

Benzodiazépines : différents settings, différentes réalités

Dr. med. George M. Riesen,
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, Praxis für Suchtverhalten, Courlevon

Présentation du document de travail du groupe bernois Addiction et benzodiazépines :

« Donnez-moi des benzos ! »

Aide à la réflexion pour les praticiens et praticiennes

Dr. med. **Bidisha Chatterjee**, spécialiste en médecine interne FMH, médecin pénitentiaire (Office de l'exécution judiciaire), Berthoud ; Barbara Gugger, médecin-chef du Centre ambulatoire pour les traitements d'addiction ZAS du Réseau Contact, Berne ; Dr. med. **Carola Lübow**, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, médecin-chef du service ambulatoire Südhang, Biemme ; Dr. med. **Esther Pauchard**, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, médecin-chef de la Suchtfachklinik Selhofen, Berthoud ; Dr. med. **Ingo Butzke**, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, médecin-chef de la Klinik für Psychose & Abhängigkeit, Centre psychiatrique de Münsingen ; Dr. med. **George M. Riesen**, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, Praxis für Suchtverhalten, Courlevon.

- 1 Introduction : pourquoi l'usage des benzodiazépines est-il si complexe ?**
- 2 Idées répandues concernant les effets des substances de la classe des benzodiazépines**
- 3 Aides à la catégorisation clinique ; indications absolues et relatives concernant la classe des benzodiazépines**
- 4 Mieux comprendre la problématique à travers des cas cliniques concrets et des échanges**

1 Introduction : de la complexité de l'usage des benzodiazépines

Depuis que les benzodiazépines ont supplanté les barbituriques dans la classe des tranquillisants, la question de leurs indications et de leurs contre-indications, essentielle pour la pratique, a fait couler beaucoup d'encre, et ce en dépit du manque de données scientifiques. Partisans et détracteurs soutiennent des positions extrêmes : pour certains, ce sont des médicaments « tout à fait pertinents, pouvant être dispensés pour soulager les patients » tandis que pour d'autres ils sont « strictement interdits ou à éviter impérativement ».

Selon les domaines d'expérience et les perspectives des auteurs, différentes variantes et positions intermédiaires viennent encore compliquer les décisions des médecins prescripteurs dans le quotidien clinique et suscitent des désaccords et des incertitudes.

Le groupe de travail Addiction et benzodiazépines est formé de médecins du canton de Berne qui travaillent avec des personnes dépendantes dans le cadre de différentes fonctions et qui disposent ainsi d'une vaste expérience en matière de prescription de benzodiazépines. Il a été créé dans le but de constituer un réseau d'expériences et d'échanges, suite à une demande de l'Office du médecin cantonal du canton de Berne à propos de la réglementation régissant la prescription de benzodiazépines aux personnes dépendantes. Né de cette collaboration, le présent guide vise à exposer, à l'aide de vignettes cliniques, les différentes perspectives en matière de traitement par benzodiazépines et à fournir des conseils pratiques.

Le Compendium suisse des médicaments (compendium.ch, version 08/2016) énumère les cas médicaux très précis dans lesquels l'usage de substances de la classe des benzodiazépines est **indiqué**, à savoir le traitement de **crises d'épilepsie** et, en **obstétrique**, de l'**éclampsie**. Elles **peuvent** en outre être utilisées pour le **traitement symptomatique des états d'angoisse et d'excitation et, de manière générale, dans les situations de stress psychosocial**. A titre de remarque est rappelé le principe, souvent si difficile à respecter pour les cliniciens, selon lequel la durée d'utilisation doit être *aussi courte que possible*.

