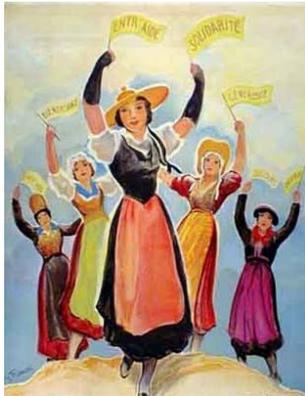




C O R O M A

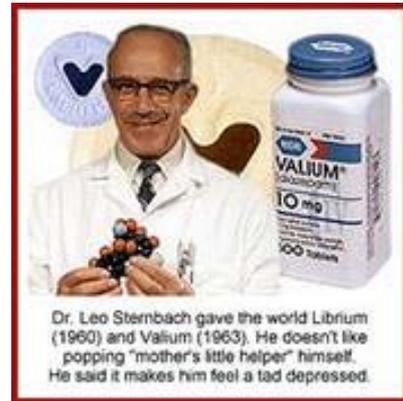
Collège Romand de Médecine de l'Addiction



Annonce publicitaire ancienne pour la loterie: jeux de hasard et entraide, l'inconscient collectif angélique ??...



Pub japonaise pour le Rivotril...



Dr. Leo Sternbach gave the world Librium (1960) and Valium (1963). He doesn't like popping "mother's little helper" himself. He said it makes him feel a tad depressed.

...

## Editorial

Ce nouveau numéro de Flash Addiction vous propose deux articles sur "d'autres addictions" régulièrement rencontrées en médecine de premier recours mais moins fréquemment discutées: le jeu pathologique et la dépendance aux benzodiazépines.

L'équipe du Centre de Jeu Excessif à Lausanne présente des notions théoriques et épidémiologiques du "jeu excessif" suivies de conseils pratiques pour le dépistage et la prise en soin des patients joueurs, et d'un survol du réseau romand.

La dresse Arabelle Rieder-Nackle du Département de Médecine Communautaire à Genève analyse les causes des controverses qui règnent par rapport à la prescription des benzodiazépines en médecine de premiers recours, et donne quelques conseils pour la prescription et le sevrage des BZD.

Nous vous proposons également une nouvelle rubrique: la "Rubrique pratique" proposant l'avis d'un spécialiste du domaine concerné pour des problèmes cliniques rencontrés au cabinet. Ce mois, le Dr Lacroix, médecin adjoint responsable de l'Unité de Rhinologie-Olfactologie des Hôpitaux Universitaires de Genève aborde les problèmes de nez rencontrés chez des patients utilisant la voie nasale: quel conseil, quel traitement? N'hésitez pas proposer des thèmes qui vous intéressent ou à nous poser des questions cliniques sur [info@romandieaddiction.ch](mailto:info@romandieaddiction.ch), nous chercherons les réponses auprès des spécialistes.

Le point de situation sur Tarmed sera dorénavant consultable directement sur le site, ce qui permettra d'être à plus près des changements qui vont vite.

"Lu pour vous" et les annonces de congrès sont toujours là...

**N'oubliez pas le congrès CoRoMa à Martigny le 4 novembre 2004.**

Bonne lecture!

Anne François, Véronique Burquier-de Germond, Emmanuel Pechin, Barbara Broers

## **Médecine de l'addiction: penser au jeu pathologique**

**Olivier Simon<sup>1</sup>, Philippe Delacrausaz<sup>2</sup>, Laurence Aufrère<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Centre du Jeu Excessif, Psychiatrie Communautaire, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte  
Rue Saint-Martin, 7, 1004 Lausanne, e-mail : [Cje@hospsvd.ch](mailto:Cje@hospsvd.ch)

<sup>2</sup>Service des expertises, Département de Psychiatrie du CHUV, site de Cery, 1008 Prilly

### **Une vignette clinique...**

« Madame V., 46 ans, est suivie à votre cabinet médical pour une hypertension artérielle, et présente par ailleurs un état anxio-dépressif évoluant depuis une dizaine d'année. Elle est peu sensible aux différentes pharmacothérapies proposées. Divorcée, Madame V. élève ses deux filles de 10 et 14 ans, avec l'aide de sa belle-mère, et dirige une petite entreprise de nettoyage. Ce jour, elle vous informe qu'elle s'est décidée à consulter une adresse spécialisée dans l'aide au jeu excessif. Elle l'a trouvée dans un dépliant mis à disposition par le casino qu'elle fréquente habituellement. De fait, elle a contracté des dettes qui l'auraient conduites avec une amie à abuser de la confiance d'un fournisseur, qui vient de porter plainte contre elle. Le centre d'accueil spécialisé lui a demandé de vous mettre en contact avec lui, pour élaborer un accompagnement en réseau. Madame V. dit n'avoir jamais osé vous parler de son problème de jeu, par peur de vous décevoir. Elle vous rappelle à l'application la plus stricte du secret médical, car son entourage n'est pas informé des difficultés en lien avec ses comportements de jeu. »

Cette situation clinique pourrait se rencontrer de plus en plus fréquemment, si l'on en croit les évolutions récentes en matière de jeux de hasard et d'argent. Le texte qui suit se propose de revenir sur les principaux éléments de ces évolutions, et de rappeler les bases du dépistage et de l'orientation.

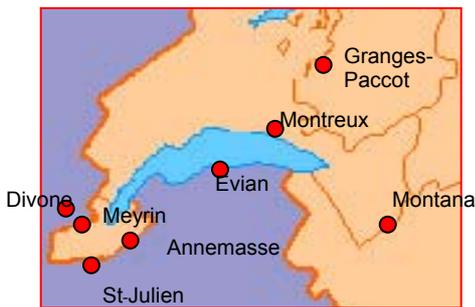
### **Le contexte socio-économique et légal**

#### **☞ Un marché en pleine expansion**

L'industrie mondiale des Jeux de Hasard et d'Argent, ci-après JHA, connaît depuis vingt ans une croissance fulgurante. Dans une réflexion animée par une perspective de santé publique, diverses hypothèses sont avancées: pression accrue pour les gouvernements à trouver de nouveaux revenus sans invoquer de nouvelles hausses d'impôts, développements touristiques avides de nouveaux marchés, montée en puissance de nouvelles formes de JHA, comme les offres de loteries électroniques, la possibilité de mettre en réseau les machines à sous ou les loteries pour augmenter les perspectives de gains, mais aussi l'offre Internet dite « offshore » (Shaffer et Korn, 2002).

#### **☞ Le cadre législatif helvétique**

La Suisse connaît depuis 1998, un bouleversement de sa politique des jeux qui fait suite au vote populaire de 1993 se prononçant à plus de 70% pour la libéralisation des JHA. Le but affiché était de combler les déficits des caisses de pensions. La législation suisse en la matière possède la particularité de légiférer différemment les Maisons de Jeu (casinos, mais aussi établissements de jeux exploitant des machines à sous, par exemple Fribourg) et les Loteries et Paris Professionnels (loteries, paris sportifs et paris mutuels).



Casinos de la région lémanique

La première loi relève de la compétence fédérale et régleme les Maisons de Jeu (LMJ). Elle vient de subir une grande révision en 1998 en permettant notamment d'ouvrir les casinos sur le territoire et d'autoriser les jeux de tables et les mises illimitées. Ainsi, et depuis 2000, 22 casinos sont situés sur le territoire suisse, ce qui correspond actuellement, à la plus forte densité européenne de casinos par habitant. Cette plus forte dans la région lémanique du fait de la concurrence avec les casinos situés sur le territoire français, qui captait la clientèle suisse antérieurement à la nouvelle loi. La seconde loi régit les Loteries et Paris Professionnels (LLP, 1927), elle est de la compétence des cantons par délégation fédérale.

Une tentative de modification de la loi a échoué récemment. Ayant perdu leur situation de quasi monopole du marché légal des JHA, les loteries en Suisse subissent une forte concurrence des nouveaux casinos, et développent de nouvelles offres, notamment sous forme de distributeurs de loteries électroniques (DLE). Le revenu des loteries suit ces dernières années une forte progression, parallèle à celle des casinos.

