



CERTAINS TRAITIS caricaturaux du vieillissement (inquiétude, besoin d'être rassuré, conduite d'évitement) peuvent ressembler à l'anxiété¹, et les modifications physiologiques du sommeil qu'entraîne l'âge peuvent faire minimiser l'importance de réels problèmes d'insomnie². Pourtant, ces symptômes majorent le risque de morbidité et de mortalité de manière notable (cardiopathie, dépression, suicide, etc.). Ils peuvent aggraver les symptômes physiques d'une maladie concomitante et en retarder la guérison², en plus d'entraver le fonctionnement quotidien, professionnel, social et récréatif³.

Le traitement de ces problèmes chez une personne âgée est complexe et exige une analyse minutieuse. Leur cause est rarement unique. Les mécanismes cognitifs et affectifs de la sénescence en modifient l'expression⁴. Le traitement ne peut être prescrit rapidement, il faut le faire avec attention, en alliant le traitement médicamenteux à d'autres méthodes thérapeutiques, après une analyse approfondie de la situation particulière du malade.

Le diagnostic

L'anxiété est une émotion complexe faisant intervenir le cortex préfrontal et les aires associatives limbiques et pariéto-occipitales³. Elle est liée à l'inconnu, à des situations ambiguës, à de nouvelles expériences ou à un stress excessif, de même qu'au manque de contrôle sur l'environnement et sur soi-même. L'expérience de douleurs morales peut entraîner l'apprentissage de conduites d'évitement. L'insécu-

La D^e Johanne Fréchette, psychiatre, exerce à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, à Montréal.

Traitement de l'anxiété (avec ou sans insomnie) à l'aide de benzodiazépines chez la personne âgée

par Johanne Fréchette

La personne âgée qui consulte au cabinet pour un symptôme d'anxiété, avec ou sans insomnie, représente un défi diagnostique avant même d'être un défi thérapeutique. L'anxiété et l'insomnie, parfois perçues comme inhérentes au vieillissement, risquent d'être occultées lors de l'évaluation médicale.

Tableau I

Causes de l'anxiété

Anxiété primaire

Anxiété généralisée
Phobie spécifique
Phobie sociale
Agoraphobie
Trouble panique
Trouble obsessionnel-compulsif

Anxiété secondaire

d'un trouble psychiatrique
d'une affection médicale
d'un stress aigu ou chronique
de l'usage d'une substance

rité de l'enfance au sein d'une famille dysfonctionnelle, les expériences de séparation-abandon, la faible estime de soi avec une forte anxiété de performance durant la période scolaire et les années de travail risquent de susciter un concept de soi fragile et une faible intégration sociale. Cela peut conduire à des distorsions cognitives, à des phénomènes d'autocondamnation et d'autoresponsabilisation, à

l'appréhension de catastrophes imminentes en plus du sentiment d'être sans défense et sans protection⁵.

L'anxiété primaire est un état subjectif de détresse associé à un cortège de symptômes somatiques¹. C'est d'ailleurs en raison de ces symptômes physiques que le malade consulte le médecin. L'apparition *de novo* d'un trouble anxieux est plutôt rare chez les personnes âgées⁴, mais le problème

Pourtant, l'anxiété majore le risque de morbidité et de mortalité de manière notable (cardiopathie, dépression, suicide, etc.). Elle peut aggraver les symptômes physiques d'une maladie concomitante et en retarder la guérison, en plus d'entraver le fonctionnement quotidien, professionnel, social et récréatif.

Repère

Tableau II

Caractéristiques du sommeil de la personne âgée

- Retard d'endormissement
- Éveils plus fréquents et plus matinaux
- Sensibilité accrue aux bruits et à la température ambiante
- Réduction du sommeil à ondes lentes
- Augmentation du sommeil de stade I
- Légère baisse du sommeil paradoxal (REM)
- Aplanissement du sommeil paradoxal sur toute la nuit
- Réduction du sommeil nocturne
- Somnolence et siestes diurnes
- Intolérance aux changements d'horaire (décalage horaire)

peut malgré tout être récent et aigu. **L'anxiété secondaire**, d'autre part, peut accompagner la plupart des états pathologiques mentaux ou physiques, ou survenir à la suite d'un événement stressant³ (*tableau I*).

