

# ARRET PROGRESSIF DES BENZODIAZEPINES DANS LES TROUBLES DU SOMMEIL

- Soutien d'aide à la pratique -



## Collaborateurs externes

Manuel Dupuis, Psychologue  
Marie-Line Foisy, Psychologue  
Jean-Baptiste Lafontaine, Généraliste  
Sébastien Lorriaux, Psychologue

## Equipe de recherche

Robert Diels, Généraliste  
Nadine Kacenenbogen, Généraliste  
Anne-Marie Offermans, Sociologue  
Didier Piquard, Généraliste  
Jean-Michel Thomas, Généraliste  
Pol Thomas, Généraliste



# Z DRUGS ?

- STILNOCT
- Zolpidem
- IMOVANE
- Zopiclone
  
- (ZALEPLON)
- PARTICULARITÉS : demi-vie courte

# SOMMES-NOUS TOUS CONCERNÉS ?

- OUI !
- JEUNES MG ET MOINS JEUNES MG
- MÊME SI PRUDENCE DANS LA R/ des BZ
- DANS TOUS LES TYPES DE PRATIQUE
- CAR : NOUVEAUX PATIENTS qui changent de MG
  - Déménagement
  - Arrêt de la pratique de leur MG ETC
- AVEC LEUR TRAITEMENT CHRONIQUE

# POURQUOI CE SUJET ?

- DEPUIS 2005, CAMPAGNE FÉDÉRALE POUR L'USAGE RATIONNEL DES BENZODIAZÉPINES
- PLUSIEURS MG ET PSYCHOLOGUES INTÉRESSÉS
  - Formation
  - Diffusion dans des GLEMS, FMC
- MANUEL D'AIDE AUX MG
  - Anxiété
  - Stress
  - Troubles du sommeil
- AVEC PARTICIPATION DES PHARMACIENS

# POURQUOI CE SUJET ?

- SI PRESCRIPTION DE BZ ...
  - Utilisation prolongée...> 1 mois
  - Médicalement justifiée à long terme ?
  - Place du sevrage ?
- SUJET ÉTHIQUE
  - Légitimité du MG de proposer un sevrage ?
- SUJET ÉCONOMIQUE
  - Coût des complications liées aux BZ
  - Coût du sevrage, des alternatives aux BZ

# POURQUOI ENCOURAGER LES UTILISATEURS CHRONIQUES À ARRÊTER ?

## 1. POUR LA PLUPART DES INDICATIONS

- UN TRAITEMENT CHRONIQUE N'EST PAS NÉCESSAIRE
- RAPPEL DES INDICATIONS DE TT PAR BZ

# POURQUOI ENCOURAGER LES UTILISATEURS CHRONIQUES À ARRÊTER ?

## 2. **AVANTAGES** EN CAS D'ARRÊT

- PLUS GRANDE VIGILANCE : PERSONNES ÂGÉES mais aussi les conducteurs automobiles (ASPECT MÉDICO-LÉGAL)
- RAPPEL : DEVOIR DU MÉDECIN D'INFORMER SUR LES RISQUES DE LA CONDUITE
- MEILLEURE QUALITÉ DE VIE

# POURQUOI ENCOURAGER LES UTILISATEURS CHRONIQUES À ARRÊTER ?

## 3. INCONVÉNIENTS SI UTILISATION CHRONIQUE

- **ACCOUTUMANCE**
  - Pour l'effet hypnotique, accoutumance déjà après 1 semaine
  - Pousse le patient à consommer plus de BZ → plus d'effets indésirables
  - Si posologie plus élevée → sevrage plus difficile



# POURQUOI ENCOURAGER LES UTILISATEURS CHRONIQUES À ARRÊTER ?

## 4. LES PLUS GRANDS CONSOMMATEURS SONT LES **PERSONNES ÂGÉES**, OR...

GRANDE SENSIBILITÉ AUX EFFETS INDÉSIRABLES :

- Mémoire
- Tonus musculaire
- Risque de chutes et de fractures
- Confusion
- Pneumopathie
- Sédation

# POURQUOI ENCOURAGER LES UTILISATEURS CHRONIQUES À ARRÊTER ?

5. LA **VOLONTÉ D'ARRÊTER DU PATIENT** EST SOUVENT PLUS  
GRANDE QUE NE LE PENSE LE MÉDECIN

# RAPPEL DES INDICATIONS de R/BZ

- TROUBLES DU SOMMEIL
  - En cas de stress aigu
  - Pour une courte période 7 jours
  - Mais conditionnements inadaptés
    - À part quelques molécules (14, 20 comprimés)
- TROUBLES ANXIEUX
  - Une des approches thérapeutiques
  - Psychothérapie
    - Coût, disponibilité, freins
  - Tag, tp, espt : recours aux ssri et/ou psychothérapie

# OBSTACLES AU CHANGEMENT

- POUR LE MÉDECIN
  - Habitudes : renouvellement automatique
  - Temps : renouvellement <<< sevrage BZ
  - Facilité
  - Ne pas déplaire au patient
  - Gérer une situation de sevrage
  - Banalisation de la prescription de BZ
  - Manque de pratique des sevrages
  - Manque de connaissances dans ce domaine
  - Autre ?

# OPPORTUNITES en MG

- À L'OCCASION D'UN DMG : lister les problèmes de santé
  - Ouverture du dossier pour un nouveau patient
  - Lors du renouvellement du DMG
- L'OCCASION D'UN RENOUVELLEMENT DE R/ EN MR/MRS
  - START/STOPP
- Demande du patient (rare en pratique!)

STOPP START

Tableau 1. STOPP (Screening Tool of Older People's Potentially Inappropriate Prescriptions)

Les prescriptions suivantes sont potentiellement inappropriées chez les sujets âgés de 65 ans ou plus.

A. Systèmes cardiovasculaires

1. un traitement prolongé par digoxine à une dose > 125 µg/jour en présence d'une insuffisance ventriculaire (aggravation du risque de décès).
2. un diurétique de l'anse pour le traitement des ostéièmes des membres inférieurs associés à l'insuffisance ventriculaire < 4-d, absence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque, de décompensation d'une insuffisance hépatique ou d'un syndrome néphrotique (absence d'efficacité démontrée, préférence une correction ventriculaire).
3. un diurétique de l'anse en traitement de première intention d'une hypertension essentielle (alternatives plus efficaces et moins coûteuses (thiazidiques)).
4. un diurétique thiazidique chez un patient atteint de goutte (risque de crise de goutte).
5. un β-bloquant non cardioselectif chez un sujet avec une bronchite chronique obstructive (BPCO) (risque de bronchospasme).
6. β-bloquant et vérapamil en association (risque augmenté de bloc de conduction).
7. altération ou vicié par en présence d'une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV (risque de rétention fluides/insuffisance cardiaque).
8. un anti-calcique sur terrain de constipation chronique (risque de majorer la constipation).
9. aspirine et anti-vitamines K (AVK) en association sans protection digestive par antagoniste des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) (excepté la civitalémine en raison du risque d'interaction avec les AVK) ou inhibiteurs de la pompe à protons (risque élevé de saignement gastro-intestinal).
10. dipyridamol, ou mifépristone, en prévention secondaire des événements cardiovasculaires (efficacité non démontrée).
11. aspirine en présence d'une maladie ulcéreuse gastro-duodénale et en l'absence d'une protection digestive par anti-H2 ou inhibiteurs de la pompe à protons (risque de saignement gastro-intestinal).
12. aspirine à une dose > 150mg/jour (aggravation du risque de saignement sans augmentation démontrée de l'efficacité).
13. aspirine ou dipyridamol en l'absence d'une évaluation documentée par un médecin à brève ou par imagerie, notamment au niveau coronarien, carotidien-vasculaire ou des artères des membres inférieurs (pas d'indication).
14. aspirine ou dipyridamol en traitement de vertiges non clairement attribuables à une origine cérébro-vasculaire (pas d'indication).
15. anti-vitamines K, pour une durée > 6 mois, en traitement, d'un premier épisode non compliqué, de thrombose veineuse profonde (pas de bénéfice démontré).
16. anti-vitamines K, pour une durée > 12 mois, en traitement, d'un premier épisode non compliqué, d'embolie pulmonaire (pas de bénéfice démontré).
17. aspirine, dipyridamol, dipyridamol ou anti-vitamines K en présence d'une maladie hémorragique (sauf risque hémorragique).

