
FAISABILITÉ ET MISE EN CONFIGURATION D'UN PROTOCOLE DE SEVRAGE THÉRAPEUTIQUE DE BENZODIAZÉPINES EN STATION THERMALE

Olivier DUBOIS¹

Psychiatre et médecin thermal

Introduction

La surconsommation de psychotropes est un problème de santé publique majeur bien identifié en France, ayant fait l'objet de nombreuses études épidémiologiques et de rapports des autorités sanitaires françaises dont le récent rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes [1] qui confirme qu'en France la consommation de psychotropes est très nettement excessive.

La France a une proportion de patients ayant utilisé un psychotrope au cours des douze derniers mois environ deux fois supérieure à l'ensemble des autres pays européens. Un rapport du CreDES de 2002 montre que le régime général de l'Assurance maladie a remboursé 150 millions de boîtes de psychotropes dont 56 millions pour les seuls anxiolytiques et 35 millions pour les hypnotiques.

La réduction de 10 % de la prescription des médicaments anxiolytiques et hypnotiques était un des objectifs prioritaires de l'Uncam en 2005 (objectif non atteint).

L'Institut national de prévention et d'éducation (Inpes) propose de renforcer l'information du patient sur le bon usage du psychotrope.

Ce problème de la surconsommation de psychotropes a été retenu par la Haute autorité de santé (HAS) comme un des 5 enjeux majeurs en termes de santé publique.

Pour faire face à ce problème, le thermalisme semble présenter des atouts thérapeutiques remarquables, spécifiques qu'aucune autre thérapie ne peut mettre à sa disposition de manière aussi complémentaire :

- une unité de temps, de lieu et de pathologies qui peut permettre la prise en charge en groupe, de patients homogènes avec un programme de type psycho-éducatif à base de techniques cognitivo-comportementales ;

- un suivi psychothérapeutique individuel avec entretiens motivationnels recommandés pour l'accompagnement au sevrage ;

- la crénothérapie qui, par ses vertus anxiolytiques, récemment confirmées par l'étude Stop-tag [2-3] peut avoir un rôle substitutif dans le cadre du sevrage médicamenteux.

C'est afin de vérifier cette hypothèse qu'a été menée en 2008 une étude visant à définir un protocole de sevrage thérapeutique de psychotropes en station thermale dont le promoteur a été l'Afreth.

¹.Établissement thermal, BP 30, 17600 Saujon Courriel : thermes.odubois@wanadoo.fr

Pour ce faire, la démarche a consisté en deux temps :

- une enquête épidémiologique nationale auprès d'un groupe représentatif de 286 médecins généralistes, conduite sous la direction du Pr Roger Salamon (Isped-Bordeaux),
- la définition des objectifs et modalités d'un tel protocole adapté aux conditions spécifiques et limitantes du thermalisme (durée limitée à trois semaines, difficultés de sélection des patients, difficultés à assurer le "suivi post-cure", ...).

Nous présentons ici :

- les résultats de l'enquête épidémiologique,
- les conclusions du groupe d'experts ayant permis de fixer le cadre du projet,
- le contenu des deux types de modules que nous proposons de mettre en place en station thermale.

I – L'enquête épidémiologique

Un Français sur quatre (24,5 %) de la population a consommé au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois et 11,2 % sont consommateurs réguliers de psychotropes sur un an (issu d'un rapport de la Cnam de 2002 sur la prescription des psychotropes en France).

Parmi cette classe, les anxiolytiques et hypnotiques se démarquent et le chef de file sont les benzodiazépines. Elles ont des propriétés sédatives, anxiolytiques, myorelaxantes, anti-convulsivantes et amnésiantes. Elles agissent sur un récepteur canalaire de la membrane des neurones qui, couplé à l'acide gamma-hydroxybutyrique A (GABA-A), entraîne une inhibition puissante de l'excitation neuronale [4]. Les benzodiazépines sont utilisées à visée anxiolytique ou hypnotique. Leur usage est essentiellement limité par la dépendance qu'elles induisent. Leur durée de prescription est théoriquement limitée à 12 semaines pour la majorité des anxiolytiques et de 2 à 4 semaines pour les hypnotiques [5]. La prévalence de la consommation d'hypnotiques et/ou d'anxiolytiques peut être estimée à 18,6 % sur les 12 derniers mois [6].

L'analyse d'une journée de prescriptions de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (Canam) retrouve, sur une journée de prescription, 6,3 % de prescriptions contenant au moins une benzodiazépine à indication anxiolytique et 3,2 % à visée hypnotique [7].

Les données issues du codage des médicaments de l'Assurance maladie, représentant environ 72 % de l'ensemble des assurés sociaux, estiment un coût de l'ordre de 140 millions d'euros pour les benzodiazépines anxiolytiques et 105 millions d'euros pour les hypnotiques en France en 2004 [1]. Les médecins généralistes assurent environ 83 % des prescriptions [8].

Pour la Haute autorité de santé, l'arrêt progressif et le maintien de l'abstinence sont des conditions nécessaires pour l'arrêt des benzodiazépines [9]. L'ajout d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) associée à l'arrêt progressif augmente le taux d'abstinence. L'adhésion au protocole est une variable importante, de même que l'évaluation de la détresse psychologique du patient pendant le suivi ou encore le caractère relativement bref de l'intervention pour abstinence. L'HAS rappelle également

l'importance de s'assurer de la motivation du patient, de son absence d'attachement excessif aux benzodiazépines afin d'aboutir à une décision partagée [9].

Résultats de l'enquête

À partir d'un échantillon de 286 médecins généralistes représentatif de cette population, interrogés sur le comportement de leurs patients représentant un échantillon de 997 patients, il ressort l'importante prévalence de la consommation de benzodiazépines de leurs patients (14,6 % d'entre eux) et le caractère chronique de ces prescriptions avec un délai médian estimé à 4 ans par rapport à l'introduction du traitement.

L'âge moyen des patients était de 60 ans dont plus des deux tiers étaient des femmes. 54 % des médicaments étaient des benzodiazépines anxiolytiques prescrites seules et 33 % des hypnotiques prescrites seules. Dans deux tiers des cas, un sevrage avait déjà été proposé mais sans succès. Actuellement pour un tiers des patients, le sevrage était indiqué d'après le médecin généraliste.

Dans l'enquête, 72,7 % des médecins généralistes jugeaient utile d'associer à leur suivi un soutien psychologique. Ils reconnaissent un manque de moyen propre à leur activité de médecin généraliste dans l'objectif de sevrage ainsi qu'un manque de solutions apportées par psychiatres et psychologues.

