



Interventions efficaces pour gérer les symptômes de sevrage des benzodiazépines chez les aînés

Messages clés

- Des interventions efficaces pour gérer les symptômes de sevrage pendant l'abandon du traitement par la benzodiazépine chez les aînés devraient être adaptées à leurs besoins spécifiques et devraient prendre en considération leurs problèmes de santé concomitants, leurs problèmes cognitifs comme la démence, et les obstacles socioéconomiques au traitement et au soutien qu'ils rencontrent.
- Des interventions minimales visant à modifier les pratiques de prescription, comme conseiller aux patients de ne plus consommer de benzodiazépines, peuvent être une façon efficace d'encourager l'abandon. Par ailleurs, la diminution graduelle de la dose est plus efficace qu'un arrêt soudain. De nombreuses interventions efficaces pour gérer les symptômes de sevrage pendant l'abandon du traitement par la benzodiazépine n'étaient pas adaptées aux aînés et comprenaient des approches psychologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale.
- Davantage de recherches ont examiné des interventions axées sur l'abandon du traitement par la benzodiazépine que celles axées sur la gestion des symptômes de sevrage de cette drogue.
- Les interventions psychologiques comme le counseling individuel, familial ou en groupe sont plus efficaces que la seule prescription d'une pharmacothérapie alternative.
- Il faudrait approfondir la recherche sur les approches psychologiques comme traitement de remplacement à la prescription de benzodiazépines à des aînés souffrant d'anxiété et d'insomnie.

Contexte

Tendances de consommation

Les benzodiazépines appartiennent à une catégorie de drogues couramment prescrites à des adultes comme traitement à court terme pour un problème d'anxiété ou d'insomnie (Voyer, Preville, Cohen, Berbiche et Beland, 2010). Au Canada, entre 3,3 et 9,0 pour cent d'adultes font usage d'une benzodiazépine (Esposito, Barbui et Patten, 2009; Neutel, 2005). Ce pourcentage serait bien plus élevé chez les aînés; au Québec, l'Enquête sur la santé des aînés a constaté que 25,4 pour cent des personnes âgées habitant toujours chez elles (aînés hors établissement) faisaient usage de benzodiazépines (Voyer et coll., 2010).

Selon une autre enquête canadienne (Esposito et coll., 2009), les benzodiazépines sont le plus souvent prescrites pour traiter :

- des troubles du sommeil (68,9 %)



- l'anxiété (35,8 %)
- la dépression (27,8 %)
- la douleur (21,2 %)

Les consommateurs de benzodiazépines ont tendance à être plus âgés; à être de sexe féminin; à avoir un plus faible revenu; à être veufs, séparés ou divorcés; et d'être en mauvaise santé physique ou mentale (Cunningham, Hanley et Morgan, 2010; Esposito et coll., 2009; Luijendijk, Tiemeier, Hofman, Heeringa et Stricker, 2008). Un manque de formation sur la prescription de benzodiazépines et des traitements de remplacement fiables pour ceux qui présentent des symptômes (selon la liste ci-dessus) accroissent la probabilité qu'un médecin écrive une ordonnance pour une benzodiazépine (Gould, Coulson, Patel, Highton-Williamson et Howard, 2014).

Risque de dépendance

Le risque de dépendance à la benzodiazépine varie selon la durée du traitement médicamenteux. Peu de patients deviennent dépendants lorsque le traitement par la benzodiazépine dure moins de trois mois. Après un an, les taux de dépendance augmentent, étant entre 20 et 45 pour cent (New South Wales Department of Health, 2008).

L'usage prolongé de benzodiazépines, surtout chez les aînés, comporte une vaste gamme d'effets négatifs qui entraînent des coûts supplémentaires pour le système de soins de santé et la société dans son ensemble (Voyer et coll., 2010; Fang et coll., 2009; Ruggiero, Lattanzio, Dell'Aquila, Gasperini et Cherubini, 2009; Scott, Gray, Martin, Pillans et Mitchell, 2013; Culberson et Ziska, 2008). Chez les aînés, l'usage à long terme de benzodiazépines peut provoquer de la confusion et une mauvaise coordination musculaire, entraînant un plus grand risque de chutes, de fractures de la hanche et d'accidents automobiles (Culberson et Ziska, 2008; Clay, 2010).