### ☞ Une nouvelle loi censée prévenir... ses conséquences

L'unique enquête réalisée en Suisse en 1998, c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, suggère une prévalence de 0,79% de joueurs pathologiques probables (c'est-à-dire identifiés par le questionnaire de dépistage). Il faut y ajouter 2,18% de joueurs qualifiés de « potentiellement pathologiques ». Selon ces résultats, le nombre de ces joueurs « à risque » en Suisse était ainsi estimé entre 150 000 et 235 000 (Bondolfi et Osiek, 2000). Alors que de nombreuses études épidémiologiques établissent que la prévalence serait corrélée positivement à l'accessibilité au jeu (Volberg, 1994, Bondolfi et Osiek, 2000), la législation s'est dotée de mesures sociales visant à prévenir les conséquences socialement dommageables du jeu (article 14, LMJ 1998). Elle oblige ainsi les exploitants des casinos à financer au sein de l'entreprise des programmes d'information des risques liés au jeu et des programmes de dépistage des joueurs excessifs avec l'aide de professionnels du champ des addictions. Elle autorise également les casinos à exclure pour une durée définie les joueurs excessifs, soit par décision du casino lui-même, soit par décision du joueur (article 22, LMJ 1998). En principe les joueurs devraient pouvoir obtenir des casinos le nom des structures susceptibles de pouvoir les aider ou les prendre en charge.

## Psychopathologie du jeu

### ☞ Quelle terminologie ?

Les Etats-Unis, qui ont libéralisés les JHA depuis les années 70, ont reconnu en 1980 le diagnostic dans leur classification DSM-III, avec l'appellation de « Jeu Pathologique » et la catégorisation en « trouble du contrôle des impulsions non classé ailleurs ». En 1987, Blume et Lesieur ont développé sur cette base un instrument de dépistage largement utilisé encore aujourd'hui dans les enquêtes épidémiologiques, le SOGS (South Oaks Gambling Screen, Cf tableau 1). Le qualificatif de « jeu pathologique » a été reconduit dans le DSM-IV (Cf tableau 2) et dans la CIM-10. Cette désignation « officielle » cohabite avec des appellations diverses comme « dépendance au jeu » (très utilisé en allemand avec le mot composé « Glückspielsucht », soit littéralement « dépendance aux jeux de chance »), « jeu compulsif », par analogie avec le trouble obsessionnel du même nom, « addiction au jeu ». Dans la littérature scientifique anglo-saxonne, on trouve également la notion de « gambling disorders ». Contrairement à ce que l'on observe dans le champ des addictions aux substances avec les avancées de la neurobiologie, les données de nature à clarifier l'appartenance conceptuelle de ces problématiques de jeu restent pauvres.

**Tableau 1 : Extrait de l'inventaire du jeu pathologique : « South Oaks Gambling Screen »**

Un score supérieur ou égal à 5 est associé à un diagnostic de jeu pathologique probable.

- 1 : Lorsque vous jouez, combien de fois retournez-vous jouer pour vous refaire, c'est-à-dire regagner l'argent perdu auparavant ? (les réponses « à chaque fois », « la plupart du temps » et « quelques fois » sont considérées comme réponse affirmative)
  - 2 : Si vous pensez à votre vie entière, avez-vous déjà affirmé avoir gagné de l'argent alors qu'en fait vous en aviez perdu ?
  - 3 : Avez-vous déjà joué ou parié plus que vous en aviez l'intention ?
  - 4 : Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu ?
  - 5 : Vous êtes-vous déjà senti coupable à cause de vos habitudes de jeux et des conséquences que cela entraîne ?
  - 6 : Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de jouer mais vous aviez alors pensé que vous en étiez incapable ?
  - 7 : Avez-vous déjà caché des billets de loterie, de l'argent provenant du jeu, ou d'autres indices (montrant que vous jouez) à votre conjoint(e), à vos enfants ou à d'autres personnes importantes, dans votre vie ?
  - 8 : Vous êtes-vous déjà disputé avec des personnes vivant avec vous à propos de la manière dont vous gérez votre argent ? Si oui : est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu ?
  - 9 : Vous êtes-vous déjà absenté de votre travail (de l'école) à cause du jeu ?
- Avez-vous déjà emprunté de l'argent (ou pris de l'argent sur un compte qui était destiné à d'autres fins) pour jouer ou payer des dettes de jeu ? Si OUI, l'argent provenait-il :**
- 10 : De votre budget familial ?
  - 11 : De votre conjoint(e) ?
  - 12 : De parents ?
  - 13 : De banques ou d'organismes de crédit ?
  - 14 : De cartes de crédit non approvisionnées ou de cartes de débit ?
  - 15 : De prêts usuriers ?
  - 16 : De ventes d'actions, d'obligations ou de prélèvement sur un compte d'épargne (dans le sens de réaliser des titres alors qu'ils auraient dû être gardés dans un but précis) ?
  - 17 : De vente de propriétés (appartement, immeuble) personnelles ou familiales ?
  - 18 : De l'émission de faux chèques ou de chèques sans provision ?
  - 19 : Avez-vous déjà dû renoncer à rembourser de l'argent à cause de votre jeu ?
  - 20 : Pensez-vous avoir déjà eu un problème de jeu ?

## ☞ Tenir compte des pensées et des croyances du joueur

Les travaux réalisés dans le champ de la psychologie cognitive suggèrent que dans les jeux de hasard et d'argent, les auto-verbalisations émises durant le jeu ne correspondent pas à des interprétations correctes du hasard. D'après les études réalisées aussi bien chez des joueurs récréatifs que chez des joueurs pathologiques, ces auto-verbalisations occuperaient facilement 70 à 80 % des cognitions identifiables. Toutefois, alors que chez le joueur récréatif, elles tendraient à diminuer au cours du jeu, chez le joueur problématique ou pathologique, elles tendraient au contraire à augmenter, en fréquence, mais aussi en intensité, jusqu'à atteindre une intime conviction de gain, en dépit des lois implacables du hasard, de l'indépendance des tours (c'est-à-dire des évènements entre eux), et de l'espérance de gains négative (commission de l'opérateur de jeu). De plus, cette conviction s'associe à la genèse d'un état émotionnel décrit le plus souvent comme très désirable, et en tous cas très stimulant. Cela tendrait à faire dire aux joueurs qu'ils sont « accros » à ce plaisir, et qu'ils ne jouent pas en soit pour l'argent. Il convient de bien clarifier ce point, qui s'apparente à une certaine forme de déni: la suppression de la composante monétaire dans la séquence de jeu entraîne en effet chez la quasi-totalité des patients la perte de tout attrait pour le jeu. A l'inverse des « taux de retours » élevés (80, voire 90%) semblent être considérés par l'industrie du jeu comme les plus intéressants sur le plan commercial... En thérapie cognitive, pour qualifier la dynamique du joueur en situation de jeu, on parle d'« illusion de contrôle » (sur le jeu) et d'« erreur fondamentale d'attribution » (vis à vis du hasard). Ces éléments seront centraux, tant au niveau du diagnostic que de la thérapie.

Tableau 2: critères du DSM IV

**A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins 5 des manifestations suivantes :**

- (1) préoccupation par le jeu
- (2) besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
- (3) efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu
- (4) agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
- (5) joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique
- (6) après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »)
- (7) ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
- (8) commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu
- (9) met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu
- (10) compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu

**B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.**

**On parle de « jeu pathologique » si les deux variables HASARD et ARGENT sont présentes simultanément dans le type de jeu.**

## Les éléments du dépistage

### ☞ Questions et questionnaires...

Dans l'étude de prévalence suisse, seul 1/3 des sujets repérés comme probablement pathologique par le questionnaire de dépistage disaient avoir ressenti effectivement un « problème » de jeu, et seul 1/75 disaient avoir effectivement reçu de l'aide. Ces résultats sont encore plus marqués que pour d'autres addictions, pour lesquelles l'accessibilité aux soins s'est considérablement améliorées ces dernières années. Dans un setting de médecine de premier recours, et même dans un setting psychiatrique traditionnel, il ne faut pas s'attendre à ce que le patient dévoile son problème de jeu facilement. Théoriquement, certains signes peuvent attirer l'attention : dettes, condamnation pénale (pour faits d'escroquerie notamment), troubles anxieux, dépendance à l'alcool. Mais les enquêtes réalisées dans des populations consultantes de services psychosociaux généralistes rapportent globalement une prévalence 5 à 10 fois supérieure à la moyenne, dans la plupart des groupes étudiés. L'attention devrait donc être attiré dans un très grand nombre de cas. Bien que difficile à mettre en œuvre dans un cadre d'intervention de première ligne, la meilleure réponse consisterait finalement, outre l'examen clinique habituel, à faire passer périodiquement à tout patient des questionnaires de dépistage, ou mieux d'intégrer les questions dans un questionnaire de santé plus large. Le SOGS (Cf tableau 1 – 20 items), et le Lye Bet questionnaire (tableau 3 – 2 items) restent les plus utilisés pour le jeu. Il est parfois déconcertant de constater avec quelle aisance les patients répondent aux questions délicates dans un questionnaire écrit plutôt que dans un questionnement oral, pourtant mené avec tact et discernement.

