

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 RENOUELEMENT DE R/ EN MR/MRS
 - START/STOPP
- Demande du patient (rare en pratique!)

http://www.farmaka.be/fr/visiteur_independant/2013_07_polymedication_fr_START_STOPP.pdf

http://www.farmaka.be/fr/visiteur_independant/2013_07_polymedication_fr_START_STOPP.pdf

Université d'Europe HealthAppo...nt portal Apple Google Maps Yahoo! YouTube Wikipédia Divers

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    une dose > 125 µg/jour en présence d'une insuffisance ventriculaire (aggravation du risque de tachycardie).
2. un diuritique de l'anse pour le traitement des œdèmes des membres inférieurs associés    l'insuffisance ventriculaire < 3-4. absence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque, de décompensation d'une insuffisance régionale ou d'un syndrome néphrotique (absence d'efficacité démontrée, préférer une corticoth  rie ventriculaire).
3. un diuritique de l'anse en traitement de première intention d'une hypertension essentielle (alternatives plus efficaces et moins sérieuses (lisinapril)).
4. un diuritique thiazidique chez un patient atteint de goutte (risque de crise de goutte).
5. un   bloquant non cardiorh  tic chez un sujet avec une brachycardie paroxysmique chronique obstructive (BPCO) (risque de bradycardie).
6.   bloquant et v  rapi  l en association (risque augmenté de bloc de conduction).
7.   l  terum au v  rapi  l en présence d'une insuffisance cardiaque de classe NYHA II ou IV (risque de rétention fluidienne cardiaque).
8. un antiplaquettaire sur terrain de constipation chronique (risque de majorer la constipation).
9. aspirine et anti-vitamine K (AVK) en association sans protection digestive par antagoniste des récepteurs H2 de l'acide (anti-H2) (excepté si la crédibilité en raison du risque d'interaction avec les AVK) ou inhibiteurs de la pompe    protons (risque élevé de saignement gastro-intestinal).
10.   p  rind  le, un m  clopramide, en prévention secondaire des   v  nements cardiovasculaires (efficacité non démontrée).
11. aspirine en présence d'une maladie artérielle cardiovasculaire et en l'absence d'une protection digestive par anti-H2 ou inhibiteurs de la pompe    protons (risque de saignement gastro-intestinal).
12. aspirine    une dose > 150mg/jour (aggravation du risque de saignement sans augmentation d'efficacité).
13. aspirine ou dipyrid  le en l'absence d'une évaluation documentée par un   v  nement évitable ou par imagerie, notamment au niveau coronarien, carotidien ou aux artères des membres inférieurs (pas d'indication).
14. aspirine ou dipyrid  le en traitement de vertiges non clairement attribuables    une origine carotidienne ou artérielle (pas d'indication).
15. anti-vitamine K, pour une durée > 6 mois, en traitement d'un premier épisode non compliqué, de thrombose veineuse profonde (pas de bénéfice démontré).
16. anti-vitamine K, pour une durée > 12 mois, en traitement d'un premier épisode, non compliqué, d'embolie pulmonaire (pas de bénéfice démontré).
17. aspirine, clopidogrel, dipyrid  le ou anti-vitamine K en présence d'une maladie hémorrhagique (voir risque hémorrhagique).

* l'absence de la crédibilité selon la formule de Cockcroft et Gault estimée < 30ml/min.

B. Psychotropes et systèmes nerveux central

1. sédatives neuroleptiques (TCA) en présence d'un syndrome démentiel (risque de majorer le déficit cognitif).
2. TCA en présence d'un glaucome (risque d'excitation 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 opiacés ou des anticholinergiques (risque de constipation sévère).
6. TCA en présence d'une obstruction prostatique ou d'une histone de rétention urinaire (risque de rétention urinaire).
7. utilisation prolongée (i.e. > 1 mois) de benzodiazepines de longue durée d'action (alprazolam, diazepam, nitrazepam, chlorazepate, clobazam) de benzodiazepines    action m  dianne (clonazepam) ou de benzodiazepines    action courte (lorazepam, oxazolam) (risque de sédation prolongée, confusion, trouble de l'équilibre, chute).
8. prescription prolongée (i.e. > 1 mois) d'un neuroleptique atypique en traitement hypotenseur (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. ph  n  thazines chez des sujets épileptiques (peut détruire le mail épileptique).
11. anti-cholinergiques en traitement des syndromes anticholinergiques sévères par les antipsychotiques (risque de syndrome cholinergique).
12. r  tardateur vorticif de la recapture de la sérotonine (SSRI) en présence d'une hypotension (hypotension non orthostatique < 130 mmHg), pendant au moins 2 mois).
13. prescription prolongée (> 1 semaine) d'anti-histaminiques de première génération :   ph  ndramine, chlorph  ramine, cyclizine, prométhazine (effets s  v  s    anti-cholinergique).

