



Item75-Addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés)

Objectifs CNCI		
- Addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés) (voir item 319) - Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés). - Indications et principes du sevrage thérapeutique. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
Etat des lieux AFSSAPS 2012 Référentiel ECN	- Dépendance, sevrage (critères DSM IV) - Problème de santé publique - Connaître les RMO	- Attention à la conduite de véhicule - Rechercher comorbidités, dont addictions (OH+++...) (A savoir !) - Préférer sevrage en ambulatoire

Introduction

Epidémiologie selon le rapport d'expertise de l'AFSSAPS en 2012 :

- **Problème majeur de santé publique**
- **22 BZD** ou apparenté sont commercialisés en France en 2011
- France : **2^{eme} pays** en Europe consommateur d'anxiolytique et d'hypnotique en 2009.
- Majorité de **femmes (60%)**
- En 2010, **20% des français** ont déjà consommé une BZD ou des apparentés.
- Tps de traitement médian : 7 mois
- La moitié des sujets sont environ traité 2 ans (avec ou sans interruption de TTT)

Les Références Médicales Opposable (RMO) ne sont souvent pas respectées :

- pas d'indication à associer deux anxiolytiques
- pas d'indication à associer deux hypnotiques
- Débuter par la dose la plus faible, rechercher la dose minimale efficace, sur la durée la plus courte possible ==> tenir compte des durées de prescription maximales réglementaires
- **Durée max anxiolytiques** : 4-12 semaines
- **Durée max hypnotiques** : 2-4 semaines
- Ne pas reconduire systématiquement, réévaluer la prescription...

Rappel les 5 effets des BZD

- Anxiolyse
- Myorelaxant
- Anticoconvulsivant
- Sédatif
- Amnésiant

Les benzodiazépines stimulent la voie dopaminergique (voie de la récompense), ce sont des agonistes des récepteurs GABA.

Contre-indications :

- **CI absolue** :
 - hypersensibilité connues,
 - insuffisance respiratoire sévère ou aigue,
 - insuffisance hépatique sévère,
 - SAOS (surtout si non appareillé),
 - myasthénie
- **CI relative** :
 - grossesse ou allaitement (préférer l'oxazepam),
 - insuffisance hépatique (préférer l'oxazepam),
 - insuffisance rénale,
 - ATCD d'addiction (OH, toxicomanie...)

Diagnostic positif

Rappel : Dans la CIM, le mésusage (prises de risques et/ou de dépendance et/ou de dommages) a trois sous type :

- usage à risque,
- usage nocif
- usage avec dépendance.

Usage à risque

Rappel : dans la CIM, l'usage à risque se définit par au moins une de ces conséquences :

- Pb avec la justice
- Poursuite des prises malgré difficultés sociales ou interpersonnelles (bagarres...)
- incapacité à remplir les obligations majeures (travail, à la maison...)
- Prise de risques

Donc, dans le cas de la consommation de BZD :

- Risque de dépendance.
- Risque de somnolence, baisse de la vigilance : ATTENTION A LA CONDUITE DE VEHICULES et à la conso d'OH
- Risque de chute par ataxie

Usage nocif :

Rappel : dommages sans atteindre le seuil de dépendance physique ou psychiques

- Usage est nocif si des troubles moteurs ou de la vigilance sont associés

Abus des BZD :

Pour rappel : Critères DSM-IV d'un abus de substance ++++++ (à savoir)

- Altération du fonctionnement ou souffrance cliniquement significative
- Caractérisée par la présence de ≥ 1 manifestations sur **1 an** parmi: (4)
 - Incapacité à remplir des obligations majeures (travail, école, etc)
 - Mise en danger physique (ex: conduire et alcool)
 - Problèmes judiciaires liée à la substance (ex: retrait de points)
 - Consommation malgré problème interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents, causés ou augmentés par la consommation de la substance
- Symptômes n'atteignant pas les critères de dépendance

Dépendance aux BZD :