Pour le dépistage, on peut aussi faire scorer de 0 à 10 les trois questions suivantes, vous arrive-t-il de jouer (1) plus souvent (2) plus longtemps et (3) plus d'argent que prévu. Ladouceur et Blaszczynski investiguent actuellement la faisabilité de développer un nouvel instrument à partir de ces trois questions. Selon leur hypothèse de travail, des scores > 5 aux questions pourraient s'avérer un bon prédicteur de diagnostic de jeu pathologique. Pour la confirmation du diagnostic, dans un entretien clinique, on peut énumérer les critères du DSM IV. Parmi les 10 critères (Cf annexe), le critère central, est incontestablement le fait de retourner jouer pour recouvrer ses pertes, dans le but de se « refaire » (en anglais, « chasing »). S'il n'y avait de place que pour une seule question, ce serait celle-là.

**Tableau 3 : Questionnaire « LIE-BET », Johnson et coll.,1997**

	oui	non
Q1 : Avez-vous déjà menti à quelqu'un de significatif pour vous au sujet de de la somme d'argent que vous avez mise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2 : Avez-vous déjà ressenti le besoin de jouer des sommes d'argent de plus en plus importantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Des réponses positives à ces deux questions sont statistiquement associées à un diagnostic de jeu pathologique très probable.</b>		

### ☞ **Spécificités anamnestiques**

Outre l'anamnèse psychiatrique classique, la recherche de comorbidités, il importe de clarifier les éléments historiques, circonstances des premiers gains et pertes, en particuliers « gros gains », souvent retrouvés au début de l'histoire de la dépendance au jeu; antécédents familiaux et environnementaux, types de jeux, montants et fréquence des mises, dettes, inventaire des conséquences, mais aussi aspects positifs du jeu. Dans les tentatives auto-thérapeutiques, une attention particulière se porte sur d'éventuelles décisions d'auto-exclusion, ainsi que les essais avec l'entourage de mettre en place un contrôle financier. Y a-t-il co-addictions antérieures? un sujet ayant utilisé avec succès les services d'aide à la désaccoutumance au tabac ou à l'alcool peut utiliser certaines des expériences acquises dans ce cadre pour construire la stratégie thérapeutique actuelle. Si l'autre addiction est encore présente, il faut l'intégrer dans le futur plan de traitement au même titre qu'une autre comorbidité. La dépendance à l'alcool était retrouvée chez 36% des joueurs définis « à risque » dans l'étude suisse (Cf supra).

La suicidalité des joueurs reste un thème controversé sur le plan épidémiologique, car le rapport de causalité avec le jeu est difficile à établir, mais dans la pratique, elle est retrouvée dans 10 % ou plus des observations, selon les populations étudiées. L'investigation de la suicidalité inclut non seulement la présence/absence d'idées ou scénarios, mais aussi l'évaluation des ressources du sujet à gérer un moment émotionnel difficile.

## Bases de l'orientation

### ☞ **Cas clinique, suite...**

« Après un deuxième rendez-vous manqué, Mme V. vous recontacte, car elle vient de perdre à nouveau une somme importante, qui lui avait été prêtée pour ses frais d'avocat. Elle est décidée à se faire interdire dans toute la Suisse, mais elle sait qu'elle peut accéder à des machines à sous hors des casinos, dans certains cantons, ou dans les casinos des pays limitrophes. Son avocat lui a fait valoir qu'une thérapie pèserait favorablement dans son dossier pénal, mais elle préférerait être suivie par vous-même plutôt que par le centre spécialisé. Vous convenez de limiter votre implication à la prescription d'un antidépresseur, et de vous coordonner lors de téléphones réguliers avec le centre. Après que Mme V. ait pu briser le tabou vis-à-vis de son entourage, le centre vous informe qu'il l'a orientée sur un groupe hebdomadaire de soutien à la motivation. A plusieurs reprises, vous êtes amené à insister pour qu'elle reprenne une participation régulière. Finalement, dans le contexte du non-lieu pénal et d'une nouvelle rechute peu après, la patiente vous informe qu'elle a engagé une thérapie spécialisée sur une vingtaine de séances. A 12 mois, il semble que la patiente soit relativement abstinent de jeu, même s'il lui est arrivé à deux ou trois reprises, malgré vos mises en garde, d'accompagner des amies dans des casinos frontaliers, en jouant cependant une mise limitée. Les problèmes anxieux sont toujours présents, mais elle semble gérer sans difficultés majeures l'actuelle rupture sentimentale avec son compagnon. Vous convenez avec elle d'assurer un suivi à plus long terme, en marge de son suivi somatique. Elle a le projet de demander la levée de la mesure d'auto-interdiction. Finalement, vous la perdez de vue et vous apprenez, en la croisant dans la rue cinq ans plus tard, qu'elle va bien, excepté une rechute de quelques semaines deux ans auparavant. »

### ☞ La dimension motivationnelle, élément-clé du status

Les outils transversaux en médecine de l'addiction tels que les approches motivationnelles, la psycho-éducation, le travail avec les proches se révèlent applicables dans la pratique. Ces approches permettent, chacune à leur manière, d'approfondir la compréhension du cas. Le degré de clarté des attentes du patient en fonction des buts qu'il affiche (abstinence stricte ou simple réduction des comportements de jeu, stratégies de réduction des risques, interventions concomitantes sur les comorbidités,...), peut être considéré comme partie intégrante du status. Il n'est pas nécessairement judicieux d'aborder la partie émotionnelle dès le premier entretien, même si le patient nous y encourage, et que ne pas le faire pourrait, dans certains cas, lui laisser le sentiment frustrant de ne pas avoir été compris. Le faire d'emblée peut déclencher des mouvements émotionnels très déstabilisants, qui nécessitent une disponibilité et une formation du thérapeute qu'il faut pouvoir garantir, et qui peuvent aussi susciter un surinvestissement de la relation qui rendra difficile la transmission du cas.

### ☞ Quelles thérapies ?

Si l'on s'en tient à la Cochrane Library, seule la thérapie cognitive a fait l'objet d'évaluations scientifiquement concluantes à ce jour. Cela ne signifie évidemment pas qu'il s'agisse des seules approches possibles, d'autres approches n'ayant pas été évaluées. Des formations-sensibilisations à la thérapie cognitive sont disponibles auprès des associations offrant de la formation continue (Pour la région lémanique, AFFORTHECC, et GREAT, notamment, se renseigner via les adresses indiquées en annexe).

Pour évaluer l'accessibilité du patient à ce type d'approche, le thérapeute procède schématiquement de la façon suivante : « êtes-vous d'accord pour que nous prenions un moment pour explorer ensemble ce que vous racontez et ce que vous ressentez, quand vous êtes immergé dans une situation de jeu ? ... Si oui, pouvez-vous mentionner la dernière fois que vous êtes allé jouer ? ... Si oui, êtes-vous d'accord pour me décrire le contexte ? ». A partir de là, on peut répéter, en utilisant de préférence directement les mots du patient, en quelque sorte en écho, la description du contexte, et guetter l'apparition d'indices non-verbaux d'émotion. Alors seulement on va commencer à questionner le ressenti, les pensées, les images associées. C'est un procédé parmi d'autres, qui nécessite tout de même une formation de base en thérapie cognitivo-comportementale qui va donner une bonne indication de la disponibilité du sujet à entrer dans un travail à ce niveau. Si cela se révèle aisé, et que le patient est par ailleurs motivé, il s'agira d'une bonne indication à la thérapie cognitive. A l'inverse, des difficultés à entrer dans ce questionnement orienteront davantage sur les approches préparatoires mentionnées précédemment, ou encore vers des approches pharmacothérapeutiques (selon les rares études déjà publiées, premier choix : antidépresseur sérotoninergique).