C. Systèmes gastro-intestinaux

1.   ph  ndramine, l  p  rind  le ou phosphatide de codéine en traitement de douleurs d'origine intestinale (risque de retard diagnostique, d'aggraver une diarrhée parasitaire, d'entwickler un traitement toxique dans le cas d'une pathologie inflammatoire, r  tarder la guérison d'une gastroentérite).
2.   ph  ndramine, l  p  rind  le ou phosphatide de codéine en traitement de gastro-entérite d'origine infectieuse sévère (risque d'aggravation de la propagation de l'infection).
3. prokinétique ou metoclopramide en présence d'un syndrome parkinsonien (risque d'aggravation de parkinsonisme).
4. inhibiteur de la pompe    protons (IPP) en traitement d'une pathologie ulcéreux    la dose maximale pour une durée > 8 semaines (avertir patiente ou r  diteur programme de la dose en traitement préventif ou de fond d'une maladie ulcéreux ou d'un reflux gastro-oesophagien r  gular).
5. antiacides anticholinergiques en cas de constipation chronique (risque d'aggravation de la constipation).

D. Systèmes respiratoires

1. triphénylamine dans la BPCO (alternatives plus séries et plus efficaces disponibles, risques d'effets indésirables majorés en raison d'un index thérapeutique étroit).
2. corticost  roïdiens    la place d'une forme inhalée en traitement de fond d'une BPCO modérée-sévère (exposition non obligatoire aux effets systémiques des corticost  roïdiens).
3. bromure d'ipratropium en présence d'un glaucome (peut occluser le glaucome).

E. Appareil musculo-squelettique

1. anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en présence d'une maladie ulcéreux ou d'un saignement gastro-intestinal, sans l'association d'un anti-H2, d'un IPP ou de m  clopramide (risque de r  tard de l'ulcère).
2. AINS avec une hypertension artérielle modérée-sévère (risque de r  tard de l'ulcère) (risque de r  tard de l'ulcère) (risque d'aggravation 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 arthrosiques 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. corticost  roïdiens au long cours (> 3 mois) en médication d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'une arthrose (risque élevé d'effets systémiques des corticost  roïdiens).
8. AINS au long cours ou corticost  roïdiens pour traitement de fond d'une maladie post-traumatique en l'absence de contre-indication    l'acupuncture (alternatives médicale de premier choix de la prévention de la douleur).

* clearance de la créatinine selon Cockcroft et Gault estimée < 20-30ml/min.

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 pression intra-oculaire augmentée).
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.   bloquant chez les hommes incirconcis (i.e. au moins un épisode d'incirconcision générale) (risque d'aggraver la fréquence et/ou d'aggraver l'inconfort).
6.   bloquant en présence d'une seconde urinaire au long cours (i.e. plus de 2 mois) (pas d'indication).

G. Système endocrinien

1.   thimolol ou   tiopropamide en traitement d'un diabète de type 2 (risque d'hypoglycémie prolongée).
2.   bloquant chez des sujets ob  siques présentant des hypoglycémies répétées (> 1 épisode/mois) (risque de masquer les signes d'hypoglycémie).
3. supplémentation m  troproprate en présence d'un cancer du sein ou d'une maladie thrombo-embolique veineuse (aggraver le risque de récidive).
4. supplémentation m  troproprate sans progestatif chez des femmes non hystérectomisées (risque de cancer de l'endom  trium).

8 CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH GALLEY PROOFS

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 ?

