazepines, strongly increase the frequency of falls in elderly. *Maturitas*. 2013;74(4):357-62.
16. Sylvestre M-P, Abrahamowicz M, Čapek R, Tamblyn R. Assessing the cumulative effects of exposure to selected benzodiazepines on the risk of fall-related injuries in the elderly. *Int Psychogeriatr IPA*. 2012;24(4):577-86.
17. Berdot S, Bertrand M, Dartigues J-F, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, et al. Inappropriate medication use and risk of falls – A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatr*. 2009;9(1):30.
18. Ham AC, Swart KMA, Enneman AW, van Dijk SC, Oliai Araghi S, van Wijngaarden JP, et al. Medication-related fall incidents in an older, ambulant population: the B-PROOF study. *Drugs Aging*. 2014;31(12):917-27.
19. Panneman MJM, Goettsch WG, Kramarz P, Herings RMC. The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall Injuries in the EU: a Pharmo study. *Drugs Aging*. 2003;20(11):833-9.
20. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, McD Young R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addict Abingdon Engl*. 2009;104(1):13-24.
21. Voshaar RCO, Couvée JE, van Balkom AJLM, Mulder PGH, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2006;189:213-20.
22. Le Monde. Benzodiazépines : un plan contre l’overdose ? Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sciences/article/2016/09/19/benzodiazepines-un-plan-contre-l-overdose_5000140_1650684.html
23. Stone KL, Ensrud KE, Ancoli-Israel S. Sleep, insomnia and falls in elderly patients. *Sleep Med*. 2008;9 Suppl 1:S18-22.
24. Hofmann W. Benzodiazepines in geriatrics. *Z Gerontol Geriatr*. 2013;46(8):769-776.
25. Bulat T, Castle SC, Rutledge M, Quigley P. Clinical practice algorithms: Medication management to reduce fall risk in the elderly—Part 3, benzodiazepines, cardiovascular agents, and antidepressants. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(2):55-62.
26. Le Stilnox, un somnifère sous haute surveillance. *La Croix*. janv 2017. Disponible sur: <http://www.la-croix.com/Sciences/Sante/Le-Stilnox-somnifere-sous-haute-surveillance-2017-01-12-1200816652>
27. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Prescription obligatoire du zolpidem sur ordonnance sécurisée. 2017. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>
28. Jennings S, Murphy N, McElwee D, Collins R, O’Neill D. Reluctance of Older People to Discontinue Long-Term Benzodiazepines and Related Hypnotics. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(6):1205-6.
29. O’Mahony D, O’Sullivan D, Byrne S, O’Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015;44(2):213-8.

30. Bourin M. The problems with the use of benzodiazepines in elderly patients. *L'Encéphale*. 2010;36(4):340-7.
31. A comparison between acupuncture versus zolpidem in the treatment of primary insomnia. 2011. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22981051>
32. Efficacy and safety of a polyherbal sedative-hypnotic formulation NSF-3 in primary insomnia in comparison to zolpidem: a randomized controlled trial. 2013. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23543804>
33. Melatonin for sedative withdrawal in older patients with primary insomnia: a randomized double-blind placebo-controlled trial. 2013. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24286360>

ANNEXES



Courrier d'information

De la part des urgences du CHU Gabriel-Montpied
Suite à votre passage le 01/01/2017

Mme P / Mr P
Adresse postale

A Clermont-Ferrand, le 15/01/2017

Madame, Monsieur,

Parmi vos médicaments, vous prenez *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 conjointement avec le Pr. Schmidt, fait apparaître que ce médicament pourrait être diminué voire arrêté sans altérer pour autant votre bien-être ni votre santé. En effet, il est connu aujourd'hui que l'efficacité des benzodiazépines diminue fortement au fil des mois.

De plus ces médicaments peuvent produire des effets néfastes, en particulier chez les plus de 65 ans. Ils peuvent aussi provoquer des chutes, des troubles de la mémoire et favorisent la survenue d'accidents de la route chez les conducteurs.