## S'approprier le dispositif spécialisé émergent

La sensibilisation des professionnels et le dispositif de socio-sanitaire en matière de JHA en Suisse est encore très lacunaire et largement insuffisante. En Romandie, pratiquement, trois structures se sont profilées : Association « Rien ne va plus » à Genève, Centre du Jeu Excessif à Lausanne, Fondation Féodor en Valais. Toutes trois étaient initialement soutenues par des partenariats avec des opérateurs de jeux visant des concessions de casinos (Ex-casino de Genève, ex-Romande des jeux, ex-casino de Saxon). Tous les projets déposés par ces opérateurs ayant été déboutés, on imagine aisément les interrogations qui pèsent ou qui ont pu peser sur l'avenir de ces différentes structures. Ce, dans un contexte où les financements étatiques du système de santé sont en pleine compression. Les instances concernées œuvrent actuellement au niveau politique pour mettre au point un dispositif de collecte et d'allocation des fonds provenant de l'industrie du jeu, qui devrait permettre une coordination inter-cantonale. Ceci devrait lever les ambiguïtés liés à des subventionnements plus ou moins directs par tel ou tel opérateur de jeu, sachant que ces opérateurs se livrent par ailleurs à une concurrence impitoyable sur le plan commercial. Les adresses de lieux spécialisés ont au moins le mérite d'exister. Pour leur stabilisation institutionnelle, il est très important que les besoins s'expriment. Seules l'information et la sensibilisation de la population, en général, et des professionnels de la santé et du social, en

particulier, devrait permettre de mesurer réellement l'impact du jeu excessif en termes de santé publique.

### Références

- ❖ Bondolfi G., Osiek C., Ferrero F., Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. Acta Psychiatr. Scand 2000. 101 : 473-475.
- ❖ Delacrausaz P, Jeu pathologique: le rôle du médecin de premier recours, Revue Médicale de la Suisse Romande 2004. 124, :161-162
- ❖ Ladouceur R., & coll, Cognitive treatment of pathological gambling. Journal of Nervous and Mental Disease 2001. 189, 766-773
- ❖ Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. & Doucet, C. Le jeu excessif: Comprendre et vaincre le gambling. Québec : Les Editions de l'Homme, 2000
- ❖ Lesieur H.R., Blume S.B., The South Oaks Gambling Screen, a new instrument for the identification of pathological gamblers. American Journal of psychiatry 2000. 144:1184-1188.
- ❖ Loi fédérale du 18 décembre 1998 sur les jeux de hasard et les maisons de jeu (Loi sur les maisons de jeu, LMJ).
- ❖ Oakley-Browne M.A., Adams P., Mobberley P.M., Interventions for pathological gambling (Cochrane Review), From The Cochrane Library 2004. Issue 1
- ❖ Ordonnance du 23 février 2000 sur les jeux de hasard et les maisons de jeu (Ordonnance sur les maisons de jeu, OLMJ).
- ❖ Révision de la loi fédérale sur les loteries et paris professionnels, projet de loi et rapport explicatif de la commission d'expert, et commentaires des professionnels du CJE dans le cadres de la mise en consultation, octobre 2002, et mars 2003
- ❖ Shaffer H. J., Korn D. A., Gambling and related mental disorders: a public health analysis, Annu. rev. Public Health 2002. 23:171-212
- ❖ Volberg R. A., The prevalence and demographics of pathological gamblers: implication for public health, Am. J. Public Health 1994. 84(2): 237-241

Nous remercions Christian Osiek, Barbara Broers (Hôpitaux Universitaires de Genève), Yael Liebkind (Association « Rien ne va plus ») et Pablo Sanchez-Mazas (Centre Saint-Martin), pour leur aimable relecture et suggestions avisées, ainsi que l'ensemble des collaborateurs du Centre du Jeu Excessif : Jacques Besson, Vincent Liaudat, Chantal Martin, Margret Rihs, Mathias Romailier, Jessica Rosset et Jennifer Szymanski.

### Lieux de références par canton :

Vaud	Centre du Jeu Excessif Rue St-Martin 7 1003 Lausanne <b>021 / 316 44 40</b> <a href="http://www.chuv.ch/psy/dupa_cje">www.chuv.ch/psy/dupa_cje</a>	Genève	« Rien ne va plus » Centre de prévention du jeu excessif Carrefour Prévention Rue Henri-Christiné 5 1211 Genève 4 <b>022 / 329 11 70</b> <a href="http://www.riennevaplus.org">www.riennevaplus.org</a>
Valais	Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT) Centres d'aide et de prévention Place du Midi 36 - 1951 Sion <b>027 / 323 29 15</b> <a href="http://www.lvt.ch">www.lvt.ch</a>	Jura	Service de l'Action Sociale Fbg des Capucins 20 2800 Delémont <b>032 / 420 51 40</b> <a href="http://www.jura.ch/services/ais">www.jura.ch/services/ais</a>
Fribourg	Service Psycho-social Av du Général-Guisan 56 1700 Fribourg <b>026 460 10 10</b>		

## **Les benzodiazépines en médecine générale, où est le problème ?**

**Dresse Arabelle Rieder-Nackle**

*Dpt. De Médecine Communautaire, Hôpital Universitaire de Genève*

### **Vignette clinique**

Madame C a 77 ans et consulte un généraliste pour une prise en charge car son médecin habituel est parti à la retraite. Elle est en bonne santé et prend 1mg de Xanax® 2x/j depuis environ 15 ans et 20 mg de Deroxat® depuis 1 année. Depuis qu'elle prend le Xanax®, sa vie a changé avec une nette diminution de l'anxiété dont elle a souffert toute sa vie. Elle ne ressent aucun effet secondaire. Elle a entendu dire par les médias que les tranquillisants pouvaient rendre dépendant et provoquer des troubles de mémoire, mais elle n'arrive pas à diminuer le Xanax®. Elle aimerait bien continuer comme ça et est prête à écouter l'avis de son nouveau médecin. Comment conseiller cette nouvelle patiente ? Faut-il changer la prescription ? Faut-il proposer un sevrage du Xanax® ?

Les benzodiazépines (BZD) sont les psychotropes les plus prescrits dans le monde industrialisé (1). La prévalence d'usage au sein de la population générale varie entre 3 et 10% selon l'âge et le sexe : les femmes en consomment 2 fois plus que les hommes, surtout à partir de 45 ans. Un à deux tiers des patients les utilisent pour de longues durées(1-5). La plupart des ordonnances sont remplies par des médecins de premier recours qui prescrivent une BZD pour le traitement de troubles du sommeil, une anxiété mal définie ou un début de dépression. Ce geste, maintes fois répété dans la pratique quotidienne, n'est pourtant pas banal. Même si le praticien est convaincu que les benzodiazépines ont leur place dans la thérapeutique, il évitera de les proposer à un nouveau patient. Chez un autre, il évitera d'augmenter les doses ou proposera un sevrage progressif dans certains cas, parfois même à l'encontre du désir du patient. Cette ambivalence crée un malaise sournois, source potentielle de conflits dans la relation médecin-patient. D'où vient ce sentiment d'insatisfaction et même de culpabilité, quel est le problème avec les benzodiazépines en médecine générale ? Cet article essaye de répondre à ces questions et propose quelques solutions pratiques au praticien.