Le commentaire de Lukas Straumann sur l'ouvrage d'Alex Bänninger et al. *The Life and Legacy of Valium Inventor Leo Sternbach* (New York : Mc Graw-Hill, 2004) attire lui aussi l'attention sur ce dilemme toujours d'actualité ainsi que sur la controverse suscitée par la mise sur le marché de cette classe pharmacologique :

*« Les tranquillisants relevant de la classe des benzodiazépines mis au point par Sternbach ont eu un succès retentissant. Le Librium (1960) et le Valium (1963), en particulier, ont révolutionné le marché des psychotropes et assuré la prospérité de Roche pendant des décennies. Médicament le plus prescrit aux Etats-Unis entre 1969 et 1982, le Valium incarne aujourd'hui encore le médicament vedette (« blockbuster ») par excellence. Tranquillisants nouvelle génération, les **anxiolytiques** et les **spasmolytiques** ont ouvert de nouvelles possibilités thérapeutiques dans le domaine psychiatrique. Dans les années 1960, marquées par la croyance dans le progrès, ils ont en outre été de plus en plus prescrits par les médecins de famille pour traiter le stress du quotidien. Toutefois, à cause de leurs risques d'abus et de dépendance, le Valium et les médicaments apparentés se sont*

rapidement retrouvés sur la sellette et suscitent aujourd'hui encore un débat critique. » (traduction libre)

Nous nous accordons tous à dire qu'un traitement par benzodiazépines nécessite une évaluation constante et attentive de la thérapie.

Un exemple tiré d'un autre domaine montre qu'un traitement symptomatique peut avoir des effets trompeurs et dissuader le patient de rechercher les causes de la crise :

Un homme souffrant de violentes coliques arrive aux urgences tard dans la nuit sur l'insistance de sa femme. L'examen révèle une néphrolithiase. Un analgésique administré par voie intraveineuse soulage rapidement le patient, qui quitte le service des urgences. Il refuse tout examen plus poussé et ne veut suivre ni traitement ni thérapie : ne ressentant plus de douleur suite au traitement des symptômes, il n'en voit plus la nécessité.

Le travail au sein du groupe a confirmé l'insuffisance des critères existants pour formuler une recommandation générale pertinente sur le plan clinique quant à l'utilisation de la classe de substances considérée. Force est de constater que, au vu de la faible quantité de données probantes dont nous disposons dans notre quotidien clinique, nous les spécialistes devons nous fier en grande partie à notre expérience, au risque de nous laisser influencer par des convictions personnelles. A l'issue de discussions approfondies, nous avons identifié deux problématiques spécifiques à la classe des benzodiazépines. Premièrement, les termes employés pour décrire l'effet des benzodiazépines manquent d'objectivité et de neutralité et sont au contraire étonnamment porteurs de promesses, quand ils ne relèvent pas de la distorsion de la réalité ou de la magie. La forte pression de la demande, l'efficacité du marketing entourant un seul médicament vedette et la désirabilité sociale semblent ici se combiner pour influencer sur le choix des mots. Deuxièmement, dans les situations cliniques d'indication relative, nous sommes confrontés à la pression inhabituellement élevée de prescrire des benzodiazépines. La question de l'indication et de la planification à long terme de la thérapie ne fait souvent qu'ultérieurement l'objet de discussions ciblées et approfondies.

Nous avons choisi l'exemple d'une analgésie purement symptomatique car nous observons souvent des mécanismes similaires lors de la prescription de benzodiazépines. Le patient est soulagé parce qu'il ne sent plus rien et perd ensuite toute incitation à s'interroger sur ce qui a provoqué la crise.

Et pourtant, les benzodiazépines sont très fréquemment utilisées, elles font partie des substances les plus prescrites dans le monde. Dans le contexte clinique et médical, mais également dans le domaine de l'addiction, la problématique de la prescription des benzodiazépines ne bénéficie malheureusement que de peu d'attention. Le présent document a pour but d'aider les cliniciens et les cliniciennes à se faire leur propre avis sur la question à l'aide de différentes perspectives et vignettes cliniques, à s'interroger sur leur approche individuelle et à l'adapter en conséquence. Nous espérons faciliter ainsi le dialogue avec les patients lors de la prescription et de l'explication du traitement.

