

**ANXIÉTÉ,
STRESS
TROUBLES DU
SOMMEIL**

**MANUEL D'AIDE
AUX
MEDECINS GENERALISTES**

CAMPAGNE FÉDÉRALE POUR L'USAGE RATIONNEL
DES BENZODIAZÉPINES 2005

.be

> merci

Nous remercions pour leur relecture attentive:

Dr. Marie-Hélène COCHE,
Hervé CORNILLIE,
Dr. Tom DECLERCO,
Dr. Pierre DEOME,
Dr. Peter DIELEMAN,
Christian ELSEN,
Dr. Max MARGULIES,
Dr. Jan MICHELS,
Dr. Marco SCHETGEN,
Dr. Gérard STIBBE,
Sandrine VANDERMAESSBRUGGE,
Dr. Franciska VERLINDE,
& Françoise WEIL.

Mise en page & impression :  - www.goekint.be - réf. 052866

Copyright : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement

Ed.Resp. : D. Cuyppers, Victor Hortaplein 40 bus 10, B1060 Brussel

Numéro de dépôt : D/2005/2196/40

**ANXIETE,
STRESS
TROUBLES DU
SOMMEIL**

**ANXIETE, STRESS
TROUBLES DU
SOMMEIL**

SOMMAIRE

Anxiété, stress et troubles du sommeil : choisissez votre solution.

Campagne fédérale pour l'usage rationnel des benzodiazépines 2005

Manuel d'aide aux médecins généralistes.

	Introduction	p. 5
Chapitre 1 :	Anxiété	p. 7
Chapitre 2 :	Stress.	p. 17
Chapitre 3 :	Trouble du sommeil	p. 29
Chapitre 4 :	Approche motivationnelle	p. 41
Chapitre 5 :	Les alternatives	p. 51
Chapitre 6 :	Sevrage.	p. 57
Chapitre 7 :	Adresses utiles	p. 67
Chapitre 8 :	Annexes	p. 75

INTRODUCTION

- INTRODUCTION

Ce manuel est destiné aux médecins généralistes pour les accompagner dans la prise en charge des patients souffrant d'anxiété, de stress et de troubles du sommeil.

Il fait partie de la quatrième campagne fédérale pour l'usage rationnel des benzodiazépines du Ministère de la Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

L'évaluation régulière de ces campagnes auprès des médecins généralistes a abouti à ne plus axer la campagne exclusivement sur les benzodiazépines, mais bien à l'intégrer dans un programme de prise en charge des troubles de l'anxiété, du stress et des troubles du sommeil.

Les calmants et somnifères ne sont en effet qu'une des solutions partielles à ces problèmes.

Parallèlement à ce manuel qui s'adresse spécifiquement aux médecins généralistes, des dépliants ont été élaborés pour les patients. Ces dépliants existent pour les patients ne consommant pas de benzodiazépines et pour les patients consommant déjà des benzodiazépines.

Ainsi, pour les patients qui ne consomment pas de benzodiazépines, il existe trois dépliants, respectivement pour l'anxiété, le stress et les troubles du sommeil. On y trouvera aussi une série de conseils pratiques intéressant les patients.

Pour les patients qui consomment déjà des benzodiazépines, il existe deux dépliants : l'un invitant le patient à se poser des questions sur sa consommation et l'autre mesurant par un petit questionnaire (Bendep-SRQ) son niveau de dépendance aux benzodiazépines.

Ces dépliants sont disponibles au Ministère, au numéro de téléphone suivant : 02/524.86.16.

Un site internet a également vu le jour à l'adresse suivante <http://www.health.fgov.be/benzo>, on peut y télécharger les dépliants, ou encore faire l'exercice de répondre au questionnaire du Bendep-Srq afin d'estimer son niveau de dépendance.

Le manuel reprend de façon plus détaillée les différentes parties des dépliants :

- > Le premier chapitre traite de **l'anxiété** avec un arbre décisionnel, le diagnostic différentiel et les étapes de traitement
- > Le deuxième chapitre est consacré au **stress** avec un arbre décisionnel, le diagnostic différentiel et les étapes de traitement
- > Le troisième chapitre reprend **les troubles du sommeil** avec un arbre décisionnel, le diagnostic différentiel et les étapes de traitement
- > Le quatrième chapitre est consacré à **l'approche motivationnelle** qui constitue une démarche efficace dans la relation médecin-patient, pour tout ce qui constitue les changements d'attitude : que ce soit arrêter une habitude (comme les benzodiazépines, le tabagisme, ...) ou en prendre de nouvelles (meilleure compliance, habitude et régime alimentaire, ...).
- > Le cinquième chapitre reprend les différentes **alternatives** au traitement médicamenteux, étant donné que s'il est vrai que les benzodiazépines ne sont qu'une des solutions à ces différents troubles, elle reste la solution la plus utilisée.
- > Le sixième chapitre reprend les différentes **étapes du sevrage**.
- > Dans le septième chapitre, les **principales adresses** utiles sont classées.
- > En annexe, nous reprenons différents outils qui peuvent faciliter la prise en charge des patients souffrant de ces troubles.

Ce manuel pour les médecins généralistes est une première version. Vos remarques et commentaires sont les bienvenus, ils sont même fort attendus. Nous vous prions de les faire parvenir à l'adresse suivante : benzo@health.fgov.be.

> **Les auteurs du manuel**

Pour l'équipe de Gand,

Promoteurs :

- > Prof. dr. ém. Marc De Meyere
- > Prof. dr. Thierry Christiaens

- > Hilde Habraken, psychologue
- > Sibyl Anthierens, sociologue
- > Dr. Barbara Boone, médecin généraliste
- > Roland Rogiers, sociologue et thérapeute du comportement

Pour l'équipe de l'ULB

Promoteur :

- > Prof. dr. Isidore. Pelc, psychiatre

- > Prof. dr. Philippe Corten, psychiatre
- > Léon From, psychologue et informaticien
- > Prof. dr. Guy Hoffman, laboratoire du sommeil
- > Pascale Steinberg, sociologue de la santé
- > Dr. Yun Van Driette

ANXIETE

1- Objectifs du chapitre.

> Ce chapitre vise à donner aux généralistes :

- a. Une introduction théorique qui aidera à faire la distinction entre anxiété et stress.
- b. Une description des symptômes à identifier afin de déterminer si l'anxiété est pathologique.
- c. Un arbre décisionnel comprenant tant les plaintes somatiques que psychologiques.
- d. Les diagnostics différentiels à envisager tant sur le plan somatique que psychologique.
- e. Les étapes de la prescription et de la prise en charge d'une personne présentant une anxiété significative.