### **L'histoire d'un psychotrope moderne**

#### **☞ « Mother's Little Helper »**

L'histoire de la découverte de substances psychotropes et de leur abus remonte à la nuit des temps. Depuis l'Antiquité, l'alcool est connu pour ses vertus anxiolytiques. L'opium a été utilisé par Hippocrate (460 - 377 av JC ) pour le traitement de la douleur, des « maladies intestinales, maladies des femmes et des épidémies ». Au cours du 19<sup>e</sup> siècle, on s'est aperçu des effets destructeurs de ces substances responsables d'une forte addiction. C'est à cette période que la chimie a remplacé l'alchimie et de nouvelles molécules ont rejoint la pharmacopée des praticiens : le bromure, le chloral hydrate et les barbituriques dès 1903. Toutes ces substances avaient des vertus thérapeutiques incontestées. Cependant, le potentiel de dépendance et les risques d'overdose mortelle ont mené, dans les années 1930, au développement, puis à la commercialisation de nouveaux médicaments : les benzodiazépines. La première benzodiazépine, le chlordiazépoxyde, a été commercialisée en 1961. Le monde médical a accueilli favorablement cette nouvelle classe de sédatifs qui semblaient avoir le profil idéal : efficacité thérapeutique et sécurité d'emploi. L'industrie pharmaceutique a encouragé l'utilisation de ces médicaments plus chers et plus rentables que leurs prédécesseurs, les barbituriques(6).

Les BZD se caractérisent par une grande sécurité d'emploi, raison pour laquelle elles ont progressivement pris la place des barbituriques à partir des années septante. En effet, contrairement aux sédatifs plus anciens, les benzodiazépines provoquent peu d'overdoses.

L'engouement initial du corps médical et du grand public pour cette nouvelle classe de médicaments, dont le chef de file était le célèbre Valium®, était motivé par l'efficacité du traitement et la prétendue absence de dépendance. Le traitement s'est banalisé et en 1967 les Rolling Stones évoquaient « Mother's Little Helper » qui faisait désormais partie de toute pharmacie familiale. En effet, ce médicament était devenu ce que nous appelons aujourd'hui un « life-style drug »: de 1969 à 1982, le Valium® était le médicament le plus prescrit aux Etats Unis.

### ☞ **Une tentative de régulation des BZD**

L'enthousiasme des vingt premières années a progressivement fait place à la désillusion puisqu'il s'est avéré que les BZD présentaient aussi un risque de dépendance pharmacologique et d'abus. L'histoire se répétait. Cependant, autant l'enthousiasme initial pour les BZD était rétrospectivement inapproprié, autant les craintes liées aux effets secondaires du traitement allaient être excessives. Au moment de la commercialisation du chlordiazepoxide, puis du diazépam dans les années soixante, on savait certes qu'il existait un syndrome de sevrage en cas d'utilisation de hautes doses de BZD pendant plusieurs mois(7). Mais dès les années 1980, on a prêté attention aux études qui démontraient l'existence d'un syndrome de sevrage lors d'utilisation à doses thérapeutiques(8 ;9). A cela s'ajoutaient un risque d'utilisation abusive d'utilisation illégale comme « street drug ». La crainte était de voir une escalade des doses dans la population générale avec une addiction à grande échelle. D'autres effets secondaires gênants, comme la diminution des capacités cognitives particulièrement chez les personnes âgées et l'augmentation du risque d'accidents de la circulation, ont aussi préoccupé le monde scientifique. La prescription n'était pas aussi anodine qu'on l'imaginait.

A partir des années 1980, le potentiel de dépendance physique et d'utilisation abusive aux BZD a amené les autorités sanitaires, les instances de régulation régionales, nationales et supranationales, comme l'OMS, à restreindre l'accès aux benzodiazépines. C'est ainsi qu'en janvier 1989, l'Etat de New York a introduit le « Triplicate Prescription Program »(TPP) pour réduire l'utilisation inappropriée des BZD(10). Cette mesure s'apparente au système de carnet à souches mis en place pour la prescription d'opioïdes en Suisse. Depuis lors, 6 autres états américains ont fait de même. Le résultat de cette mesure a été la diminution d'environ 50% de l'utilisation abusive des BZD. Certains auteurs soupçonnent toutefois que le TPP a aussi limité de manière significative l'accès aux BZD de certaines populations chez qui un tel traitement est justifié. Une autre conséquence dommageable du TPP a été la prescription par les praticiens de substances plus anciennes et moins sûres, mais libres d'accès, comme le méprobamate. Plus récemment, en 2001, la « Commission on Narcotic Drugs » (CND) de l'ONU a émis une résolution nuancée concernant l'utilisation « appropriée » des BZD. Dans une déclaration visible sur le site Internet de l'organisation, on peut lire que l'ONU « reconnaît l'utilité et l'importance des BZD dans la thérapeutique et croit que [...] le rapport risque-bénéfice reste favorable ». Plus loin il est spécifié que la dose doit être « la plus basse possible » et le traitement le plus « court possible » ([www.unodc.org/unodc/resolution\\_2001-03-28\\_8.html](http://www.unodc.org/unodc/resolution_2001-03-28_8.html)) Ces recommandations contrastent avec celles proposées par le Chief Medical Officer en Grande Bretagne (CMO, principal conseiller médical du gouvernement et chef de tout le personnel médical ) qui a récemment publié une recommandation très restrictive à l'attention de tous les praticiens britanniques. Selon le CMO, « les BZD ne devraient pas être utilisés pour plus de 2 à 4 semaines et uniquement chez des patients sévèrement handicapés par une anxiété ou un trouble du sommeil ». La controverse a gagné le grand public via les médias et les associations de consommateurs. L'ensemble des benzodiazépines était diabolisé à travers des articles dans les journaux et d'innombrables émissions d'enquête à la télévision. Cela a abouti à des actions en justice contre les firmes pharmaceutiques. Il existe aujourd'hui de nombreux sites Internet qui dénoncent « le risque d'abus et les méfaits des BZD » ; le sevrage n'étant toutefois pas chose facile, on trouve des sites Internet à usage des patients, dispensant des conseils et des recettes (<http://www.benzo.org.uk/>). Ces informations contradictoires, médicales et non-médicales, en provenance d'instances politiques ou non, destinées au monde médical et au grand public, traduisent les incertitudes liées aux risques et bénéfices des BZD. Plus de quarante ans après la commercialisation de la première molécule de cette classe de médicaments, quels sont les éléments qui expliquent la controverse ?

### **Le spectre de l'abus et de la dépendance**

#### **☞ Les causes de la controverse**

La controverse par rapport aux BZD, présente dans le monde scientifique et chez le grand public est le résultat de plusieurs facteurs.

D'abord, le manque de données scientifiques laisse persister une incertitude quant à l'efficacité et aux effets secondaires. Par exemple, on ne trouve pas d'études randomisées et contrôlées pour démontrer l'efficacité du traitement dans les pathologies telles que l'insomnie au-delà de 2 à 4 semaines. On soupçonne une diminution des capacités cognitives sous traitement de BZD, mais l'absence d'études prospectives contrôlées ne permet pas de définir clairement la prévalence de cet effet secondaire (11). Deuxièmement, l'utilisation illégale et non-médicale de la substance par les consommateurs de drogues illégales, qui a induit les autorités sanitaires de certains pays industrialisés à prendre des mesures de contrôle. La conséquence de ce genre de mesure, dont l'exemple New Yorkais est un cas extrême, a été la stigmatisation des utilisateurs « légitimes » des BZD. Troisièmement un problème confusion de sémantique entre mots "abus" et "dépendance". La réflexion sur ces concepts est en constante évolution et représente un débat complexe entre la société scientifique et civile et dépasse le cadre de cet article. Cependant, une clarification de certains termes communément utilisés dans la littérature scientifique et non-scientifique permettra au praticien de comprendre les malentendus potentiels au sujet des BZD.

#### **☞ Abus ou utilisation inappropriée ?**

Les auteurs d'articles scientifiques, les journalistes, les autorités de régulation présentent les BZD sous des angles différents, mais utilisent très souvent le terme « abus de BZD » pour désigner une utilisation nocive du médicament au sens large. Au sens du DSM IV, l'« abus de substance » est « un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative ». La plupart des utilisateurs de BZD en médecine générale ne correspondent pas à ce profil d'abus. Cependant, beaucoup d'utilisateurs de BZD en médecine ambulatoire sortent du cadre de la « pratique médicale reconnue ». Leur utilisation est « off-label » principalement quant à la durée de prescription qui dépasse les « quelques semaines » recommandées. Peut-on pour autant utiliser un terme aussi stigmatisant que « abus » pour désigner une utilisation prolongée de BZD sur prescription d'un médecin ? Les termes « prescription off-label », « dans une indication non-reconnue » ou même « pour une utilisation inappropriée » définissent mieux le mode de prescription en médecine générale.

