



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, **1 personne sur 4 de plus de 65 ans consomme régulièrement des benzodiazépines** (BZD), le plus souvent sur de longues périodes, malgré les recommandations de limitation (HAS, ANSM). Les femmes sont particulièrement concernées. Selon des données françaises, 45 % des sujets âgés de plus de 65 ans et usagers de BZD depuis au moins 3 mois répondaient aux critères DSM-IV de dépendance.

La consommation chronique, même à faible dose, est associée à une **augmentation du risque de mortalité**. Chez les aîné.e.s, ces traitements exposent davantage à la **chute, la confusion, les troubles cognitifs, les accidents de la route et la dépendance**.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, **le pronostic reste favorable** : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Vieillesse** : diminution de l'eau corporelle → concentration plasmatique accrue des BZD ; ralentissement du métabolisme hépatique → allongement de la demi-vie ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : troubles de l'humeur et troubles anxieux, trouble insomnie chronique, troubles cognitifs, douleurs chroniques.
- **Conséquences** : sédation/somnolence, confusion, chutes et fractures, troubles mnésiques, aggravation de pathologies psychiatriques, isolement social et perte d'autonomie.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage) :

Médicaments / substances	Effet de l'association avec BZD	Conséquences cliniques possibles
Opioïdes (morphine, tramadol, codéine, oxycodone...)	Potentialisation de la dépression du système nerveux central	Somnolence, dépression respiratoire, surdosage, mortalité accrue
Antidépresseurs (IRS, tricycliques, mirtazapine...)	Effet additif sur la sédation et les troubles cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, risque suicidaire majoré
Antipsychotiques (neuroleptiques)	Majorent la sédation et les effets extrapyramidaux	Chutes, confusion, syndrome parkinsonien
Antihypertenseurs (bêtabloquants, IEC, diurétiques)	Risque d'hypotension orthostatique accru	Malaise, syncope, chute
Antihistaminiques sédatifs (1 ^{re} génération particulièrement)	Effet additif sur la somnolence	Confusion, risque de chute, accidents domestiques
Alcool	Synergie dépresseur du SNC avec les BZD	Somnolence, confusion, chutes, risque de coma ou décès

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

- **Typiques** : somnolence, confusion, troubles de mémoire, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : instabilité posturale, chutes, altération cognitive, insomnie, perte d'appétit, dépression résistante, isolement social, etc.,
- **Facteurs contextuels** : prescriptions anciennes non réévaluées, automédication, troubles du sommeil, isolement, deuil, etc. Le risque est majoré si cumul avec alcool et/ou opioïdes.

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur de routine en proxipraxie.
- Détection parfois possible via bilans sanguins/toxicologiques, mais peu adapté en ville.

➤ **Explorer la fonction de la benzodiazépine**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, douleur, ritualisation, évitement émotionnel, etc.) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).

➤ **Psychothérapies validées** (*absence de consensus*)

- Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
- TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.

➤ **Soutien par les pairs**

- Groupes d'entraide ;
- Pair aidant en addictologie, rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.

➤ **Approches sociales et communautaires**

- Activités de groupe (clubs seniors, ateliers mémoire, activité physique adaptée, associations culturelles, etc.) ;
- Lutte contre l'isolement et restauration du lien social.

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **À terme, l'arrêt des benzodiazépines (BZD) est un idéal, il doit toujours être progressif**, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois (voire jusqu'à un an) selon la durée du traitement et la dépendance du patient (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum. **Durée du sevrage : souvent 6 à 12 mois.**
- **Diminution fine des doses** (10 % de réduction, parfois nécessité de formes galéniques adaptées : gouttes, comprimés sécables) **avec surveillance rapprochée & monitoring.**
- **Le switch thérapeutique** (demi-vie courte ou intermédiaire vers une demi-vie longue) **n'est pas recommandé chez les aîné.e.s** du fait d'une clairance diminuée avec l'âge → risque d'accumulation, sédation prolongée, confusion, chutes. **Privilégier le sevrage progressif de la molécule initiale.**
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : sommeil, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour coordination complexe.