\* Absence de la créatinine selon la formule de Cockcroft et Gault estimée < 30ml/min.

B. Psychotropes et systèmes nerveux central

1. sédatifs/muscliques (TCA) en présence d'un syndrome démentiel (risque de majorer le délirium nocturne).
2. TCA en présence d'un glaucome (excès de l'excitabilité du glaucome).
3. TCA en présence de troubles de la conduction cardiaque (risque d'aggravation des troubles cardiaques).
4. TCA en présence d'une constipation chronique (risque de majorer la constipation).
5. TCA en association avec des opioïdes ou des anticholinergiques (risque de constipation sévère).
6. TCA en présence d'une obstruction prostatique ou d'une histoire de rétention urinaire (risque de rétention urinaire).
7. utilisation prolongée (i.e. > 1 mois) de benzodiazépines de longue durée d'action (flunitrazépam, flurazépam, nitrazépam, tétrazépam, zolpidem) de benzodiazépines avec métabolites actifs de demi-vie prolongée : diazépam (risque de séduction prolongée, confusion, trouble de l'équilibre, chute).
8. prescription prolongée (i.e. > 1 mois) d'un neuroleptique atypique en traitement hypotensif (risque de confusion, hypotension, risque de syndrome extrapyramidal, chute).
9. prescription prolongée (i.e. > 1 mois) d'un neuroleptique chez un sujet avec un syndrome parkinsonien (risque d'aggravation des symptômes extrapyramidaux).
10. phénothiazines chez des sujets épileptiques (peut déclencher le mal épileptique).
11. anti-cholinergiques en traitement des symptômes antipsychotiques induits par les antipsychotiques (risque de syndrome cholinergique).
12. inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) en présence d'une hypotension (hypotension non orthostatique < 130 mmHg), persistance sur au moins 2 mois).
13. prescription prolongée (> 1 semaine) d'anti-histaminiques de première génération : diphenhydramine, chlorphiramine, cyclizine, prométhazine (effets similaires à anti-cholinergiques).

C. Systèmes gastro-intestinal

1. alopurinol, topiramide ou phosphatate de codéine en traitement de diabète (risque d'hyperurémie, risque de retard diagnostique, d'aggraver une diarrhée parasitaire, développer un métracolon toxique dans le cas d'une pathologie inflammatoire, retarder la guérison d'une gastroentérite).
2. alopurinol, topiramide ou phosphatate de codéine phosphate en traitement de gastro-entérite d'origine infectieuse sévère (risque d'aggravation ou de persistance de l'infection).
3. prokinétique ou métoclopramide en présence d'un syndrome parkinsonien (risque d'aggravation de parkinsonisme).
4. inhibiteur de la pompe à protons (IPP) en traitement d'une pathologie ulcéreuse à la place maintenu pour une durée > 8 semaines (arrêt placebo ou réduction progressive de la dose en traitement préventif ou de fond d'une maladie ulcéreuse ou d'un reflux gastro-œsophagien indigés).
5. anticholinergique anti-cholinergique en cas de constipation chronique (risque d'aggravation de la constipation).

D. Systèmes respiratoires

1. théophylline en monothérapie dans la BPCO (alternatives plus sûres et plus efficaces disponibles, risques d'effets indésirables majeurs en raison d'un index thérapeutique étroit).
2. corticoïdes systémiques à la place d'une forme inhalée en traitement de fond d'une BPCO modérée-sévère (exposition non obligatoire aux effets systémiques des corticoïdes).
3. bromure d'ambroxol en présence d'un glaucome (peut occluser le glaucome).

E. Appareil musculo-squelettique

1. anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en présence d'une maladie ulcéreuse ou d'un saignement gastro-intestinal, sans l'association d'un anti-H2, d'un IPP ou de misoprostol (risque de récidive d'un ulcère).
2. AINS avec une hypotension artérielle modérée-sévère (risque : LAD/Dévoilé - LAD/Dévoilé sévère - LAD/Dévoilé) (risque d'association de l'hypertension).
3. AINS en présence d'une insuffisance cardiaque (risque d'aggravation de l'insuffisance cardiaque).
4. prescription prolongée (> 3 mois) d'un AINS en traitement antalgique de douleurs arthralgiques modérées (préférer un antalgique simple).
5. AVK ou AINS en association (risque de saignement gastro-intestinal).
6. AINS en présence d'une insuffisance rénale chronique (risque d'aggravation de la fonction rénale).
7. corticoïdes au long cours (> 3 mois) en monothérapie d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'une arthrose (risque élevé d'effets systémiques des corticoïdes).
8. AINS au long cours ou corticoïdes pour traitement de fond d'une maladie post-traumatique en l'absence de contre-indication à l'acupuncture (alternatives médicales de premier choix de la prévention de la douleur).

F. Appareil urinaire

1. anticholinergique en traitement de l'hypertension artérielle en présence d'un syndrome démentiel (risque de confusion, d'agitation).
2. anticholinergique en traitement de l'hypertension artérielle en présence d'un glaucome chronique (risque de persistance sévère du glaucome).
3. anticholinergique en traitement de l'hypertension artérielle en présence d'une constipation chronique (risque d'aggravation de la constipation).
4. anticholinergique en traitement de l'hypertension artérielle en présence d'une obstruction prostatique (risque de rétention urinaire).
5. β-bloquant chez les hommes incirconcis (i.e. au moins un épisode d'incircuncision spécifique (risque d'augmenter la fréquence et/ou d'aggraver l'incircuncision)).
6. α-bloquant en présence d'une seconde urinaire au long cours (i.e. plus de 2 mois (pas d'indication)).

G. Système endocrinien

1. glimepiramide ou chlorpropamide en traitement d'un diabète de type 2 (risque d'hypoglycémie prolongée).
2. β-bloquant chez des sujets obésité présentant des hypoglycémies récurrentes > 1 épisode/mois (risque de masquer les signes d'hypoglycémie).
3. supplémentation méthylique en présence d'un cancer du sein ou d'une maladie thrombo-embolique veineuse (aggravation le risque de récidive).
4. supplémentation méthylique sans progestatif chez des hommes non hypertendus (risque de cancer de l'endométrie).

## Tableau 1. STOPP - Screening Tool of Older People's Potentially Inappropriate Prescriptions

---

### 7. Utilisation prolongée (i.e. > 1 mois)

de benzodiazépines de longue demi-vie d'action : chlórdiazépoxyde, fluazépam, nitrazépam, chlorazépate

SOIT de benzodiazépines avec métabolite(s) actifs de demi-vie prolongée : diazépam (risque de sédation prolongée, confusion, trouble de l'équilibre, chutes).

CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

# ARRÊT D'UNE BENZODIAZÉPINE

- SYMPTÔMES DE SEVRAGE d'autant plus important que :
  - Utilisation de longue date (déjà >3 mois)
  - Utilisation de doses élevées (rappel accoutumance conduisant à des posologies croissantes)
  - BZ demi-vie courte
  - Patient est âgé

**→ UN SEVRAGE AUX BZ NE S'IMPROVISE PAS !**



## MODALITÉS DE L'ARRÊT

- Arrêt progressif et graduel de la BZ utilisée ?

OU

- Passage à une dose équivalente de diazépam à réduire ensuite progressivement ?