2 Idées répandues concernant les effets des substances de la classe des benzodiazépines

Les benzodiazépines comme anxiolytiques

Le terme **anxiolytique** (qui « dissout » l'anxiété) est trompeur car il suggère que le médicament a un effet thérapeutique sur les états d'angoisse et de panique et les dissipe de manière durable. Il serait plus approprié de parler d'**anxio-suppresseur** étant donné que la prise de benzodiazépines n'apporte l'effet souhaité que pendant une courte durée, les états d'angoisse et de panique réapparaissant, souvent plus violemment, dès que les effets du médicament cessent, en particulier lors que le patient est toujours confronté à la situation anxiogène. Les thérapies comportementales nous ont appris que l'effet supprimeur des benzodiazépines empêche le patient d'apprendre à gérer de manière adéquate la situation qui a provoqué la crise.

Les *anxio-suppresseurs* ne devraient donc être prescrits que pour des états déclenchés par des événements inhabituels qui, selon toute vraisemblance, ne sont pas amenés à se reproduire.

Les sentiments négatifs se heurtent à un manque d'acceptation et de soutien dans notre société, ce qui les rend difficile à exprimer et à supporter. Or, dans la réalité du quotidien psychiatrique et médical, c'est souvent ce phénomène qui dicte l'usage d'*anxio-suppresseurs*.

De nouveaux critères sont donc nécessaires en vue d'une prescription responsable, ménageant toujours la possibilité de ne pas prescrire de benzodiazépines afin de laisser aux individus la chance d'appréhender la situation sans recourir à un supprimeur d'émotions, pour autant que cela soit envisageable.

Les benzodiazépines comme somnifères

Prêtant tout autant à confusion que le mot anxiolytique, le terme **somnifère** laisse entendre, à tort, que la prise de benzodiazépines permet d'induire un sommeil biologique normal. Il serait plus juste de parler d'effet anesthésiant, au sens large, des benzodiazépines, qui induisent une sédation plutôt qu'un sommeil reposant, alternant avec des phases de rêves. Non seulement la médication ne permet donc pas de retrouver un meilleur sommeil mais, à l'arrêt de celle-ci, les patients manifestent en règle générale des troubles du sommeil plus importants qu'au début du traitement et connaissent des phases de « rattrapage », marquées par des rêves très vivants et intenses. Dans les cas de troubles du sommeil, la durée de traitement recommandée est courte, mais il n'est souvent pas possible de respecter ce principe en raison de cet effet indésirable du médicament. En plus de son trouble du sommeil, le patient se retrouve ainsi confronté à un problème de sevrage.

Les benzodiazépines dans la prise en charge du sevrage alcoolique

Les benzodiazépines sont particulièrement indiquées dans les cas de sevrage alcoolique et préférées la plupart du temps à d'autres substances (p. ex. le clométiazole). Ce principe est toutefois à prendre avec prudence : bien que, depuis des décennies, les établissements somatiques utilisent eux aussi les benzodiazépines dans les cas de sevrage alcoolique, les effets à long terme des sevrages aux benzodiazépines, souvent répétés, font encore l'objet d'études. Du point de vue subjectif des personnes dépendantes à l'alcool, les benzodiazépines représentent une substance alternative d'une redoutable efficacité, pouvant ainsi donner la fausse impression qu'il est facile de guérir d'une dépendance à l'alcool, ou du moins de contrôler efficacement celle-ci. Préconisées par les normes internationales comme médicaments de premier choix dans la prise en charge du sevrage alcoolique, les benzodiazépines réduisent efficacement les risques de crises d'épilepsie et de délires. Un autre aspect est toutefois à prendre compte : les benzodiazépines perpétuent, voire accentuent, l'un des effets de la consommation d'alcool, qui est la répression des sentiments d'angoisse et du stress. C'est pour cette raison que la dernière étape du processus de sevrage, à savoir l'arrêt complet de la prise de benzodiazépines est particulièrement risquée et est souvent mal supportée par le patient. Au moment où le sevrage peut être considéré comme appartenant au « passé », le patient est confronté à un sentiment d'aversion, à des pensées négatives et à une agitation intérieure. Il existe, d'une part, le risque qu'il se remette rapidement à consommer de l'alcool pour trouver un apaisement et, d'autre part, qu'il veuille continuer à prendre des benzodiazépines et donc qu'il développe une nouvelle dépendance. Ce danger est particulièrement présent dans les cas de sevrage alcoolique ambulatoire, où une surveillance étroite continue n'est guère possible et où les médicaments doivent être remis à titre de réserve. L'idéal serait que ces traitements soient effectués en collaboration avec des spécialistes en matière de dépendance.