Symptômes de sevrage

La gravité des symptômes de sevrage dépend de plusieurs facteurs, dont le type de benzodiazépine (de courte ou longue durée d'action), la dose, la durée du traitement et la soudaineté de l'abandon (Saunders et Yang, 2002; Conn et coll., 2006).

- Environ 40 pour cent des patients qui arrêtent soudainement l'usage d'une benzodiazépine de longue durée d'action (p. ex. le diazépam) après l'avoir prise pendant six mois ou plus éprouvent des symptômes de sevrage.
- Généralement, les symptômes de sevrage apparaissent dans les deux jours chez des patients qui prenaient une benzodiazépine de courte durée d'action, et dans une période de deux à dix jours chez des patients qui prenaient une benzodiazépine de longue durée d'action. Cependant, les symptômes peuvent apparaître même après trois semaines (Saunders et Yang, 2002).
- Parmi les symptômes les plus communs du sevrage des benzodiazépines, il y a l'anxiété, la dépression, la diarrhée, la constipation, les ballonnements, l'insomnie, l'irritabilité, la douleur musculaire, l'agitation, et la défaillance de la concentration et de la mémoire.
- Certains sont également en proie à des crises de panique, et parfois à des convulsions et à des symptômes de psychose comme des hallucinations, des idées délirantes, des pensées désorganisées et des troubles moteurs (American Psychiatric Association, 2013; Scott et coll., 2013; New South Wales Department of Health, 2008).



L'enjeu

La littérature scientifique indique que les tendances et les effets de la consommation de médicaments d'ordonnance sont différents chez la population âgée par rapport à la population adulte générale (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006), mais peu de recherches ont examiné des interventions axées sur les aînés. Les résultats donnent à penser que :

- Les aînés aux prises avec un trouble lié aux substances ont besoin de renseignements sur la réduction des méfaits, la gestion de leurs médicaments et des traitements qui prennent en compte les effets du mésusage de substances sur la santé et les fonctions cognitives et physiques (D'Agostino, Barry, Blow et Podgorski, 2006; Brown et coll., 2006; Lee, Mericle, Avalon et Areán, 2009; Briggs, Magnus, Lassiter, Patterson et Smith, 2011).
- Les interventions efficaces visant à parer au mésusage de substances chez les aînés apportent du soutien, ont une grande capacité d'adaptation, et sont créatives et non conflictuelles. Elles ciblent les facteurs qui sous-tendent les symptômes des aînés comme l'anxiété, la douleur chronique et l'insomnie tout en prenant en compte la capacité des aînés à participer au traitement (p. ex. facteurs financiers, cognitifs et de l'alphabétisation). De plus, en essayant de soulager la détresse psychologique d'aînés, les interventions efficaces tiennent compte du contexte social des personnes âgées (p. ex. isolement social, exclusion sociale), ainsi que des pratiques de prescription inappropriées (Briggs et coll., 2011).

Le présent examen rapide tente de répondre à la question suivante : quelles interventions sont les plus efficaces dans la gestion des symptômes de sevrage, dont l'anxiété, pendant l'abandon du traitement par la benzodiazépine chez les femmes et les hommes âgés?

Approche

Une recherche a été faite dans la documentation de recherche et la littérature grise en utilisant plusieurs termes (voir l'Annexe A). Les critères suivants ont été appliqués selon le modèle Population, Intervention, Comparaison et Résultat (PICR) pour décider de l'inclusion ou de l'exclusion des articles consultés :

Population : Aînés (femmes et hommes) de 65 ans et plus qui abandonnent un traitement par la benzodiazépine.

Intervention : Deux types d'intervention ont été examinés :

1. interventions axées sur l'abandon de l'usage de benzodiazépines;
2. interventions axées sur la gestion des symptômes de sevrage pendant l'abandon du traitement par la benzodiazépine.

Comparaison : Approches standard pour favoriser l'abandon du traitement par la benzodiazépine avec ou sans la gestion du sevrage, comme l'arrêt soudain ou la diminution graduelle.