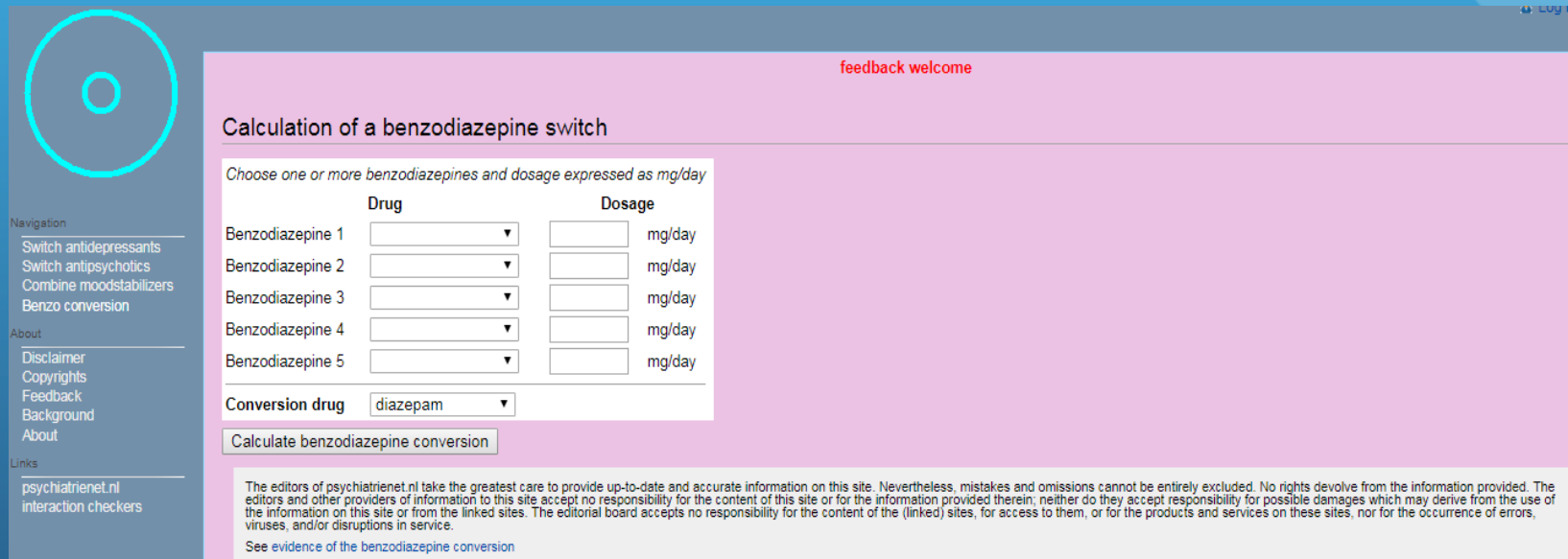
# DIAZÉPAM ? Chez la personne âgée ?

- « *LE PASSAGE À UNE BENZODIAZÉPINE DE LONGUE DEMI-VIE (DIAZÉPAM) N'APPORTE PAS D'AVANTAGE AUX PATIENTS PAR RAPPORT À UN ARRÊT PROGRESSIF DE LA BENZODIAZÉPINE UTILISÉE* »
- DE PLUS, CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES :
  - Risque d'induire un état stuporeux, une somnolence diurne
  - ... et donc aussi de chutes !

FORMULAIRE MRS 2014, farmaka, système nerveux, p. 185

# Convertisseur en ligne

<http://wiki.psychiatrienet.nl/index.php/Special:RunQuery/CalcBenzo>



feedback welcome

### Calculation of a benzodiazepine switch

Choose one or more benzodiazepines and dosage expressed as mg/day

	Drug	Dosage	
Benzodiazepine 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/day
Benzodiazepine 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/day
Benzodiazepine 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/day
Benzodiazepine 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/day
Benzodiazepine 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/day

Conversion drug:

The editors of psychiatrienet.nl take the greatest care to provide up-to-date and accurate information on this site. Nevertheless, mistakes and omissions cannot be entirely excluded. No rights devolve from the information provided. The editors and other providers of information to this site accept no responsibility for the content of this site or for the information provided therein, neither do they accept responsibility for possible damages which may derive from the use of the information on this site or from the linked sites. The editorial board accepts no responsibility for the content of the (linked) sites, for access to them, or for the products and services on these sites, nor for the occurrence of errors, viruses, and/or disruptions in service.

[See evidence of the benzodiazepine conversion](#)

# 10 MG DIAZÉPAM (CBIP 2014)

Alprazolam 0,5 - 1  
bromazépam 4,5 - 9  
brotizolam 0,25 - 0,5  
clobazam 10 - 30  
clonazépam 1 - 4  
mgclorazébate 10 - 30  
clotiazépam 5 - 10  
cloxazolam 1 - 2  
flunitrazépam 0,5 - 2  
flurazépam 15 - 60  
kétazolam 15 - 75  
loflazébate d'éthyle 1 - 3

loprazolam 0,5 - 2  
lorazépam 2 - 8  
lormétazépam 1 - 2  
midazolam 7,5 - 15  
nitrazépam 5 - 10  
nordazépam 2,5 - 10  
oxazépam 15 - 100  
prazépam 30 - 60  
témazépam 15 - 60  
tétrazépam 25 - 100  
triazolam 0,25 - 0,5  
zolpidem 20 zopiclone 15

# COMMENT UTILISER LE DIAZÉPAM ?

PAR MARQUE PAR GROUPE Positionnement tout réduire

diazépam injection/perfusion/instillation/rectal 10 mg / 2 ml

spécialité	quantité	prix public	ticket mod.	index public	index ticket mod.
R Valium	sol. inj./perf./instill. i.m./i.v./rect. [amp.]	5 x	5,99 €	1,00	1,00

diazépam oral 2 mg

spécialité	quantité	prix public	ticket mod.	index public	index ticket mod.
R Diazepam Teva	compr.	60 x	3,48 €	1,00	1,00

diazépam oral 5 mg

spécialité	quantité	prix public	ticket mod.	index public	index ticket mod.
R Diazetop	compr. (séc.)	60 x	7,67 €	1,00	1,00
R Diazetop	compr. (séc.)	30 x	4,35 €	1,13	1,13
R Diazepam Teva	compr. (séc.)	25 x	3,69 €	1,15	1,15
R Diazepam Teva <small>nouveau</small>	compr. (séc.)	30 x	4,80 €	1,25	1,25
R Diazepam Teva	compr. (séc.)	60 x	9,60 €	1,25	1,25
R Valium	compr. (séc.)	30 x	5,53 €	1,44	1,44

diazépam oral 10 mg sec.

# COMMENT UTILISER LE DIAZÉPAM ?

- PASSAGE DE LA BZ À COURTE DURÉE D'ACTION → DIAZÉPAM
- CALCUL DE L'ÉQUIVALENCE (TABLEAU CBIP) EN MG DE DIAZÉPAM
- ⇒ ...x... COMPRIMÉS À 2 MG DE DIAZÉPAM PAR JOUR EN 1 (À 2) PRISE(S) PAR JOUR
- STABILISATION SOUS DIAZÉPAM 2 SEMAINES
- RÉDUIRE ENSUITE PROGRESSIVEMENT LES DOSES DE DIAZÉPAM JUSQU'À 0,5 MG (MAGISTRALE)
- NB SI DOSES ÉLEVÉES DE BZ > ÉQUIVALENT DE 20 MG DE DIAZÉPAM → D'ABORD RÉDUIRE LA POSOLOGIE DE LA BZ !

# RÈGLES POUR UN PLAN D'ARRÊT

- CALENDRIER ÉCRIT REMIS AU PATIENT
- PLAN ADAPTÉ AU PATIENT
- PLAN ADAPTÉ EN FONCTION DES SYMPTÔMES
- DURÉE DE SEVRAGE DÉPEND DE :
  - Dose utilisée
  - Ancienneté de l'utilisation
- PAS D'ARRÊT BRUTAL NI TR OP RAPIDE → SD DE SEVRAGE !