La place que les médecins généralistes donnent à la cure thermale dans cette indication est marquée par l'indécision : 49,3 % d'entre eux répondent "*pourquoi pas prescrire une cure thermale*" comme objectif de sevrage, signifiant à la fois leur méconnaissance actuelle de cette action possible mais aussi leur ouverture potentielle à y percevoir une solution d'avenir.

Cette enquête nous a incité à considérer que :

- il existe bien un problème chronique et de résolution complexe,
- les médecins généralistes ne sont pas en situation idéale pour le prendre en charge,
- le thermalisme pourrait, "pourquoi pas", être une solution à proposer.

II - Avis du Comité de pilotage

Le Comité de pilotage (annexe 1) a eu pour objectif de répondre à diverses questions, comme par exemple : définir les critères de sélection des patients ; comment assurer sélection et recrutement ? Définir un protocole de prise en charge ; quelle(s) substance(s) retenir ? Quel degré de dépendance ? ...

Puis, il s'est agi d'adapter ces objectifs et recommandations aux moyens organisationnels des stations thermales. Le groupe d'experts a ainsi abouti aux conclusions suivantes :

1. le protocole doit s'établir sur une durée de trois semaines, soit la durée de la cure ;
2. le protocole doit s'appuyer sur un triple objectif de soins :
 - la crénothérapie dans un but anxiolytique et de substitution thérapeutique à l'occasion du sevrage,
 - le soutien psychothérapeutique (entretiens motivationnels, ateliers psycho-pédagogiques, entretiens individuels, etc...) à intégrer dans un module psycho-pédagogique spécifique (cf. chapitre III),

- un suivi médical afin d'assurer le sevrage thérapeutique ;
3. les patients devront présenter les critères de sélection suivants :
- surconsommation de benzodiazépines ou médicaments apparentés en regard des recommandations de l'agence du médicament [5],
 - notion de stabilité thérapeutique depuis au moins 3 mois,
 - échec à au moins une tentative d'arrêt antérieur,
 - existence d'une motivation exprimée et si possible évaluée du patient ;
4. en l'état actuel, une évaluation répondant aux standards internationaux n'est pas définissable. Pour l'heure, seul un suivi évaluatif en termes de faisabilité et de résultats thérapeutiques peut être envisagé.

À l'issue de ce travail, le Comité de pilotage a proposé la définition de deux modules spécifiques répondant à deux niveaux différents de motivation des patients.

III - Description des modules psycho-pédagogiques

Nous avons envisagé deux situations différentes.

La première sera la mise en place d'un module psycho-pédagogique (MPP) où le patient ne s'engagera pas dans un programme de sevrage mais participera, dans le cadre de sa cure thermale, à un module avec ateliers psycho-pédagogiques. En fin de cure, il pourra bénéficier de conseils pour la mise en route et, selon sa motivation, de la réduction programmée de sa thérapeutique.

La deuxième consistera à proposer au patient, qui en exprimerait préalablement la motivation, de réaliser dans le cadre du MPP et dès le début de la cure, un sevrage partiel ou complet de son traitement psychotrope (MPP + ST).

À l'occasion de son inscription et donc avant son arrivée en cure, le curiste devra préciser s'il s'inscrit dans un projet de formation psycho-pédagogique seul (MPP) ou dans un projet combiné avec sevrage thérapeutique (MPP + ST).

L'organisation du suivi du patient sera en effet différente suivant le cas choisi (voir annexe 2 : programme de prise en charge du patient en cure).

III - 1 Module psycho-pédagogique (MPP)

Il s'agira pour le curiste de s'inscrire à une date précise correspondant à la période de cure pendant laquelle le MPP sera organisé.

L'objectif consistera à réunir un groupe de 8 à 15 patients qui auront les caractéristiques suivantes :

- avoir consommé abusivement en nombre ou durée des benzodiazépines, hypnotiques ou apparentés,
- avoir des difficultés à arrêter seuls leur consommation excessive ou chronique,
- si possible, existence d'une ou plusieurs tentative(s) d'arrêt(s) avortée(s).

Une ou plusieurs dates de MPP seront déterminées en début de saison par les stations thermales. Il pourrait être prévu une date d'annulation du module quelques jours avant la date de début, si le nombre d'inscrits était insuffisant. Le MPP sera étalé sur les trois semaines de cure et viendra s'ajouter à la cure crénotherapique traditionnelle constituée

de 4 soins classiques : bains bouillonnants, massages sous l'eau, douches thermales et bains en piscine thermale.

À côté de la crénothérapie, le MPP sera construit autour des trois activités psycho-pédagogiques suivantes :

III-1-1 Les ateliers psycho-éducatifs (APE)

Ils seront au nombre de six et auront une durée de 1h30 par séance et un rythme de deux séances par semaine.

L'objectif est ici de réaliser un enseignement sur la dépendance et le sevrage, leurs mécanismes d'action biologique et psychologique, leurs facteurs de causalité et d'entretien, les facteurs d'aide non pharmacologique au contrôle et au sevrage médicamenteux...

Ils seront axés autour des 6 thèmes suivants :

- APE 1 : mécanismes d'action et prévention de la dépendance, iatrogénie, risques concernant la santé ;
- APE 2 : arrêt du traitement par benzodiazépines : conditions de réalisation, aspects physiologiques et psychologiques du sevrage, moyens pour y faire face, évaluation bénéfices/risques de la surconsommation médicamenteuse ;
- APE 3 : comprendre le stress et l'anxiété, mécanismes d'action, conséquences et comment y faire face ;
- APE 4 : maladies secondaires au stress : phobies, attaques de panique, insomnie, alcool, dépression, maladies psychosomatiques...
- APE 5 : alternatives aux benzodiazépines : méthodes psychologiques (TCC, entretiens motivationnels, ...), crénothérapie, autres méthodes psycho-corporelles (relaxation, gymnastique, ...);
- APE 6 : techniques de gestion du stress, assertivité, soutien social, etc...

La qualité de l'encadrement et la disponibilité des animateurs seront des éléments essentiels pour sécuriser les patients et conforter l'action thérapeutique. La présence d'un médecin pour les deux premiers ateliers concernant les aspects liés à la thérapeutique apparaît souhaitable. Pour le reste, l'ensemble des ateliers pourra être assuré par une personne de profession paramédicale, de préférence psychologue à condition qu'elle ait des compétences correctes pour l'animation d'ateliers de groupe et qu'elle ait suivi une formation spécifique. Il est, en ce sens, prévu une formation spécifique d'une durée de trois jours pour les intervenants assurant l'animation de ces ateliers.

III-1-2 Les ateliers de relaxation

Quatre séances de relaxation seront proposées. Elles sont recommandées pour l'aide au sevrage thérapeutique [9]. Diverses méthodes de relaxation, de relâchement du contrôle musculaire, du contrôle respiratoire ou encore à base d'auto-hypnose, seront pratiquées.

III-1-3 Les entretiens motivationnels et évaluatifs

Ils seront réalisés soit par une psychologue formée soit par un médecin qualifié et qui en aurait la disponibilité. Ces deux entretiens pourront présenter des caractéristiques un peu différentes l'un de l'autre.

III-1-3-1 Le premier entretien

Celui-ci, à visée davantage motivationnelle, sera divisé en deux parties :

- **une partie motivationnelle** : à base de questions ouvertes, elle aura pour but de connaître les motivations du patient, sa conscience des enjeux, son degré de motivation en vue d'un éventuel sevrage thérapeutique en post-cure ;

- **une partie évaluative** : elle consistera à rechercher les symptômes évocateurs d'une affection psychiatrique sous-jacente en se servant des échelles d'auto-évaluation qui auront été remises à l'arrivée du patient par le secrétariat de l'établissement thermal. Le patient aura pour mission de remplir ces questionnaires et échelles d'évaluation avant de rencontrer la psychologue. Les échelles d'auto-évaluation retenues sont :

- échelle HAD [10],
- échelle de Spielberger (STAI Y-A et Y-B) [11],
- échelle ECAB [9],
- échelle analogique d'évaluation du sommeil (annexe 3),
- questionnaire de consommation (annexe 4).

Des recommandations d'ordre psycho-médical pourront également être apportées, par exemple l'importance d'accéder au sevrage thérapeutique, les bénéfices et inconvénients potentiels qu'on peut en attendre, la recherche d'antécédents psychiatriques, d'antécédents de sevrage, ...

Certains documents seront remis au patient à l'occasion du premier entretien :

- liste des benzodiazépines et médicaments apparentés (annexe 5),
- critères d'excès de consommation (annexe 6),
- agenda de sommeil (annexe 7),
- une documentation générale sur les effets attendus de la cure thermale, ses effets indésirables, la présentation des bénéfices démontrés de la crénothérapie sur les symptômes anxieux...

III-1-3-2 Entretien évaluatif final

Cet entretien se déroulera à J18, avec analyse des auto-questionnaires préalablement remplis par le curiste. Il consistera à :

- réévaluer l'évolution symptomatique (échelles HAD, STAI, ECAB, analogique du sommeil),
- évaluer la motivation au sevrage en fin de cure,
- s'il existe une motivation au sevrage, préparer au sevrage,
- recommandations de lecture de documents.

Si le patient s'engage dans une telle démarche, la psychologue lui expose les objectifs, lui remet les documents nécessaires aux évaluations et prévient, au moyen du dossier médical, le médecin thermal de l'objectif du patient. Le médecin est le seul à même de confirmer l'objectif thérapeutique et l'indication à la réduction du traitement.

III-1-4 Consultations médicales

Les deux premières consultations médicales initiales réalisées en début et milieu de cure seront semblables aux consultations traditionnelles de cure. Elles s'intéresseront au

déroulement de celle-ci, du module psycho-pédagogique et n'évoqueront l'aspect de sevrage thérapeutique que si le patient en fait la demande.

À la consultation médicale de fin de cure n°3, si le patient souhaite s'engager dans une démarche de sevrage, le médecin de cure fixe les objectifs avec le patient, l'informe des consignes de rythme de réduction du traitement et lui remet les documents l'aidant à la réalisation du sevrage comprenant :

- un agenda de sommeil (annexe 7),
- un calendrier de suivi d'arrêt de BZD (annexe 8),
- un calendrier de suivi des symptômes de sevrage (annexe 9),
- des consignes de rythme de réduction (annexe 10).

Ces documents pourraient être réunis dans un petit livret.

Enfin, le médecin thermal adresse au médecin traitant désigné par le patient, outre le courrier de fin de cure :

- une lettre l'informant du projet de sevrage réalisé par le patient en post-cure,
- éventuellement pourra lui être adressé quelques fiches d'information complémentaires : liste des symptômes de pré-sevrage (annexe 11), liste des BZD et apparentés (annexe 5), critères d'excès de consommation de BZD (annexe 6), tableau des équivalences (annexe 12) et de demi-vie des BZD (annexe 13), liste des événements indésirables (annexe 14).

III - 2 Module psycho-pédagogique associé à une initiation au sevrage thérapeutique de psychotropes (MPP + ST)

Une deuxième solution consiste à débiter (et si possible finaliser) au cours de la cure et parallèlement au module MPP, un sevrage thérapeutique. On appellera ce module MPP + ST.

III-2-1 Organisation préalable au module MPP + ST

Dès la pré-inscription, un courrier sera adressé au patient avec les pièces suivantes :

- la liste des médicaments BZD ou apparentés (annexe 5),
- les critères d'excès de consommation de BZD (annexe 6),
- le programme de module (annexe 2),
- une demande d'envoi du traitement psychotrope actuel,
- le remplissage par le patient d'un courrier d'engagement au sevrage,
- un questionnaire de motivation et d'information à remplir par le patient.

Dans chaque courrier devra être précisé que l'objectif du patient est en premier lieu la cure thermale.

Parallèlement, un courrier informatif de l'inscription du patient à la cure thermale dans le but de réaliser un sevrage thérapeutique sera adressé au médecin traitant du patient avec une demande d'envoi du traitement psychotrope en cours.

Le secrétariat suivra très précisément la bonne tenue de ces informations.

III-2-2 Spécificités du MPP + ST

La modification principale dans le cadre de cette double prise en charge consistera dans les entretiens motivationnels.

III-2-2-1 L'entretien motivationnel n° 1 (EM1)

Il aura pour but de bien informer le patient sur l'objectif thérapeutique et ses contraintes ainsi que les méthodes employées, d'évaluer le degré de motivation du patient et de commenter avec le patient les documents remis par le secrétariat le matin :

- questionnaire de consommation (annexe 4),
- liste des BZD ou apparentés (annexe 5),
- critères d'excès de consommation de BZD (annexe 6),
- liste des symptômes de pré-sevrage (annexe 11),

ainsi que les échelles HAD, STAI, ECAB, analogique du sommeil.

Cet entretien sera divisé en 3 parties :

- **une partie motivationnelle**

Comparable à l'entretien motivationnel du MPP, mais ici, il s'agit de :

- connaître et analyser les motivations du patient par rapport à l'objectif de sevrage thérapeutique,
- évaluer une éventuelle ambivalence du patient,
- lister les raisons qui motivent ou non l'arrêt de la consommation de benzodiazépines,
- établir un contrat écrit fixant l'objectif d'arrêt et le rythme de diminution avec un engagement personnalisé du patient : *un écrit manuscrit, personnalisé et signé devra être obtenu. Ce document sera indispensable à la mise en route du projet thérapeutique de sevrage* qui sera débuté à l'occasion de la première consultation médicale avec le médecin thermal (à J2).