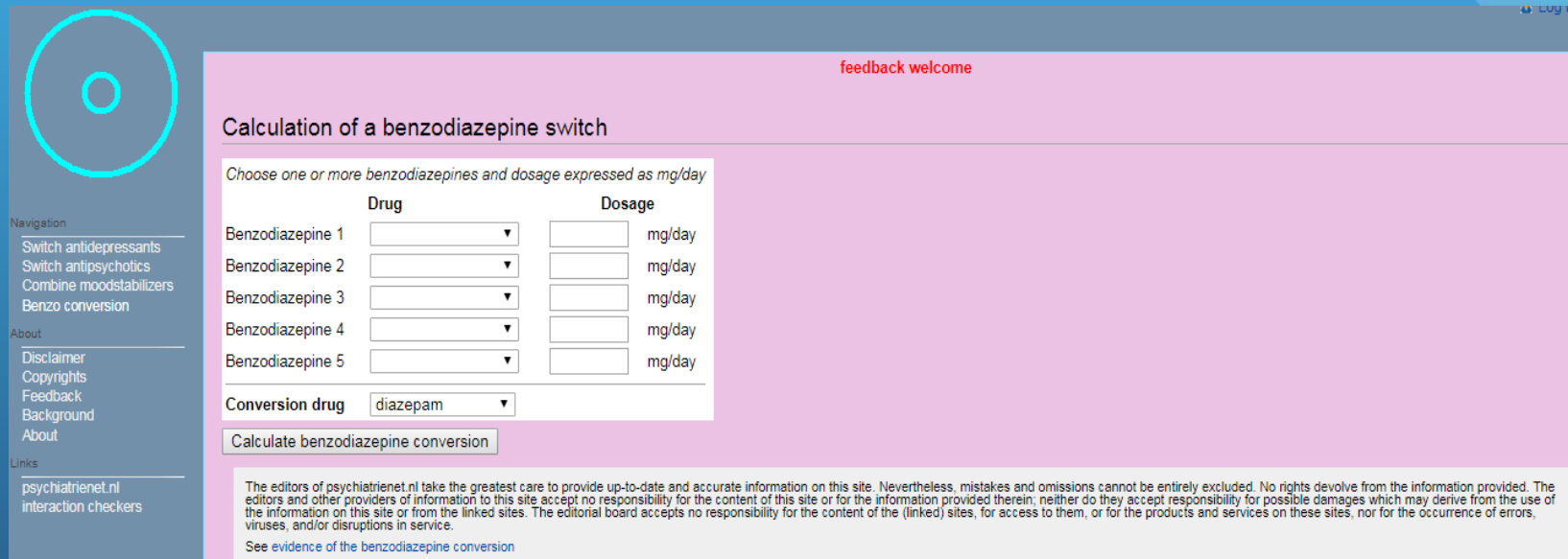
DIAZÉPAM ? Chez la personne âgée ?

- « *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
mgclorazépate 10 - 30
clotiazépam 5 - 10
cloxazolam 1 - 2
flunitrazépam 0,5 - 2
flurazépam 15 - 60
kétazolam 15 - 75
loflazépate 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 ?

diazépam oral 2 mg		Outil Capture d'écran				
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 nouveau	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						
spécialité		quantité	prix public	ticket mod.	index public	index ticket mod.
R	Diazetop	compr. (séc.)	60 x 11,68 €		1,00	1,00
R	Diazetop	compr. (séc.)	30 x 5,99 €		1,03	1,03
R	Diazepam Teva	compr. (séc. en 4)	25 x 5,10 €		1,05	1,05
R	Diazepam Teva	compr. (séc. en 4)	60 x 11,68 €		1,03	1,13