Résultat : Interventions efficaces permettant d'abandonner l'usage de benzodiazépines; gestion efficace des symptômes de sevrage.



Constataions

Interventions efficaces favorisant l'abandon du traitement par la benzodiazépine

La littérature scientifique comprend de nombreuses lignes directrices, examens d'interventions et recherches pouvant appuyer l'abandon du traitement par la benzodiazépine dans le cadre de soins primaires ou de longue durée (Authier et coll., 2009; Chang et Chan, 2010; Lader, Tylee et Donaghue, 2009; Scott et coll., 2013; Smith et Tett, 2010). Ces protocoles à suivre lors de l'abandon recommandent de faire une évaluation initiale avec le patient afin de déterminer si le moment est propice à l'arrêt; si des symptômes de dépression, d'anxiété, d'insomnie prolongée ou d'autres problèmes de santé sont présents; et si le sevrage peut être géré convenablement dans un milieu de soins primaires. Une fois cette évaluation terminée, le médecin peut établir un programme de sevrage flexible (diminution graduelle de la dose) en consultation avec le patient (Culberson et Ziska, 2008; Scott et coll., 2013).

En plus de la consultation avec le médecin, des interventions éducatives sous forme de lettre ou de publication d'auto-assistance peuvent réduire efficacement et sans effets indésirables l'usage à long terme de benzodiazépines chez les aînés dans des milieux de soins primaires (Mugunthan, McGuire et Claszio, 2011; Lader et coll., 2009; Salonoja, Salminen, Aarnio, Vahlberg et Kivelä, 2010).

Des données probantes issues de deux méta-analyses indiquent que chez les adultes (âgés de 18 ans et plus) atteints d'une dépendance aux benzodiazépines, un abandon graduel sous supervision médicale est plus efficace qu'un arrêt soudain (Voshaar, Couvée, Van Balkom, Mulder et Zitman, 2006; Parr, Kavanagh, Cahill, Mitchell et Young, 2009). De pair avec des interventions psychologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale, la psychoéducation, la formation à la relaxation et des consultations auprès d'un psychologue, un abandon graduel sous supervision médicale est plus efficace que les soins courants ou l'abandon graduel à lui seul (Parr et coll., 2009; Gould et coll., 2014).

Interventions efficaces pour gérer les symptômes de sevrage

Selon Lader et ses collaborateurs (2009), les interventions psychologiques liées au sevrage pendant l'abandon du traitement par la benzodiazépine ont trois objectifs :

- gérer les symptômes de sevrage;
- éviter la rechute;
- traiter le trouble à l'origine de l'ordonnance de benzodiazépine s'il est toujours présent.

La thérapie cognitivo-comportementale constitue un élément efficace de l'abandon graduel du traitement par la benzodiazépine chez les aînés présentant des symptômes de sevrage comme l'anxiété ou l'insomnie (Gorenstein et coll., 2005; Wuthrich et Rapee, 2013; Gould, Coulson et Howard, 2012; Baillargeon et coll., 2003). Des principes directeurs concernant les interventions psychologiques pour gérer le sevrage pendant l'abandon du traitement par la benzodiazépine sont publiés sur le site du National Institute for Health and Care Excellence [institut national pour la santé et l'excellence des soins] du Royaume-Uni; à noter, toutefois, que ces interventions ne sont pas précisément adaptées aux aînés.

Une revue systématique Cochrane est actuellement en cours, portant sur l'application d'interventions psychosociales comme la thérapie cognitivo-comportementale au traitement de personnes



dépendantes à la benzodiazépine. Cette revue n'est pas axée sur les aînés, mais ses résultats apporteront de l'information pertinente supplémentaire (Darker, Sweeney, Barry et Farrell, 2012).

Limites

En raison de contraintes de temps, il se peut qu'involontairement, notre examen rapide ait manqué de relever des données probantes pertinentes au présent sujet. De plus, les résultats de notre recherche (faite en anglais seulement) pourraient être limités par l'absence de consensus dans la documentation sur les questions suivantes :

- comment définir « aîné » (60 ans et plus, ou 65 ans et plus);
- comment diagnostiquer et définir le mésusage de substances ou la dépendance;
- si les critères diagnostiques de la dépendance aux benzodiazépines devraient être adaptés aux aînés (Voyer et coll., 2010).