Les benzodiazépines comme traitement de substitution et comme traitement de sevrage des benzodiazépines elles-mêmes

En cas de dépendance avérée aux benzodiazépines, le traitement ne doit pas pour autant être arrêté brutalement. Il doit être poursuivi en vue d'une substitution, soit (dans le cadre ambulatoire et stationnaire) dans le cadre d'un traitement de sevrage. La faisabilité du sevrage doit généralement être étudiée, en tenant compte de facteurs internes et externes au patient. Le passage à un traitement de substitution se fait naturellement et résulte souvent du manque de ressources des patients mais, même dans ce cas, le choix de la substance la plus appropriée doit s'effectuer à l'appui de critères tels que la demi-vie et le délai d'action du médicament (et pas nécessairement selon les préférences des patients).

| | |
|--|---|
| <p>Indication relative</p> <p><i>Impliquant de s'interroger activement sur la prescription dans le contexte donné</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - selon les situations, lors de crises d'anxiété, de panique, situation de stress psycho-social - épisode de décompensation dans les cas de schizophrénie, de troubles bipolaires, etc. - prémédication avant une opération - Prescriptions sur une plus longue durée sans indication absolue : - traitement des angoisses - troubles du sommeil - maladies de la dépendance - traitement de substitution avec BZD - soins palliatifs |
|--|---|

Modalités de prescription (« COMMENT ? »)

Outre une pose d'indication précise et le choix de la substance la plus adéquate selon le contexte à un dosage approprié, les aspects suivants doivent également être pris en compte car ils influent sur la possibilité de réflexion sur la prescription avec le patient et donc la relation thérapeutique.

- Limiter la durée de l'ordonnance (pertinence [ou non] d'une ordonnance renouvelable ?)
- Faire preuve de prudence dans l'utilisation de médicaments en réserve (avantages de convenir d'un dosage fixe ? Est-ce que la dose prise peut effectivement être contrôlée ?)
- Effectuer un suivi du traitement au mieux des possibilités (obligation d'informer le patient des effets à court et long terme, consultations régulières pour discuter des effets, du dosage et de l'indication à poursuivre le traitement).
- Considérer le contrôle des prises comme une possibilité d'entretenir la relation (prescrire de petites tailles d'emballage, régler clairement la fréquence d'achat et de remise, attention aux augmentations insidieuses du dosage !)

Pistes de réflexion formulées par le groupe de travail Addiction et benzodiazépines concernant la prescription de BZD

- ***Puis-je choisir une substance à durée d'action longue ?***
- ***Une substance avec une demi-vie longue est-elle suffisante ?***
- ***Un dosage fixe est-il envisageable en lieu et place d'une médication en réserve ?***
- ***Quel est mon objectif en prescrivant une ordonnance de benzodiazépines renouvelable ?***
- ***Comment proposer à un patient sous traitement de benzodiazépines une information détaillée, une évaluation rigoureuse de la thérapie et un suivi régulier ?***

4 Mieux comprendre la problématique à travers des cas cliniques concrets et des échanges

Les membres du groupe de travail Addiction et benzodiazépines ont ensuite élaboré des cas cliniques et des situations et ont échangé leurs avis et leurs expériences. Les cas cliniques ont contribué à une réflexion critique sur les positions possibles concernant les prescriptions de benzodiazépines dans les différents contextes cliniques tels que les hôpitaux, les services ambulatoires et les pratiques de médecin de famille, etc.

Outre les soins de base, le groupe de travail a à cœur de fournir des explications et des informations circonstanciées aux patients sous benzodiazépines et d'assurer un suivi régulier de leur traitement, mais aussi de poursuivre les échanges interdisciplinaires et collégiaux et d'œuvrer pour la généralisation de cette pratique.