# RÈGLES POUR UN PLAN D'ARRÊT

- PRESCRIRE LES QUANTITÉS MESURÉES JUSQU'AU PROCHAIN CONTACT
- ÉVENTUELLEMENT PLATEAU PLUS LONG QUE PRÉVU...
- ... MAIS NE PAS AUGMENTER LA DOSE DE BZ
- NE PAS REMPLACER LA BZ PAR L'ALCOOL, CANNABIS, ..
- ABANDON DERNIÈRE DOSE SOUVENT DIFFICILE
- A TOUT ÂGE : ARRÊT PROGRESSIF ET GRADUEL



# MODALITÉS D'ARRÊT SANS DIAZÉPAM

- MÊMES PRINCIPES
- RÉDUCTION DE 10 À 20% DES DOSES PAR PÉRIODES D'1 À 2 SEMAINES
- RENDEZ-VOUS RÉGULIERS
- RDV APRÈS LE SEVRAGE :
  - Rechute ?
  - Autre symptôme psychiatrique ?
    - Anxiété ? Dépression ? ...

# SUIVI ET PRONOSTIC

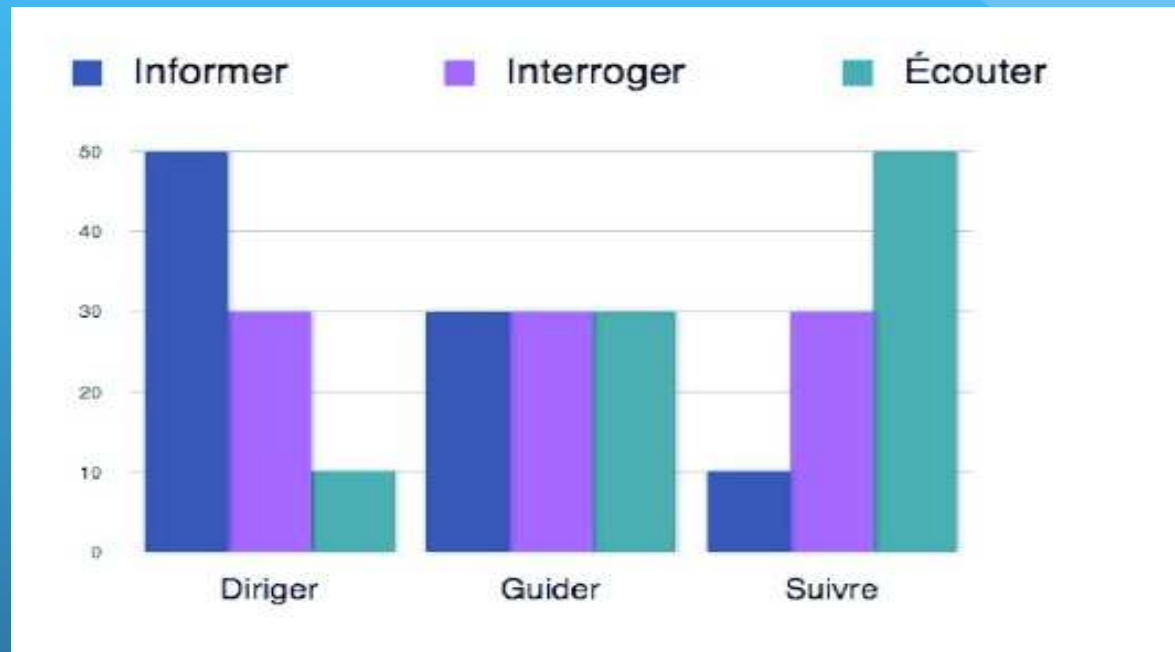
- RÉUSSITE DE 70 À 80% DES PATIENTS SI SEVRAGE GRADUEL SANS PROBLÈME MAJEUR
- CHEZ LES PATIENTS TRÈS MOTIVÉS ABUSANT DE PLUSIEURS SUBSTANCES : 25 % DE SUCCÈS
- TCC : PEU PROBABLE QU'ELLE AMÉLIORE LE TAUX DE RÉUSSITE DU SEVRAGE CHEZ LES POLYTOXICOMANES PAR RAPPORT AUX SOINS MÉDICAUX CLASSIQUES
- APRÈS RÉUSSITE DU SEVRAGE : DE NOMBREUX PATIENTS NÉCESSITENT DES SOINS POUR GÉRER LEUR ANXIÉTÉ OU LEUR DÉPRESSION

# SEVRAGE DES BZ : QUE PROPOSER ?

## 5 ÉTAPES

1. CHOIX DES UTILISATEURS POUR L'ARRÊT PROGRESSIF
2. INTERVENTION MINIMALE
3. INTERVENTION APPROFONDIE
4. ARRÊT PROGRESSIF
5. QUE FAIRE EN CAS DE RECHUTE ?

## TROIS STYLES ET TROIS COMPETENCES DE COMMUNICATION



D'après Rollnick et al., *Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation*, Dunod (2009)

# L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL



L'entretien motivationnel est une méthode de communication participative dont l'objectif est de renforcer les motivations personnelles et l'engagement vers le changement.

Elle se focalise tout particulièrement sur le langage du changement émanant du patient.

(Adaptation de Miller 2010)

# ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

## ESPRIT de l'EM

### Collaboration

Entre deux experts

« *Relation de qualité* »

### Evocation

Se baser sur le discours et les expériences du patient

*Etre à l'écoute, (empathie) aller à la rencontre de ses valeurs et de son cadre de référence, explorer..*

### Primauté de l'autonomie

Le changement n'est pas imposé. Le patient a le droit et la capacité de décider du changement

*Respect du rythme et des choix du patient*

# L'ambivalence

- Définition : disposition psychique d'un sujet qui éprouve ou manifeste 2 sentiments opposés à l'égard d'un même comportement (ex.: le désir et la crainte d'arrêter de fumer)
- Normale dans la clinique des addictions
- Ce n'est pas un manque de motivation
- Phénomène que le patient doit résoudre pour un changement de comportement

# Le patient résistant

- Trouve des arguments pour maintenir le comportement
- Doute de sa capacité personnelle
- Hostilité
- Passivité
- Interrompt
- Nie le problème
- Minime
- Fait preuve de défaitisme
- Expression non-verbale





# La résistance

- Un signal de dissonance dans l'entretien

« *attendez une minute, je ne suis pas d'accord avec vous...* »

- Ce n'est pas une caractéristique intrinsèque au patient, elle est le fruit d'une interaction entre 2 personnes
- C'est votre façon de répondre à la résistance qui fera évoluer ou pas la relation thérapeutique

