



Groupe de travail Transition écologique du système de soins & Produits de santé Sous GT « Ecoprescription »

4 septembre
14h30 – 15h30
visioconférence

Co-pilotage : Myriam ROUDAUT, coordonnateur adjoint OMEDIT NAGG

Claire MORISSON, Cheffe de projet innovation durable ARS Nouvelle-Aquitaine

Animation : OMEDIT NAGG - Myriam ROUDAUT – Noëlle BERNARD



GT 10 avril
=> 4 Sous GT



Parcours de soins



Etablissements
de santé

Organisation en sous-groupes thématiques

Eco
prescription:
2/3 priorités
Orale/IV,
inhalateurs

Réunions
13.06.25
3.07.25
4.09.25

Pansements
&
antiseptiques

Réunions
26.05.25
13.10.25

Bloc
Gaz & kits

1ère réunion
le 13.06.25

Circuit du
médicament
& DM en ES
déchet

Réunions
03.06.25
27.08.25



Echéances



mai

Début des travaux



mai octobre

Travaux des sous-groupes



fin octobre

Partage du livrable



novembre

Partage des avancées du groupe lors de la
journée régionale du 18 novembre

⇒ Séquence TESS de 9h45 à 11h

⇒ Présentation des travaux & retours d'expérience
par un membre du sous GT

**JOURNÉE RÉGIONALE
OMEDIT**
18 novembre 2025



OMEDIT
Nouvelle-Aquitaine • Guadeloupe • Guyane

- Déprescription

- **Benzodiazépines** : échanges autour des actions existantes notamment de l'OMEDIT Grand Est, de l'Assurance Maladie et du site deprescribing. Aucun protocole de deprescription n'a été identifié à ce stade.
=> Il est proposé de faire une revue de la littérature des méthodes de déprescription des benzodiazépines (OMEDIT NAGG) et de refaire un point lors de la prochaine réunion sur les actions à mener
- **IPP** : travaux du CHU de Bordeaux sur un livret de l'interne pour des prescriptions écoresponsables avec notamment sur la pertinence de prescriptions des IPP
=> *Ce document sera partagé par le CHU après finalisation. Dans ce contexte, il est décidé consensuellement de ne pas investiguer cette thématique et d'être le relais de ces travaux.*

- Alternatives non médicamenteuses

Echanges sur l'intérêt de valoriser les alternatives non médicamenteuses dans une logique de prescriptions écoresponsables et de déprescription. Pertinence des vidéos valorisant la mise en œuvre par des professionnels de terrain. Importance de mise en cohérence avec les dispositifs incitatifs existants (CAQES, ...) et de faire le lien avec des données de baisse de consommations des médicaments

- => *Validation de réalisation de vidéos par type de structure associé à un document reprenant les alternatives médicamenteuses*
- => *Mise à disposition d'un fichier word partagé afin de recenser les initiatives, et souhait de vidéo*

- Prescriptions en si besoin

=> *Action mise en œuvre dans un second temps*



Dr K. Trin
Dr junior en
Santé Publique

Programmes de déprescription

- recherche Pubmed : *deprescribing benzodiazepine*
- 260 résultats

=> *Focus les revues de la littérature (étude de la portée, revue systématique, méta-analyse)*

→ diminution progressive des doses (bien que les modalités de diminution proposées soient hétérogènes) et partage de la décision de déprescription avec le patient

→ importance des interventions non médicamenteuses concomitantes - thérapie cognitivo-comportementale

→ remplacement par une benzodiazépine à longue demi-vie comme le diazépam ou remplacement ou l'ajout d'un traitement d'une autre famille pharmacologique comme la carbamazépine ou la mélatonine

Plus récemment, en 2025, Palagni et coll. ont réalisé une revue systématique sur le remplacement ou la déprescription des traitements hypnotiques dans l'insomnie chronique. Dans les 21 articles retrouvés, plusieurs catégories de stratégies de déprescription ont été retrouvées : diminution progressive seule, diminution progressive + thérapie cognitivo-comportementale, diminution progressive + substitution.