Les troubles du sommeil sont fréquents chez les personnes âgées⁶. Le sommeil normal exige une bonne santé, des circonstances favorables et l'absence de stress important³. L'insomnie correspond à un sommeil insuffisant pour permettre le maintien optimum de l'énergie fonctionnelle diurne⁷. En se rappelant les qualités particulières du sommeil normal de la personne âgée^{2,3,7} (*tableau II*) et certaines causes spécifiques traitables de

Tableau III

Causes de l'insomnie secondaire chez la personne âgée

- Maladie psychiatrique (dépression, *delirium*, démence...)
- Maladie physique (douleur, prurit, dyspnée, nycturie...)
- Substances alimentaires ou médicamenteuses (alcool, café, nicotine...)
- Stress psychosociaux (retraite, deuil, placement...)

l'insomnie^{3,6-8} (*tableau III*), le médecin sera mieux en mesure d'établir son diagnostic et d'envisager un traitement efficace.

Les patients âgés sont très différents les uns des autres, mais ils ont en commun de se fragiliser sur presque tous les plans. Sur le plan biologique, ils font face à des changements physiologiques et à des maladies physiques. Sur le plan psychologique, ils affrontent des épreuves adaptatives anxiogènes, dont l'approche de la mort. Sur le plan social, ils sont plus isolés (perte de statut, de revenu, mort des amis et de la fratrie) et risquent le désengagement. Lorsqu'ils ont conservé des liens avec leurs enfants ou de rares voisins bienveillants, ceux-ci peuvent ressentir lourdement le poids de leur dépendance. D'autre part, les symptômes typiques d'anxiété nuisent la plupart du temps à l'établissement de contacts sociaux gratifiants¹.

La personne âgée qui consulte est souffrante, et quelquefois régressée. Elle a peut-être consulté des médecins qui ont minimisé ses symptômes. Elle a parfois cherché une solution dans l'alcool ou dans les produits en vente libre dans les pharmacies², ou encore, elle s'est désespérée dans le repli sur soi.

Au cours de l'**examen médical complet**, le médecin tentera d'établir le plus solidement possible une alliance thérapeutique permettant au malade de se confier. Il doit faire preuve de patience, de souplesse et d'un intérêt authentique. En faisant l'anamnèse du malade, il y repère ses valeurs et ses croyances et reconnaît ses attentes et ses craintes. Cela aura des répercussions majeures au moment de « négocier » le traitement⁹.

L'évaluation vise à obtenir un schéma de compréhension à plusieurs facettes du problème. L'optique biopsychosociale facilitera la révision de l'ensemble des causes possibles et permettra d'élaborer un plan de traitement complet et individualisé². Souvent, l'évaluation du problème nécessite plus d'une rencontre.

La vérification de l'**état cognitif** est importante et peut se faire par des tests cognitifs rapides (mini-examen de l'état mental de Folstein, par exemple). Un questionnaire sur les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique (corroboré si possible par un proche) complètera cette partie de l'évaluation.

Certains malades consomment diverses substances à des fins thérapeutiques (produits naturels ou en vente libre). Il importe d'en établir la liste de manière tolérante afin de mieux les conseiller¹⁰. Il est utile de savoir quel pharmacien ils consultent et de connaître l'ensemble des intervenants de la santé auprès desquels ils

L'évaluation vise à obtenir un schéma de compréhension à plusieurs facettes du problème. L'optique biopsychosociale facilitera la révision de l'ensemble des causes possibles et permettra d'élaborer un plan de traitement complet et individualisé.

Repère

prennent leurs informations.

De plus, afin de situer la personne âgée dans son réseau, l'investigation doit comporter une analyse du milieu sociofamilial (famille nucléaire, famille élargie, réseau social personnel, ressources communautaires et réseaux d'entraide). Cela permet de repérer les forces et les lacunes du réseau et de mettre à contribution les aidants naturels pour accroître la qualité des soins au malade. Le médecin a avantage à se créer un recueil des ressources d'aide aux personnes âgées dans son secteur.

Il est utile de prévoir des entrevues individuelles pour ces malades, mais également des entrevues conjointes avec les aidants^{2,11}, qui sont une mine d'or d'informations. Il est important de faire alliance avec eux, de les informer et de prendre en considération leur expérience avec le malade. Ils sont ainsi reconnus et soutenus dans la tâche difficile d'aider une personne âgée en perte d'autonomie, provisoire ou permanente.