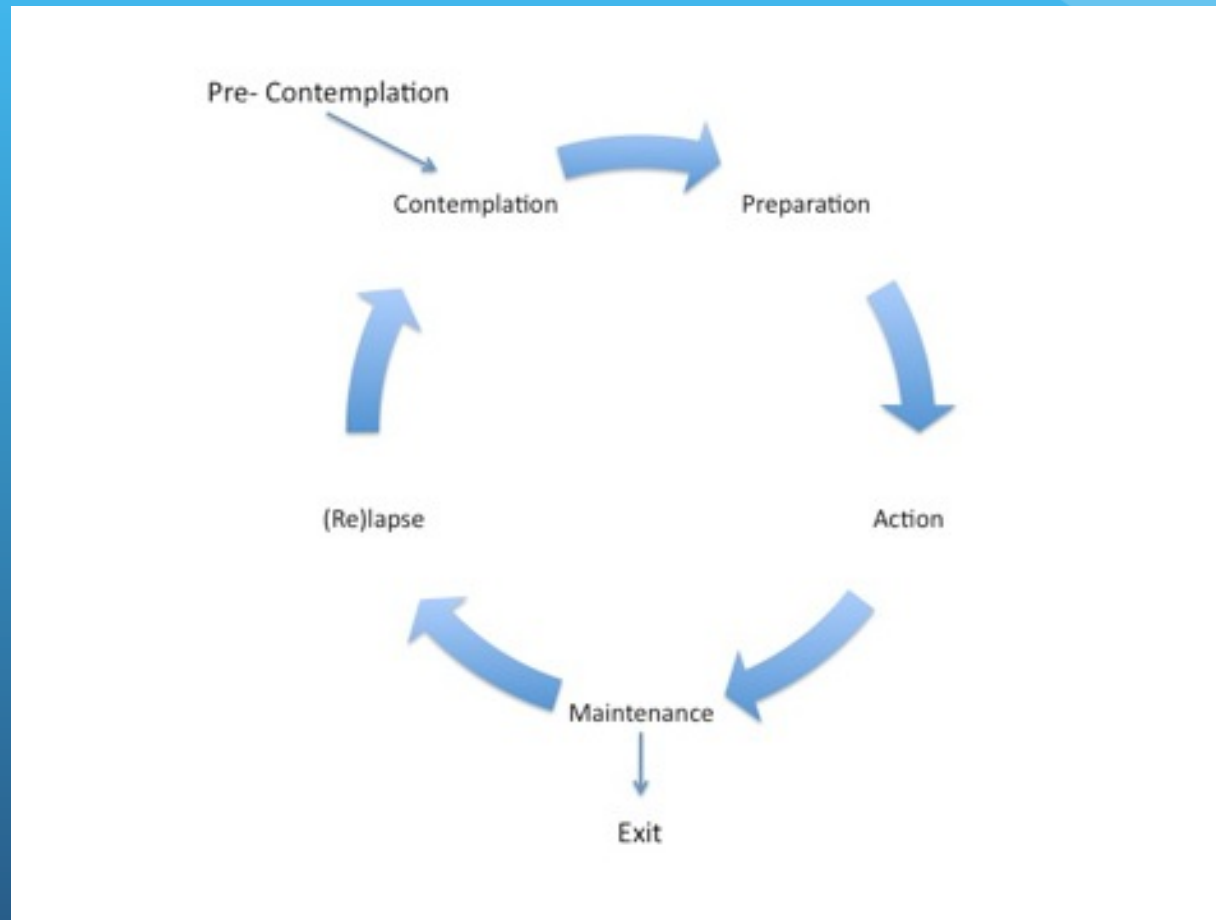
# Pourquoi est-il résistant ?

- Le patient est peut-être en colère, frustré, en désaccord avec un autre soignant...et cela s'en ressent dans la relation
- Il a peut-être d'autres préoccupations...
- c'est peut-être le résultat d'une inadéquation entre le **discours du professionnel** et le stade de changement du patient

## En effet...

- Le patient n'est pas forcément prêt à arrêter !
- Important de tenir compte de son « stade de changement » avant toute proposition et/ou conseil

# Cycle de Prochaska



# Précontemplation/satisfaction

- Le patient n'envisage pas sérieusement d'arrêter les benzos (dans un délai de 6 mois)
- Les avantages du benzo l'emportent sur les inconvénients, les risques
- Défensif, résistant aux suggestions de changement
- Non impliqué ou passif
- Manque de conscience du problème
- Vécu de contrainte, d'être obligé

# Précontempation: comment réagir?

- Eviter tout jugement...
- Pouvoir entendre les arguments du patient et se montrer empathique...ce qui ne veut pas forcément dire être d'accord avec son discours!
- Conseil minimal: «pour votre santé et en tant que professionnel, je vous conseille d'arrêter »
- Remettre une brochure d'informations au cas où le patient chercherait de l'aide plus tard
- Important de créer une relation de confiance à ce niveau pour que le patient puisse réaborder la question plus tard...

# Contemplation/ambivalence

- Le patient pense changer dans les 6 mois
- Pèse le pour et le contre de la prise du benzo
- Les bénéfices à long terme de l'arrêt ont le même poids que les bénéfices immédiats de la poursuite de la prise du benzo
- Ambivalence

# Ambivalence, comment réagir ?

- Stade le plus fréquent (ex: 80% des fumeurs)
- Surtout ne pas brusquer le patient en le motivant vers l'arrêt mais plutôt écouter ce qu'il retire comme avantage à maintenir son comportement et travailler cette ambivalence si vous avez du temps...
- Prendre le temps d'en rediscuter si une autre visite est prévue
- Brochure d'infos...



# Préparation

- Fermement décidé à arrêter les benzos dans les 30 jours
- Les bénéfices de l'arrêt l'emportent sur les avantages immédiats de la prise du benzo
- Engagement dans le processus de changement
- Recherche de l'aide et/ou des conseils

# Préparation, comment réagir?

- Donner des infos/conseils...
- Eviter de se baser uniquement sur son expérience personnelle...ce qui a fonctionné pour vous n'est peut-être pas adapté au patient
- Ne pas hésiter à relayer le patient au besoin

# Action

- A cessé de prendre des benzos depuis moins de 6 mois
- Efforts faits pour rester abstinent
- Implication dans le processus de changement
- Demandeur, « motivé »
- Volonté de suivre les suggestions, le traitement
- Risque de rechute encore important

# Action: comment réagir?

- Encourager le patient
- Le valoriser (y compris lorsqu'il s'agit d'une diminution)
- Demander s'il éprouve des difficultés ? De quelle manière vous pouvez l'aider et/ou l'orienter ?
- Lui amener de l'information sur les avantages qu'il retire de son arrêt

# Maintien

- A cessé de prendre des benzos depuis plus de 6 mois
- Vigilance à éviter re-consommation mais les risques diminuent
- Ambivalence toujours possible

# Maintien: comment réagir?

- Valorisation ++
- Evaluer les avantages qu'il en retire et le féliciter de ses efforts
- Prévention de la rechute??

# Reconsommation

- A recommencé à prendre des benzos
- Déception, démotivation
- Normal dans le processus de changement mais pas une étape obligatoire pour tous
- Ne retombe pas au point de départ (patient satisfait de sa consommation de benzos)

# Reconsommation: comment réagir?

- Valoriser ce qui a été réalisé
- Ne pas culpabiliser
- Entendre que le sevrage est difficile
- Le questionner sur les difficultés qu'il a rencontré
- Besoin d'aide
- Encouragements ++ pour la suite !



# SEVRAGE DES BZ : QUE PROPOSER ?

## 5 ÉTAPES

1. CHOIX DES UTILISATEURS POUR L'ARRÊT PROGRESSIF
2. INTERVENTION MINIMALE
3. INTERVENTION APPROFONDIE
4. ARRÊT PROGRESSIF
5. QUE FAIRE EN CAS DE RECHUTE ?

# 1. CHOIX DES UTILISATEURS POUR L'ARRÊT PROGRESSIF

- COMMENT ÉTABLIR LE PROFIL DES PATIENTS ?
- ÉTABLIR LA LISTE DE VOS PATIENTS PRENANT DES BZ AU LONG COURS
- PENDANT UNE PÉRIODE DONNÉE : ENREGISTRER LES PATIENTS QUI VIENNENT VOUS DEMANDER UNE R/ BZ

# Enregistrement des patients pendant 1 j, 1 sem, 1 mois

DATE CONTACT	PATIENT	BZ: TYPE, DOSE, POSOLOG IE	INDIC. MED.?	DEPUIS>1 MOIS?	ARRÊT PROGR. POSSIB.?	C.I. ARRÊT
1/3/2019						
2/3/2019						

# Questions % sélection des patients pour l'arrêt progressif

- QUELLE BZ?, DOSE ?, POSOLOGIE ?, DEPUIS QUAND ?
- INDICATION À L'ORIGINE DE LA 1<sup>ÈRE</sup> R/ ?
- MOTIF DE LA PRESCRIPTION ACTUELLE ?
- ATCD DE SEVRAGE NON RÉUSSI ? PQ ?
- ET VOUS-MÊME, ÊTES VOUS CONVAINCU DE L'INTÉRÊT DE RÉDUIRE PROGRESSIVEMENT LE TT DE CE PATIENT ?
- QUE PENSEZ-VOUS DES CHANCES DE RÉUSSIR CE SEVRAGE ?