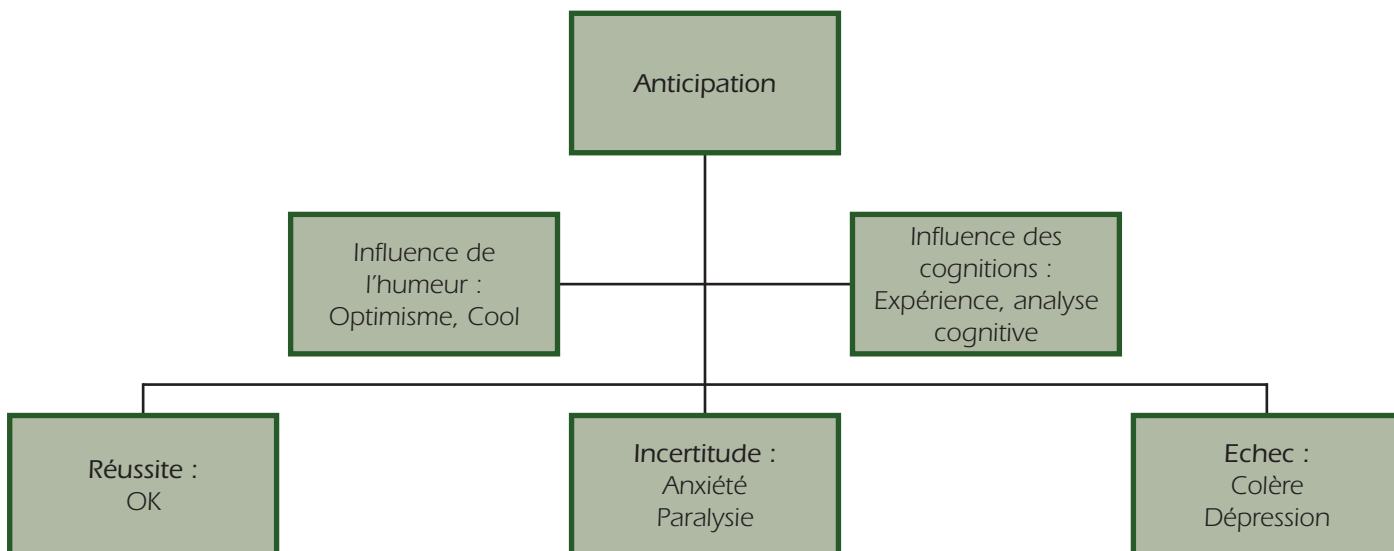
2- Introduction.

Il est important de rappeler, que **l'anxiété est avant tout une réaction naturelle et normale**. Il s'agit d'une activité du cortex cérébral préfrontal. Etre excessivement détendu devant une situation présentant un certain risque, signe plutôt un état pathologique comme un état maniaque, un début d'Alzheimer ou le signe d'imprégnation à certaines substances. **L'anxiété**

est liée à l'anticipation. D'une manière générale quand quelqu'un anticipe une action, trois issues sont possibles : la réussite, l'échec ou l'incertitude.

- > Première hypothèse : quand quelqu'un se sent bien il parie pour la réussite. En ce sens l'être humain, est un animal fondamentalement optimiste. Mais dans certaines situations, l'optimisme n'est pas de rigueur.
- > Deuxième hypothèse, l'échec assuré. Généralement elle suscite soit des sentiments de colère contre les autres soit une colère retournée contre soi-même et alors la personne déprime.
- > Troisième hypothèse, tout n'est pas joué et c'est l'incertitude. **L'incertitude** est ce qu'il y a de plus difficile à supporter parce qu'elle réveille en nous de l'anxiété et que l'anxiété a tendance à nous paralyser, alors que l'on sait très bien que la meilleure réponse sera d'être au maximum de réactivité.

D'une manière générale nous utilisons tous les stratagèmes pour réduire ce degré d'incertitude, en acquérant de l'expérience, en analysant mieux la situation, en étant plus détendu dans la vie ou en optant d'emblé pour l'échec.



3- Les symptômes

Chez le généraliste **il est très fréquent que le patient n'ait pas conscience de son anxiété et se présente en mettant en évidence des troubles somatiques.**

Les *plaintes*¹ physiques les plus fréquentes sont des oppressions thoraciques, des nœuds dans la gorge ou dans le ventre, le cœur qui s'emballe ou des douleurs dans la région du cœur, des picotements aux extrémités à de la bouche, des tremblements, des mains moites, des bouffées chaud-froid, mais aussi des troubles intestinaux divers comme des gênes, des crampes ou des douleurs abdominales, des diarrhées, des impressions de brûlant à l'estomac, des nausées, des vomissements mais également des besoins fréquents d'uriner, des maux de tête, des maux de dos. Parfois, la symptomatologie physique est extrêmement bruyante faisant penser parfois à des infarctus comme dans l'attaque de panique ou face à des crises d'asthme lors de crises d'hyperventilation.

Ces symptômes physiques sont souvent accompagnés de troubles de l'endormissement et de troubles de la concentration et de la mémoire immédiate.

Tous ces symptômes, quand ils n'ont pas comme origine une maladie somatique **s'appellent angoisse.**

Lorsque le patient est conscient qu'il s'agit d'anxiété, il n'est pas rare que ces symptômes surviennent sur un **tempérament anxieux**. Ainsi un patient qui se présente en disant « Docteur, je suis stressé depuis toujours » n'est probablement pas un stressé mais un anxieux (voir aussi arbre décisionnel stress).

Une fois l'anxiété identifiée, il s'agira de distinguer s'il s'agit d'une anxiété « ordinaire » ou d'un état **pathologique**. On s'accorde pour dire actuellement que l'on considère un problème psychologique comme pathologique lorsqu'il rencontre les trois critères suivants :

- > **Une souffrance importante, disproportionnée.**
- > **Qui dure trop longtemps** (ici tout dépend de la source d'anxiété. Si elle est due à un événement spécifique, on prendra en compte le nombre d'heures

où elle envahit l'esprit, si elle est due à un contexte diffus ou si il n'y a pas d'événement spécifique une anxiété persistante de plus de 15 jours d'affilée peut être significative).

- > **Et qui affecte le fonctionnement social, relationnel et/ou physiologique.**

Ainsi une phobie des araignées ou des souris, ne sera pas considérée comme pathologique si elle n'empêche pas d'effectuer les tâches ménagères usuelles, et l'anxiété de l'étudiant en examen sera considérée comme un trouble passager, à prendre en compte, mais non pathologique.

Une fois l'état anxieux pathologique déterminé, il y a lieu de pouvoir distinguer ses différentes formes.

- > L'état anxieux (qu'il soit motivé ou non) survient essentiellement en dehors des moments où le sujet est confronté à la situation (anticipations ou ruminations) et cet état a tendance à 'faire buvard' sur tous les instants de sa vie. On parlera alors d'**Anxiété Généralisée**.

- > L'état anxieux n'apparaît qu'en présence d'un objet ou d'une situation et cette réaction est soit démesurée soit non motivée comme un ascenseur, une foule. Il peut aussi se manifester par une timidité excessive face à des inconnus, une peur du regard ou du jugement de l'autre. On parlera alors de **Phobies**.

- > L'état anxieux se manifeste plutôt par des idées obsédantes qui surviennent contre la volonté de l'individu et dont il perçoit fort bien le caractère absurde (par exemple la crainte d'étrangler son enfant). Ces idées obsédantes peuvent être accompagnées d'actes stéréotypés et répétitifs (compulsions) que le sujet ne peut s'empêcher de réaliser (par ex : se laver les mains). Dans ce cas, on parlera de **troubles obsessionnels compulsifs ou TOC**.