D'autres défis rencontrés en cherchant à cerner des interventions étaient notamment :

- peu d'interventions et d'études axées sur la population âgée;
- plusieurs termes de recherche pour le concept de sevrage : « withdrawal » [sevrage], bien sûr, mais aussi « discontinuation » [abandon], que nous avons utilisés, et « cessation » que de futures recherches pourraient inclure;
- davantage de recherches faites sur des interventions axées sur l'abandon du traitement par la benzodiazépine que sur celles axées sur la gestion des symptômes de sevrage de cette drogue.

Notre recherche n'a pas examiné :

- des facteurs pouvant influencer l'efficacité d'une intervention (p. ex. âge, sexe, gravité des symptômes, revenu, ethnicité);
- l'interaction avec la santé mentale, l'usage ou le mésusage de substances, et d'autres phénomènes de santé – les troubles concomitants seraient bons à étudier dans le cadre de futures recherches, les aînés étant un groupe diversifié (Lenze, 2003; Conn et coll., 2006);
- les pratiques prometteuses employées par des organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour aider les aînés à gérer leurs symptômes pendant l'abandon du traitement par la benzodiazépine.

Analyse

Peu d'études se sont penchées sur les femmes et les hommes âgés, malgré la forte consommation de benzodiazépines chez ces populations, impliquant un risque accru de dépendance. Il faudrait davantage de recherches sur l'efficacité d'interventions visant à réduire les symptômes de sevrage pendant l'abandon du traitement par la benzodiazépine chez les aînés, par exemple : thérapie comportementale, activité physique, hygiène du sommeil, moyens complémentaires ou de remplacement pour traiter les symptômes de l'anxiété, et usage de la mélatonine dans le traitement de l'insomnie chronique.

Les recherches futures sur ce sujet pourraient étudier des interventions axées sur les facteurs sous-jacents chez les aînés, comme la gestion de leurs symptômes sans benzodiazépine. Par exemple, certaines études relevées examinent des traitements sans benzodiazépine de l'insomnie (Bain, 2006; Cheuk, Yeung, Chung et Wong, 2012). Le présent examen n'a pas relevé d'études



évaluant l'efficacité d'interventions sexospécifiques axées sur les aînés. Or, puisque cela serait utile aux fournisseurs de services, ce serait un sujet intéressant pour de futures études.

Conclusions

Des interventions éducatives pour les fournisseurs de services et l'abandon graduel sous supervision médicale de pair avec des interventions psychologiques constituent des approches efficaces favorisant l'abandon du traitement par la benzodiazépine et la gestion des symptômes de sevrage. Des recherches supplémentaires devraient être réalisées sur des interventions sexospécifiques chez les aînés, ainsi que sur des traitements de remplacement à la prescription de benzodiazépines.

Remerciements

Ce rapport a été préparé par Ilene Hyman, Tatyana Krimus et Rossana Coriandoli, en collaboration avec le Réseau d'échange des données probantes (EENet) au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto.