# Choix des patients pour arrêt progressif

CESSATION RÉALISABLE

PATIENTS PLUS DIFFICILES CAR CONTACT PATIENT MOINS BON  
OU ATCD D'ÉCHEC DE SEVRAGE

PATIENTS DEVANT ÊTRE RÉFÉRÉS

# Patients à référer

- TROP FORTES DOSES DE BZ

- CONTEXTE PSYCHIATRIQUE GRAVE
- PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX GRAVES

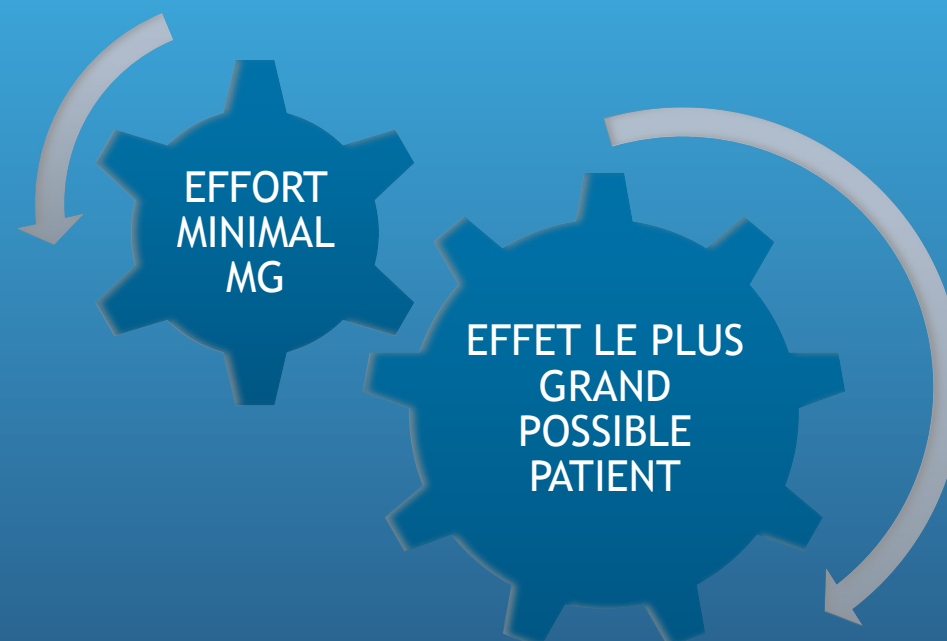
- ABUS D'ALCOOL ET /OU AUTRES SUBSTANCES
- PATIENTS EPILEPTIQUES
- COMPLICATIONS LORS D'UN PRÉCÉDENT SEVRAGE

# SEVRAGE DES BZ : QUE PROPOSER ?

## 5 ÉTAPES

1. CHOIX DES UTILISATEURS POUR L'ARRÊT PROGRESSIF
2. INTERVENTION MINIMALE
3. INTERVENTION APPROFONDIE
4. ARRÊT PROGRESSIF
5. QUE FAIRE EN CAS DE RECHUTE ?

# Intervention minimale





# Intervention minimale

## QUELLES OPTIONS ?

LETTRE D'INFORMATION ET DE SENSIBILISATION

SIMPLE CONSEIL D'ARRÊT LORS DE LA  
CONSULTATION

FAIRE FACE À L'ANXIÉTÉ, AU STRESS  
ET AUX TROUBLES DU SOMMEIL

Chère Madame/ Cher Monsieur \_\_\_\_\_,

Je vous prescris maintenant depuis un certain temps \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_, des médicaments du groupe des benzodiazépines. J'aimerais essayer de voir avec vous si cette lettre ne peut pas nous permettre de changer cette routine de prescription et prise de votre médicament.

De nombreux médecins généralistes s'inquiètent aujourd'hui de la prise à long terme de ces médicaments parce que notre organisme peut s'y accoutumer, ce qui peut, à son tour, modifier leurs effets et diminuer leur efficacité. Des comprimés ou capsules peuvent même s'avérer addictifs et provoquer des angoisses ou des insomnies si on les arrête. Ces symptômes ne sont pas ceux qui ont donné lieu à la prescription du médicament, mais bien des symptômes de sevrage passagers.

À côté de cela, les benzodiazépines ont également d'autres inconvénients. Ceux qui les prennent ont un risque plus élevé d'accidents et ces médicaments peuvent aussi avoir un effet négatif sur la mémoire.

Je vous conseille donc de progressivement diminuer la prise de \_\_\_\_\_ et de \_\_\_\_\_ et si possible de l'arrêter complètement. N'oubliez pas que votre organisme doit s'habituer à la nouvelle situation, ce qui peut temporairement provoquer de l'agitation, des tensions ou un mauvais sommeil. Si vous ressentez ces symptômes, essayez de tenir malgré tout, car au fil du temps, ils vont disparaître spontanément et vous vous sentirez mieux. En diminuant très progressivement la prise de votre médicament, vous réduisez au maximum le risque de voir ces symptômes apparaître. Essayez aussi de diminuer un peu chaque semaine et ne prenez vos comprimés que si vous devez faire quelque chose qui vous contrarie beaucoup. Une fois que vous aurez commencé à diminuer la prise de votre médicament, vous vous sentirez peut-être capable de l'arrêter complètement. De nombreuses personnes qui ont réussi à arrêter se sentent beaucoup mieux que lorsqu'elles prenaient leur médicament.

J'espère que cette lettre vous aura stimulé à diminuer la prise de votre médicament. Dans trois mois environ, je vous enverrai une invitation à prendre rendez-vous à ma consultation. Si cela vous convient, nous pourrions alors en parler ensemble.

Cordialement,

\_\_\_\_\_  
Médecin généraliste

# Lettre

INFORMATION ET SENSIBILISATION AU SEVRAGE

PERSONNALISÉE, INCLUANT TEST BENDEP-SRQ  
éventuellement

TAUX DE SUCCÈS 1 PATIENT SUR 10 !

- Heather N, Bowie A, Ashton H, et al. Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: outcome of intervention. *Addict Res Theory* 2004; 12: 141-154.

# Simple conseil d'arrêt

*« QUE PENSEZ - VOUS D'ARRÊTER  
PROGRESSIVEMENT VOTRE  
CONSOMMATION DE BZ ?*



*« JE NE PEUX QUE VOUS LE  
CONSEILLER VIVEMENT »*



**TAUX DE SUCCÈS 1/10 PATIENTS !**

# Bendep-SRQ C.C. Pr KAN, 1999

- Auto questionnaire <http://www.fagg-afmps.be/sites/default/files/downloads/bendep.pdf>