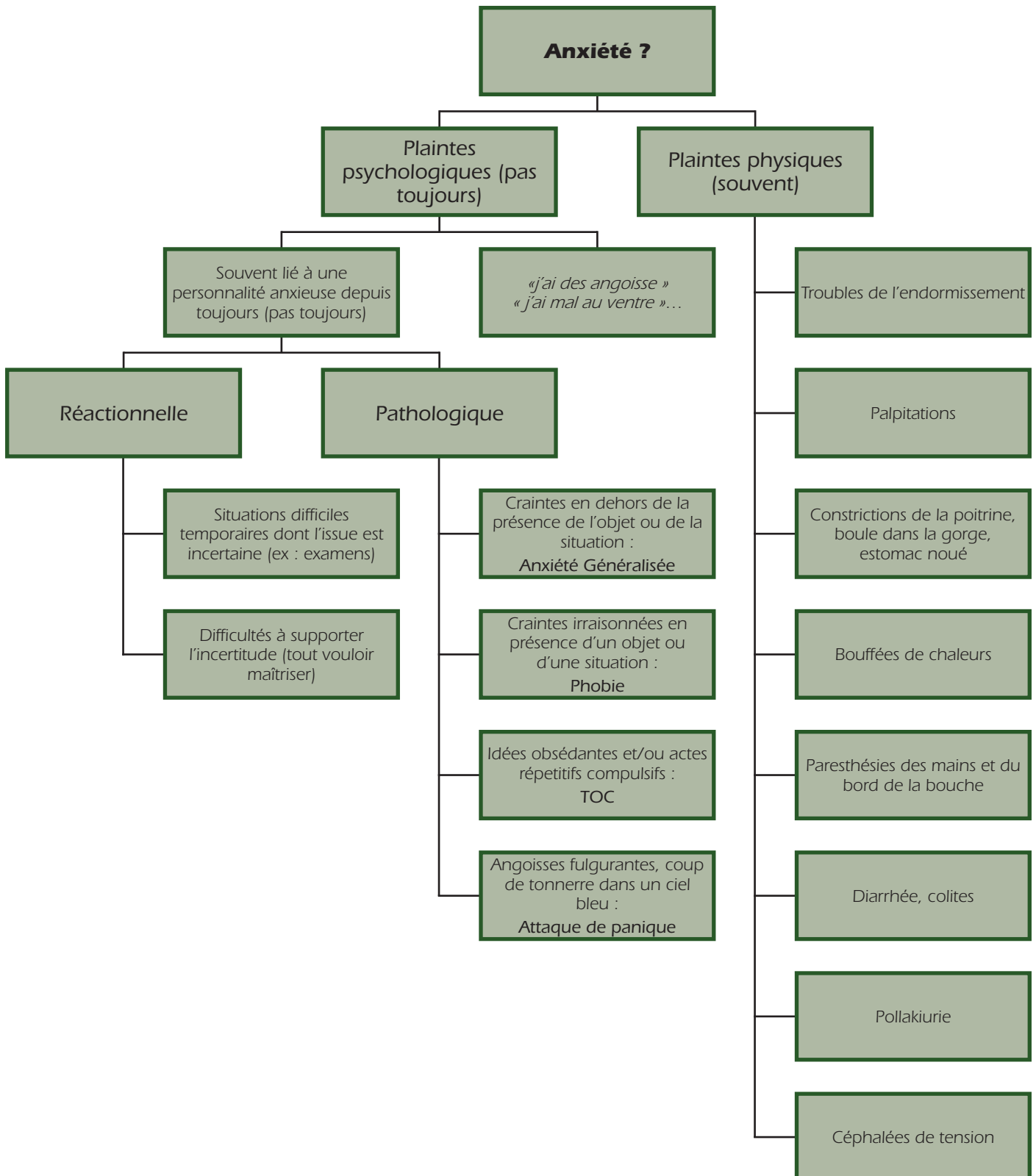
- > Un état anxieux peut également se manifester suite à un traumatisme, notamment le **PTSD** (Post Traumatic stress Disorder, mais également dans le stress aigu ou chronique (voir chapitre 2).

- > Enfin l'état anxieux peut apparaître sous des formes fulgurantes et paroxystiques comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu. Très souvent il se présente

¹ Il y a lieu de différencier ici une plainte qui est l'expression générale du patient d'un symptôme qui est le décodage de cette plainte faite par le médecin. Certaines plaintes ne sont assimilables à aucun symptôme spécifique.

sous la forme d'angoisses somatisées (oppressions thoraciques intenses faisant penser à un infarctus). Ces états disparaissent spontanément au bout de quelques heures. On parlera alors d'Attaque de panique.

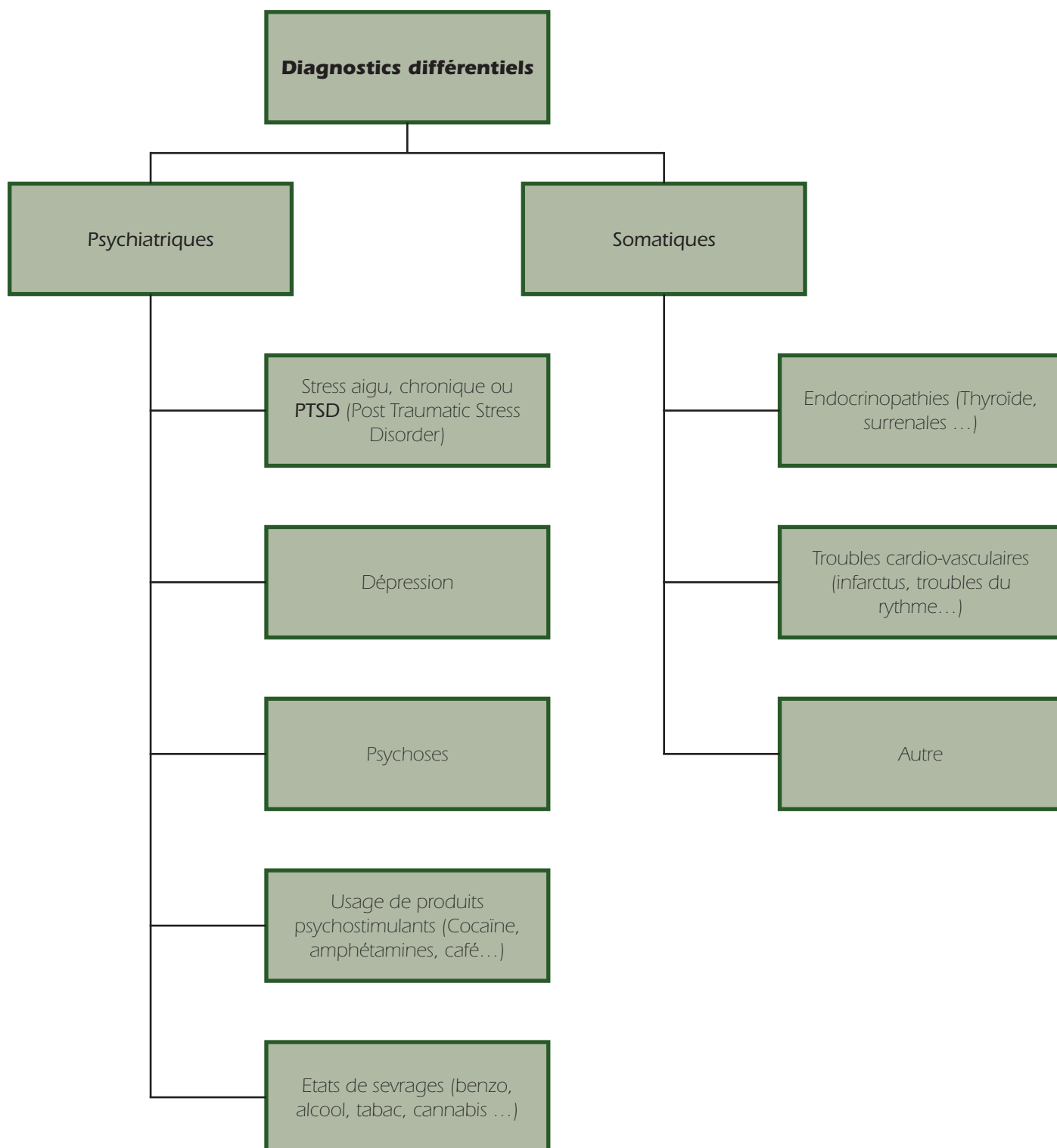
4- Arbre décisionnel.