#### **☞ « Comportement de recherche de drogue » ou syndrome de sevrage ?**

Le terme « dépendance » mérite aussi un éclaircissement car la crainte d'induire une dépendance chez son patient est un souci permanent du médecin prescripteur. Le mot dépendance a été utilisé initialement dans la littérature scientifique pour désigner un syndrome de sevrage physique à l'arrêt d'une substance. Ce syndrome de sevrage peut survenir tant à des doses élevées qu'à des doses thérapeutiques de BZD.

Selon les définitions du DSM-IV et du CIM-10, la dépendance à une substance dépasse le cadre d'une dépendance pharmacologique et correspond à « un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative »(12). Une minorité des consommateurs de BZD présente un comportement de dépendance selon cette définition. Cette distinction est particulièrement importante pour le médecin de premier recours dont la majorité des patients n'est clairement pas dépendante au sens d'un comportement de recherche de substance, ni de perte de contrôle d'usage. De nombreuses études dans la population générale et en médecine de premier recours suggèrent que la grande majorité des patients qui continuent à prendre le traitement, n'augmentent pas les doses (13, 14). Certains groupes de patients sont plus à risque d'augmenter les doses ou d'utiliser les BZD de manière chronique : il s'agit des patients avec des troubles de personnalité de type dépendante ou borderline. Les patients ayant abusé d'autres substances (alcool, barbituriques, opiacés) sont également plus à risque d'abus (au sens du DSM IV) ; ils sont également plus à risque de développer un syndrome de sevrage à l'arrêt(15).

### ☞ Les SSRI pour remplacer les BZD?

L'histoire du développement et de la commercialisation des antidépresseurs de deuxième génération tels que les SSRI a des points communs avec celle des BZD. En effet, ces psychotropes ont été accueillis très favorablement dans un premier temps. Pour une efficacité égale ces substances ont moins d'effets secondaires anticholinergiques et un meilleur profil de sécurité, notamment sur le plan cardiaque, que leurs prédécesseurs les antidépresseurs tricycliques. Ces médicaments ont été présentés (avec une forte pression des firmes pharmaceutiques) comme des alternatives aux BZD pour le traitement de l'anxiété généralisée et de la phobie sociale(16). Actuellement, il apparaît que SSRI sont responsables d'interactions médicamenteuses significatives et qu'ils peuvent provoquer un syndrome de sevrage invalidant à l'arrêt du traitement (nausées, vertiges, tremor, insomnie, irritabilité et agitation)(17). L'histoire se répète une nouvelle fois.

### Les benzodiazépines en pratique

#### ☞ Bref rappel de quelques notions utiles de pharmacologie

Les BZD sont des psychotropes qui augmentent l'effet d'un neurotransmetteur inhibiteur : le GABA (acide gamma-aminobutyrique) au niveau du complexe récepteur ionique pour le chlore. Cela se traduit cliniquement par une diminution de l'activité neuronale avec une myorelaxation, une anxiolyse et une sédation. Les effets secondaires les plus importants sont une sédation passagère, des troubles cognitifs avec ralentissement psychomoteur et des troubles mnésiques. Il y a très peu de risque de dépression respiratoire mortelle en cas de surdosage, ce qui confère une sécurité très appréciée à ce traitement psychotrope. Les interactions sont peu significatives, mais l'effet des BZD est accentué en cas d'association avec l'alcool ou d'autres psychotropes. Il existe une cinquantaine de différentes benzodiazépines dont les effets (myorelaxation, anxiolyse, effet hypnotique etc.) sont assez semblables. Les différentes indications thérapeutiques (insomnie, anxiété, épilepsie) découlent surtout de différences de demi-vie, d'absorption et de métabolisme, spécifiques à chaque benzodiazépine. La distinction en « hypnotiques » et « anxiolytiques » est historique et non pharmacologique. Une classification utile des benzodiazépines consiste à les grouper par demi-vie en courte (Halcion®, Dormicum®), moyenne (la majorité...Xanax®, Seresta®, Valium®, Dalmadorm® etc) et longue (Rivotril®, Tranxillium®). Le choix d'une BZD peut aussi être guidé par la vitesse d'absorption (t max) et le métabolisme de la substance. Le *tableau 1* résume les principales caractéristiques pharmacocinétiques utiles pour le praticien. C'est ainsi, par exemple, qu'on choisira une molécule avec une longue demi-vie pour le traitement au long cours d'une anxiété généralisée (Rivotril® ou Tranxillium®). Une molécule à demi-vie moyenne sera mieux adaptée à une insomnie avec réveil précoce, sachant que le comprimé doit être pris à temps pour tirer le meilleur bénéfice de l'hypnotique (environ 2h avant l'effet souhaité pour le Seresta®).

#### ☞ Insomnie, un symptôme à évaluer

La décision d'initier un traitement anxiolytique ou hypnotique chez un patient insomniaque est un moment crucial. La première étape de la prise en charge consiste à évoquer les diagnostics dont l'insomnie est une manifestation parmi d'autres. En effet, environ 50% des troubles du sommeil surviennent dans le cadre de troubles psychiatriques (comme la dépression), environ 20% sont secondaires à des problèmes médicaux (insuffisance cardiaque, douleurs aiguës ou chroniques etc.), alors que 30% seulement représentent une insomnie primaire. Il ne faut pas oublier les troubles spécifiques du sommeil (syndrome des apnées du sommeil, restless leg syndrome etc.) dont la prévalence varie selon les groupes de patients (17). L'utilisation de substances qui perturbent le sommeil (stimulants et médicaments insomniants) doit également être recherchée. Lorsque la décision d'initier un traitement est prise, le médecin de premier recours doit informer son patient des différentes possibilités thérapeutiques médicamenteuses e/ou non-médicamenteuses (comme par exemple une courte thérapie de type cognitivo-comportementale dont l'efficacité a été suggérée). Au moment de la prescription d'une BZD, le praticien doit informer le patient que l'efficacité des BZD au-delà de 2 à 4 semaines n'est pas démontrée et qu'il existe un risque de dépendance physiologique en cas de traitement prolongé (probablement au-delà de 6 mois). La possibilité d'un effet rebond (réapparition des symptômes qui ont motivé la prescription

et à plus forte intensité) en fin de nuit doit être évoqué lors de prise de substances de courte demi-vie comme le Dormicum® et l'Halcion®.

**Tableau 1: Délai d'action, demi-vie et dose équivalente de benzodiazépines usuels.**

*Adapté de : Médicaments de référence. P. Dayer. Fondation Pharma-Flash, vol 21 édition spéciale, 1994 et Meyler's side effects of drugs. Dukes MNG, Elsevier 2000 p 124. Pour les équivalences : Vade-mecum de thérapeutique psychiatrique. Calanca A. Médecine et Hygiène 2001.*

	Délai d'action (tmax en h)	Demi-vie (h)	Dose Equivalente (mg) *
<b>Dormicum®</b> (midazolam)	Très court (0,3)	1-4	10
<b>Halcion®</b> (triazolam)	court (1)	2-5	0,25
<b>Xanax®</b> (alprazolam)	court (1-2)	12-15	1
<b>Urbanyl®</b> (clobazam)	court (1-2)	20-40	20
<b>Tranxilium®</b> (clorazépate)	court (1)	40-100	15
<b>Valium®</b> (diazepam)	court (1)	20-70	<b>10</b>
<b>Dalmadorm®</b> (flurazépam)	court (1,5)	40-120	30
<b>Mogadon®</b> (nitrazépam)	court (1)	20-30	5
<b>Lexotanil®</b> (bromazépam)	Intermed. (1-4)	10-25	4,5
<b>Temesta®</b> (lorazépam)	Interméd.(2)	8-20	1-2
<b>Seresta®</b> (oxazépam)	interméd. (2)	5-15	30
<b>Normison®</b> (témazépam)	intermed.(1-3)	8-20	20
<b>Rivotril®</b> (clonazépam)	long (2-4)	20-40	0,5
<b>Demetrin®</b> (prazépam)	long ( ? )	40-100	20