Le traitement

La discussion avec la personne âgée (en présence de son représentant, si elle souffre de déficits cognitifs) est amorcée. Des informations générales sur la maladie, sur les hypothèses diagnostiques, les suggestions thérapeutiques, les solutions de rechange possibles et les effets secondaires à surveiller sont données en termes simples et précis. Il est bon de vérifier au fur et à mesure qu'elles sont bien comprises et de s'adapter aux réactions du malade. On peut aussi le conseiller sur une hygiène de vie et de sommeil plus appropriée³ (tableau IV).

Il faut rassurer, encourager et reconforter le malade de manière opportune et avec mesure, en évitant de

l'infantiliser, et surtout, s'investir auprès de lui. Avec son accord, on prévoit des rendez-vous de suivi (à intervalles d'une à deux semaines). Certains oublieront – et ce peut être un symptôme à investiguer davantage –, mais la plupart des malades seront rassurés par cette façon de faire¹¹. Au cours des rencontres subséquentes, il vaut mieux répéter les informations et les explications afin de s'assurer que le patient les comprend toujours et de favoriser une discussion ouverte.

Avant d'envisager un traitement pharmacologique, il faut traiter toute maladie médicale et psychiatrique à l'origine de la manifestation anxieuse et de l'insomnie. L'exercice physique régulier est recommandé autant pour soulager l'anxiété que l'insomnie, de même qu'un régime alimentaire approprié (éviter les substances anxiogènes ou provoquant l'insomnie)³.

Depuis les années 60, les **benzodiazépines** sont largement utilisées pour le traitement des troubles anxieux et de l'insomnie². Ce sont les médicaments les plus efficaces compte tenu de leurs effets secondaires et de leur innocuité. Ils sont aussi efficaces pour la personne âgée que pour l'adulte d'âge moyen.

Les benzodiazépines semblent potentialiser l'action inhibitrice de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) au niveau du système nerveux central en modulant les réponses physiologiques et les comportements adaptatifs divers relatifs aux émotions de peur, de colère et de plaisir. La puissance d'une

Tableau IV

Hygiène du sommeil

- Habitudes régulières de coucher et de lever
- Sortie du lit après plus de 20 minutes d'insomnie
- Exercice physique modéré diurne et relaxation vespérale
- Environnement confortable (température, silence...)
- Habitudes alimentaires prudentes, surtout au repas du soir
- Réduction des siestes diurnes

benzodiazépine est liée à son affinité pour les sites de liaison à ses récepteurs. Selon la posologie, on obtient un effet anxiolytique, anti-convulsivant, relaxant musculaire, sédatif et hypnotique⁷. Les benzodiazépines diffèrent les unes des autres par leur pharmacocinétique et leur métabolisme. Elles sont liposolubles et ont une forte liaison aux protéines plasmatiques.

Afin de choisir la benzodiazépine à prescrire pour traiter l'anxiété, il faut tenir compte de la dose (une plus faible dose est préférable pour la personne âgée), de l'absorption (la plupart des benzodiazépines ont un pic d'absorption allant de une à trois heures), de la distribution (la baisse du taux d'albumine plasmatique diminue la liaison aux protéines, et l'obésité prolonge la demi-vie du médicament) et de l'élimination (l'oxydation est fonction de

Afin de situer la personne âgée dans son réseau, l'investigation doit comporter une analyse du milieu sociofamilial (famille nucléaire, famille élargie, réseau social personnel, ressources communautaires et réseaux d'entraide). Cela permet de repérer les forces et les lacunes du réseau et de mettre à contribution les aidants naturels pour accroître la qualité des soins au malade.