Références

- American Psychiatric Association. « Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders », *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e éd.), Arlington (VA), chez l'auteur, 2013.
- Authier, N., D. Balayssac, M. Sautereau, A. Zangarelli, P. Courty, A. A. Somogyi, . . . A. Eschalier. « Benzodiazepine dependence: Focus on withdrawal syndrome », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, vol. 67, n° 6, 2009, p. 408–413.
- Baillargeon, L., P. Landreville, R. Verreault, J. P. Beauchemin, J. P. Grégoire et C. M. Morin. « Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 169, n° 10, 2003, p. 1015–1020.
- Bain, K. T. « Management of chronic insomnia in elderly persons », *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 4, n° 2, 2006, p. 168–192.
- Briggs, W. P., V. A. Magnus, P. Lassiter, A. Patterson et L. Smith. « Substance use, misuse, and abuse among older adults: implications for clinical mental health counselors », *Journal of Mental Health Counseling*, vol. 33, n° 2, 2011, p. 112–128.
- Brown, S. A., S. V. Glasner-Edwards, S. Tate, J. R. McQuaid, J. Chalekian et E. Granholm. « Integrated cognitive behavioral therapy versus twelve-step facilitation therapy for substance-dependent adults with depressive disorders », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 38, 2006, p. 449–460.
- CAMH Healthy Aging Project. *Improving Our Response to Older Adults with Substance Use, Mental Health and Gambling Problems: A Guide for Supervisors, Managers and Clinical Staff*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2008.
- Chang, C. B., et D. C. Chan. « Comparison of published explicit criteria for potentially inappropriate medications in older adults », *Drugs and Aging*, vol. 27, n° 12, 2010, p. 947–957.
- Cheuk Daniel, K. L., W. Yeung, K. F. Chung et V. Wong. « Acupuncture for insomnia », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18 juillet, n° 9, CD005472, 2012.
- Clay, S. W. « Treatment of addiction in the elderly », *Aging Health*, vol. 6, n° 2, 2010, p. 177–189.
- Conn, D. K., M. Gibson, S. Feldman, S. Hirst, S. Leung, P. MacCourt, ... J. Mokry. « National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of mental health issues in long-term care homes (focus on mood and behaviour symptoms) », *Canadian Journal of Geriatrics*, vol. 9 (suppl. 2), 2006, p. S59–S64.
- Culberson, J. W., et M. Ziska. « Prescription drug misuse/abuse in the elderly », *Geriatrics*, vol. 63, n° 9, 2008, p. 22–26, 31.
- Cunningham, C. M., G. E. Hanley et S. Morgan. « Patterns in the use of benzodiazepines in British Columbia: Examining the impact of increasing research and guideline cautions against long-term use », *Health Policy*, vol. 97, n° 2-3, 2010, p. 122–129.
- D'Agostino, C. S., K. L. Barry, F. C. Blow et C. Podgorski. « Community interventions for older adults with comorbid substance abuse: The Geriatric Addictions Program », *Journal of Dual Diagnosis*, vol. 2, 2006, p. 31–45.
- Darker, C. D., B. P. Sweeney, J. M. Barry et M. F. Farrell. « Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15 février, n° 2, CD009652, 2012.
- Dijk, D.J., et C. Cajochen. « Melatonin and the circadian regulation of sleep initiation, consolidation, structure, and the sleep EEG », *Journal of Biological Rhythms*, vol. 12, n° 6, 1997, p. 627–635.
- Esposito, E., C. Barbui et S. B. Patten. « Patterns of benzodiazepine use in a Canadian population sample », *Epidemiologia e psichiatria sociale*, vol. 18, n° 3, 2009, p. 248–254.
- Fang, S. Y., C. Y. Chen, I. S. Chang, E. C. Wu, C. M. Chang et K. M. Lin. « Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: A population-based study », *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, vol. 104, n° 1-2, 2009, p. 140–146.
- Gorenstein, E. E., M. S. Kleber, J. Mohlman, M. DeJesus, J. M. Gorman et L. A. Papp. « Cognitive-behavioral therapy for management of anxiety and medication taper in older adults », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 13, n° 10, 2005, p. 901–909.



