Algorithme de déprescription des benzodiazépines (BZD)

01/09/2025

Prise de BZD par le patient

- Pour quelle indication ?
- Depuis quand ? Primo ou renouvellement ?

Vérifier les antécédents si doute (anxiété, consultation psychiatrique, initiation lors d'une hospitalisation, deuil ...)

BON USAGE

- Indication d'actualité et pertinente
- Durée conforme, incluant la décroissance
- Choix de la molécule (demi-vie, profil pharmacologique, profil patient)
- Posologie minimale efficace

PERTE D'INDICATION

- Prise > 12 sem pour anxiété ou > 4 sem pour insomnie
- Absence des symptômes initiaux ou d'indication connue
- Patient > 65 ans et traité pour insomnie

MESUSAGE

- Demi-vie longue chez le sujet âgé
- Association de 2 BZD ou plus
- Prescription hors indication (anxiété ou insomnie légère à modérée)
- Durée initiale > 12 sem
- Non observance ou abus (sous/surdosage)

Décision partagée d'arrêter 1 BZD

Après explication au patient des raisons de l'arrêt, des symptômes de sevrage et de sa participation active au plan de réduction dont il peut contrôler le rythme et la durée

NE JAMAIS DEPRESCRIRE PLUSIEURS MOLECULES EN MEME TEMPS → *Si **association** de BZD hypnotique & anxiolytique : commencer par l'anxiolytique peut être conseillé* [5,8]

NON

Conseiller à minima

- Rappeler que l'accompagnement est possible, proposer un essai
- Informer sur les risques liés aux BZD surtout sur de longues durées
- Donner de la documentation écrite
- Eduquer sur le caractère « Si besoin » des BZD par rapport aux traitements chroniques

Réitérer la discussion lors d'une consultation ultérieure

OUI

1 Evaluer le taux d'attachement

Pressentir la difficulté de l'arrêt selon le profil du patient et à l'aide de l'échelle ECAB (HAS) afin prévoir si nécessaire :

± précautions particulières*

± prise en charge (PEC) spécialisée associée*

2 Réduire graduellement les doses

Toujours lentement et individuellement selon le rythme et le ressenti du patient

Généralement sur 4 à 10 semaines (HAS) et jusqu'à 12 à 18 mois pour les traitements longs (The Maudsley® Deprescribing Guidelines) : réduction par palier maximum d'1/4 de dose toutes les 2 à 4 semaines, minimum 15 j par palier

Si plusieurs prises/jour : lever la prise de mi-journée d'abord et terminer par celle du soir

En fin de sevrage : ajouter des jours sans prise, réduction par palier d'1/8 de dose

Si forme galénique non adaptée : possible utilisation de solution buvable, de coupe-comprimés, voire de préparation magistrale. Eviter un switch de DCI non nécessaire

3 Consultations de suivi rapprochées

Quand ?

✓ 1 semaine après la 1ère réduction
✓ Puis à chaque palier

A adapter selon le profil et les risques du patient (suivi renforcé possible : appels, délivrance fractionnée ...)

Objectif

✓ Evaluer les symptômes de sevrage ou rebond et leur évolution
✓ Mesurer les bénéfices (réduction des EI)
✓ Vérifier l'adhésion
✓ Dépister une éventuelle augmentation de consommation d'alcool/tabac/autres

Accompagnement du patient

✓ Proposer un soutien psychologique si besoin
✓ Garantir un contact facile entre consultations (téléphone, messagerie sécurisée ...)
✓ Ajuster le rythme de décroissance au ressenti du patient
✓ Intégrer le pharmacien dans la démarche

4 Surveillance jusqu'à 6 mois après l'arrêt complet

Court terme

- Consultation 3 à 7 j après dernière prise
- Evaluer symptômes liés à l'arrêt
- Informer sur rebond d'indication initiale
- Proposer de ramener boites restantes à l'officine

Moyen terme

- Suivi régulier les 6 premiers mois (période la plus à risque de reprise)
- Garder la possibilité de contact téléphonique (symptômes, questions)

Savoir identifier une rechute

- Retour du tableau clinique initial
- Survenue plus tardive que pour sevrage
- Installation progressive, intensité croissante voire aggravation et persistance
- Nécessite réévaluation et traitement de fond

L'éducation du patient est associée à 2,53 fois plus de chances d'arrêt réussi, et l'intervention du pharmacien à 4,78 fois plus [11]

Éducation thérapeutique et soutien non pharmacologique

✓ Réduire la caféine, l'alcool et la nicotine
✓ Favoriser une alimentation équilibrée, éviter les repas copieux le soir
✓ Pratiquer une activité physique régulière (en évitant la fin de journée)
✓ Favoriser les activités relaxantes en fin de journée (lecture, méditation)
✓ Avoir un rythme de sommeil régulier
✓ Eviter les écrans avant le coucher
✓ Eviter les siestes longues

Outils de thérapie comportementale et cognitive (TCC) : colonne de Beck, agenda du sommeil, calendrier de décroissance, rituel, gestion du stress, entretien motivationnel, ...

Gestion du syndrome de sevrage

Dans les heures ou jours qui suivent, surtout avec les demi-vie courtes.

Symptômes : Insomnie, anxiété, agitation, irritabilité, fatigue, sueurs, douleurs musculaires, tremblements...