Repère

Tableau V

Répertoire de benzodiazépines

Nom générique (nom commercial)	Demi-vie	Pic plasmatique	Liposolubilité	Métabolisme	Dose comparative
Alprazolam (Xanax [®])	Intermédiaire 6 à 20 h	Rapide 1 à 2 h	Moyenne	Oxydation	0,5 mg
Bromazépam (Lectopam [®])	Intermédiaire Jusqu'à 20 h	Intermédiaire 1 à 4 h	Faible	Conjugaison	3 mg
Chlordiazépoxide (Librium [®])	Longue 5 à 30 h	Intermédiaire 1 à 4 h	Moyenne	Oxydation	25 mg
Clonazépam (Rivotril [®])	Longue 18 à 50 h	Rapide 1 à 2 h	Faible	Nitroréduction	0,25 mg
Chlorazépate (Tranxene [®])	Longue Plus de 20 h	Rapide 1 h	Élevée	Oxydation	10 mg
Diazépam (Valium [®])	Longue 20 à 100 h	Rapide 0,5 à 1,5 h	Élevée	Oxydation	5 mg
Flurazépam (Dalmane [®])	Longue 40 à 115 h	Rapide 0,5 à 1 h	Élevée	Oxydation	15 mg
Lorazépam (Ativan [®])	Intermédiaire 10 à 20 h	Intermédiaire 0,5 à 4 h	Faible	Conjugaison	1 mg
Nitrazépam (Mogadon [®])	Longue 30 à 40 h	Lent Plus de 3 h	Faible	Conjugaison	2,5 mg
Oxazépam (Serax [®])	Intermédiaire 5 à 15 h	Intermédiaire 2 h	Faible	Conjugaison	15 mg
Témazépam (Restoril [®])	Intermédiaire 8 à 40 h	Rapide 1 à 2 h	Moyenne	Conjugaison	10 mg
Triazolam (Halcion [®])	Courte 2 à 5 h	Rapide 1 à 2 h	Moyenne	Oxydation	0,25 mg

l'âge). On se souciera aussi des maladies physiques préexistantes et des autres médicaments prescrits^{3,7}. Pour le traitement de l'anxiété, on choisit de préférence une benzodiazépine à demi-vie moyenne (8 à 12 heures), ayant peu de métabolites, avec une

faible dose de départ et un accroissement lent de la posologie visant une dose thérapeutique minimale. Il vaut mieux utiliser une seule benzodiazépine à la fois et restreindre la durée d'utilisation à moins de six mois^{3,8,12-14} (tableau V).

Pour le traitement de l'anxiété, on choisit de préférence une benzodiazépine à demi-vie moyenne (8 à 12 heures), ayant peu de métabolites, avec une faible dose de départ et un accroissement lent de la posologie visant une dose thérapeutique minimale. Il vaut mieux utiliser une seule benzodiazépine à la fois et restreindre la durée d'utilisation à moins de six mois.

Il faut cependant garder en mémoire que les personnes âgées ont souvent des maladies physiques chroniques concomitantes, qu'elles consomment par nécessité plusieurs médicaments simultanément, et que leur traitement peut de ce fait être prolongé et durer même des années⁵. L'efficacité du traitement à long terme de l'anxiété par une benzodiazépine est reconnue, et la décision doit se prendre en fonction de l'état et de la réponse cliniques du malade². Rappelons que 30 à 50 % des consommateurs de benzodiazépines ne peuvent arrêter le traitement^{8,11}.

Tableau VI

Interactions médicamenteuses avec les benzodiazépines

Inhibiteur de la monoamine-oxydase (IMAO), acide valproïque, carbamazépine, antifongique azolé, cimétidine, oméprazole, antibiotique macrolide, alcool, narcotique, bloquant β -2, ciprofloxacine, inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS)	Augmentent la sédation.
Néfazodone (Serzone [®])	Augmente les concentrations de triazolam, d'alprazolam, de diazépam et de midazolam.
Carbamazépine, rifampicine	Réduisent l'efficacité des benzodiazépines.
Lévodopa	Peut aggraver les symptômes parkinsoniens.
Clozapine	Peut provoquer une sédation extrême avec risque d'arrêt respiratoire (très rare).

On évitera de prescrire une benzodiazépine à un malade fragile au plan cognitif et isolé socialement, qui risque-rait d'avoir des effets secondaires sans pouvoir les signaler correctement avant qu'apparaisse une situation catastrophique, tel un *delirium*.

Pour un problème d'insomnie, on envisage d'abord un traitement non pharmacologique, même s'il est plus complexe et peut sembler plus frustrant au malade. En effet, le traitement médicamenteux peut être efficace et facile à court terme, mais entraîner des problèmes à long terme. Il est essentiel de renseigner, d'éduquer et d'avoir des objectifs thérapeutiques réalistes³.