Pour rappel : Critères DSM-IV d'une dépendance à une substance ++++++ (à savoir)

- Altération du fonctionnement ou souffrance cliniquement significative
- Caractérisée par la présence de ≥ 3 manifestations sur **1an** parmi: (7)
 - Tolérance: augmentation des doses ou diminution de l'effet à même dose
 - Sevrage: syndrome clinique de sevrage ou prise pour le soulager ou l'éviter
 - Désir ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler les prises
 - Réduction ou abandon des activités sociales, professionnelles ou de loisirs
 - Prises en quantité plus importante ou période plus prolongée que prévue
 - Beaucoup de temps passé à obtenir la substance, la consommer ou récupérer ses effets
 - Persistance de l'utilisation malgré retentissement physique ou psychologique
- Remarques
 - Par « dépendance », on sous-entend dépendance psychologique.
 - Il n'y a pas de seuil, pas de fréquence des consommations qui définit la dépendance. Elle n'est pas définie non plus par l'existence de "dommages induits".
 - → préciser si elle s'accompagne de dépendance physique (tolérance + sevrage) ou non

DSM V: un seul diagnostic : "troubles liés à l'usage de substances" = abus + dépendance

Syndrome de sevrage des BZD

- Définition : apparitions de nouveaux symptômes liés à une diminution ou à l'arrêt du traitement
- Facteurs favorisants :
 - Anxiété importante au début de l'arrêt ou de la diminution
 - BZD à demi vie courtes
 - Traitement de longue durée
 - Posologies élevées
 - Diminution rapide des posologies ou arrêt brutal
 - Association avec un épisode dépressif caractérisé
 - Consommation d'une autre substance psycho active (alcool...)
- Signes cliniques :
 - psychiatriques :
 - anxiété,
 - irritabilité,
 - insomnie...

- digestifs : nausées
- neurologiques :
 - tremblements,
 - céphalées,
 - **confusion, hallucinations** (= plus spécifiques),
 - crises convulsives, coma
- durée :
 - apparaît lors de la **réduction des posologies**,
 - **atténuation progressive**,
 - peut durer **quelques jours** après la dernière prise

Comorbidités et complications

Complications : majorées chez le sujet âgé, préférer les demi vies courtes

- **Chutes** par ataxie, avec un risque de complications
- **Dysarthrie**
- **Sédation** (toujours informer du risque à la conduite et de la contre indication de l'alcool)
- **Troubles cognitifs** avec **troubles mnésiques** (amnésie rétrograde) et de l'attention
- **Réactions paradoxales** (rares, favorisées par l'alcool) : agitation, désinhibition, excitation, agressivité...

Comorbidités :

- **autre addiction**
- **autre trouble psychiatrique associé** : **épisode dépressif, autre trouble anxieux...**

Traitement

Prévention :

- de l'abus
- de la dépendance
- du sevrage
- pluridisciplinaire
- **Tenir compte des RMO!!!**

Evaluation pré-sevrage (5) :

- Evaluation de la **consommation** (circonstances)
- Evaluation de la **dépendance** (tolérance psychique et physique)
- Evaluation de la **motivation**
- Evaluation du **terrain** : co-addictions (alcool / drogues) / co-morbidités
- Recherche de **complications** (**A savoir !**)

Sevrage

- **en ambulatoire** : situation **la plus fréquente**
 - **suivi régulier**
 - **baisse progressive** (ex : si posologie prises au long cours sont élevées ==> 25 % la première semaine, durée d'arrêt entre 4 et 10 semaines)
- **en hospitalisation** :
 - **hospit pour une autre raison**, avec arrêt des BZD au décours (décroissance plus rapide qu'en ambulatoire)
 - **hospit programmée** car échec du sevrage en ambulatoire
- **Objectif** : **arrêt complet** (en pratique, une baisse des posologies est déjà un bon résultat)
- **Méthode** : décroissance progressif des posologies, pas de TTT substitutif

Psychoéducation et psychothérapies + + + +

Surveillance et prise en charge au long cours