## ☞ L'anxiété, une bonne indication ?

Le traitement de l'anxiété par les BZD est un sujet moins controversé. Plusieurs études randomisées contrôlées suggèrent une efficacité à court terme du traitement dans l'anxiété généralisée ou le trouble panique(18). Toutefois, les troubles anxieux en médecine générale répondent rarement à des critères aussi stricts, ce qui rend la décision d'initier ou de poursuivre un traitement difficile. Comme avec tout traitement médical, il convient de trouver la dose la plus basse qui soulage le patient. Comme pour l'insomnie le patient doit aussi être informé des possibilités de traitements non-médicamenteux (modification du style de vie ou une psychothérapie de type comportementale) et des risques de dépendance physique qui rendent l'arrêt du traitement difficile. Il convient de préciser qu'un traitement anxiolytique peut être justifié à long terme et que, dans ce cas, la dépendance physique n'est pas relevante. Il est difficile de proposer une durée optimale de traitement en raison de la grande hétérogénéité des troubles anxieux au cabinet du généraliste. La plupart des cliniciens s'accordent à proposer une réévaluation régulière de l'indication thérapeutique. En pratique, il faut proposer une réduction du traitement selon un schéma dégressif prudent à intervalles réguliers (6 mois, 1 année ?). L'anxiété qui a motivé l'introduction du traitement peut régresser avec le temps.

Bien entendu, les SSRI ont aussi leur place dans la prise en charge médicamenteuse des troubles anxieux. Une benzodiazépine est souvent associée dans un premier temps en raison du temps de latence pour obtenir une efficacité du traitement. Le Buspar®, un anxiolytique de la nouvelle génération, présente aussi l'inconvénient d'un délai de 7 à 10 jours entre le début du traitement et le soulagement des symptômes.

### ☞ BZD et la personne âgée

Certains consommateurs de BZD sont plus à risque de présenter des effets secondaires. Ainsi, les personnes âgées ont un risque augmenté de chutes et de fractures de col du fémur, d'état confusionnel et de démence. Cela découle d'une plus grande susceptibilité au niveau des récepteurs, d'un métabolisme diminué et d'interactions dans le contexte fréquent d'une polymédication. En gériatrie, afin d'éviter l'accumulation de BZD, l'on propose de prescrire de préférence une BZD à demi-vie moyenne, à des doses plus faibles que chez l'adulte jeune. Il est préférable de choisir une molécule qui n'a pas de métabolites, avec peu d'interactions. L'oxazépam(Seresta®) et le lorazépam(Temesta®) sont de bons choix.

### ☞ Et le sevrage des BZD ?

Le syndrome de sevrage à l'arrêt ou à la diminution des BZD est maintenant bien connu et survient probablement chez 40 à 50% des utilisateurs chroniques, même à des doses thérapeutiques. Cependant, on manque des données sur la prévalence de ce syndrome en médecine de premier recours. Les auteurs suggèrent qu'au cabinet du généraliste, seul un patient sur trois aura des symptômes de sevrage. La présentation clinique ressemble au sevrage à d'autres substances sédatives (alcool, barbituriques) et se caractérise par une anxiété, une insomnie, un trémor, des tremblements, des troubles digestifs, une dysphorie, des transpirations et parfois une crise d'épilepsie en cas de fortes doses. Les symptômes surviennent environ 48 heures après l'arrêt du traitement, mais dépendent de la demi-vie de la molécule. Ainsi, le sevrage peut débuter 5 à 10 jours après l'arrêt d'une benzodiazépine à longue demi-vie. Le syndrome de sevrage est souvent plus prononcé en cas de BZD à courte demi-vie comme le Dormicum®.

Lorsque la décision d'entreprendre un sevrage est prise, il est primordial de s'assurer de l'accord et de la motivation du patient. La plupart des sevrages peuvent être menés en ambulatoire, une hospitalisation peut s'avérer nécessaire chez les patients ayant une anamnèse d'épilepsie ou des co-morbidités psychiatriques, les utilisateurs de multiples substances et les consommateurs de hautes doses de BZD (> 100mg diazépam/j ou équivalence)(19). La plupart des auteurs s'accordent pour remplacer la BZD habituelle du patient par une substance à moyenne ou longue demi-vie comme le Valium® ou le Rivotril® si nécessaire. Le tableau 1 résume les principales équivalences entre les différentes BZD. La diminution des doses doit se faire progressivement, mais il n'y a pas de consensus sur la rapidité du sevrage. Dans une revue récente sur le sujet, un schéma est proposé qui consiste à baisser la dose de 50% sur les premières 4 semaines, puis de prévoir une baisse beaucoup plus lente, sur plusieurs mois(20).

Des traitements adjuvants ont été testés pour faciliter le sevrage (le propranolol, le buspirone, le valproate et le trazodone) mais n'ont pas fait leurs preuves. Chez les patients avec une anxiété généralisée (et non un trouble panique) en sevrage de benzodiazépines, l'imipramine a significativement amélioré le taux de succès à 3 mois (21).

## **En conclusion**

Le praticien de premier recours est confronté à de nombreux problèmes concernant la prescription appropriée des BZD. Les indications reconnues ne correspondent pas à la pratique de la médecine au cabinet. Le risque d'une prescription complaisante pour des maux de société, en dehors d'indications purement médicales, est un souci permanent. La crainte d'être responsable d'une « dépendance » chez son patient est un autre problème. Dans ce contexte, une clarification des termes « abus » et « dépendance » est essentielle afin de ne pas se tromper de débat. Après plus de 40 ans d'utilisation, il s'avère que la grande majorité des utilisateurs de benzodiazépines n'augmentent pas les doses, le risque d'abus étant plus important dans un sous-groupe de patients, représentés surtout par les polytoxicomanes, les alcoolodépendants et les patients ayant co-morbidités psychiatriques de type trouble de la personnalité. Dans les indications reconnues, les BZD sont des substances efficaces avec peu d'effets secondaires. Les risques et bénéfices de la prescription des BZD doivent être évalués de cas en cas comme dans tout traitement médical. Ni plus, ni moins.

## Points importants

- Les BZD sont des médicaments ayant un bon profil de sécurité
- La plupart des utilisateurs n'abusent pas des BZD
- Les groupes à risque d'abus: dépendance à d'autres substances, personnalité de type borderline ou dépendante
- L'anxiété et l'insomnie sont des indications reconnues d'un traitement de BZD pour une durée limitée, mais la prescription doit s'accompagner d'approches non-médicamenteuses
- Le Seresta® et le Temesta® sont les benzodiazépines de choix en gériatrie ou en cas de comorbidités somatiques
- Il y a un manque d'études sur les risques d'usage de BZD à long terme, les durées optimales de traitement, et les modalités de sevrage