1. Résultats

a. Programme de déprescription

Deux-cent-soixante résultats ont été obtenus avec la recherche « *deprescribing benzodiazepine* » dans [PubMed](#). Devant l'abondance de résultats, seules les revues de la littérature (étude de la portée, revue systématique, méta-analyse) ont été prise en compte dans ce travail de recherche. Ainsi, aucune autre base n'a été consulté, hormis la librairie de revue Cochrane, où un protocole de revue a retrouvé avec la même équation de recherche [1].

Parmi les 260 résultats retrouvés, l'étude de la portée de Brandt et coll. publiée en 2024 présente les données de 18 documents concernant des stratégies de déprescription des benzodiazépines.



Freins et leviers à la déprescription et les différents acteurs

De plus, plusieurs catégories de freins et leviers ont été retrouvés au niveau des **prescripteurs** :

- Les **capacités** (principalement ressenties)
- La (perception de la) **motivation** du patient
- L'**environnement**, les **ressources** et les **opportunités** pour déprescrire [7–11]

Au niveau des **patients**, les freins et leviers se situent principalement dans la **relation** avec le **(dé)prescripteur** et l'**éducation**

Dans notre situation, plusieurs **leviers** pourraient être discutés :

- **Impliquer** les **médecins hospitaliers** (dans l'initiation de la déprescription) et les **pharmaciens** (dans l'initiation et le suivi de la déprescription), voire les **infirmiers**
- **Structurer** l'**accompagnement** de la déprescription via des filières organisées (pharmaciens, psychologues, etc.), en se basant par exemple sur la **téléexpertise**, en l'accompagnant de **mesures incitatives financières**

Benzodiazépines – Actions Assurance Maladie



Et si mon médecin m'a prescrit un somnifère ?

- Un somnifère n'est pas un médicament anodin.
- Il peut être utilisé si nécessaire pour traiter des événements liés aux difficultés de la vie comme une séparation, un deuil, etc.
- Il est donc prescrit forcément pour une durée limitée. Au delà de 4 semaines, son efficacité est réduite et la prise de somnifère peut présenter des risques (balise de vigilance, chute...).

- Je signale tout autre traitement que je pourrais prendre y compris de ma propre initiative.
- Je n'utilise aucun autre somnifère resté dans mon armoire à pharmacie. Il pourrait être incompatible avec mon traitement actuel.

Document réalisé en collaboration avec le Professeur Sylvie Legrain et le Docteur Sylvie Royant-Parola. Sources: Inpes, HAS.

J'APPRENDS À BIEN DORMIR

QUELQUES CONSEILS SIMPLES ET NATURELS POUR UN SOMMEIL DE QUALITÉ



© l'Assurance Maladie - 2023

JE PASSE UNE BONNE NUIT

- Je me couche et je me lève à horaires réguliers.
- Je repère mon rythme de sommeil, c'est important mais pas toujours facile.

Le soir, si j'ai sommeil avec la sensation que mes yeux se ferment, je vais me coucher.

- Mais je me réveille très tôt le matin sans pouvoir me rendormir (0h ou 0h30).
- Pour cela, je peux m'occuper en lisant, en regardant un film sur un ordinateur ou une tablette et ainsi repousser mon heure de coucher.

Dans tous les cas, je ne dois pas passer trop de temps au lit (4h en moyenne et 5h maximum). Je veille à ce que ma chambre soit bien aménagée pour éviter le risque de chute.

Je dors selon mes besoins, mais pas plus. Cela que je me réveille tôt le matin je sens que je pourrai plus dormir, je me lève et je m'assois à lumière du jour (par défaut en hiver, j'allume la lampe), j'ouvre mes volets et je suis prendre l'air.