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

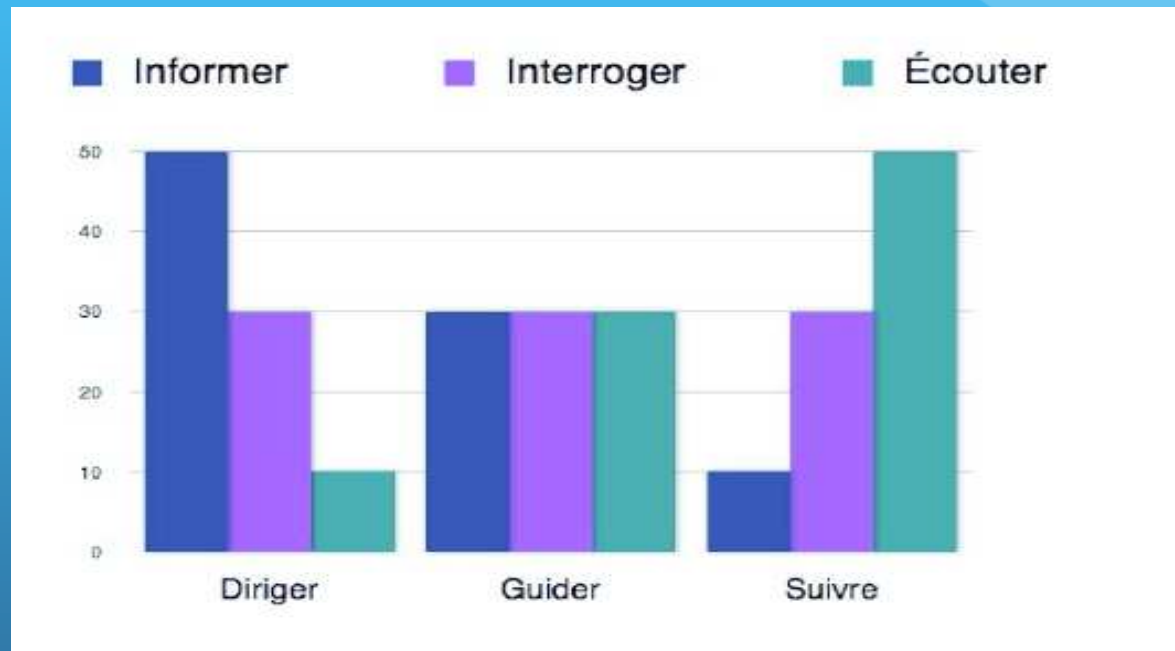
- RÉUSSITE DE 70 À 80% DES PATIENTS SI SEVRAGE GRADUEL SANS PROBLÈME MAJEUR
- CHEZ LES PATIENTS TRÈS MOTIVÉS ABUSANT DE PLUSIEURS SUBSTANCES : 25 % DE SUCCÈS
- TCC : PEU PROBABLE QU'ELLE AMÉLIORE LE TAUX DE RÉUSSITE DU SEVRAGE CHEZ LES POLYTOXICOMANES PAR RAPPORT AUX SOINS MÉDICAUX CLASSIQUES
- APRÈS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