5- Diagnostics différentiels.

Une fois l'hypothèse diagnostique posée, il s'agira de faire un diagnostic différentiel. D'abord en tant que médecin il s'agira d'éliminer un trouble organique, toxique ou médicamenteux. Quelques maladies peuvent revêtir l'aspect d'états anxieux chroniques

comme l'hyperthyroïdie. Certains états aigus peuvent être effectivement en relation avec une décompensation cardiaque. Une biologie en première intention est donc indiquée : hémoglobine, globules rouges, globules blancs, formule érythrocytaire, plaquettes, vitesse de sédimentation, CRP, CPK, tests hépatiques, créatinine, glycémie, ionogramme, calcium, thyroïde...



Il y aura lieu également d'éliminer un certain nombre de problèmes psychiatriques pouvant s'accompagner d'anxiété comme le stress pathologique (voir chapitre suivant), la dépression, les conséquences du harcèlement moral, les états psychotiques, l'usage et l'abus de certains produits modifiant l'état de conscience comme le café, les amphétamines ou la cocaïne et enfin des états de sevrage.

Vous trouverez ci-après un mémo concernant ces différents syndromes. (Pour plus de renseignements consultez le DSM IV) :

> **Stress pathologique et conséquences du harcèlement moral (voir chapitre suivant).**

> **Dépression.**

L'anxiété et l'angoisse accompagnent fréquemment la dépression. Et il ne faudrait pas passer à côté de la dépression en étant obnubilé par les plaintes anxieuses. Un syndrome dépressif se caractérise par

- > **La dysphorie.** Il s'agit souvent d'états de *tristesse* mais elle peut également se manifester par un sentiment de *mal être diffus ou de l'irritabilité*.
- > **L'anhédonie.** Elle consiste en une perte d'intérêt et de plaisir dans les activités procurant habituellement chez cet individu du plaisir.

> **Psychoses.**

Des états anxieux sont fréquents au début de l'installation d'une psychose ou lors de la recrudescence de ces états. Ils correspondent à un état de malaise ressenti par l'individu qui perçoit la perte de son intégrité psychique (morcellement). Les psychoses se caractérisent *souvent* au début par : de la **bizarrie** (dans la schizophrénie), un **retrait**, de la **méfiance** excessive, une **anxiété** avec parfois des actes violents. Les hallucinations et le délire ne sont pas toujours perceptibles lors de la phase d'installation et ne sont pas la règle.

> **Us et abus de certaines substances.**

Nombre de substances courantes ou de drogues peuvent augmenter l'anxiété de leurs usagers. Le tabac et le café sont des psycho stimulants. Le cannabis consommé excessivement peut exacerber des états anxieux sous-jacents, de même que l'alcool. Enfin les

amphétamines et l'ecstasy peuvent déclencher de véritables attaques de panique.

> **Etats de sevrage.**

Quasi tous les états de sevrage, lorsqu'ils sont mal assistés, se caractérisent par des états anxieux très désagréables qui sont parfois la source même de l'échec de la tentative. Ils apparaissent tant dans l'arrêt tabagique que dans les désintoxications alcooliques ou de drogues, ainsi que dans l'arrêt de somnifères et de calmants. N'hésitez pas à confier à un spécialiste le plan de sevrage, si vous n'êtes pas familiarisé avec cette technique.

6- Etapes de la prescription.

> **Mettre des mots sur les maux.**

En soins de santé primaire, il n'est pas rare qu'un patient n'ait même pas conscience qu'il est anxieux. Il se présente en mettant en avant plan ses symptômes somatiques (palpitations, pyrosis, oppressions thoraciques, céphalées...). Après avoir consciencieusement examiné physiquement le malade (l'anxiété peut en effet créer de véritables ulcères gastriques, par exemple), nommer sa souffrance en l'informant que l'anxiété peut créer de tels maux. Savoir que son vécu s'appelle angoisse est déjà désangoissant en soi, en comparaison de la crainte d'avoir un cancer ou un infarctus !

Principes de l'information au patient :

- > Prendre la souffrance au sérieux et ne pas la banaliser. Du genre : « Vous n'avez rien, ce sont les nerfs ».
- > Rassurer le patient en effectuant quelques actes techniques utiles tels que prise de sang, tension artérielle ou électrocardiogramme...
- > Informer que l'anxiété peut se manifester uniquement par des symptômes physiques (stade 1 du cycle motivationnel, voir infra). Certaines personnes ne le savent même pas.
- > L'amener à prendre conscience que dans son cas cela puisse se nommer des angoisses, en réfléchissant sur son contexte de vie actuel. (Stade 2 du cycle motivationnel, voir infra).
Exemple : « Et pour le moment, traversez-vous une passe plus difficile ? »

> Apprendre à identifier dans quelles circonstances les angoisses surviennent.

Exemple : « Chaque fois que vous avez eu des angoisses, repérer les points communs avec les épisodes précédents. »

> Lui donner l'un des folders de prévention qui convient le mieux à sa situation afin qu'il puisse y réfléchir

Ce travail de lien entre les symptômes physiques et l'état psychologique dépendra essentiellement des capacités d'introspection du patient.

> Apprendre à gérer ses angoisses.

L'anxiété et les angoisses sont des réactions normales, mais désagréables. Des « trucs » permettent d'atténuer leurs effets pénibles et peuvent être conseillés par un généraliste (stade 3 du processus motivationnel), comme :

> La **respiration abdominale**. Elle diminue la tachycardie anxieuse, les paresthésies et les tensions musculaires.

Technique : « Fermez les yeux et mettez vos mains sur votre ventre. Expulsez l'air des poumons profondément, comme si vous vouliez chasser l'air par les orteils. Faites ensuite une petite inspiration suivie d'une pause d'une seconde ou deux et expirez à nouveau profondément. Faites l'exercice dix fois de suite ».

> En cas de crises d'hyperventilation. Avoir sur soi un **sac de plastique** et respirer l'air expiré dans le sac, jusqu'à ce que la crise s'atténue.

> Apprendre à faire une **analyse fonctionnelle**, permet de relativiser et prendre de la distance par rapport à ce qui nous arrive.

Technique : « Prenez une feuille de papier et faites deux colonnes. Dans celle de gauche notez vos réactions, vos sensations physiques, vos émotions et les idées qui vous sont passées dans la tête. Dans la colonne de droite décrivez ce qui s'est passé sans aucun jugement et sans aucune explication. Essayez de décrire la situation comme un observateur extérieur neutre qui se contente de relater uniquement ce qu'il a vu ou entendu. Une fois l'exercice réalisé, comparez les deux colonnes en vous posant les questions suivantes :

a. Si je lis les deux colonnes mes réactions sont-elles **adéquates** par rapport à l'événement ou la situation ?