• Dans la journée, j'ai une activité physique régulière de préférence le matin : au moins 30 minutes par jour (marche, vélo d'appartement ou activités ménagères).

JE ME PRÉPARE AVANT DE ME COUCHER

- Je limite la consommation d'excitants après 17 heures : pas de caféine (café, thé, soda).
- Je limite aussi la cigarette et l'alcool en fin de journée.

Il sera moins appétitif.

- Je limite les repas copieux le soir.
- J'évite les activités physiques ou stimulantes une heure avant le coucher.

En revanche, votre sommeil sera plus léger et fractionné dans la journée :

- si vous dormez moins,
- si vos sorties sont réduites,
- si vous ne vous exposez pas suffisamment à la lumière pour...

Vous ressentez le besoin de faire des siestes.

Voici quelques conseils pour faire face à cette évolution et ainsi maintenir un sommeil de qualité.

- Je peux volontiers faire la sieste. Je me repose de préférence entre midi et 15 heures, dans un lieu calme.
- La sieste réparatrice ne dure pas longtemps : de 10 à 30 minutes tout au plus. Pour éviter de la prolonger, je peux utiliser un réveil.

La nuit, il est préférable de ne pas dormir avec un animal domestique : il n'a généralement pas les mêmes habitudes de sommeil que l'homme. Cependant, si je suis anxié, mon animal peut me sécuriser.



BENZODIAZÉPINES – Choix d'une benzodiazépine dans les troubles du sommeil ou dans les troubles anxieux

Janvier 2023

Molécule	Nom commercial	Dosage et formes galéniques	Conditionnements	Mise à disposition d'un petit conditionnement	Demi-vie* d'élimination plasmique et durée d'action chez l'adulte	Temps (absorption rapide ou atténuation après l'administration)	Prescription sur ordonnance nécessaire	Éléments à l'adulte
Durée d'utilisation la plus courte possible (recommandée de quelques jours à 3 semaines pour la majorité des situations)*								
Zolpidème	Zolpide® et Génériques	10 mg cp sécable	bt 7 et 14 - off en fl 5 pour un gérant	x	2,4h (0,7h - 3,5h)	30 min à 2h	x	x
Zopiclone	Zopiclone® et Génériques	3,75 mg cp et 7,5 mg cp sécable	bt 5 et 14	x	5h	1h30 à 2h	x	
Lorazépam	Havoline®	1 mg cp sécable	bt 20		8h	1h	x	
Lormézépam	Golodépam® (Zolpide 10 mg et Zopiclone 7,5 mg plus commercialisé)	1 mg et 2 mg cp sécable	bt 14		10h	2h30		
Eszopiclone	Nuctus®	2 mg cp	bt 20		17h	1h à 1h30		
Durée d'utilisation la plus courte possible (sans dépasser 12 semaines (sauf clorazépate dipotassique 20 mg limitée à 28 jours))								
Clorazépate	Véronat®	5 mg cp et 10 mg cp sécable	bt 30		4h	1h	x	
Oxazepam	Serenat®	10 mg cp et 50 mg cp sécable	bt 30 (10 mg) et bt 20 (50 mg)		8h	2h	50 mg	
Lorazépam	Temesta® et Génériques	1 mg et 2,5 mg cp sécable	bt 30		10h à 20h	30 min à 4h	2,5 mg	
Alprazolam	Kanar® et Génériques	0,25 mg et 0,5 mg cp sécable ou non sécable	bt 30		10h à 20h	30 min à 2h	x	
Bromazépam	Leomot® et Génériques	6 mg cp quadratique - 1,5 mg cp	bt 30 (6 mg) ou bt 120 (1,5 mg)		20h	30 min à 4h		
Diazépam	Vésum® et Génériques	2 mg et 5 mg cp et 10 mg cp sécable	bt 30 et 1 flacon de 20 mg	5 mg et 1 flacon de 20 ml	32h à 47h	30 min à 1h30		
Cliazépate	Urban®	5 mg galénique cp sécable	bt 30		3h	30 min à 4h	x	
Lofépizopate d'éthyle	Victan®	2 mg cp sécable	bt 30		7h	1h30	x	
Préjazopate	Lysanox® et Génériques	10 mg cp sécable ou non et 15 mg/ml sol bouillante en gouttes et 1 flacon de 20 ml	bt 40 (20 mg) et 150h (en moyenne 65 heures)*		30h à 150h	4h à 6h		
Cliazépate d'éthyle	Tranase®	5 mg, 10 mg et 20 mg gélule	bt 30 et bt 100 mg et bt 20 (20 mg)		30h à 150h	1h	20 mg et 20 mg	