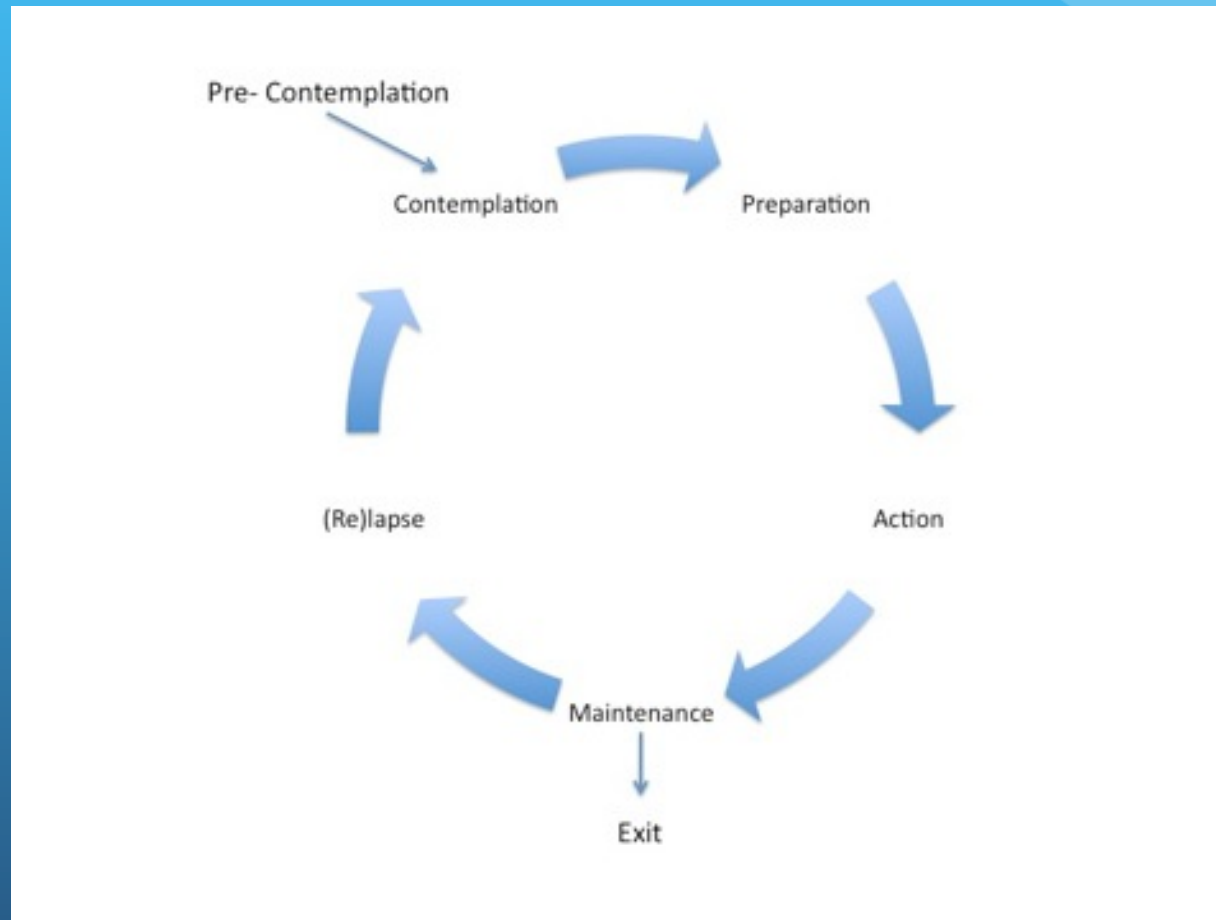
Pourquoi est-il résistant ?

- 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^{ÈRE} 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

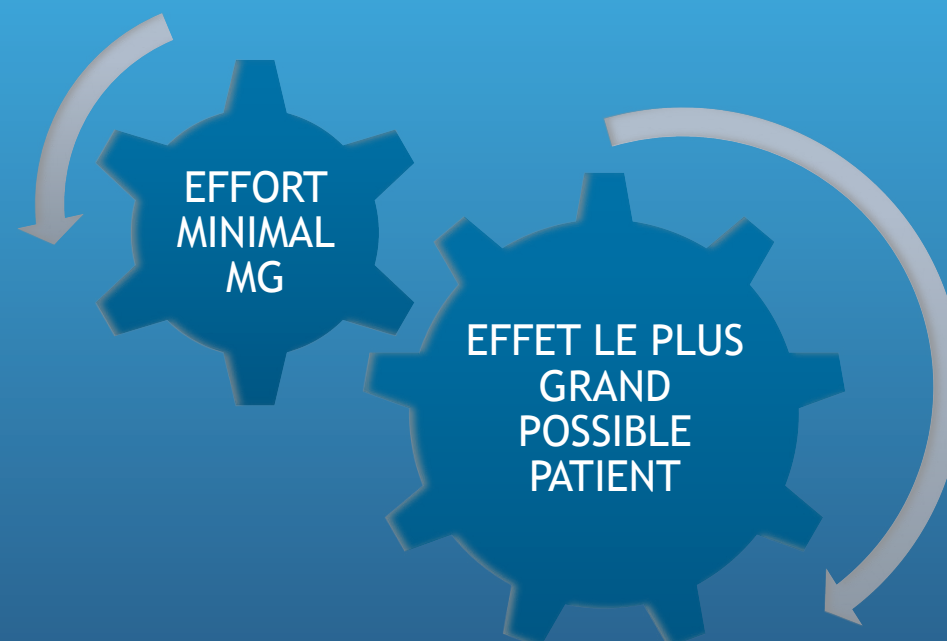
- ABUS D'ALCOOL ET /OU AUTRES SUBSTANCES
- PATIENTS EPILEPTIQUES
- COMPLICATIONS LORS D'UN PRÉCÉDENT SEVRAGE