Le traitement de l'insomnie à l'aide des benzodiazépines exige une approche prudente, et il ne faut pas créer une dépendance psychologique alors que l'efficacité pharmacologique est plus limitée dans le temps. Les hypnotiques benzodiazépiniques doivent être pris environ une heure avant d'aller au lit à cause du délai d'absorption général². Il vaut mieux prévoir un usage limité à deux ou trois semaines et une prescription alternée (un jour sur deux) lorsque le malade le tolère et n'a pas d'insomnie rebond^{2,3,11}. Évidemment,

on doit s'assurer de sa collaboration pour que le traitement pharmacologique puisse s'inscrire dans un ensemble biopsychosocial indissociable.

Les auteurs des études sur le sujet s'accordent pour recommander l'oxazépam, le lorazépam et le témazépam pour la personne âgée, car ils sont inactifs par conjugaison directe au niveau hépatique, et ce mécanisme n'est pas affecté par le vieillissement. De plus, le lorazépam peut être administré par voie parentérale^{2,3}. Cependant, lorsque le problème anxieux est intense et s'accompagne d'insomnie, on peut envisager de prescrire une benzodiazépine à plus longue demi-vie, en étant simplement plus vigilant à cause des effets secondaires possibles^{8,11}. Les trop courtes demi-vies sont à éviter, car elles créent une insomnie rebond, un mini-sevrage et de l'insomnie matutinale⁸. L'alprazolam et le clonazépam sont utiles dans le traitement de la panique. Le clonazépam

est utilisé pour traiter l'insomnie associée à un trouble moteur ou s'il existe une composante neurologique dégénérative³. D'autres médicaments peuvent servir à traiter l'anxiété et l'insomnie^{1-3,11}. Nous citerons de manière non exhaustive, pour l'anxiété, les antidépresseurs et le buspirone (Buspar[®]), et pour l'insomnie, la zopiclone (Imovane[®]) et le zaleplon (Starnoc[®]).

La prescription d'un médicament ne peut se faire sans intervention psychologique⁸. En se référant aux expériences de vie propres à chaque malade et à son expression clinique particulière, on recherchera la méthode thérapeutique la plus appropriée. Après l'établissement d'une alliance thérapeutique, une approche éducative et rassurante est de mise. L'enseignement de techniques de relaxation s'avère quelquefois utile^{1,11}. Il y a plusieurs formes de psychothérapie. La thérapie cognitivocomportementale (si les fonctions cognitives sont

Le traitement de l'insomnie à l'aide des benzodiazépines exige une approche prudente, et il ne faut pas créer une dépendance psychologique alors que l'efficacité pharmacologique est plus limitée dans le temps.

Repère

Tableau VII

Effets secondaires des benzodiazépines

- Somnolence et baisse de la vigilance diurne
- Insomnie rebond (avec les médicaments de courte demi-vie surtout)
- Désinhibition et réaction paradoxale (dysphorie, irritabilité, agitation, agressivité)
- Trouble de la coordination, dysarthrie et ataxie (risque de chute et de fracture)
- Dépression centrale de la respiration
- Trouble cognitif avec difficulté d'apprentissage (surtout chez les hommes)
- Tolérance et dépendance physique et psychologique

adéquates¹) est la plus efficace pour la plupart des troubles anxieux spécifiques¹⁵. On peut également avoir recours aux thérapies conjugale, familiale ou de groupe, selon le cas. L'objectif est de juguler les difficultés liées à la dépendance, aux pertes et aux deuils, à l'abandon, à l'impuissance et à la faible estime de soi¹¹.

À l'âge avancé, certains malades peuvent avoir une organisation psychique affaiblie et une plus grande rigidité défensive (attachement excessif au familial, résistance au changement). La marge est alors plus étroite entre le compromis défensif et la faillite des défenses.

Certains symptômes permettent à peine de supporter le sentiment d'incomplétude lié aux transformations somatiques, aux douleurs, aux maladies et à l'importante anxiété d'épuisement subséquente. La capacité psychique de restauration est quelquefois réduite, et l'équilibre dépend davan-

tage du soutien psychosocial compensatoire¹. Le soutien et la réduction des stressors environnementaux constituent alors les meilleures méthodes thérapeutiques.