*Une demi-vie correspond au temps qu'il faut à l'organisme pour que la quantité de molécule, dans la concentration initiale, soit diminuée de moitié. La quantité de médicament est totalement éliminée de l'organisme au bout de 5 % vies.

**Un tiers de la dose initiale est absorbé au bout de 1h30.

*** Sans excéder 4 semaines selon la réglementation.

Antihistaminiques:
Doxylazine 10 mg, Loratadine 1 mg, Brézatidine 10 mg - non recommandés chez l'enfant, en l'absence d'études. Compris non adapté à l'enfant de moins de 6 ans (risque de réaction anaphylactique).

Hypnotiques:
Le-méthadol - ne pas en faire chez les enfants et adolescents. Compris non adapté à l'enfant de moins de 6 ans (risque de réaction anaphylactique).

Chlorhydrate diphenhydramine 5 mg - réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans.

Chlorhydrate diphenhydramine 5 mg - réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans.

ameli.fr



PROPOSITION D'UNE DÉMARCHE POUR L'ARRÊT D'UNE BENZODIAZÉPINE LORS DE LA PRISE EN CHARGE PAR LE MéDECIN GÉNÉRALISTE*

*Dans le cas où un patient aurait été traité quotidiennement depuis plus d'un mois, proposer une stratégie d'arrêt de la consommation de benzodiazépines (BZD).

• Mesurer le degré d'attachement du patient à la BZD au moment de l'arrêt et qui doit toujours être proposé (quelques semaines à plusieurs mois) notamment dans les utilisations au long cours, afin de limiter le risque de surdosage ou d'absorption au syndrome de sevrage. Les éléments de l'arrêt sont l'arrêt de la consommation et l'absence de symptômes.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, mesurer le palier psychotropique antérieure, puis en cas de réapparition de ces signes de syndrome de sevrage, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome de sevrage sans gravité survenant, diminuer la dose de la BZD.

• Si, lors de la phase de déconsécration des signes de syndrome

- Recherches bibliographiques sur la déprescription de benzodiazépines

=> Partage des protocoles de déprescription proposés dans les différents articles en distinguant les indications :
insomnie et anxiété

=> Révision du contexte de la place de la carbamazepine dans la deprescription des benzodiazépines

⇒ Partage de la recherche bibliographique réalisée par l'OMEDIT après finalisation

- Actions du groupe

⇒ Sollicitation de la HAS par l'OMEDIT afin de savoir si des travaux sont engagés pour élaborer un protocole national

⇒ Partage des protocoles élaborés par les établissements

⇒ Elaboration d'un document permettant une appropriation des recommandations HAS

⇒ [Haute Autorité de Santé. 2015. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire - Rapport d'élaboration](#)

⇒ [Haute Autorité de Santé. 2008. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé - Recommandations professionnelles](#)

L'idée est de diffuser le document existant de la HAS sur ce sujet, en intégrant :

- les autres ressources disponibles Assurance Maladie, OMEDIT

- des propositions du GT sur des modalités ciblées de déprescription par médicaments