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>

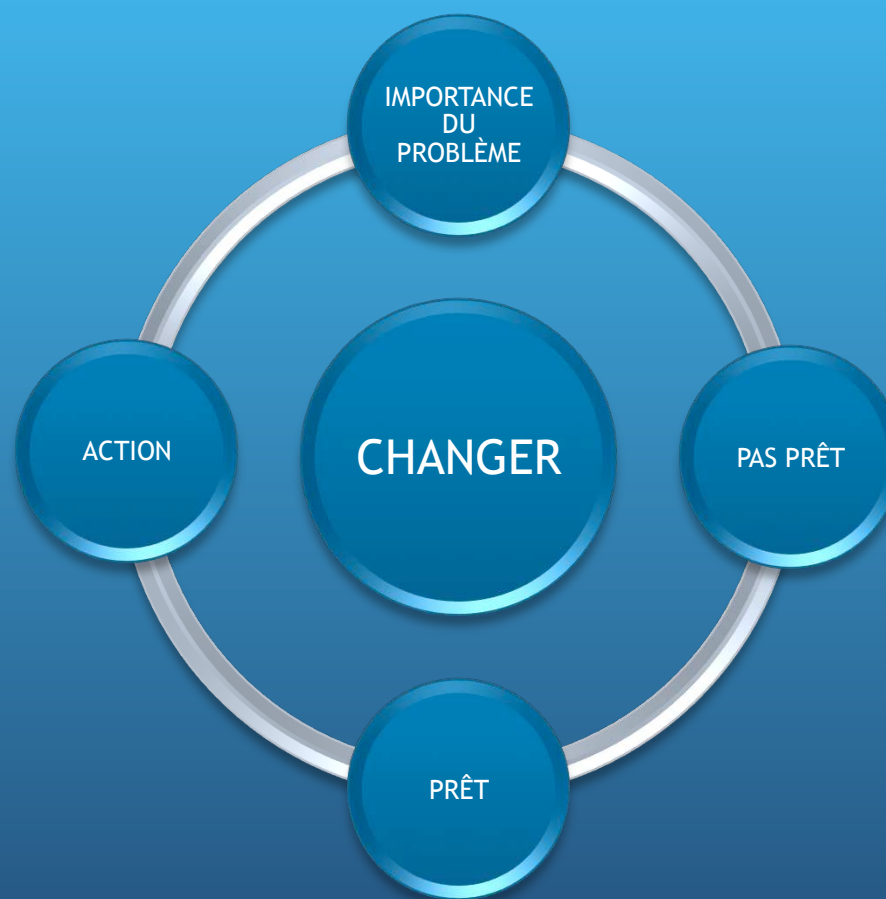


SEVRAGE DES BZ : QUE PROPOSER ?

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 ?



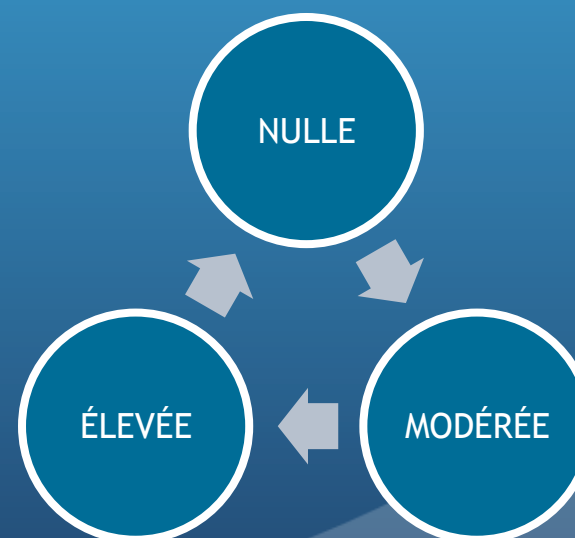
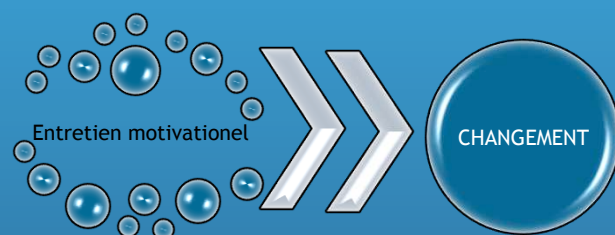
ECHEC INTERVENTION
MINIMALE