## Bibliographie

1. Paulose-Ram R et al. Prescription psychotropic medication use among the US adult population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Clin Epid* 2004 ;57 :309-317
2. Ohayon M et al. Psychotropic medication consumption patterns in the UK General Population. *J Clin Epidemiol*. 1998 ; 51:273-283
3. Olsson M et al. Use of benzodiazepine in the community. *Arch Intern Med* 1994. 1994; 154:1235-1240.
4. Jorm AF. et al. Long-term benzodiazepine use by elderly people living in the community. *Aust NZ Public Health*.2000;24:7-10 [Paulose-Ram R et al. Prescription psychotropic medication use...*J Clin Epi* 2004 ;57 :309-317]
5. Isacson D. Long-term benzodiazepine use : factors of importance and the development of individual use patterns over time- a 13-year follow-up in a Swedish community. *Soc.Sci.Med*.1997 ;12 :1871-1880
6. Lader M. History of Benzodiazepine Dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1991;8:53-59.
7. Hollister LE et al. Withdrawal reactions from chlordiazepoxide (« Librium »). *Psychopharmacologia*. 1961. ; 2 : 63-68.
8. Lader M. dependence on benzodiazepines. *J Clin Psychiatry*. 1983 ;44 :121-7
9. Tyrer P et al. Benzodiazepine withdrawal symptoms and propranolol. *Lancet*.1981;8219:520-2.
10. Simoni-Wastil L et al. A retrospective data analysis of the impact of the New York Triplicate Prescription Program on benzodiazepine use in Medicaid patients with chronic psychiatric and neurologic disorders. *Clin Ther*. 1994;26:322-336.
11. Barker M et al. Cognitive Effects of Long-Term Benzodiazepine Use. A Meta-Analysis. *CNS Drugs* 2004;18:37-48
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994
13. Radecki SE et al. Management of insomnia in office-based practice. National prevalence and therapeutic patterns. *Arch Fam Med* 1993;11:1129-34.
14. Soumerai S et al. Lack of relationship between long-term use of benzodiazepines and escalation to high dosages. *Psychiatric Services*; 2003, 54:1006-1001.
15. Kan CC. et al. Determination of the main risk Factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. *Comprehensive Psychiatry* 2004; 45: 88-94.
16. Green B. Focus on paroxetine. *Curr Med Res Opin*.2003;19:13-21.(abstract)
17. Coupland NJ et al. *J Clin Psychopharmacol*. 1996 ;16 :356-62.(abstract)
18. Shader RI et al. Use of Benzodiazepines in Anxiety Disorder. *N Eng J Med*;1993;328:1398-1405.
19. Foy A. Withdrawing benzodiazepines. *Australian Prescriber* 1992;16:12-14.
20. Rickels K et al. Pharmacologic strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. *J Clin Psychopharmacology* 1999;19 Supp; 12S-16S
21. Rickels K et al. Imipramine and buspirone in treatment of patients with generalized anxiety disorder who are discontinuing long-term benzodiazepine therapy. *Am J Psychiatry*. 2000 Dec;157(12):1973-9.

☆ Rubrique pratique ☆

**Et le nez, et le nez,...**



Les muqueuses du nez étant fragiles, la respiration de poudres diverses les énerve un brin, quand elle ne va pas jusqu'à faire le trou... L'effet vasoconstricteur de la cocaïne, dévastant les muqueuses, est bien connu ; quant à l'héroïne, il semble que la taille de ses cristaux ait un effet mécanique de type pierre ponce.

La bonne santé des muqueuses nasales est d'autant plus importante que le virus de l'hépatite C semble pouvoir être détecté dans les sécrétions nasales lorsque la virémie est haute et pourrait donc bien être, comme soupçonné de longue date, transmis par le sniff. Les kitt d'usage par sniff existent déjà en France, mais ne sont pas encore disponibles en Suisse.

Nous avons demandé au docteur Jean Silvain Lacroix, médecin adjoint responsable de l'Unité de Rhinologie-Olfactologie des Hôpitaux Universitaire de Genève, ses recettes pour le maintien d'une bonne santé des fosses nasales:

**«Concernant les soins locaux des fosses nasales chez les sniffeurs le lavage fréquent avec du sérum physiologique et l'application régulière d'onguent nasal de type Ruedi ou Bépanthène, me semble adéquat. Parfois, lors de surinfection ou d'inflammation marquée des muqueuses nasales, une pommade de diproventa appliquée avec un coton tige 2 x par jour est assez utile. C'est avec plaisir que nous recevons en consultation les patients souffrant de perforation septale symptomatique (sifflement respiratoire, épistaxis) ou de rhinosinusite chronique. »**

**Infos – Septembre 2004**

**Annonces de congrès nationaux:**

- 7 et 8 octobre 2004. La Quête Sauvage, toxicomanie en occident. Organisé par le Conservatoire des Savoirs Médicaux Traditionnels et Populaires. Centre médical universitaire de Genève.

Renseignements, réservations: 078/717 78 00 de 18 à 21 heures. Site: [www.csmtp.ch](http://www.csmtp.ch) , courriel: [cmstp@bluewin.ch](mailto:cmstp@bluewin.ch)

-4 novembre 2004. Journée CoRoMa à Martigny, sur le thème "Médecine de l'Addiction et santé sociale". Programme et feuille d'inscription disponible sur les sites [www.romandieaddiction.ch](http://www.romandieaddiction.ch), [www.lvt.ch](http://www.lvt.ch), et auprès de Madame Defago [lvtision@lvtision.ch](mailto:lvtision@lvtision.ch)

**Lu pour vous :**

**Rapport. Women and substance abuse problems**

*R.Cormier, C.A.Dell,N.Poole*

*BMC women's health, septembre 2004*

Il existe des différences entre les hommes et les femmes dans la prévalence de l'abus de substances et son impact sur la santé physique. Ces différences sont retrouvées également pour la santé mentale et les événements traumatiques liés à l'abus de substances, les barrières d'accès au traitement et aux services de réduction des risques ainsi que dans l'impact de l'abus de substances sur la grossesse (...) et la parentalité. Des données croisées de différents rapports canadiens ont été utilisées.

Bien que les femmes usent de l'alcool et des autres drogues à un taux moindre que les hommes, les impacts sur leur santé sont importants, parfois plus que chez les hommes. Les femmes sont plus enclines à utiliser des drogues prescrites (antalgiques, somnifères, tranquillisants) et la plupart de ces médicaments ont un potentiel addictif et des conséquences négatives pour leur santé à long terme. Les résultats de recherches menées dans les centres de traitement au Canada montrent de hauts taux de violence vécues par les femmes, qui ont des implications tant sur l'abus de substances que sur l'amélioration de leur santé mentale. L'article recommande d'améliorer le recueil de donnée sur l'addiction et les femmes.

Un article un peu flou dans l'utilisation des données, qui révèle quelques chiffres canadiens qui doivent pouvoir probablement être extrapolés à l'Europe. Nous rappelle l'importance des programmes spécifiques destinés aux femmes tant dans les programmes de traitement, de réduction des risques, que dans les recueils de données sous forme d'items spécifiques.

### **Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance. Résumé.**

*F Vacarino, S Rotzinger, OMS 2004*

Avec ce rapport, l'OMS tente de dresser un bilan complet des facteurs biologiques liés à l'usage de substance psychoactives et à la dépendance, ce en faisant la somme des connaissances acquises depuis 20 à 30 ans.

Après une introduction estimant le nombre de consommateurs de substances psychoactives (par exemple 3,0 % des jeunes de plus de 15 ans admettent avoir consommé au moins une fois du cannabis en 2000 et 2001), quelques pages sur la contribution de ces substances à la charge mondiale de morbidité (le tabac et l'alcool représentent respectivement 4,1 et 4% de la charge de mauvaise santé en 2000, 0,8% pour les drogues illicites) et en morbidité : 12,4% des décès mondiaux leur sont attribuables, ce chiffre montant jusqu'à 34,9% pour les hommes des pays développés, la part belle étant celle de l'alcool. Le rapport passe en revue les bases de neurosciences de l'addiction : voie mésolimbique, système de récompense incitation-motivation, déclenchement du craving par des stimuli enregistré par apprentissage associatif. Il énumère les différentes évidences pour une participation génétique au phénomène de l'apparition et au maintien d'une dépendance, tout en mettant en avant la complexité des déterminants qui sont bio, mais aussi sociaux, psychologiques, culturels et environnementaux. Les prévalences de doubles diagnostics sont étudiées : d'après des études américaines (voir articles pour références) près de 50% des personnes ayant un trouble mental souffrent également de dépendance (tabac inclus). Les différentes formes de traitement médicamenteux et comportementaux sont ensuite passés en revue ainsi que les questions éthiques posées par la recherche en addiction. En guise de conclusion des recommandations, parmi lesquelles le rappel suivant, qu'il est toujours bon de voir repris par les hautes instances de la santé: la dépendance n'est pas une défaillance de la volonté et les barrières aux traitements sont nombreuses, parmi elles la stigmatisation et la discrimination. Les investissements en recherche en neurosciences doivent se poursuivre et se développer, pour inclure ( ??) les investissements dans la recherche en matière de sciences sociales, de prévention, de traitement et de politique de santé. Cette dernière phrase pose question : s'agit-il d'une recommandation de phagocytose de la neuroscience sur toute la recherche en addiction ou d'une tournure de phrase (ou de traduction) malheureuse? En gros un bon résumé des connaissances en neurosciences, sans découverte majeure, mais qui a l'immense mérite de rappeler la complexité du problème et de ses approches.