Aussi, je vous propose, avec l'accord du Pr. Schmidt, de diminuer petit à petit ce médicament voire l'arrêter si tout se passe bien dans quelques semaines. Toutefois, pour éviter tout problème, il est très important que cet arrêt se fasse progressivement avec l'aide de votre médecin traitant.

Pour faciliter cette démarche, je vous joins un calendrier d'arrêt à remplir avec votre médecin traitant si vous le voulez bien.

Je vous prie de croire, **Madame Monsieur**, à l'expression de mes salutations dévouées.

Cécile CONDY
Interne de Médecine Générale

CALENDRIER D ARRÊT

Date	Consultation médicale	Dose à prendre	Dose réellement prise	Remarques/observations*
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

* 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.

[Annexe 2](#)

CONDY Cécile

Intervention minimale pour réduire l'usage chronique des benzodiazépines.

Etude auprès de patients chuteurs de plus de 65 ans, traités par benzodiazépines et admis aux Urgences du CHU Gabriel-Montpied de Clermont-Ferrand.

Thèse de Médecine, Clermont-Ferrand, 2017

RESUME

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était de démontrer que l'envoi d'un courrier d'information sur les effets néfastes des benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés, adressé aux patients admis aux urgences pour chute, faciliterait la diminution de ces molécules. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer à 3 mois, les récurrences de chute, la survenue d'anxiété et d'insomnie, et l'initiation d'un échange avec le médecin traitant.

Méthode : Etude comparative Avant / Après monocentrique. Les patients inclus étaient âgés de plus de 65 ans, consommateurs de BZD depuis plus de 30 jours, admis pour chute. Les critères d'exclusion étaient l'absence de renseignement du dossier informatisé, un traitement par BZD anti-épileptique, une psychose chronique, une démence sévère, une maladie de Parkinson, un éthyliisme chronique et les patients en fin de vie. Le courrier d'information sur les effets indésirables des BZD était envoyé au patient dans le mois suivant la chute. Pour recueillir les critères d'évaluation, un appel téléphonique était effectué à 3 mois au patient. Le critère de jugement principal était le taux de patients ayant diminué leur prise de BZD à 3 mois et l'analyse était réalisée en intention de traiter.

Résultats : 139 patients ont été inclus dans la phase Avant (14/09/2016 au 24/12/2016) et 153 patients dans la phase Après (25/12/2016 au 27/04/2017). Les deux groupes étaient comparables en âge, genre, lieu de vie, polymédication, antécédents de chute, démence sous-jacente, hospitalisation au décours des urgences. Il y a eu 12 perdus de vue et 21 décédés. 23 patients n'ont pas reçu le courrier. L'étude a montré une diminution plus grande significativement des BZD dans le groupe receveur du courrier (47% vs 25%, $p < 0,001$), une diminution non significative des récurrences de chute dans le groupe receveur (22% vs 30%, $p = 0,131$). L'arrêt des BZD n'augmentait ni les anxiétés (32% groupe receveur vs 48% groupe contrôle, $p = 0,01$), ni les insomnies (17% groupe receveur vs 35% groupe contrôle, $p < 0,001$). Il y a eu une discussion avec le médecin traitant chez 46% des patients receveurs du courrier.

Conclusion : Ces résultats nous encouragent à envoyer systématiquement un courrier d'information, aux patients âgés de plus de 65 ans, traités par BZD et admis pour chute aux urgences, dans le but de diminuer leur consommation chronique.

MOTS-CLES : Soins de santé primaire, patients âgés, benzodiazépines, chute, urgences, intervention minimale.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur SCHMIDT Jeannot
Membres : Monsieur le Professeur BROUSSE Georges
Monsieur le Professeur VORILHON Philippe
Madame le Docteur LAPORTE Catherine

DATE DE LA SOUTENANCE : le 21 septembre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR :