



HAL
open science

Prise en charge psychoéducative pour sevrage de benzodiazépines en cure thermale (et enquête auprès de médecins généralistes)

O. Dubois, R. Salamon, Adélaïde Doussau, S. Maurice-Tison

► To cite this version:

O. Dubois, R. Salamon, Adélaïde Doussau, S. Maurice-Tison. Prise en charge psychoéducative pour sevrage de benzodiazépines en cure thermale (et enquête auprès de médecins généralistes). *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2011, 169 (6), pp.391. 10.1016/j.amp.2011.05.001 . hal-00771584

HAL Id: hal-00771584

<https://hal.science/hal-00771584>

Submitted on 9 Jan 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Prise en charge psychoéducative pour sevrage de benzodiazépines en cure thermique (et enquête auprès de médecins généralistes)

Authors: O. Dubois, R. Salamon, A. Doussau, S. Maurice-Tison



PII: S0003-4487(11)00127-2
DOI: doi:10.1016/j.amp.2011.05.001
Reference: AMEPSY 1331

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Please cite this article as: Dubois O, Salamon R, Doussau A, Maurice-Tison S, Prise en charge psychoéducative pour sevrage de benzodiazépines en cure thermique (et enquête auprès de médecins généralistes), *Annales médico-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2011.05.001

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Prise en charge psychoéducative pour sevrage de benzodiazépines en cure thermale
(et enquête auprès de médecins généralistes)****Psycho-educative in-care treatment for benzodiazepines withdrawal in spa cure
(and survey with general practitioners)****O. Dubois, R. Salamon, A. Doussau, S. Maurice-Tison***Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED),
Université Bordeaux II, Bordeaux, France*

Auteur correspondant : Dr Olivier Dubois, Cliniques de Saujon, BP 30, 17600 Saujon, France

Tél. secrétariat : 05 46 23 50 71

Adresse email : secretariat.dr.dubois@thermes.net

Résumé

La prévalence de consommation de benzodiazépines (BZD) est estimée à 18,6 % sur 12 mois, et 11,3 % sur 30 jours [1]. Dans le cadre d'une étude transversale auprès de médecins généralistes (MG), un tirage au sort a permis de sélectionner 2 000 MG représentatifs. Trois cents ont fourni des informations sur 997 patients traités par BZD (15,6 % patients/MG). Quatre virgule deux pour cent des patients présentaient l'association d'une durée de traitement supérieure aux recommandations, d'une indication à réduire ou arrêter le traitement par BZD, et avaient exprimé leur souhait d'arrêter ce traitement. On peut ainsi estimer à 47 189 le nombre hebdomadaire de patients pour qui le sevrage de BZD est indiqué. À l'issue de ce travail, un groupe d'experts a proposé la rédaction d'une procédure de prise en charge pour sevrage de BZD en cure thermale pour des groupes de six à douze patients, surconsommateurs réguliers et stables de BZD depuis au moins trois mois.

Ce protocole associe soins crénotherapiques quotidiens, suivi psychothérapique individualisé, suivi médical et ateliers psychoéducatifs. Il est complété par un suivi post-cure de six mois. Une phase expérimentale est en cours en 2010 et 2011.

Mots clés : Anxiolytiques ; Balnéothérapie ; Cure thermale ; Sevrage de benzodiazépine

Abstract

The prevalence of benzodiazepine (BZD) consumption is assessed as 18.6% over 12 months and 11.3% over 30 days [1]. Within the framework of a transversal study with general practitioners (GP), 2000 GP representatives were picked by drawing lots. 300 provided information on 997 BZD-treated patients (15.6% patients/GP). 4.2% of the patients revealed the association of a length of treatment greater than recommended, with a notification to reduce or stop treatment by BZD, and others had expressed their wish to stop the treatment altogether. The weekly number of patients can be estimated at 47,189 for whom BZD withdrawal has been indicated. At the close of this work, a group of experts offered to draw up a procedure on in-care for BZD withdrawal in spa therapy for groups of 6 to 12 patients, stable regular BZD over-consumers for at least 3 months. This protocol associates daily crenotherapy treatment, personalized psychotherapeutic follow-up, consistent medical care and psycho-educative workshops. It is completed by a post-cure 6-month follow-up. There is an experimental phase under way in 2010 and 2011.

Keywords: Anxiolytics; Balneotherapy; BZD withdrawal; Spa therapy

1. Présentation du problème

Le trouble anxieux généralisé a une prévalence d'environ 5 % de la population générale. Près de 15 % de l'activité d'un MG concerne des patients présentant un trouble anxieux avec une consommation régulière de BZD. D'après diverses études, la prévalence de consommation d'hypnotiques et anxiolytiques est estimée à 18,6 % dans les 12 derniers mois et à 11,3 % dans les 30 derniers jours en France [1]. Les données de remboursement de médicaments permettent d'estimer à 17,4 % les patients du Régime Général des Travailleurs Salariés consommant des BZD.

Pour la CNAM, plus de 75 % des personnes prenant des BZD avaient un traitement depuis plus de six mois [7]. Les recommandations de l'HAS insistent sur l'importance d'arrêter progressivement les BZD et d'y associer une thérapie cognitivo-comportementale [5]. L'adhérence au protocole est une variable importante favorisant l'obtention du sevrage. Il n'existe actuellement pas de prise en charge spécifique.

L'hypothèse émise ici est de proposer aux patients surconsommateurs réguliers, non répondeurs, et ne justifiant pas de prise en charge hospitalière, une cure thermale. On s'appuie

sur le fait que la balnéothérapie, qui agit sur le trouble anxieux (étude STOP TAG [4-9]), peut favoriser la substitution thérapeutique.

2. Présentation de l'étude

Afin d'étudier l'hypothèse que les séjours en cure thermique psychiatrique pourraient permettre d'obtenir la réduction des traitements par BZD, un groupe d'experts (annexe 1) a été constitué afin de réaliser une étude de faisabilité. Trois phases ont été constituées.

3. Première phase : enquête épidémiologique auprès des médecins généralistes

Une enquête épidémiologique réalisée par l'ISPED de Bordeaux II auprès d'un échantillon national de MG concernant leur prescription de BZD et apparentés, ainsi que leur position vis-à-vis des solutions thérapeutiques préconisées, a été mise en place [3].

3.1. Objectifs de l'étude

Étude réalisée en 2008–2009 qui visait à recueillir l'avis des MG et à estimer la proportion et le nombre de patients pouvant entrer dans un tel projet.

3.2. Méthode

Un questionnaire spécifiquement mis au point entre épidémiologistes, psychiatres et MG a été adressé par courrier à un échantillon représentatif de 2 000 MG en France métropolitaine, tirés au hasard à partir du fichier national ADELI (66 351 noms).

3.3. Population d'étude

La population source était constituée de MG, de moins de 65 ans, ayant une durée d'exercice supérieure ou égale à un an, sélectionnés par sondage aléatoire systématique. Leur mission était de décrire sur une journée d'activité la population de patients traités par BZD.

3.4. Résultats

Le taux de réponse au questionnaire a été de 15 %. Ont été collectées des informations concernant 286 MG représentatifs. Ils ont rapporté des informations concernant 997 de leurs patients traités par BZD (âge moyen 60 ans ; 68,7 % de femmes). Cinquante-trois virgule huit pour cent étaient traités par anxiolytiques ; 33,4 % par hypnotiques, et 12,4 % avaient une double prescription. Plus de 66 % des patients avaient un traitement par BZD de manière continue. Le délai d'introduction médian était de quatre ans. Soixante-trois virgule trois pour cent des 997 patients décrits par les MG avaient déjà fait l'objet d'une proposition de réduction ou d'arrêt de leur consommation médicamenteuse, sans succès. Pour 31,8 % de ces patients, la diminution ou l'arrêt thérapeutique était actuellement indiquée d'après le MG.

3.5. Analyse de la population cible en vue de la diminution ou l'arrêt des BZD

Le pourcentage de patients associant les conditions suivantes :

- durée de traitement supérieure aux recommandations (plus de 12 semaines pour les BZD et quatre pour les hypnotiques) ;
- diminution ou arrêt indiqué par le MG ;
- souhait exprimé par le patient d'arrêter la consommation de BZD ;
- traitement continu depuis au moins six mois, est de 4,2 %.

En extrapolant à l'échelle nationale les résultats observés, on peut estimer le nombre de patients vus en une semaine par les MG du territoire, traités par BZD, à 1 131 285. Le nombre de patients qui auraient une indication à l'arrêt médicamenteux serait de 327 837. Parmi ceux-là, 47 189 patients souhaiteraient arrêter leur consommation de BZD : cible potentielle intéressant le groupe d'experts.

3.6. Avis des MG concernant la prise en charge du sevrage de BZD

Quatre-vingt-un virgule cinq pour cent des MG consultés se considèrent être les mieux placés pour aider les patients à diminuer ou arrêter leur consommation de BZD. De nombreux MG sont favorables à un soutien psychologique, un suivi multidisciplinaire, une prise en charge de type TCC, et 60 % d'entre eux sont ouverts à une cure thermique dans cette indication.

En résumé, certains points sont confirmés :

- existence d'un fort pourcentage de patients, en situation de surconsommation chronique (15 % par MG) ;
- durée médiane d'ancienneté de prescription de quatre ans ;
- indication portée par le MG de sevrage pour un tiers des patients ;
- potentiel théorique de près de 50 000 patients suivis hebdomadairement par les MG (France entière), souhaitant bénéficier d'une prise en charge spécifique pour sevrage de psychotropes.

Concernant la place de la cure thermale, on note la méconnaissance normale des MG puisque cette modalité thérapeutique n'est pas positionnée dans cet objectif thérapeutique ; méconnaissance qui contraste avec leur ouverture à envisager cette solution.

Le groupe a conclu à l'intérêt de définir un protocole spécifique et structuré dans le cadre d'une cure de trois semaines.

4. Deuxième phase : protocole de sevrage thérapeutique de BZD en cure thermale

4.1. Définition du comportement cible

La notion de surconsommation médicamenteuse retenue a concerné les critères suivants :

- existence d'une surconsommation chronique médicamenteuse à l'un des produits cibles (annexe 2) ;
- absence de pathologie contre-indiquée (psychopathie, état limite, psychose chronique, schizophrénie, dépendance alcoolique, toxicomanie régulière) ;
- stabilité thérapeutique depuis trois mois ;
- motivation exprimée du patient.

4.2. Choix des substances préférentielles

Les principales cibles retenues sont les anxiolytiques, hypnotiques, et apparentés (annexe 2).

Le programme thérapeutique consiste en l'association de quatre activités :

- soins crénotherapies ;
- suivi médical ;

- suivi psychothérapeutique individuel ;
- programme psychoéducatif de groupe.

4.2.1. Programme crénotherapique

Cure thermale de trois semaines à base de bains bouillonnants (37/38 °C) de 20 minutes, massages sous l'eau de dix minutes par masseur kinésithérapeute, douches thermales de trois minutes (trois à quatre bars, eau à 37 °C), et bains en piscine avec douches en immersion de dix minutes (32/33 °C)

4.2.2. Le suivi médical

Un suivi médical est assuré à trois reprises et en cas de besoin. Il vise au suivi de la réduction de la consommation médicamenteuse suivant les règles d'un protocole défini par le groupe d'experts et surveille le rythme de réduction du traitement (annexe 3).

4.2.3. Entretiens psychothérapeutiques individuels

Deux entretiens sont réalisés. Le premier consiste en une évaluation de la motivation. Il informe sur l'état du patient à travers l'analyse d'échelles d'autoévaluation, le second fixe les objectifs post-cure.

Un suivi post-cure est assuré par la psychologue avec des entretiens téléphoniques réalisés à J15, J30, J60, J100 et J180. Le suivi global a une durée de six mois.

4.2.4. Programme psychoéducatif par groupes de patients

Le projet consiste à profiter de l'effet groupe, préconisé dans la prise en charge des addictions, afin de bénéficier d'une dynamique favorable. Le groupe de patients doit être compris entre six et douze patients.

Six thèmes d'une heure et demie ont été sélectionnés :

- mécanismes d'action et prévention de la dépendance ;
- arrêt du traitement par BZD ;
- comprendre le stress et l'anxiété ;
- les maladies secondaires au stress ;

- les alternatives aux BZD ;
- les techniques de gestion du stress.

Quatre séances de relaxation sont dispensées pour un total de dix ateliers de groupe.

Ce programme psychothérapeutique a été établi par un formateur qui a réalisé un kit reproduit à l'identique dans chacune des quatre stations thermales sollicitées. Le formateur a assuré la formation des quatre équipes concernées. Le principe est l'homogénéisation du protocole « sevrage thérapeutique » afin d'assurer une qualité, une reproductibilité et une évaluation comparable dans chaque centre.

Divers documents relatifs au suivi médical et à l'information sur le sevrage sont remis aux patients.

5. Troisième phase : étude expérimentale

Une troisième phase consiste, depuis début 2010, à l'expérimentation du protocole : étude SPECTh (Sevrage de Psychotropes par Éducation psychothérapeutique en Cure Thermale). Elle est en cours de réalisation dans quatre des cinq stations thermales nationales à orientation psychiatrique.

L'objectif est de réaliser huit groupes de six à douze patients entre avril 2010 et avril 2011, avec un recrutement total de 60 à 80 patients. Les critères de sélection sont la motivation du patient, l'accord du MG, l'indication thérapeutique (anxiété, dépression, troubles du sommeil), et l'absence de contre-indication.

Des évaluations sont assurées (échelles HAD, questionnaire de dépression de Beck, Ecab, échelle de Spielberger, questionnaires de consommation et échelles analogiques d'évaluation du sommeil et de la douleur). L'ensemble des données est recueilli par une attachée de recherche clinique. Le centre méthodologique de l'ISPED Bordeaux II reçoit, traite et analyse les données.

L'objectif principal retenu est la réduction de la consommation de BZD et apparentés à six mois, comparativement à la consommation initiale. Les critères secondaires sont la consommation aux différents stades de l'évolution, l'évolution de l'état anxieux, dépressif, de la dépendance, des effets indésirables, du sommeil et de la douleur.

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

- [1] 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.
- [2] Beaurepaire R. de, Bases biochimiques et neurobiologiques de la psychiatrie. *Encyclopédie Médico-chirurgicale Psychiatrie* 2005. p.4–39.
- [3] Doussau A. Benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques en médecine générale : enquête épidémiologique auprès d'un échantillon national de médecins généralistes sur les patients traités et les modalités d'arrêt de traitement. Université Bordeaux II, UFR des sciences médicales: Thèse n° 3030; 2009.
- [4] Dubois O, et al. Balneotherapy versus paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder. *Complement Ther Med* (2010), doi:10.1016/j.ctim.2009.11.003
- [5] Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des BZD et médicaments apparentés chez le patient âgé : Résumé des caractéristiques du produit commun aux BZD et médicaments apparentés. 2007.
- [6] 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;60:523–9.
- [7] 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;34:75–84.
- [8] Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15:445–52
- [9] Salamon R, Germain C, Olié JP, Dubois O. In: *Revue de Santé Publique ; Évaluation de l'efficacité du thermalisme à orientation psychosomatique ; mars-avril 2008.* p.105–12.
- [10] Yonkers KA, Warshaw Médecin Généraliste, Massion AO, Keller MB. Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 1996;168:308–13.

Discussion

Dr Tesu-Rollier – Ma première question concerne la manière subjective dont les patients reçoivent le changement de molécule de benzodiazépine

Ma deuxième question porte sur l'échantillonnage du groupe et du nombre des médecins ayant participé à l'étude.

Réponse du Rapporteur – À la première partie de votre question, il était bien entendu que les patients s'engageaient dans un programme de sevrage de benzodiazépines. Cela se traduisait par une motivation exprimée et par la signature d'un consentement à la réduction thérapeutique qui était bien sûr révisable à tout moment. Dans le protocole de réduction thérapeutique, il pouvait être proposé un changement de molécule de benzodiazépine pour simplifier et surtout unifier le traitement. Ainsi, si un traitement était constitué de trois molécules différentes, on tend vers l'unification du traitement autour d'un seul produit. L'intérêt de ce changement est également de pouvoir favoriser le passage vers une demi-vie longue de benzodiazépine qui réduit les difficultés liées au sevrage.

Pr Veyrat – Vous avez dit « nous avons ajouté à l'étude l'équanil et l'atarax », mais ce ne sont pas des benzodiazépines, contrairement au titre de l'étude.

Réponse du Rapporteur – Dans un premier temps, le Comité scientifique avait en effet envisagé de ne s'intéresser qu'aux benzodiazépines. Puis il a considéré que, eu égard au nombre de patients concernés par cette problématique et à l'importance de ces traitements, il serait intéressant d'élargir le protocole à l'ensemble des médicaments anxiolytiques utilisés de manière excessive dans une visée anxiolytique.

Annexe 1

Pr Jean-Pierre Olié, Pr Philip Gorwood (psychiatres, Hôpital Sainte-Anne), Pr Roger Salamon (épidémiologiste), Dr Galinowski, Mr Thierry Herguetta (psychologues, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière), Dr Olivier Dubois.

Annexe 2

Liste des BZD (et apparentés)

Molécule	Noms commerciaux
alprazolam	Xanax
bromazépam	Lexomil
bromazépam	Quiétiline
bromazépam	Anxyrex
clobazam	Urbanyl
clonazepam	Rivotril
clorazépate dipotassique	Tranxène
clotiazépam	Veratran
diazépam	Valium
estazolam	Nuctalon
flunitrazépam	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 3

Consignes de rythme de réduction de la thérapeutique

Début de la réduction thérapeutique à **J6**

	Sevrage sur sept semaines	Sevrage sur un mois
Pendant la cure	J6 : diminution de 25 %	25 %
	J12 : diminution de 25 %	25 %
	J18 : diminution de 12,5 %	25 %
Après la cure	J24 : diminution de 12,5 %	12,5 %
	J30 : diminution de 6,25 %	<u>ARRÊT</u>
	J36 : diminution de 6,25 %	
	J42 : diminution de 6,25 %	
	J48 : <u>ARRÊT</u>	