EXEMPLES :

Réactions inadéquates :

- J'ai giflé mon fils alors qu'il allumait son game-boy.

- Mon mari m'offre des fleurs et je me dis « qu'est-ce qu'il a à se faire pardonner ? »

- J'ai été paralysée en voyant une souris.

- Mon partenaire me ment et je ne ressens que de la tristesse et pas de la colère.

b. Si je lis les deux colonnes mes réactions ont-elles été **proportionnées** ?

EXEMPLES :

Reactions disproportionnées :

- J'ai battu mon fils alors qu'il avait un sourire narquois suite à une de mes remarques.

- J'ai pensé à me suicider parce que je ne trouve pas de solution à mon problème.

- Mon partenaire avait quinze minutes de retard et je lui ai fait une scène mémorable.

c. Si je lis les deux colonnes mes réactions n'ont-elles pas **perduré** exagérément ?

EXEMPLES :

Reactions au perdurent :

- Mon boss m'a fait une remarque et je n'ai pas pu travailler du restant de la journée.

- Je suis fâché contre mon fils, mais cela dure depuis quatre jours.

- Quelqu'un m'a fait une queue de poisson sur l'autoroute. J'ai eu la frousse de ma vie et j'étais mal jusqu'au soir.

d. Ce qui s'est passé me **rappelle-t-il** d'autres situations ?

EXEMPLES :

Mémoire :

- Le cancer de mon père a commencé aussi par des douleurs dans le ventre.

Parmi les conseils que peut donner un généraliste, il y a aussi les choses à **éviter** comme :

> Fumer une cigarette (elle augmente les décharges d'adrénaline).

> Boire une tasse de café (idem).

> Inspirer profondément (il faut expirer profondément).

> Boire un verre d'alcool (l'alcool est un excellent anxiolytique, mais s'il est pris pour combattre des angoisses il risque de nous amener à l'alcoolisme).

De même, il peut proposer des **conduites propices à la santé** comme :

- > Une activité physique.
- > Une alimentation équilibrée.
- > ...

> Orienter adéquatement vers un spécialiste.

Les « trucs » énumérés ci-dessus sont parfois insuffisants ou inadaptés, en particulier quand l'anxiété ou les angoisses sont récurrentes, chroniques. Dans ce cas, l'aide d'un spécialiste va être nécessaire (stade 4 du processus motivationnel, voir infra).

Suivant le patient, deux démarches sont possibles. Tout dépendra du fonctionnement de votre patient et de ce qu'il est prêt à faire.

- > L'abord physique par la kiné-relaxation peut être utile et efficace lors d'anxiété légère à modérée. La relaxation permet au patient de disposer de techniques réduisant l'impact physiologique de ses angoisses mais ne s'attaque pas à la source de celles-ci. Une cure de 9 séances sera suffisante pour maîtriser les bases de cette technique, pour autant que le patient pratique régulièrement les exercices.
- > L'abord psychologique est particulièrement indiqué lors d'angoisses modérées à sévères et chroniques. Suivant les techniques les psychothérapies se centreront sur la source de l'anxiété et/ou sur les attitudes et comportements. Cette approche nécessite un investissement personnel plus marqué et de plus longue durée (de 20 séances à plusieurs mois) (voir chapitre « alternatives »).

> Et s'il faut des médicaments.

Les benzodiazépines.

Les benzodiazépines restent une indication majeure des états anxieux. Malgré leurs dangers, il y a lieu de ne pas les diaboliser. Ils sont particulièrement indiqués dans les cas suivants :

- > Les situations où l'on en fait usage sont rares (exemple : phobie de prendre l'avion).
- > La prise devrait être limitée dans le temps (de quelques jours à quelques semaines).
- > En attendant qu'une prise en charge par un spécialiste puisse se faire, ou en attendant l'effet d'un antidépresseur.

Le choix de la benzodiazépine se portera vers celle qui procure le moins d'effets secondaires. Si l'anxiété ou la phobie est purement réactionnelle on s'orientera vers un anxiolytique de moyenne durée d'action. Si l'on s'oriente davantage vers une anxiété généralisée, on choisira un anxiolytique de longue durée d'action, afin d'éviter l'abus et de structurer la prise. L'option des gouttes permet au patient de gérer sa prise vers le minimum de processus actif nécessaire (voir tableau des anxiolytiques en annexe).

Les beta-bloquants.

Les beta-bloquants n'ont pas d'effets directs sur l'anxiété mais ils diminuent les tachycardies et permettent au sujet de reprendre maîtrise sur lui-même. Ils provoquent moins de troubles de la mémoire. Ils seront prescrits chez des individus soumis à des états anxieux temporaires comme des présentations en public.

La phytothérapie.

Lavalériane, la passiflore et le crataegus sont connus depuis l'antiquité pour leurs effets sur les états anxieux mineurs. Bien que leurs effets n'aient pas fait l'objet de recherches probantes au niveau de l'Evidence Based Medicine, il est indéniable qu'au niveau de la Clinical Evidence Medicine ces produits aient une certaine efficacité dans le cas de troubles modérés. Il n'est pas exclu que ces médicaments fassent l'objet de dépendances (par manque d'études suffisantes sur le sujet). Néanmoins, à petites doses, leur toxicité semble faible.

Les anti-dépresseurs.

Si l'anxiété est importante ou si l'anxiété est résistante aux techniques alternatives, les antidépresseurs peuvent s'avérer utiles. Par ailleurs, les antidépresseurs sont de première intention lors de troubles anxieux majeurs comme les TOC, le trouble panique. Dans ce cas la posologie doit être adaptée :

- > On choisira de préférence un antidépresseur avec effet anxiolytique.
- > Commencer par un demi comprimé pendant quinze jours, puis augmenter progressivement.
- > Généralement, la dose nécessaire sera doublée par rapport à un trouble dépressif.
- > Prévenir le patient que l'effet optimal, sur l'anxiété, ne sera obtenu qu'après 6 semaines.

> En attendant, l'usage de benzodiazépines peut être justifié, pour autant qu'il soit clair qu'ils seront supprimés après quelques semaines.

Les neuroleptiques.

L'usage de neuroleptiques lors d'états anxieux peut être utile, mais doit être réservé aux spécialistes.

chapitre 2

STRESS

STRESS STR

STRESS

1- Objectifs du chapitre

> Ce chapitre vise à donner aux généralistes :

- Une introduction théorique qui les aidera à faire la distinction entre stress et anxiété.
- Une description des symptômes à identifier afin de déterminer si le stress est pathologique.
- Un arbre décisionnel comprenant tant les plaintes somatiques que psychologiques.
- Les diagnostics différentiels à envisager tant sur le plan somatique que psychologique.
- Les étapes de la prescription et de la prise en charge d'une personne présentant un stress pathologique.

2- Introduction

Il est parfois difficile de distinguer un stressé d'un anxieux dans la mesure où tous les stressés présentent une anxiété significative. Cependant l'inverse n'est pas vrai. Par ailleurs, il s'agit de processus neurophysiologiques totalement différents, tant l'anxiété est de l'ordre du cortex préfrontal tandis que le stress est lui dépendant du rhinencéphale.

Enfin, il faut rappeler que si tout le monde est soumis à des stress divers, tout le monde ne va pas développer un stress pathologique. Il y a donc lieu de distinguer réaction de stress et processus (pathologique) de stress.