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**

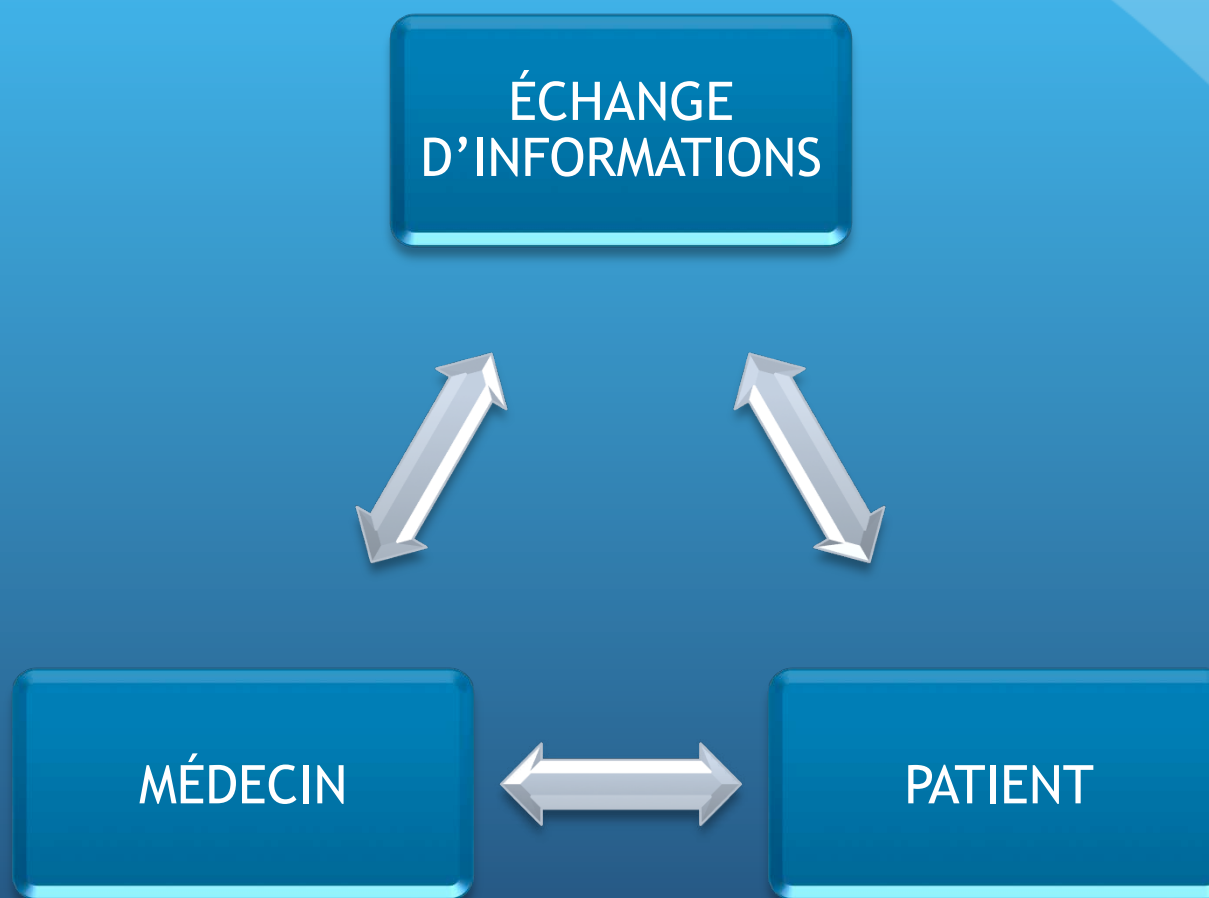
SOMMEIL

HYPNOTIQUES

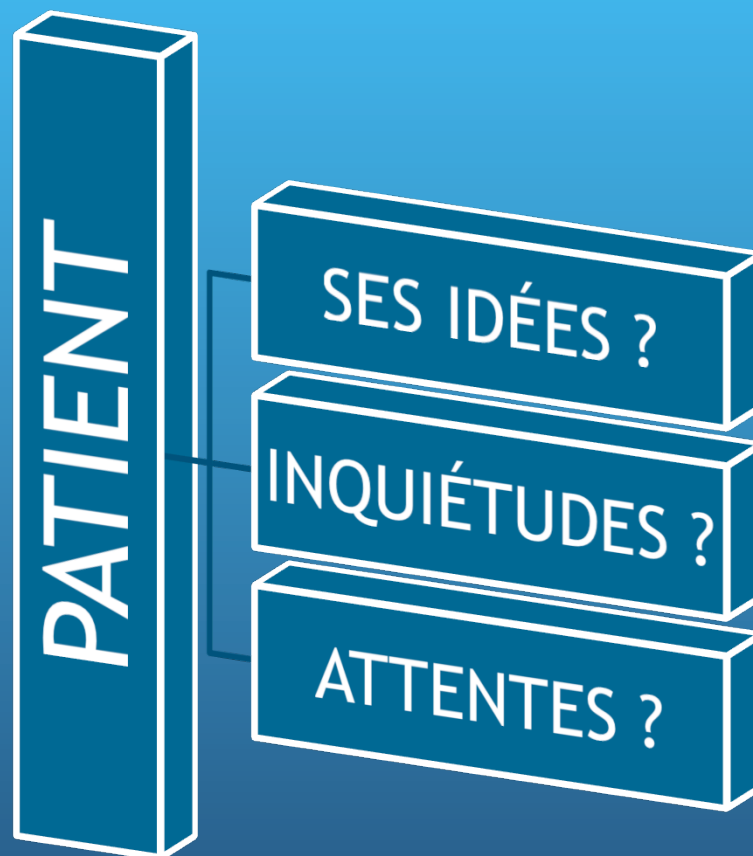
**PATIENT : SES
IDÉES**

INCAPACITÉ À
DORMIR

EFFET DE SA