- Gould, R. L., M. C. Coulson et R. J. Howard. « Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 60, n° 2, 2012, p. 218–229.
- Gould, R. L., M. C. Coulson, N. Patel, E. Highton-Williamson et R. J. Howard. « Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: Meta-analysis of randomised controlled trials », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 204, n° 2, 2014, p. 98–107.
- Heijden, K. B., M. G. Smits et B. W. Gunning. « Sleep hygiene and actigraphically evaluated sleep characteristics in children with ADHD and chronic sleep onset insomnia », *Journal of Sleep Research*, vol. 15, n° 1, 2006, p. 55–62.
- Lader, M., A. Tylee et J. Donoghue. « Withdrawing benzodiazepines in primary care », *CNS Drugs*, vol. 23, n° 1, 2009, p. 19–34.
- Lee, H. S., A. A. Mericle, L. Ayalon et P. A. Areán. « Harm reduction among at-risk elderly drinkers: A site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, 2009, p. 54–60.
- Lenze, E. J. « Comorbidity of depression and anxiety in the elderly », *Current Psychiatry Reports*, vol. 5, n° 1, 2003, p. 62–67.
- Luijendijk, H. J., H. Tiemeier, A. Hofman, J. Heeringa et B. H. Stricker. « Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: A longitudinal study », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 65, n° 4, 2008, p. 593–599.
- Mugunthan, K., T. McGuire et P. Glasziou. « Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: A systematic review and meta-analysis », *British Journal of General Practice*, vol. 61, n° 590, 2011, p. e573–e578.
- Neutel, C. I. « The epidemiology of long-term benzodiazepine use », *International Review of Psychiatry*, vol. 17, n° 3, 2005, p. 189–197.
- New South Wales Department of Health. *Drug and Alcohol Withdrawal Practice Guidelines*, North Sydney (Australie), chez l'auteur, 2008. Consulté en septembre 2014 à l'adresse : http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2008/pdf/GL2008_011.pdf.
- O'Grady, C. P., et W. J. W. Skinner. *Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2007.
- Parr, J. M., D. J. Kavanagh, L. Cahill, G. Mitchell et Young, R. McD. « Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: A meta-analysis », *Addiction*, vol. 104, n° 1, 2009, p. 13–24.
- Ruggiero, C., F. Lattanzio, G. Dell'Aquila, B. Gasperini et A. Cherubini. « Inappropriate drug prescriptions among older nursing home residents: The Italian perspective », *Drugs and Aging*, vol. 26 (suppl. 1), 2009, p. 15–30.
- Salonaja, M., M. Salminen, P. Aarnio, T. Vahlberg et S. Kivelä. « One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons », *Age and Ageing*, vol. 39, n° 3, 2010, p. 313–319.
- Saunders, J., et J. Yang. *Clinical Protocols for Detoxification in Hospitals and Detoxification Facilities*, Brisbane (Australie), Royal Brisbane Hospital and the Prince Charles Hospital Health Service Districts, 2002.
- Scott, I. A., L. C. Gray, J. H. Martin, P. I. Pillans et C. A. Mitchell. « Deciding when to stop: Towards evidence-based de-prescribing of drugs in older populations », *Evidence-Based Medicine*, vol. 18, n° 4, 2013, p. 121–124.
- Smith, A. J., et S. E. Tett. « Improving the use of benzodiazepines—is it possible? A non-systematic review of interventions tried in the last 20 years », *BMC Health Services Research*, vol. 10, 2010, p. 321–333.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health*, Rockville (MD), chez l'auteur, 2006.
- Voshaar, R. C., J. E. Couvée, A. J. Van Balkom, P. G. Mulder et F. G. Zitman. « Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: Meta-analysis », *British Journal of Psychiatry*, vol. 189, 2006, p. 213–220.
- Voyer, P., M. Preville, D. Cohen, D. Berbiche et S. G. Beland. « The prevalence of benzodiazepine dependence among community-dwelling older adult users in Quebec according to typical and atypical criteria », *Canadian Journal of Aging*, vol. 29, n° 2, 2010, p. 205–213.
- Wuthrich, V. M., et R. M. Rapee. « Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults », *Behaviour Research and Therapy*, vol. 51, n° 12, 2013, p. 779–786.



Annexe A : Stratégie de recherche

Au total, nous avons analysé 64 articles examinés par des pairs et 8 articles non universitaires. Les articles retenus abordaient les sujets suivants :

- abandon du traitement par la benzodiazépine
- sevrage des benzodiazépines
- aînés
- gestion des symptômes

Des articles ont aussi été retenus s'ils offraient de l'information générale sur la benzodiazépine au regard de l'usage, de la dépendance et du traitement chez les aînés ou la population générale.