La **réaction de stress** est au départ une réponse physiologique normale. Devant un danger imminent, un animal dont l'homme, va déclencher une réaction massive, globale et non modulable qui vise à lui assurer la survie, c'est la réaction **orthosympathique**. Cette réaction prépare l'animal à attaquer ou à fuir en augmentant le rythme cardiaque et respiratoire, en fermant les sphincters et en créant un afflux de sang vers les muscles, etc. Si l'animal a la vie sauve, s'ensuit normalement la réaction inverse, dite

parasympathique, le rythme cardiaque et respiratoire se ralentit, les sphincters s'ouvrent, le sang va vers les téguments et une érection est possible. Il faut noter que ces réactions ne sont absolument pas toxiques pour autant que chaque réaction orthosympathique soit suivie d'une réaction parasympathique complète.

Le **processus de stress** s'enclenche lui, lorsque après une phase d'alerte qui déclenche la réaction orthosympathique, il n'y a pas de réponse (adéquate) possible. **L'animal ne peut ni attaquer, ni fuir** (cfr travaux de Henri Laborit : l'Eloge de la fuite ou le film d'Alain Resnais « Mon Oncle d'Amérique »). Dans cette situation, les systèmes ortho et parasympathique fonctionnent simultanément (et non successivement) pour éviter un emballement du rythme cardiaque, de l'hypertension artérielle, le blocage rénal, etc. Comme la réaction orthosympathique est jugulée, l'animal s'y adapte, c'est pourquoi Selye parle de **Syndrome Général d'Adaptation**. L'ennui, c'est que d'adaptation en adaptation le corps finit par aboutir à ses limites de résistance. On voit alors apparaître des décompensations massives, brutales et majeures comme des infarctus, des hémorragies cérébrales, des ulcères perforés, des accidents de voiture ou des suicides. **Le stress à terme est donc une maladie mortelle** à prendre très au sérieux.

3- Les symptômes du stress pathologique.

Le stress pathologique peut être aigu ou chronique.

> Stress aigu et stress post traumatique (PTSD).

Les stress aigus et les stress post traumatiques surviennent suite à une situation grave où **l'intégrité de la personne** a été, ou aurait pu être (ne fut ce qu'en

imagination), en danger. Le plus clair est un attentat ou un hold-up. Mais, de plus en plus, les cliniciens s'accordent pour estimer que l'atteinte de l'intégrité morale peut causer les mêmes dégâts. C'est le cas, par exemple, du harcèlement moral. De la même manière, il n'y a pas que les victimes d'un trauma qui peuvent développer un stress aigu ou un PTSD, mais également un témoin du trauma.

Le *stress aigu* se caractérise par le fait que :

- > Pendant l'événement traumatique (ou peu après) l'individu ait soit un sentiment de torpeur, soit une réduction de la conscience de son environnement, soit une impression de déréalisation ou de dépersonnalisation soit encore une amnésie dissociative.
- > Il revive constamment l'événement ou qu'il ressente une détresse lorsqu'il est exposé à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.
- > Il évite les stimuli évoquant le traumatisme.
- > Il présente des symptômes anxieux persistants ou des manifestations neurovégétatives.
- > La perturbation entraîne une détresse significative ou une altération du fonctionnement.
- > La perturbation dure au minimum 2 jours et au maximum 4 semaines et survient endéans les 4 semaines après l'événement.

L'état de *stress post traumatique* se caractérise essentiellement par un stress aigu qui se chronifie :

- > Revécu intense de l'événement traumatique de manière répétitive (souvenirs, rêves, impressions de « comme si : »...
- > Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme.
- > Affaiblissement de la réactivité générale.
- > Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative.
- > La perturbation entraîne une détresse significative ou une altération du fonctionnement.
- > La perturbation dure plus d'un mois.

Pour plus de détails se référer au DSM IV.

> **Stress pathologique chronique**

Chez le généraliste le stressé pathologique chronique viendra en consultation pour son extrême **fatigue** (97% des plaintes) et des **troubles du sommeil caractérisés par des réveils précoces à 4 heures du matin** (90% des cas). Mais cela peut aussi être le cas lors d'un état dépressif majeur). Outre la fatigue et le réveil matinal précoce les symptômes les plus fréquents sont¹ : bruxisme, douleur de la nuque ou des mâchoires (et moins de dorsalgies), du pyrosis et des diarrhées ou des selles molles, des sudations profuses au réveil, un amaigrissement récent sans régime, des modifications de la libido.

Les vrais stressés sont très peu demandeurs d'incapacité de travail (si ce n'est de très courte durée, de quoi souffler) et ce sera le paradoxe. Alors qu'en tant que médecin, il nous arrive souvent d'être embarrassé par des demandes d'incapacité 'limites', ici nous devront faire usage de toute notre persuasion (vu les risques vitaux à un terme indéterminé) pour qu'il l'accepte. Très rapidement, le stressé mettra en avant plan **une cause situationnelle** (souvent le travail) alors qu'il se décrira comme quelqu'un de pas particulièrement anxieux mais plutôt perfectionniste.

Généralement, le stressé aime son travail et est (ou a été) estimé de sa hiérarchie. Mais, suivant la définition de la loi du Bien-être au travail il présente les symptômes suivants :

- > Un état de **tension persistante**, perçu négativement (on éliminera donc les états transitoires ou les vécus positifs).
- > L'individu est ou se sent **incapable (ou plus capable) de répondre adéquatement** aux exigences de la tâche.
- > Cette inadéquation peut avoir des **conséquences** significatives.
- > Et qui s'accompagne de **dysfonctionnements** au niveau physique, psychique et social.

Une fois le diagnostic de stress posé, il y aura lieu d'explorer le Burn-out et les conséquences du harcèlement moral.

¹ Source : Clinique du stress CHU-Brugmann sur un suivi de 497 cas de stress pathologique chronique

Le **Burn-out** est une forme particulière de stress pathologique. Il apparaît chez des travailleurs qui sont en contact avec du public ; ou sont obligés d'œuvrer en équipe ou sont responsables d'un team. Il s'agit d'un processus de très longue durée, mais extrêmement destructeur (certains parlent de mûre émotionnelle). Il se développe sur des réactions adaptatives absolument normales mais qui se répètent indéfiniment et gangrènent peu à peu toutes les sphères de l'existence relationnelle et sociale. Il faut noter que le Burn-out touche particulièrement le corps médical et soignant, mais aussi tous les métiers qui exigent une flamme comme les travailleurs sociaux, les enseignants ou même les commerciaux.

Réactions adaptatives :

- > Être plus résistant à la souffrance en se protégeant des émotions.
- > Moins s'impliquer personnellement.
- > Être plus réaliste dans ses ambitions.