Structure	Thème	Actions
CHU Bx	Pansement en gériatrie Prise en charge de la douleur	Hypnose
CHU Limoges	Pédiatrie	Casque de réalité virtuelle
CH Esquirol	Santé mentale	Thérapeutiques cognitivo –comportementales, Relaxation, Sport, Hypnose, Méditation plein conscience, Art-thérapie et musico-thérapie
EHPAD Commaignac	Santé mentale	Activité Physique Adaptée, Sortie, Toucher Massage, Atelier mémoire, Casque virtuel

Résultats CAQES 2025 (année 2024) – Indicateurs régionaux parcours douleur et santé mentale

=> Promotion des alternatives non médicamenteuses validées Douleur: 86,2%, Santé mentale: 80%

- **Thérapies corporelles et sensorielles**

Relaxation, Yoga, Toucher massage, Réflexologie plantaire et palmaire, Aromathérapie, Sophrologie, Hypnose / Hypnoanalgésie, Électroconvulsivothérapie, TENS, Luminothérapie

- **Activités artistiques et sportives**

Art-thérapie, Danse-thérapie, Musicothérapie, Boxe-thérapie, Escrime-thérapie, Thérapies psychocorporelles et psychologiques

Ateliers psychologies, Thérapie systémique, Psychoéducation, Hypnose, Thérapies proposées par l'École Thermale du Stress

Café / Cuisine thérapeutique, Hortithérapie, Natation, Balnéothérapie à visée interservices, Soins aquatiques

- **Hygiène de vie**

- Recommandation de consommation de compote de pruneaux ou de pruneaux fruits entiers lors de prescription de laxatifs

- Règles hygiéno-diététiques

- **Valorisation des actions mises en place par les professionnels**

=> Travail sur une trame type avec l'EHPAD du Vigeois (permettant une entrée par la pathologie/le contexte cible ou par la TNM, description de l'action, 1ers résultats, ...)

⇒ Proposition de la trame à tous les professionnels du groupe et tous les ES CAQES (ciblés par les indicateurs régionaux douleur et santé mentale) ayant remonté des actions d'alternatives non médicamenteuses

- **Tournage de vidéos sur la mise en œuvre des alternatives non médicamenteuses sur le terrain**

⇒ 3 structures sont volontaires : EHPAD Le Vigeois, CHU de Bordeaux et Institut Bergonié

⇒ Valorisation par thématiques

⇒ Objectif de valoriser ces travaux lors de la journée régionale

Le Tableau est donc à compléter par tous ceux qui ont engagé une alternative non médicamenteuse et souhaitent partager leur expérience via soit une fiche, soit une vidéo : [GT ECOPRESCRIPTION RECENSEMENT ACTIONS ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSE.docx - Google Docs](#)



Données issues de l'enquête ATIH sur l'achat et la consommation de médicaments à l'hôpital
Exploitation des données à disposition 2022 et 2023 sur les ES répondants en 2022/2023/2024
Focus sur les parts de consommation IV/per os dans les ES MCO (49 ES avec au moins 60% de lits MCO en Nouvelle-Aquitaine)

Paracetamol

	22	23
Part UCD IV /total	11%	11%
Part Dépenses IV /total	85%	88%

Antibiotiques

	22	23
Part UCD IV /total	43%	40%
Part Dépenses IV /total	86%	87%

Antifongiques

	22	23
Part UCD IV /total	11%	14%
Part Dépenses IV /total	66%	75%

- **Travaux du CHU pour une action au plus proche des professionnels**
- => partage méthodologie dès finalisation

Amoxicilline, Amoxicilline – Acide clavulanique, Clarithromycine, Clindamycine, Ciprofloxacine, Delafloxacine, Doxycycline, Lévofloxacine, Linézolide et Métronidazole



- **Prochaine réunion du GT : Mardi 4 novembre à 13h30**
- **Prochaine journée régionale OMEDIT : mardi 18 novembre à Pessac**

MERCi

de votre contribution

<https://www.omedit-nag.fr>