- **une partie évaluative** qui consistera à :

- rechercher les symptômes évocateurs d'une affection psychiatrique sous-jacente à l'aide des questionnaires d'auto-évaluation remis à l'arrivée du patient par le secrétariat de l'établissement thermal, (HAD, ECAB, échelle de sommeil, STAI) ;
- en cas de nécessité, l'évaluateur pourra remplir les échelles HAM-A [12] pour évaluer plus précisément l'anxiété et l'échelle MADRS [13] pour l'évaluation de l'état dépressif ;
- rappeler les recommandations thérapeutiques ainsi que les bénéfices/inconvénients potentiels qu'il peut attendre du sevrage et du traitement substitutif par crénothérapie ;
- rechercher d'éventuels antécédents psychiatriques, antécédents de sevrage, ...

- **une partie thérapeutique**

La décision d'arrêter une thérapeutique de longue durée par benzodiazépines doit être prise conjointement par le médecin et le patient (alliance thérapeutique) après l'analyse détaillée de la situation clinique et l'élaboration d'un projet thérapeutique expliqué au patient.

Les raisons qui peuvent aboutir à cette décision reposent sur une évaluation du rapport bénéfices/risques du traitement actuel comme par exemple :

- quels sont les symptômes actuels ?
- les effets thérapeutiques actuels sont-ils satisfaisants ?

- le patient ne s'expose-t-il pas à une escalade posologique ?
- les solutions alternatives à l'arrêt du traitement ?
- comment faire pour éviter le risque de syndrome de sevrage ?
- ...

Cette partie fera l'objet du remplissage raisonné d'une fiche motivationnelle dédiée à cet effet.

L'entretien motivationnel permettra de préparer la consultation médicale qui orientera le projet de sevrage thérapeutique. À ce niveau, la psychologue vérifiera que le patient répond aux trois critères conditionnels du sevrage thérapeutique : un niveau de dépendance contrôlable c'est-à-dire stable depuis au moins 3 mois, une absence de pathologie psychiatrique sévère ou en phase évolutive qui contre-indiquerait le sevrage et une motivation exprimée et écrite du patient.

III-2-2-2 Consultation médicale n° 1 (CM1)

À J2, les patients bénéficieront de leur première consultation médicale auprès du médecin thermal. Le médecin fixera avec le patient les objectifs de réduction thérapeutique, le nom des produits visés et le rythme de réduction thérapeutique qu'il surveillera à l'occasion des consultations ultérieures. Il devra éventuellement proposer une homogénéisation des traitements et un recentrage sur un ou deux produits de référence et devra planifier la réduction thérapeutique sur l'ensemble de la cure.

Il remettra au patient les documents suivants :

- agenda de sommeil (annexe 7),
- calendrier de suivi de l'arrêt (annexe 8),
- calendrier de suivi des symptômes de sevrage (annexe 9),
- consignes de rythme de réduction de la thérapeutique (annexe 10),

en donnant au patient une information précise sur chaque document remis.

La planification du sevrage thérapeutique sera réévaluée à la consultation médicale n° 2. À la consultation n° 3, si le sevrage n'a été que partiel et que le patient est motivé, un programme de poursuite du sevrage sera prescrit pour les semaines qui suivront la cure.

III-2-2-3 Entretien motivationnel n° 2 (EM2)

Cet entretien prévu la veille de la consultation médicale n° 3 (CM3) aura pour objectif de faire le bilan du sevrage réalisé au cours de la cure :

- évaluation de l'évolution clinique,
- évaluation des résultats des auto-questionnaires identiques à ceux réalisés pour EM1 + auto-questionnaire sur le sevrage thérapeutique - BWSQ [8] (remis à J15 ou J16 par la secrétaire),
- suivi des agendas et calendriers,
- analyse des évènements indésirables rencontrés.

Toutes ces informations et bilans feront l'objet de synthèses servant au médecin thermal en vue de la 3^{ème} consultation médicale et permettront de donner au patient des informations précises sur son état et des conseils sur la post-cure.

Enfin cet entretien EM2 permettra d'évaluer le niveau de motivation du patient dans l'éventuelle poursuite de sa démarche de sevrage en post-cure.

III-2-2-4 Consultation médicale n° 3 (CM3)

La CM3 bénéficiera de l'ensemble des résultats et analyses issu de l'entretien EM2 et des résultats des auto-questionnaires, calendrier et agenda de suivi qui auront été récoltés par le secrétariat et la psychologue.

Le médecin de cure proposera, si le sevrage n'a été que partiel et que le patient est motivé, un programme de poursuite du sevrage pour les semaines qui suivront la cure. Il proposera au patient de s'inscrire au forfait optionnel de post-cure (SPC). C'est lui qui fixera, pour chaque produit concerné, un plan de réduction thérapeutique progressif sur une durée suffisante tenant compte du rythme obtenu au cours de la cure et de la motivation du patient.

L'ensemble du sevrage thérapeutique se finalisera idéalement dans les 3 à 8 semaines qui suivront la cure.

III-2-3 Conditions pour la réussite du MPP + ST

Sous l'impulsion des stations thermales, il est essentiel que les médecins thermaux s'impliquent dans la prise en charge de ces patients. En effet, seuls les médecins thermaux peuvent valider la réduction du traitement et décider le nom des produits et le rythme de réduction. Une absence d'implication des médecins thermaux risquerait d'entraîner une faible confiance des patients dans le projet de sevrage thérapeutique.

Les médecins thermaux manquent souvent de disponibilité. Pour cette raison, les stations thermales devront s'assurer par le biais du secrétariat et de l'investissement de la psychologue de la bonne qualité de l'information transmise, du bon remplissage des documents, des évaluations et de leur transmission dans le dossier médical.

La prise en charge psychologique par des entretiens EM1 et EM2 bien structurés permettra de concentrer idéalement le médecin et le patient, à l'occasion des consultations médicales, sur l'objectif de sevrage médicamenteux.

La station, avec le médecin, devront veiller à la qualité de la tenue des dossiers médicaux et la bonne qualité de la transmission de l'information issue des différents points de rencontre et évaluations réalisés auprès du patient. En cas de nécessité, il sera important que le médecin thermal soit disponible pour répondre aux questions *via* le secrétariat ou la psychologue. Ces contacts se feront de préférence en tête-à-tête avec le patient dans le cadre d'entretiens prévus en supplément si besoin, comme cela se fait d'ailleurs régulièrement dans le cadre des séjours des patients en cure thermique.

En cas de syndrome de sevrage, une consultation complémentaire réalisée par le médecin thermal apparaît indispensable à réaliser.

Enfin, le médecin thermal adressera une synthèse informant le médecin correspondant du sevrage en cours et de l'objectif fixé en fin de cure avec tous les documents pouvant aider ce dernier à poursuivre cette démarche thérapeutique. Cette relation continue sera un atout supplémentaire à la réussite prolongée du sevrage.

Une formation sur 3 jours est prévue pour l'ensemble du personnel soignant. Il serait idéal que les médecins participant à la prise en charge des patients puissent assister à cette formation.

III - 3 Suivis optionnels

En lien avec ces modules, pourront être proposés, par les stations thermales qui pourront en assurer le suivi, et à titre non exhaustif, trois types de complément optionnel. Ils s'appliqueront soit aux patients souhaitant débiter le sevrage après le MPP, soit aux patients souhaitant poursuivre le sevrage après le MPP + ST.

III-3-1 Suivi post-cure (SPC)

Le SPC devra être réalisé par l'animateur des APE. Dans l'idéal, ce suivi post-cure comportera 5 entretiens structurés d'une vingtaine de minutes sur rendez-vous téléphoniques fixés à l'avance en commun accord avec le patient. Ces entretiens auront lieu autour des dates suivantes : J15 - J30 - J60 - J90 et J120 après la fin de la cure. Un ou plusieurs avis complémentaires pourront également être apportés en cas de besoin.

Les entretiens auront pour objectifs de :

- analyser l'évolution thérapeutique en termes de sevrage médicamenteux,
- inciter, si cela semble justifié, à poursuivre ce sevrage thérapeutique,
- interroger sur les éventuels effets secondaires, l'existence d'un syndrome de sevrage et planifier le rythme de réduction,
- analyser les échelles d'évaluation remplies et qui auront dû être récupérées par le secrétariat préalablement :
 - échelle HAD [10],
 - échelle de Spielberger [11],
 - échelle ECAB [in réf. 9],
 - agenda de sommeil (annexe 7),
 - calendrier de suivi de l'arrêt (annexe 8),
 - calendrier de suivi des symptômes de sevrage (annexe 9),
 - BWSQ [in réf. 9].

En cas de problème à l'occasion du sevrage, il faudra analyser le motif de complication : sevrage, rechute ou rebond (annexe 14) ; réévaluer le rythme de réduction progressive et encourager à se rapprocher du médecin généraliste si besoin.

III-3-2 Entretiens individuels psychothérapeutiques

D'une manière générale, dans le cadre du sevrage thérapeutique, l'attente psychothérapeutique de ces patients est souvent moins complexe que dans d'autres types d'affections psychiatriques. Cependant dans nombre de cas, un soutien psychothérapeutique individuel s'imposera. Dans cette hypothèse, pourra être proposé soit une approche de type pseudo-analytique, soit de type cognitivo-comportemental avec travail sur l'assertivité, les distorsions cognitives ou encore le renforcement positif.

Le nombre et le rythme des entretiens seront à déterminer dans le cadre de la relation psychothérapeutique et varieront en fonction des objectifs fixés et des capacités d'insight propres au patient. Ces entretiens individuels feront l'objet d'une prise en charge personnalisée hors MPP.

III-3-3 Consultation de sommeil

Lors de l'entretien évaluatif initial réalisé par la psychologue, en fonction de l'examen clinique et des résultats aux tests d'évaluation sur le sommeil, il pourrait être proposé d'orienter systématiquement le patient vers une consultation du sommeil, si bien sûr la station peut organiser une convention d'exercice avec un spécialiste exerçant à proximité du centre et acceptant de suivre ces patients. Les critères de systématisation de l'orientation pourraient être les suivants :

- prise régulière de deux hypnotiques différents,
- note ≥ 25 points à l'échelle analogique du sommeil (annexe 3),
- motivation confirmée du patient .

Le spécialiste de la consultation du sommeil pourrait ainsi mettre à disposition un créneau horaire compatible avec le module des patients. Le ou les patients concernés pourraient donc bénéficier d'une consultation évaluative du trouble du sommeil dans une double dimension : évaluative et motivationnelle vis-à-vis du sevrage thérapeutique de benzodiazépines utilisées à visée hypnotique.

En fonction des objectifs fixés à l'occasion de cette consultation, la prise en charge du sommeil pourrait être plus complète avec une consultation au début, un bilan du sommeil par actimétrie, voire polygraphie et une consultation bilan avec orientations diagnostique et thérapeutique.

III - 4 Formation des professionnels et animateurs de groupe MPP

III-4-1 Objectifs de la formation

Il ne peut être envisagé que les enseignements dans les stations thermales soient réalisés "à l'aveugle", sans idée directrice, sans connaissance des techniques psychothérapeutiques utilisées et présentées. De plus, l'enseignement réalisé doit pouvoir être homogénéisé voire "labélisé" afin d'en certifier sa qualité.

Ces techniques thérapeutiques appartiennent au groupe des Thérapies cognitives et comportementales (TCC). Il s'agit de thérapies dont l'objectif est de modifier et d'adapter les comportements d'ordre social et relationnel. Pour cela, elles visent à modifier les émotions et pensées des personnes souffrantes. Elles permettent de traiter entre autres leur manque d'assertivité, leur inhibition sociale, leur difficulté de gestion émotionnelle, Elles permettent de modifier schémas de pensée, modes de réactions inter-relationnelles et peuvent aider à rationaliser les émotions induites à l'occasion d'un sevrage thérapeutique, ou encore le sentiment de panique induit par la peur du manque. Ces techniques sont à l'origine de l'élaboration de programmes psycho-éducatifs parfaitement adaptés à la question du sevrage qu'il soit thérapeutique, tabagique ou autre dès lors qu'il existe :

- un niveau de dépendance contrôlable,
- une absence de pathologie psychiatrique sous-jacente grave contre-indiquant le sevrage (personnalité borderline, psychose, attaques de panique, idéations suicidaires, psychopathie, etc...),
- une motivation exprimée du patient à réaliser le sevrage.

Ces techniques ont une complexité relative qui ne doit pas poser de problème majeur de compréhension à des personnes exerçant une profession paramédicale, et en particulier les psychologues qui dans le cursus de leurs études ont reçu un enseignement sur ces approches thérapeutiques dès lors qu'ils n'ont pas d'inhibition sociale à gérer un groupe thérapeutique.

III-4-2 Programme de la formation

Le programme de formation est prévu sur 6 demi-journées où seront présentés les sujets suivants :

- | | |
|------------|---|
| 1/6 | 1 - Introduction brève sur les TCC (1h30) |
| | 2 - Formation à l'entretien motivationnel (1h30) |
| 2/6 | 3 - Formation aux 3 premiers APE (3h00) |
| 3/6 | 4 - Formation aux 3 derniers APE (3h00) |
| 4/6 | 5 - Formation aux échelles d'évaluation (1h30) |
| | 6 - Formation aux méthodes de relaxation - 1 ^{ère} partie (1h30) |
| 5/6 | 7 - Formation aux méthodes de relaxation - 2 ^{ème} partie (1h30) |
| | 8 - Analyse et commentaires des documents remis aux curistes et/ou aux personnels et médecins de station (1h30) |
| 6/6 | 9 - Consignes et commentaires sur l'entretien individuel évaluatif final. Quel schéma d'orientation stratégique, en fonction des motivations du patient ? Quel programme post-cure ? (1h30) |
| | 10 - Description du produit "suivi post-cure" pour information au patient (1h00) |

Cette formation sera assurée idéalement par un ou une psychologue formé(e) aux TCC, aux entretiens motivationnels et méthodes de relaxation et ayant une bonne maîtrise des échelles d'évaluation. Cet enseignement devra être assuré entre deux "saisons thermales", c'est-à-dire entre novembre et février afin que les stations puissent appliquer le programme dès l'ouverture de leur centre.

L'objectif de cette formation est une homogénéisation du protocole afin d'en assurer sa qualité, sa reproductibilité, mais aussi, à terme, son évaluation comparative entre les différents centres. Celle-ci ne pourra se réaliser que pour des produits ayant un label identique et respectant des règles de fonctionnement, d'enseignement et de formation contrôlées par l'Afreth dont le souci est ici d'en valider le contenu.

Conclusion

Le problème de la surconsommation de benzodiazépines est largement identifié en France. Il est reconnu qu'environ 11 % en consomment régulièrement en France (Rapport Cnam 2002) [14]. Du fait de la fréquence des cas d'abus et de dépendance rencontrés et d'une balance bénéfices-risques nettement défavorable à la prescription prolongée de ces médicaments, la HAS et la Cnam, sollicitées par les pouvoirs publics, ont fait du sevrage thérapeutique de benzodiazépines, notamment chez le sujet âgé, un de leurs principaux objectifs en termes d'information, d'évaluation et d'attente de résultat thérapeutique.

La HAS [9] a considéré qu'en l'état actuel de la situation, la prise en charge du sevrage thérapeutique était du domaine de la médecine générale. Cependant, force est de constater que ce vœu est illusoire, que les médecins généralistes n'ont pas la disponibilité suffisante et que le rapport de soutien et de proximité qu'ils développent avec leurs patients n'est pas toujours le plus efficace pour accompagner ceux-ci au long d'une démarche exigeante en temps et énergie. D'ailleurs, hormis quelques groupes isolés de médecins, aucune organisation structurée ne prend en charge le sevrage thérapeutique de psychotropes en France.

Même s'il n'est pas encore clairement reconnu pour cette indication, le thermalisme semble parfaitement adapté à cet objectif thérapeutique puisqu'il peut proposer une triple action thérapeutique synergique :

- une activité anxiolytique, par la crénothérapie qui peut permettre de compenser la substitution médicamenteuse de psychotropes,
- un soutien psychothérapique assuré par les ateliers psychopédagogiques de groupe ainsi que par les entretiens individuels,
- un suivi médical permettant d'accompagner et de surveiller la bonne réalisation du sevrage thérapeutique.

Les conclusions et propositions issues de cette étude devraient permettre d'initier cette démarche thérapeutique, d'en vérifier sa faisabilité et au-delà, son intérêt thérapeutique afin d'apporter, nous l'espérons, à de nombreux patients surconsommateurs de benzodiazépines, une solution thérapeutique adaptée et efficace.

Références

1. Rapport n°1387 - *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes* - Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé - OPEPS - juin 2006
2. Dubois O, Salamon R, Poirier MF, Olié JP. Le thermalisme psychiatrique dans les troubles anxieux. *Annales Médico-Psychologiques* 2008;166:109-114.
3. Dubois O, Salamon R, Germain C, Vaugeois D, Galinowski, Olié JP. La crénothérapie, traitement du TAG, *l'Encéphale* 2008;34:309-310.
4. De Beaurepaire R. Bases biochimiques et neurobiologiques de la psychiatrie. *EMC Psychiatrie* 2005;37 040-A-10, 23p
5. Haute autorité de santé. *Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Résumé des caractéristiques du produit commun aux BZD et médicaments apparentés*. Saint Denis:2007.
6. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Psychotropic drug utilization in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;420:55-64.
7. Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (Canam). *Étude sur la prescription des psychotropes dans le régime des professions indépendantes. Étude de phase I*. Saint Denis:1997.
8. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales 2000. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 2003;34,2:75-84.

9. Haute autorité de santé. *Recommandations professionnelles. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Recommandations.* Saint Denis:2007.
10. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
11. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)* ("Self-evaluation questionnaire"). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1983.
12. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959;32:50-55.
13. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Brit J Psychiatry* 1979;134:382-389.
14. Lagnaoui R, Depont F, Fourrier A, Abouelfath A, Begaud B, Verdoux H et al. Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *Eur J Clin Pharmacol* 2004 Sep;60,7:523-9.

Annexes

1. Comité de Pilotage
2. Programme des Modules
3. Échelle analogique d'évaluation du sommeil
4. Questionnaire de consommation
5. Liste des médicaments Benzodiazépines ou apparentés
6. Critères d'excès de consommation de Benzodiazépines
7. Agenda de sommeil
8. Calendrier de suivi de l'arrêt de BZD
9. Calendrier de suivi des symptômes de sevrage
10. Consignes de rythme de réduction de la thérapeutique (*pour le patient*)
11. Liste des symptômes de pré-sevrage
12. Tableau des équivalences
13. Demi-vie des BZD
14. Évènements indésirables

Annexe 1

Le comité de pilotage

- Dr Philip Gorwood, psychiatre universitaire, Hôpital Sainte Anne - Paris, spécialiste de l'addiction et des dépendances
- Pr Jean-Pierre Lépine, psychiatre universitaire, hôpital Fernand Widal - Paris, spécialiste des troubles anxieux
- Pr Jean-Pierre Olié, psychiatre universitaire, S.H.U. Sainte Anne - Paris - Unité Inserm
- Pr Roger Salamon, ISPED - Université Bordeaux 2 - spécialiste en méthodologie médicale
- Dr Olivier Dubois, psychiatre libéral - Cliniques et Thermes de Saujon
- Dr André Galinowski, psychiatre universitaire, S.H.U. Sainte Anne - Paris - Unité Inserm
- Mr Thierry Hergueta, psychologue, Centre des pathologies cognitives et comportementales - Groupe de la Pitié-Salpêtrière - Paris

Annexe 2

Programme de prise en charge du patient en cure

Si MPP

J1 *Consultation médicale n° 1 (CM1)*

J2 *Entretien motivationnel - entretien évaluatif (EM1)*

Si MPP + ST

J1 *Entretien motivationnel - entretien évaluatif (EM1)*

J2 *Consultation médicale n° 1 (CM1)*

J3 Atelier psycho-éducatif n° 1

Mécanismes d'action et prévention de la dépendance, iatrogénie, risques concernant la santé

J4 Relaxation

J5 Atelier psycho-éducatif n° 2

Arrêt du traitement par benzodiazépines : conditions de réalisation, aspects physiologiques et psychologiques du sevrage, moyens pour y faire face, évaluation bénéfices/risques de la surconsommation médicamenteuse

J6 et J7 Week-end

J8 Atelier psycho-éducatif n° 3

Comprendre le stress et l'anxiété, mécanismes d'action, conséquences et comment y faire face

J9 Relaxation

J10 *Consultation médicale n° 2 (CM2)*

J11 Atelier psycho-éducatif n° 4

Maladies secondaires au stress : phobies, attaques de panique, insomnie, alcool, dépression, maladies psychosomatiques

J12 Relaxation

J13 et J14 Week-end

J15 Atelier psycho-éducatif n° 5

Alternatives aux benzodiazépines : méthodes psychologiques (TCC, entretiens motivationnels, ...), crénothérapie, autres méthodes psycho-corporelles (relaxation, gymnastique, ...).

J16 Relaxation

J17 Atelier psycho-éducatif n° 6

Techniques de gestion du stress, assertivité, soutien social, etc...

J18 *MPP : Entretien évaluatif +/- entretien motivationnel (EM2)*

MPP + ST : Entretien évaluatif et entretien motivationnel (EM2)

J19 *Consultation médicale n° 3 (CM3)*

Annexe 3

Échelle analogique d'évaluation du sommeil

Nom : Prénom :



Date :

Hypnotiques pris au coucher :

Nom	Quantité

Répondre aux questions ci-après en entourant la note correspondante en fonction de l'avis concernant les 7 dernières nuits que vous avez passées sur une échelle de 0 à 10

Votre sommeil vous paraît être ? (0 = excellent - 10 = très mauvais)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre délai d'endormissement a été (0 = très court - 10 = très long)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avez-vous été réveillé au cours de la nuit ? (0 = jamais - 10 = très souvent)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La durée de votre sommeil (0 = très longue - 10 = très courte)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment vous sentez-vous le matin ? (0 = excellente forme - 10 = très mauvaise forme)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annexe 4

Questionnaire de consommation

À faire remplir à l'arrivée en cure (avec annexe 5 Liste des BZD)

Nom : Prénom :



Date :

1. Parmi la liste ci-jointe quel(s) produits utilisez-vous régulièrement ?

2. Avec quelle régularité ?

Tous les jours oui non Combien de fois par jour ?

Régulièrement oui non Préciser.....

3. Depuis combien de temps ?

≥ 3 ans ≥ 1 an ≥ 6 mois entre 3 et 6 mois

4. Si vous aviez à faire un choix, quel(s) produit(s) vous semblerai(en)t le plus facile à réduire en terme de consommation ? (si plusieurs, par ordre décroissant)

Annexe 5**Liste des benzodiazépines ou apparentés**

Molécule <i>(Dénomination commune internationale)</i>	Noms commerciaux <i>correspondant</i>
alprazolam	Xanax
bromazépam	Lexomil
bromazépam	Quiétiline
bromazépam	Anxyrex
clobazam	Urbanyl
clonazepam	Rivotril
clorazébate dipotassique	ranxène
clotiazépam	Véatran
diazépam	Valium
estazolam	Nuctalon
lunitrazépam	Rohypnol
loflazépate d'éthyle	Victan
loprazolam	Havlane
lorazépam	Temesta
lormétazépam	Noctamide
nitrazépam	Mogadon
nordazépam	Nordaz
oxazépam	Seresta
prazépam	Lysanxia
témazépam	Normison
zolpidem	Stilnox
zopiclone	Imovane

Annexe 6

Critères d'excès de consommation de benzodiazépines

Consommation chronique

➔ Consommation qui dure *quotidiennement* depuis plus de *3 mois*

Consommation excessive

➔ Consommation *quotidienne* d'au moins 2 comprimés *différents* de benzodiazépines ou apparentés

Annexe 7

Agenda Sommeil / Eveil (période du _____ au _____)

Nom & Prénom du patient : _____
Tél. : _____
Nom du Médecin : _____

Hypnotique (X si prise)		19 h	21 h	23 h	1 h	3 h	5 h	7 h	9 h	11 h	13 h	15 h	17 h	Qualité du sommeil	Qualité de l'éveil	Remarques
lun	mar															
mar	mer															
jeu	ven															
sam	sam															
dim	dim															
lun	mar															
mar	mer															
jeu	ven															
sam	sam															
dim	dim															
lun	mar															
mar	mer															
jeu	ven															
sam	sam															
dim	dim															

Comment compléter les cases :
↓ Heure d'extinction de la lumière
↑ Heure du lever
○ Fatigue
★ Envie de dormir
▨ Périodes de sommeil (griser)
□ Périodes d'éveil nocturne ou diurne (ne rien mettre)
● sieste involontaire
⊙ sieste volontaire

Noter de 1 à 10
(1 très mauvaise qualité - 10 très bonne qualité)

Annexe 8

Calendrier de suivi de l'arrêt de BZD					
Nom & Prénom du patient :			Nom du produit à arrêter :		
Tél. :			Posologie initiale :		Dose finale attendue :
Date début de sevrage			Durée prévisible du sevrage 7 à 8 semaines		
	Date	Consultation Médicale	Dose programmée	Dose réelle prise	Remarques / Observations*
lundi					Semaine 1
mardi					
mercredi					
jeudi					
vendredi					
samedi					
dimanche					
lundi					Semaine 2
mardi					
mercredi					
jeudi					
vendredi					
samedi					
dimanche					
lundi					Semaine 3
mardi					
mercredi					
jeudi					
vendredi					
samedi					
dimanche					
lundi					Semaine 4
mardi					
mercredi					
jeudi					
vendredi					
samedi					
dimanche					
*Cas pour noter un événement inhabituel pendant la période de réduction de la posologie ou pour que le médecin note un traitement ponctuel ou tout autre événement					
Annexe 8					
Calendrier de suivi de l'arrêt de BZD (suite)					
	Date	Consultation Médicale	Dose programmée	Dose réelle prise	Remarques / Observations*
lundi					Semaine 5
mardi					
mercredi					
jeudi					
vendredi					
samedi					
dimanche					
lundi					Semaine 6
mardi					
mercredi					
jeudi					
vendredi					
samedi					
dimanche					
lundi					Semaine 7
mardi					
mercredi					
jeudi					
vendredi					
samedi					
dimanche					
lundi					Semaine 8
mardi					
mercredi					
jeudi					
vendredi					
samedi					
dimanche					
Médecin traitant : _____					

Annexe 9

Calendrier de suivi des symptômes de sevrage

Nom & Prénom du patient :

Tél. :

	semaine 1							semaine 2							semaine 3							semaine 4						
	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Symptômes éventuels de sevrage																												
Agitation																												
Anxiété, nervosité																												
Céphalées																												
Irritabilité																												
Insomnie																												
Perte d'appétit																												
Trouble de concentration																												
Cauchemars																												
Nausées, vomissements																												
Tachycardie, palpitations																												
Tremblements																												
Vertiges																												
Réveils douloureux																												
Autres symptômes																												

Si les symptômes sont présents noter leur intensité (de 1 à 4) dans la case au jour où le symptôme est ressenti.