Si ce mécanisme se répète cela aboutit à un processus envahissant :

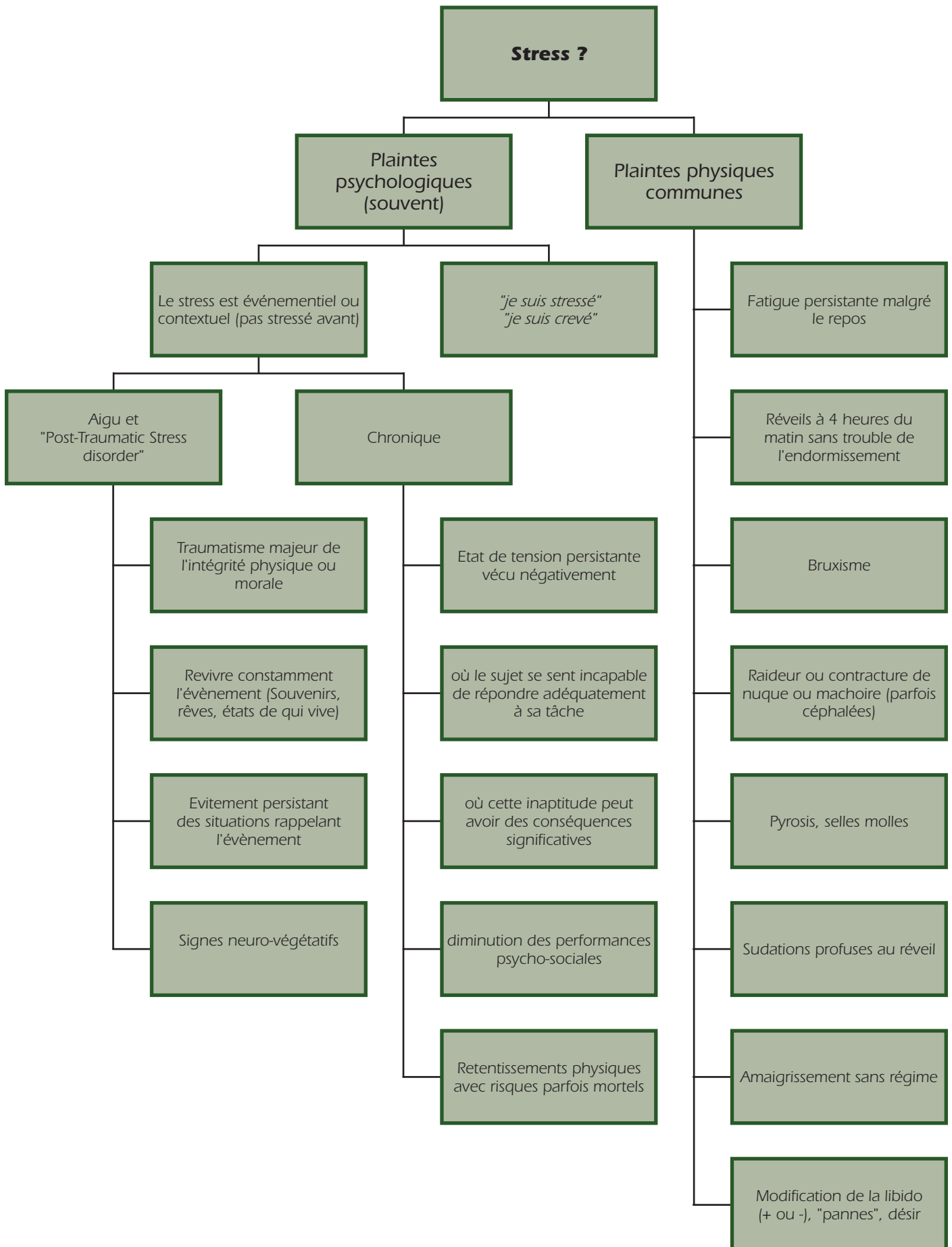
- > Se blinder contre les émotions, y compris les positives (joie, plaisir... Anhédonie avec persistance de l'intérêt pour les activités pouvant procurer du plaisir).
- > Mettre les autres à distance en les considérant comme des pions, devenir cynique.
- > Se mésestimer, être démotivé.

Comme la personne en Burn-out n'a pas la 'gueule du dépressif' et qu'au contraire, elle conserve très longtemps une apparence normale voire souriante, il est fréquent de passer à côté du diagnostic.

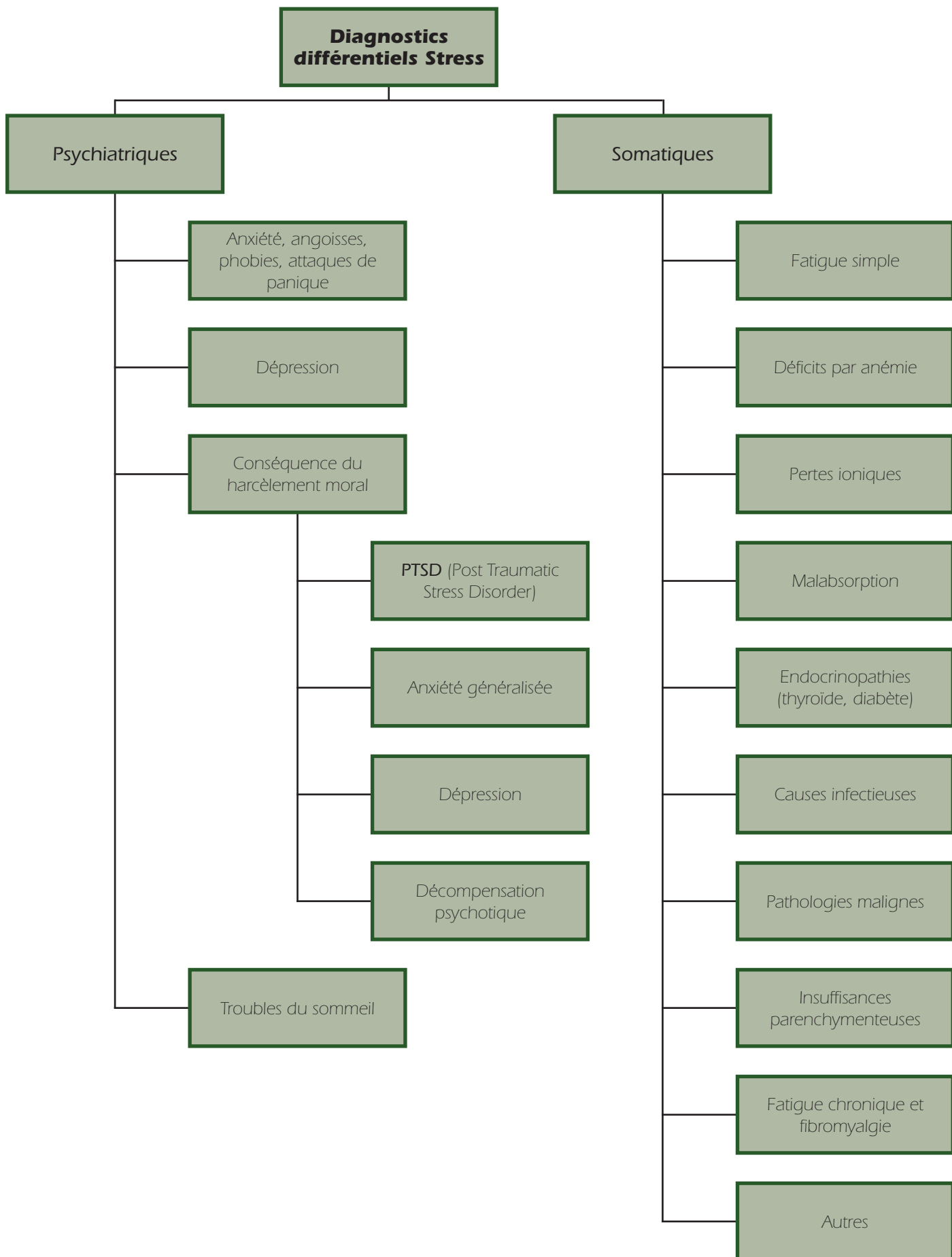
Pour les conséquences du harcèlement moral : voir diagnostics différentiels.