Si le malade a des pertes cognitives, il faut penser à établir des routines simples pour réduire son niveau de stress¹¹. Même lorsque les fonctions mentales sont préservées, les malades âgés aux prises avec l'anxiété peuvent présenter un degré de régression suffisant pour nécessiter une prise en charge familiale provisoire ou permanente. Cela peut alors occasionner une résurgence de conflits anciens¹. Il faut souvent accroître le soutien social, avec l'aide, au besoin, de ressources locales (par exemple, l'inscription dans un centre de jour)¹ et favoriser les activités sociales importantes pour le malade³. On doit évidemment s'assurer que l'environnement est sûr et que le patient dispose d'un soutien financier satisfaisant¹¹.

Il est bon de bien différencier la réémergence de l'anxiété (mêmes symptômes qu'au moment de l'évaluation initiale), qui peut apparaître avec le temps, de l'anxiété rebond (mêmes symptômes, mais aggravés), qui apparaît en quelques heures ou en quelques jours après une réduction du traitement pharmacologique, et du retrait-sevrage (nouveaux symptômes), qui survient en quelques heures et même après quelques semaines (selon la demi-vie de la benzodiazépine utilisée).

Les effets secondaires

Même si les benzodiazépines demeurent une classe de médicaments sécuritaire, avec un index thérapeutique large² et peu d'interactions médicamenteuses^{2,5,13,14} (tableau VI), elles peuvent provoquer de nombreux effets secondaires^{2,3,5,8} (tableau VII).

Les benzodiazépines à longue durée d'action sont associées à davantage d'effets secondaires sérieux, dont une sédation incommode, des troubles psychomoteurs et des chutes avec risque de fracture de la hanche. Le danger croît donc avec la longueur de la demi-vie, la dose, l'âge et l'association avec d'autres psychotropes.

On signale également un accroissement des effets secondaires, notamment des troubles de mémoire, en fonction de l'affinité de la benzodiazépine pour le récepteur benzodiazépinique, de sa liposolubilité et de son volume de distribution.

En raison des **changements pharmacocinétiques**, il faut être prudent lorsque l'on prescrit des benzodiazépines oxydées qui donnent des métabolites actifs (diazépam, chlordiazépoxyde) ou dont la demi-vie est prolongée (flurazépam, diazépam)^{2,5}. Les **changements pharmacodynamiques** provoqueront chez la personne âgée une augmentation de la sensibilité cognitive et psychomotrice, avec ralentissement du temps de réaction et troubles de mémoire (triazolam, lorazépam), phénomène recherché pour les interventions médicochirurgicales, mais pas dans le traitement de l'anxiété^{2,8}.

L'**abus** de benzodiazépines est un problème bien connu qui devrait être anticipé dès la prise en charge du malade. Il faut rechercher les caractéristiques de dépendance à l'alcool et (ou)

aux drogues et, le cas échéant, éviter de prescrire des benzodiazépines. La proportion de malades qui correspond à cette catégorie est moins importante qu'on le craignait^{2,8}. L'**intoxication** est toujours possible, avec le risque d'une dépression importante de la respiration. Le **sevrage** s'accompagne d'anxiété, de nervosité, d'agitation, de trouble du sommeil, de céphalée, de nausées, de vision brouillée et d'irritabilité musculaire, pouvant aller jusqu'au risque de *delirium* avec psychose et convulsions. Pour l'éviter, il est préférable de réduire lentement de 10 à 20 % la dose habituelle, sur une période assez longue (semaines ou mois) ; pour le traiter, il vaut mieux redonner une benzodiazépine au patient puis effectuer le sevrage lentement^{2,5,8,16}.

Enfin, il est bon de bien différencier la **réémergence de l'anxiété** (mêmes symptômes qu'au moment de l'évaluation initiale), qui peut apparaître avec le temps, de l'**anxiété rebond** (mêmes symptômes, mais aggravés), qui apparaît en quelques heures ou en quelques jours après une réduction du traitement pharmacologique, et du **retrait-sevrage** (nouveaux symptômes), qui survient en quelques heures et même après quelques semaines (selon la demi-vie de la benzodiazépine utilisée)².