PILULE



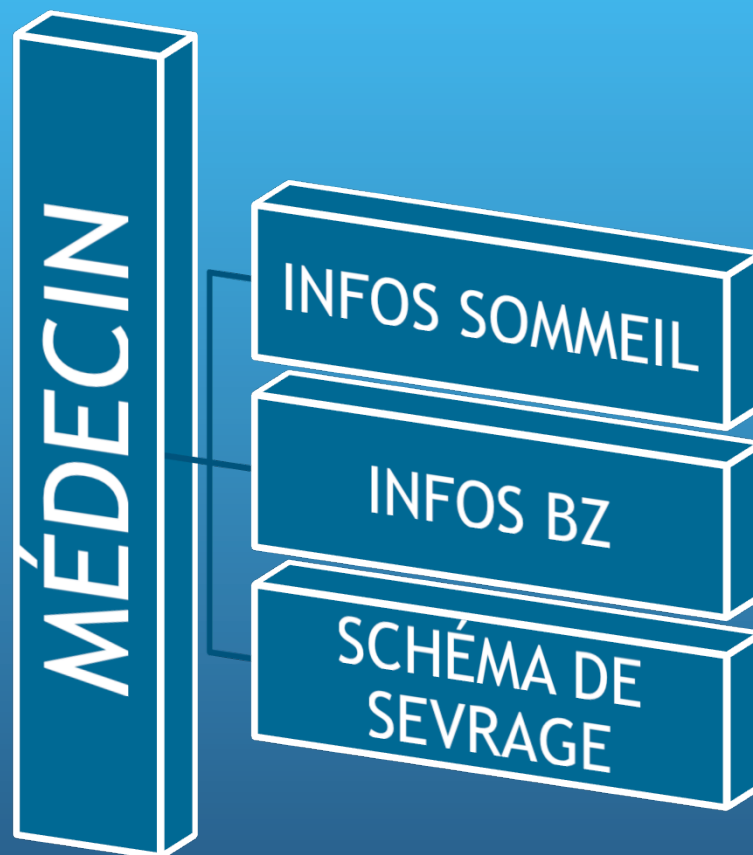
CONSULTATION SUPPLÉMENTAIRE



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

- CONCRÈTEMENT
 - +/- 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