Pour développer et tester notre stratégie de recherche électronique, nous avons consulté un spécialiste en information médicale. Nous avons fait notre recherche d'articles dans les bases de données PubMed et Cochrane Library (CENTRAL, Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, HTA, etc.) le 11 décembre 2013 en la limitant aux articles publiés en anglais depuis 2008. De plus, le 13 décembre 2013, nous avons recherché des articles et rapports non universitaires à l'aide de Grey Matters Light de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

Nous avons employé une combinaison de mots-clés et d'expressions contrôlées, dont : « benzodiazepines », « diazepam » « elderly », « taper », « health services for the aged » et « substance withdrawal syndrome » [benzodiazépines, diazépam, âgé, diminution graduelle, services de santé pour les personnes âgées, syndrome de sevrage à une substance]. Afin d'assurer la cohérence des résultats, nous avons ajusté les mots-clés utilisés dans les bases de données. En plus des recherches dans les bases de données, nous avons effectué une recherche à la main dans les pages bibliographiques d'articles pertinents, relevant ainsi de nouvelles références.

Enfin, une recherche Scopus 2000–2014 a été faite en utilisant les mots-clés supplémentaires suivants : « dependency », « psychosocial interventions », « therapy » et « counseling » [dépendance, interventions psychosociales, thérapie, counseling] et des demandes de renseignements ont été envoyées à des experts cliniques du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Cette recherche s'est faite sur une période plus longue afin de ne manquer aucun article pertinent.

Un article fort pertinent (celui de Gould et coll., 2014) a été relevé et ajouté après que la recherche ait été faite et que la rédaction de l'article ait commencé.



Annexe B : Glossaire

Abandon du traitement par la benzodiazépine : Abandon graduel ou soudain de l'usage de benzodiazépines (Lader et coll., 2009).

Diminution graduelle de la dose : Réduire progressivement la dose du médicament pour enfin arrêter de le prendre (Voshaar et coll., 2006).

Hygiène du sommeil : Contrôle de tous les facteurs comportementaux et environnementaux préalables au sommeil et pouvant le déréguler (Heijden, Smits et Gunning, 2006).

Interventions minimales : Approches consistant à fournir des conseils simples par lettre, devant un auditoire ou par le biais d'une publication d'auto-assistance (Voshaar et coll., 2006).

Pharmacothérapie alternative : Méthodes de traitement pharmacologique à l'aide de médicaments comme le propranolol, la busiprone, la carbamazépine, la trazodone, le flumazénil et l'imipramine (Voshaar et coll., 2006).

Troubles concomitants : Terme désignant la présence simultanée de problèmes de dépendance et de santé mentale (p. ex. trouble anxieux et consommation excessive d'alcool; schizophrénie et dépendance au cannabis; trouble de la personnalité limite et héroïnomanie; trouble bipolaire et jeu compulsif). Les termes suivants sont aussi parfois utilisés pour désigner le même phénomène :

- comorbidité;
- diagnostic mixte (à noter qu'en Ontario, ce terme désigne une personne ayant une déficience intellectuelle et un problème de santé mentale);
- troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale.

Ces troubles peuvent être cooccurrents de plusieurs façons. Ils peuvent se manifester simultanément ou à différents stades de la vie, et les symptômes peuvent être de gravité variable ou se former avec le temps (O'Grady et Skinner, 2007).

Usage de la mélatonine : La mélatonine est une hormone naturelle produite par le corps qui aide à réguler le sommeil. Elle peut aussi être de source synthétique et utilisée pour traiter l'insomnie pendant l'abandon du traitement par la benzodiazépine (Dijk et Cajochen, 1997).

Avertissement : Les examens rapides sont produits en utilisant des méthodes de revue systématique accélérées et rationalisées, le plus souvent en réponse à une question ou pour traiter un sujet du domaine. Le présent examen rapide contient un résumé des données probantes disponibles reposant sur une recherche de documentation circonscrite. Le CCLT ne garantit pas l'actualité, l'exactitude ou l'exhaustivité de cet examen rapide et nie toute représentation explicite ou implicite concernant l'efficacité, la pertinence et le caractère approprié des interventions ou traitements qui y sont mentionnés.

ISBN 978-1-77178-217-3

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014



Centre canadien de lutte
contre les toxicomanies
Canadian Centre
on Substance Abuse

Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies transforme des vies en mobilisant les gens et les connaissances afin de réduire les méfaits de l'alcool et des drogues sur la société. En partenariat avec des organismes publics et privés et des organisations non gouvernementales, il travaille à améliorer la santé et la sécurité des Canadiens.

Les activités et les produits du CCLT sont réalisés grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCLT ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.