- **Léger pendant décroissance** : maintenir le palier 1-2 sem de plus puis réduire plus lentement
- **Léger après arrêt complet** : ne pas reprendre, informer et soutenir
- **Sévère/Persistant** : réévaluer le diagnostic (possible rechute liée à une pathologie chronique sous-jacente)
- **Grave** (confusion, hallucinations, convulsions, coma) : **HOSPITALISATION**

→ Eviter toute réduction non supervisée et tout recours à d'autres classes

* Précautions particulières si :

Dépression
Insomnie chronique
Troubles anxieux chroniques (trouble de panique, TOC, ...)
Troubles cognitifs, démence
Echecs antérieurs de sevrage
Surconsommation régulière d'alcool

* PEC spécialisée associée si :

Doses très élevées de BZD
Insomnie rebelle
Dépendance à l'alcool
Autre dépendance, usage récréatif
Asso à d'autres psychotropes
Troubles psychiatriques sévères

Modèle d'ordonnance de déprescription (OMéDIT Grand-Est / CNAM) disponible :

PDF : https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/media/136530/download?inline
WORD : https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/media/136531/download?inline

Échelles d'évaluation utiles à la déprescription des benzodiazépines :

GAD-7
Generalized Anxiety Disorder-7

Objectif :
Évaluer la sévérité de l'anxiété généralisée

Format :
7 questions auto-évaluées (2 dernières semaines)
Score total : 0 à 21

- **0-4 : minimale**
- **5-9 : légère**
- **10-14 : modérée**
- **15-21 : sévère**

Utilité :
Déterminer si un traitement est justifié
Suivre l'évolution lors de l'arrêt des BZD

Source : Spitzer et al., 2006

Lien : Microsoft Word - GAD7_French for Canada.doc

ISI
Insomnia Severity Index

Objectif :
Évaluer la sévérité de l'insomnie et son retentissement fonctionnel

Format :
7 items cotés de 0 à 4
Score total : 0 à 28

- **0-7 : sommeil satisfaisant**
- **8-14 : insomnie subclinique**
- **15-21 : insomnie modérée**
- **22-28 : insomnie sévère**

Utilité :
Poser une indication de traitement de l'insomnie (BZD ou alternatives)
Suivre les troubles du sommeil après arrêt des hypnotiques

Source : Bastien et al., 2001

Lien : Estimation de la détérioration du sommeil

ECAB
Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines

Objectif :
Évaluer la dépendance psychologique aux benzodiazépines

Format :
10 questions simples, en lien avec l'usage, les pensées automatiques et les comportements vis-à-vis du médicament, cotées 0 (non) ou 1 (oui)
Score total : 0 à 10

Score ≥ 6
Forte probabilité de dépendance

Utilité :
Détecter un attachement pathologique aux BZD, même à faible dose
Orienter la discussion vers une réduction progressive et adaptée

Source : "Arrêt des benzodiazépines", HAS, 2007

Lien : Arrêt des BZD - Echelle ECAB

Bibliographie et références utilisées :

1. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? Haute Autorité de Santé. 2024. Consulté le 11 août 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete
2. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? Haute Autorité de Santé. 2024. Consulté le 11 août 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
3. Horowitz M, Taylor D. The Maudsley Deprescribing Guidelines : Antidepressants, Benzodiazepines, Gabapentinoids And Z Drugs. 2024. Consulté le 11 août 2025. The Maudsley® Deprescribing Guidelines
4. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Haute Autorité de Santé. 2015. Consulté le 11 août 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire
5. Webinaire ColibPsy présenté par Hervé Javelot, animé par Claire Gorzegrio. « L'art de la déprescription : Comment déprescrire les benzodiazépines et les anxiolytiques en toute tranquillité ? » CREPP, 2024. Consulté le 16 août 2025. https://app.livestorm.co/carco/webinaire-colibpsy-l-and-39art-de-la-deprescription-comment-deprescrire-les-benzodiazepines-et-les-anxiolytiques-en-toute-tranquillite/live?s=f2d5032e-5d12-4aa9-b1ac-b11b236f65af#/qa
6. Pottie K, Thompson W, Davies S, et al. Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines: Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Canadian Family Physician*. 2018;64(5): e209-e224. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5951664/
7. Deprescribing.org. Algorithme de déprescription des benzodiazépines et « Z-Drug ». Août 2018. Consulté le 11 août 2025. deprescribing-algorithm-benzodiazepines-2018-fr-1.pdf
8. OMéDIT Grand-Est. Journal d'actus en matière de déprescription médicamenteuse n°2. Septembre 2024. omedit-grand-est.ars.sante.fr/index.php/media/128881/download?inline
9. Gardner DM, Turner JP, Magalhaes S, Rajda M, Murphy AL. Patient Self-Guided Interventions to Reduce Sedative Use and Improve Sleep: The YAWNS NB Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2024;81(12):1187–1197. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.2731
10. Evrard P, Pétein C, Beuscart JB, Spinewine A. Barriers and enablers for deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a systematic review of qualitative and quantitative studies using the theoretical domains framework. *Implement Sci*. 2022;17:41. doi:10.1186/s13012-022-01206-7
11. Zeraatkar D, Nagraj SK, Ling M, et al. Comparative effectiveness of interventions to facilitate deprescription of benzodiazepines and other sedative hypnotics: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2025;389. doi:10.1136/bmj-2024-081336