CERTAINS MÉDECINS ont maintenant tellement de craintes à cause de la minorité de patients gravement dépendants aux benzodiazépines qu'il y a bien davantage un manque de prescriptions justifiées qu'un excès de prescriptions². Le problème n'est pas la surmédication, mais l'histoire répétée d'un sous-traitement de la maladie psychiatrique.

L'anxiété de fin de vie nécessite sou-

vent **un traitement à long terme** ; le **diagnostic** et le **traitement** sont **complexes**, exigeant une vigilance constante pour démasquer la présence d'une dépression¹¹. Il importe d'effectuer **une prise en charge intégrée** qui tienne compte des caractéristiques propres à la personne âgée et de son réseau de soutien. Il est nécessaire de faire un **suivi étroit et régulier** sur les plans psychopharmacologique, psychologique et social pour ajuster le **traitement** et le rendre toujours **pertinent et efficace** avec un **minimum d'effets secondaires**. Finalement, si malgré tous ces efforts thérapeutiques le problème persiste, il faut consulter un psychiatre⁸. □

Date de réception : 17 octobre 2000.

Date d'acceptation : 4 décembre 2000.

Mots clés : anxiété, insomnie, benzodiazépine, personne âgée, approche biopsychosociale.

Bibliographie

1. Thomas P, Roche J. Anxiété du sujet âgé. Dans : Léger JM, Clément JP, Wertheimer J. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1999 : 99-111.
2. Shader RI, Kennedy JS. Geriatric Psychiatry. *Psychopharmacology* (chap. 49, 7d). Dans : Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6^e éd. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995 : 2603-16.
3. Folks DG, Fuller WC. Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. *Psychiatr Clin North Am* mars 1997 ; 20 (1) : 137-64.
4. Ronald L, Martin MD. Late-life psychiatric diagnosis in DSM-IV. *Psychiatr Clin North Am* mars 1997 ; 20 (1) : 1-14.
5. Craig KJ, Brown KJ, Baum A. Environmental factors in the etiology of anxiety (chap. 112). Dans : Bloom FE, Kupfer DJ. *Psychopharmacology. The Forth Generation of Progress*. New York : Raven Press, 1995 : 1325-39.
6. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study in three communities. *Sleep*

Summary

Treating the elderly's anxiety with benzodiazepines. The evaluation and treatment of anxiety, with or without insomnia, are complex matters in the elderly. One should consider both the specific etiologic factors in a biopsychosocial model and the normal phenomena of aging. Benzodiazepines are still the most widely and safely used drugs. It is nevertheless mandatory to respect a number of rules in prescribing them and also to monitor side effects in this particular population.

Key words: anxiety, insomnia, benzodiazepine, elderly, biopsychosocial approach.

1995 ; 18 : 425-32.

7. Nelson J, Chouinard G. Benzodiazepines: An update on their mechanism of action. *Can J Clin Pharmacol* 1996 ; 3 (2) : 75-82.
8. Shorr RI, Robin DW. Rational use of benzodiazepines in the elderly. *Drugs and Aging* 1994 ; 4 (1) : 9-20.
9. Gosselin S, Hébert R. Les soins gériatriques : une ronde de négociations multilatérales. *Le Médecin du Québec* mai 1993 ; 28 (5) : 43-7.
10. McNeil RJ. Interactions between herbal and conventional medicines. *Can J CME* décembre 1999 : 97-113.
11. Sadavoy J, Le Calir JK. Treatment of anxiety disorders in late life. *Can J Psychiatry* 1997 ; 42 (Suppl 1) : 28-34.
12. Guay B, Morin CM. Le sevrage chez les utilisateurs à long terme de benzodiazépines à dose thérapeutique. *Le Médecin du Québec* avril 1998 ; 33 (4) : 93-8.
13. Shaner R. Benzodiazepines in Psychiatric Emergency Settings. *Psychiatric Ann* avril 2000 ; 30 (4) : 268-75.
14. Manière D. Les psychotropes en gériatrie. *La Revue de Gériatrie* avril 1998 ; 23 (4) : 325-34.
15. Ladouceur R, Marchand A, Boisvert JM. *Les Troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*. Boucherville : Gaëtan Morin, 1999.
16. Champoux N. Une pilule pour les nerfs ? L'emploi rationnel des benzodiazépines en soins de longue durée. *Le Médecin du Québec* octobre 2000 ; 35 (10) : 79-83.