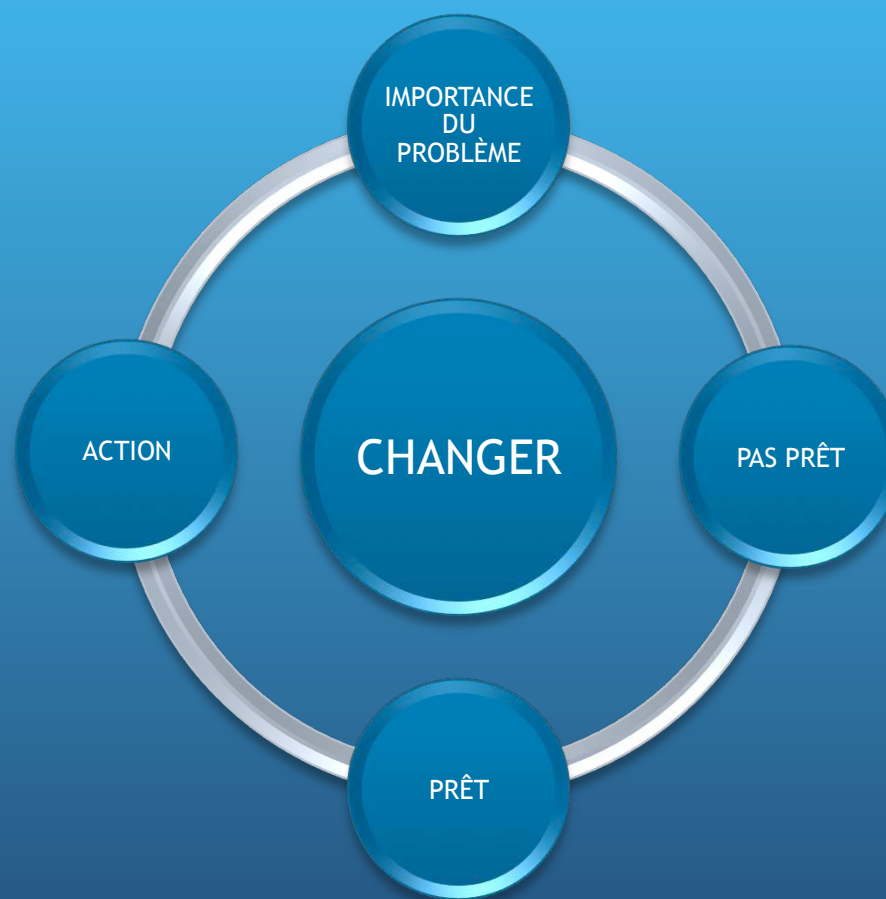


# SEVRAGE DES BZ : QUE PROPOSER ?

## 5 ÉTAPES

1. CHOIX DES UTILISATEURS POUR L'ARRÊT PROGRESSIF
2. INTERVENTION MINIMALE
- 3. INTERVENTION APPROFONDIE**
4. ARRÊT PROGRESSIF
5. QUE FAIRE EN CAS DE RECHUTE ?

# Intervention approfondie



# Intervention approfondie



POUR QUI ?



ECHEC INTERVENTION  
MINIMALE

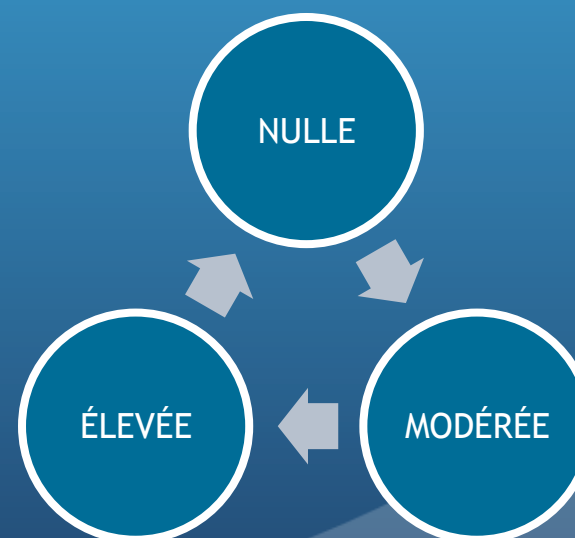
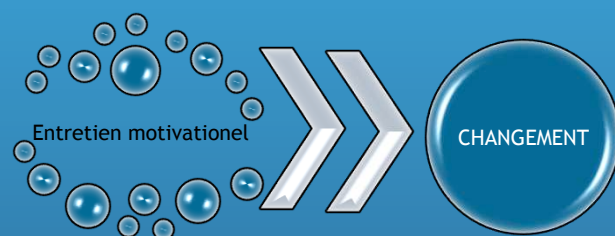


PATIENTS  
« DIFFICILES »



# Intervention approfondie

MOTIVATION DU PATIENT ?



# Intervention approfondie : EM

INVITATION À UNE CONSULTATION SUPPLÉMENTAIRE

ANNONCE CLAIRE ET EXPLICITE DE VOTRE SOUHAIT

JUSTIFICATION DE VOTRE MESSAGE  
PARTAGE DE VOTRE PRÉOCCUPATION  
VOTRE EXPÉRIENCE AVEC D'AUTRES PATIENTS

NOTER LA RÉACTION DU PATIENT

EN FAIRE PART AU PATIENT : « JE VOIS QUE ... »  
ÉTONNEMENT DU PATIENT, INQUIÉTUDE,...

# Intervention approfondie : EM

## ÉTABLIR LISTE D'OBSTACLES

INSURMONTABLES ?  
POUR LE MOMENT...