Calendrier de suivi des symptômes de sevrage (suite)

Annexe 9

	semaine 5							semaine 6							semaine 7							semaine 8						
	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Symptômes éventuels de sevrage																												
Agitation																												
Anxiété, nervosité																												
Céphalées																												
Irritabilité																												
Insomnie																												
Perte d'appétit																												
Trouble de concentration																												
Cauchemars																												
Nausées, vomissements																												
Tachycardie, palpitations																												
Tremblements																												
Vertiges																												
Réveils douloureux																												
Autres symptômes																												

Si les symptômes sont présents noter leur intensité (de 1 à 4) dans la case au jour où le symptôme est ressenti.

Annexe 10

Consignes de rythme de réduction de la thérapeutique

Pour le patient à CMI si MPP + ST ou à CM3 si ST post-cure. Le MTh rayera les informations superflues.

Mise en application de votre sevrage thérapeutique

Début de la réduction thérapeutique à **J0**

J0	:	diminution de 25 %
J6	:	diminution de 25 %
12	:	diminution de 12,5 %
J18	:	diminution de 12,5 %
J24	:	diminution de 6,25 %
J30	:	diminution de 6,25 %
J36	:	diminution de 6,25 %
J42	:	ARRÊT

Annexe 11

Annexe 11

pour le patient à EM1 si IMPST ou à CM3 si ST après cure ou SPC

Symptômes de pré-sevrage

Nom & Prénom du patient :

Tél. :

Au cours des **7 derniers jours**, avez-vous ressenti un ou plusieurs des symptômes ci-dessous.
 Si oui, merci d'inscrire une croix et de préciser dans la colonne suivante l'intensité de la gêne procurée sur une échelle de 1 à 10
 Si non, ne rien inscrire

Symptômes ressentis	oui	Intensité (noter de 1 à 10) (1 : très faible/10 : insupportable)	Commentaire
Agitation			
Anxiété, nervosité			
Céphalées			
Impatience			
Insomnie			
Perte d'appétit			
Trouble de concentration			
Cauchemars			
Nausées, vomissements			
Tachycardie, palpitations			
Tremblements			
Vertiges			
Réveils douloureux			
Autres symptômes			

Annexe 12

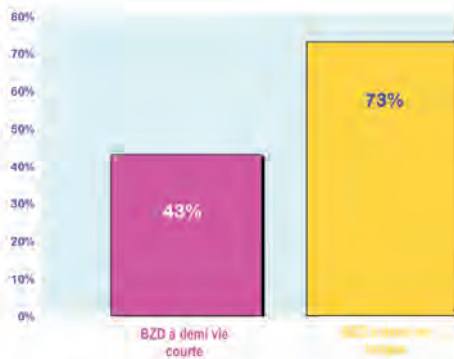
**Tableau des équivalences
pour 10 mg de Diazépam**

Benzodiazépines	Environ Équivalent Doses orales (mg)
Alprazolam (Xanax, Xanor, Tafil)	0,5
Bromazepam (Lexotan, Lexomil)	5-6
Chlordiazépoxide (Librium)	25
Clobazam (Frisium) ⁵	20
Clonazepam (Klonopin, Rivotril)	0,5
Clorazépate (Tranxene)	15
Diazepam (Valium)	10
Lorazepam (Ativan, Temesta, Tavor)	1
Nordazepam (Nordaz, Calmday)	10
Oxazépam (Serax, Serenid, Serepax, Seresta)	20
Prazepam (Centrax, Lysanxia)	10-20
Hypnotiques	Environ Équivalent Doses orales (mg)
Flunitrazépam (Rohypnol)	1
Lormetazepam (Noctamide)	1-2
Nitrazépam (Mogadon)	10
Temazepam (Restoril, Normison, Euhypnos)	20
Triazolam (Halcion)	0,5
Non-benzodiazépines avec des effets analogues	Environ Équivalent Doses orales (mg)
Zolpidem (Ambien, Stilnoct, Stilnox)	20
Zopiclone (Zimovane, Imovane)	15

Annexe 13

Demi-vie des Benzodiazépines

Demi-vie courte	
Alprazolam (Xanax, Xanor, Tafil)	6- 20 heures
Bromazepam (Lexotan, Lexomil)	6- 24 heures
Clonazepam (Klonopin, Rivotril)	30 heures
Lorazepam (Ativan, Temesta, Tavor)	10 - 20 heures
Oxazépam (Serax, Serenid, Serepax, Seresta)	8- 20 heures
Demi-vie longue	
Clorazébate (Tranxene)	30 à 60 heures
Diazepam (Valium)	80 heures
Prazepam (Centrax, Lysanxia)	30 à 60 heures



Pourcentage de patients réussissant à se sevrer à l'arrêt d'un traitement long par Benzodiazépines (>12 mois)

Annexe 14

Les événements indésirables

	Définition	Symptômes	Evolution
Syndrome de sevrage	Symptômes nouveaux à l'arrêt, n'existant pas avant le traitement	Signes généraux : Anxiété - insomnie Signes spécifiques : Hypersensibilité auditive, visuelle et olfactive, douleurs, etc.. Plus rarement : Confusion, convulsion, hallucination	Apparition quelques heures à quelques jours après la dernière prise médicamenteuse. Atténuation progressive
Rebond ou syndrome de sevrage léger	Réapparition des symptômes antérieurs au traitement majorés en intensité.	Insomnie et angoisse essentiellement (tension anxieuse, attaques de panique, etc...)	Apparition quelques heures à quelques jours après la dernière prise médicamenteuse. Atténuation progressive
Rechute	Réapparition des symptômes habituels avec l'intensité antérieure	Anxiété, phobies, insomnie, attaques de paniques ...	Plusieurs jours à plusieurs semaines après la dernière prise