## RASSURER LE PATIENT

PAS DE CONFLIT!!!  
TEMPS DE RÉFLEXION  
CONSACRER DU TEMPS SANS METTRE LA PRESSION

## CONVENIR D'UNE DATE DE RDV

EXPLIQUER DÉJÀ LE CONTENU DE CETTE CONSULTATION  
SUPPLÉMENTAIRE

# CONSULTATION SUPPLÉMENTAIRE

**MÉDECIN : SON  
EXPERTISE**

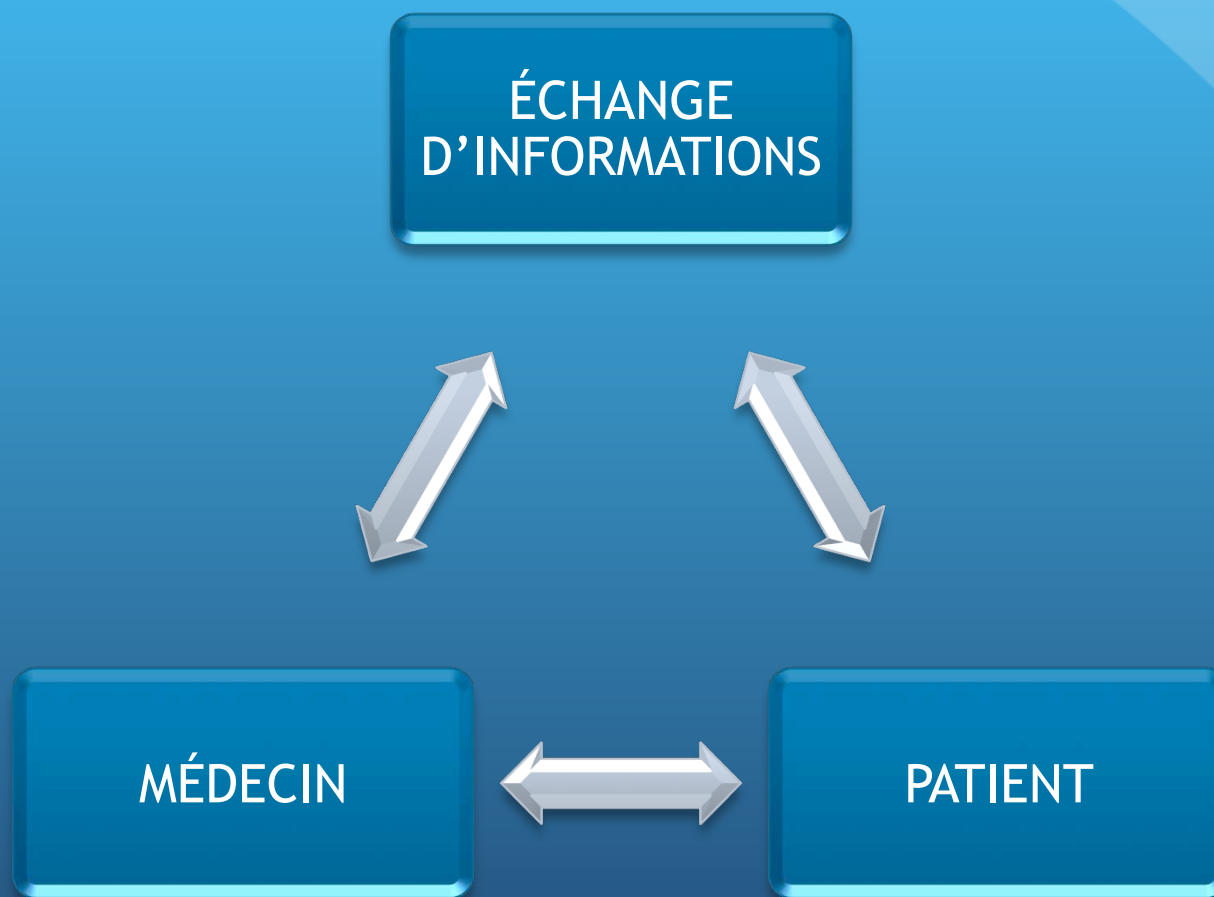
SOMMEIL

HYPNOTIQUES

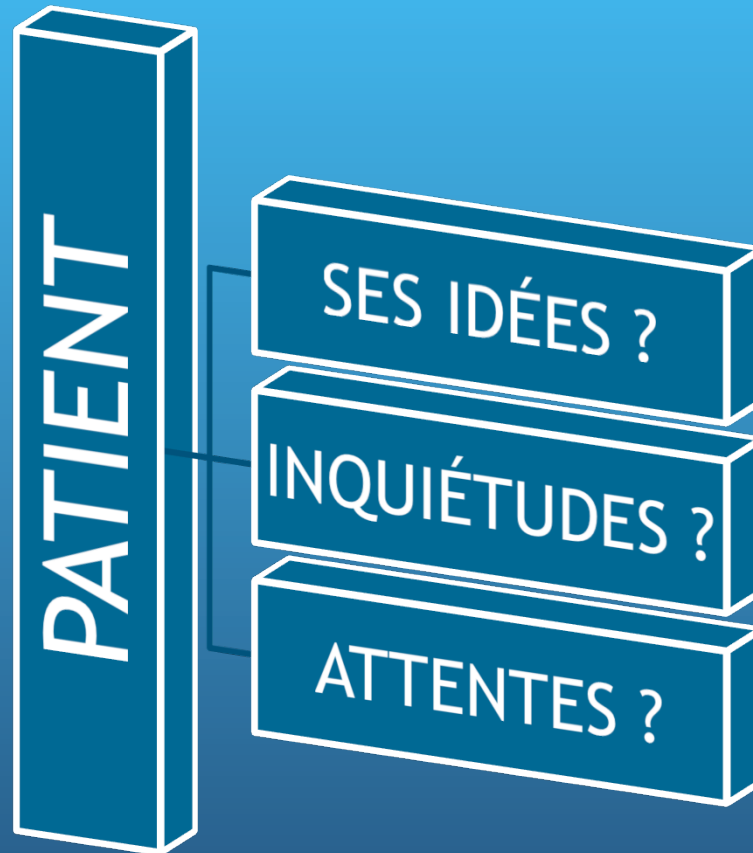
**PATIENT : SES  
IDÉES**

INCAPACITÉ À  
DORMIR

EFFET DE SA  
PILULE



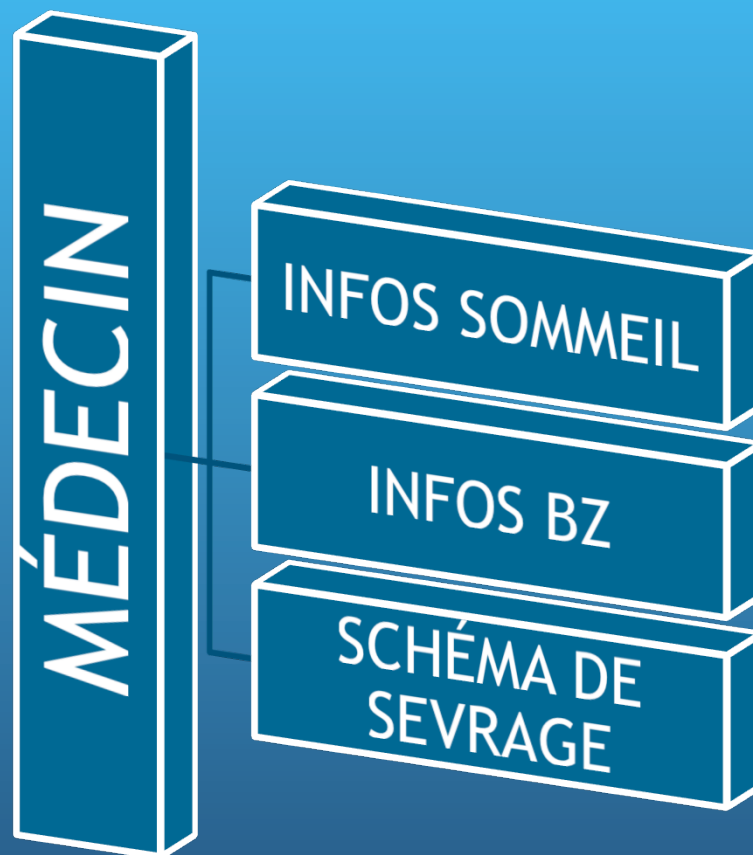
# CONSULTATION SUPPLÉMENTAIRE



# CONSULTATION SUPPLÉMENTAIRE

- IDÉES DU PATIENT À PROPOS DU MAUVAIS SOMMEIL ?
  - CONSÉQUENCES DIURNES D'UNE MAUVAISE NUIT ?
- INQUIÉTUDES % SEVRAGE BZ?
  - SOUTIEN ET COMPRÉHENSION DE L' ENTOURAGE ?
  - QUE VEUT ÉVITER LE PATIENT EN CONTINUANT LA BZ ?
- ATTENTES % UTILISATION BZ ? PQ CONTINUER ?
  - QU'APPORTE VOTRE PILULE ?
  - SIGNIFICATION DE PONCTUER LA JOURNÉE PAR UNE BZ

# CONSULTATION SUPPLÉMENTAIRE





# CONSULTATION SUPPLÉMENTAIRE

- INFORMATIONS SUR LE SOMMEIL :
  - Cycle, structure, besoins, moyens d'aide non médicamenteux si trouble du sommeil
- INFORMATIONS SUR LES BZ :
  - Mode d'action, effets 2 (projection dans l'avenir)
  - Tentatives précédentes d'arrêt/sevrage : rester+
  - Le rebond, la rechute et les symptômes du sevrage
    - Sensibilisation possible du patient aux effets du sevrage ! → RELATIVISER CEUX-CI
    - INSISTER SUR ARRÊT GRADUEL ET PROGRESSIF

# Effets pharmacologiques des BZ

- Action SÉDATIVE
  - Endoscopie sous sédation
- Action ANXIOLYTIQUE
- Action HYPNOTIQUE
- Action MYORELAXANTE
- Action ANTICONVULSIVANTE

# CONSULTATION SUPPLÉMENTAIRE

- LE MOT D'ORDRE
  - Informer clairement
  
- CONCRÉTEMENT
  - +/- de l'utilisation BZ
  
- FIXER UN RDV POUR L'ARRÊT PROGRESSIF

# EN CAS D'ÉCHEC...

- PARLER PLUTÔT DE RECHUTE
- ELLE FAIT PARTIE DU PARCOURS DU SEVRAGE
- CE N'EST PAS UN ÉCHEC, NI POUR LE PATIENT, NI POUR LE MÉDECIN
- ANALYSER LES MOTIFS DE LA RECHUTE → TROUVER UNE SOLUTION

# EN CONCLUSION

1. OSER EN PARLER - MÊMES AUX PERSONNES ÂGÉES
2. OSER DÉ-PRESCRIRE
3. MAIS ... D'ABORD INFORMER
4. LE CONSEIL MINIMAL EST DÉJÀ EFFICACE !
5. TOUJOURS AGIR AVEC L'ACCORD DU PATIENT
6. ARRÊT PROGRESSIF ET GRADUEL
7. PROGRESSER AU RYTHME DU PATIENT

# Alternatives

- Psychoéducation : cycles, siestes, conditions matérielles, horaires réguliers de coucher et de lever, influence de l'âge, etc.
- Aider le patient à repérer les signes d'endormissement (sommolence, avoir froid, yeux se ferment etc.)
- Aller au lit quand ressenti de somnolence
- Apport de « l'agenda de sommeil »

# Alternatives

- Conseils diététiques
- Activités sportives
- Lit : dormir, sexualité
- Applications (« petit bambou »)
- Respiration abdominale, sophrologie, pleine conscience etc.
- Luminothérapie SSI décalage de phases et jet-lag

# Alternatives

- Si ruminations, repérer tableau anxiodépressif, PTSD, etc.
- Médicaments
- Psychothérapies
- Groupe d'entraide mutuelle



[www.dmgulb.be](http://www.dmgulb.be)