La mesure d'urgence face à quelqu'un en situation de stress pathologique est de le mettre suffisamment longtemps à l'abri de la cause de sa pathologie.

4- Arbre décisionnel.



5- Diagnostics différentiels.



> **Diagnostics différentiels somatiques.**

Avant de conclure à un syndrome de stress, le médecin éliminera les **causes organiques** pouvant soit entraîner de **l'anxiété** (voir chapitre 1), soit de la **fatigue** comme une infection virale à bas bruit, une anémie, une déplétion d'ions ou de vitamines, des endocrinopathies, des pathologies malignes, ou des insuffisances parenchymateuses etc.

Une biologie en première intention est donc indiquée : hémoglobine, globules rouges, globules blancs, formule érythrocytaire, plaquettes, vitesse de sédimentation, CRP, tests hépatiques, créatinine, glycémie, ionogramme, Vit D, protéinogramme, thyroïde, infections récentes courantes...

Suivant les plaintes du patient un électrocardiogramme peut être indiqué et dans tous les cas un contrôle de base des paramètres cardio-vasculaires (tension artérielle, pulsations).

En adressant votre patient à des cliniques spécialisées du stress, une exploration du cycle du cortisol (marqueur spécifique du stress pathologique), voire des catécholamines sera réalisée.

Mais sur le plan organique les diagnostics différentiels les plus fréquents se feront avec la fatigue simple et la fatigue chronique.

La fatigue est une réponse physiologique naturelle et réversible à un effort spécifique identifiable. Dans la fatigue simple la cause est toujours identifiable et explicable physiologiquement. Par ailleurs cette réaction est réversible : il suffit de dormir et se reposer suffisamment.

La fatigue chronique : bien que ce syndrome, associé souvent à la fibromyalgie, ne soit pas unanimement reconnu dans les milieux scientifiques et médicaux, celui-ci peut être confondu avec un syndrome de stress pathologique puisque les symptômes physiques se superposent (fatigue et douleurs musculaires) et que de plus en plus on considère que le stress est un facteur étiogénique du syndrome de fatigue chronique. Il se différencie cependant du stress pathologique par l'intensité de la fatigue qui est particulièrement invalidante et souvent par les douleurs musculaires et articulaires importantes.

Actuellement, les cliniciens se rallient aux critères de FUKUDA pour diagnostiquer cette maladie. (voir site web INAMI-RIZIV)

> **Diagnostics différentiels psychiatriques.**

L'anxiété (voir arbre décisionnel anxiété)

En ce qui concerne la différence entre le stress pathologique et les différents syndromes anxieux, on observe que les anxieux ont souvent une prédisposition anxieuse (personnalité anxieuse), que leurs plaintes sont souvent plus localisées et en relation avec la source de leur angoisse, dans le discours davantage en perspective de l'incertitude et de la crainte de l'échec alors que chez les stressés la situation est d'emblée présentée sans issue. Enfin, les anxieux ont davantage de troubles d'endormissement alors que le stressé s'endort bien mais se réveille vers 4 heures du matin.

La dépression (voir arbre décisionnel anxiété)

Ce qui différencie le stress pathologique du syndrome dépressif c'est le maintien d'intérêt pour les activités procurant habituellement du plaisir, par contre comme dans la dépression, on observe une perte de plaisir dans ce genre d'activité. En terme de dysphorie le déprimé exprimera assez souvent de la tristesse alors que le stressé pointerait son irritabilité.

Les conséquences du harcèlement moral.

Il existe encore très peu d'études cliniques sur les conséquences psychopathologiques du harcèlement moral. Néanmoins les premières analyses réalisées à la Clinique du Stress (Belgique 2005) semblent pointer l'effet extrêmement traumatique d'un vécu de harcèlement moral sur l'équilibre mental d'un individu puisque le score moyen au GHQ-28 (échelle mesurant l'intensité d'une souffrance psychique) est de 23 alors que le maximum possible est de 28 et que le seuil de souffrance significative pour les pays européens est estimé à 5. L'incapacité est généralement de longue durée. Ces patients ne sont souvent aptes à porter plainte que de très nombreux mois après le début de l'incapacité de travail (reviviscence traumatisant du souvenir).

Les décompensations les plus généralement observées sont :

- > Syndrome aigu **d'anxiété généralisée**.
- > Syndrome **dépressif majeur** avec idéation suicidaire.
- > Syndrome de **stress post traumatique** (pour autant qu'on accepte la menace grave de l'intégrité morale comme un traumatisme) avec cauchemars, pensées récurrentes et de véritables phobies à s'approcher du lieu de l'agression morale vécue.
- > Evolution vers des **états psychotiques** paranoïdes.

Les troubles du sommeil.

(voir arbre décisionnel troubles du sommeil)

6- Etapes de la prise en charge.

- > **Visite ou consultation d'urgence pour stress aigu (Home-jacking, car jacking, incendies, attaques à main armée, agressions, accident de voiture, etc.)**

- Visite d'urgence.

1. Estimer la **gravité du traumatisme** sur le plan médicochirurgical et si nécessaire transférer aux urgences.
2. Si la victime est toujours sur le lieu de l'agression ou du traumatisme : **l'écarter dans un lieu calme**, lui parler de façon sécurisante.
3. Souvent, la victime est choquée et hagarde, parfois elle est agitée et exprime son désarroi de façon démonstrative. Quoiqu'il en soit la frayeur est toujours présente, un **Temesta expidet** et/ou une injection **IM de Valium** est indiquée.
4. **Assurer la sécurité du patient.** Après votre intervention, le patient devra se situer dans un lieu où il a la garantie que l'agresseur ne peut revenir et, s'il sort de chez lui, qu'il n'ait pas à être confronté avec le lieu du traumatisme.
5. **Besoin de présence « supportante ».** Durant 48 à 72 heures, il est inadéquat de laisser le patient seul. Il a besoin de présence. Qui veut-il près de lui ? Appeler la personne choisie. Eventuellement couvrir cette présence par un certificat médical. Cadrer le rôle de cette personne :
 - a. Être présente (être là), ne pas vouloir jouer au psy, ni s'apitoyer exagérément. Rester discrète et non

intrusive. Bref « suffisamment » bonne mère (ni trop, ni trop peu).

- b. Maintenir une structuration élémentaire de la journée (repas, moments clés de la vie de famille).
 - c. Proposer, sans insister, de participer à des activités (la vie continue).
6. **Si le lieu n'est pas sécurisé et/ou s'il n'y a pas de personne suffisamment adéquate** pour rester auprès de la victime durant ces 48 à 72 heures : hospitalisation de crise en service psychiatrique.
 7. **Débriefing à chaud ? Non.** Pendant des années, il a été prôné de faire à tout prix un débriefing à chaud des stress aigus afin que la victime verbalise le plus rapidement possible ses émotions. Il apparaît que cette attitude réactive le traumatisme, alors que la personne n'est pas encore sécurisée et qu'elle amplifie le risque d'évolution vers un PTSD. L'anesthésie des émotions est un moyen de défense aigu, de même qu'un polytraumatisé anesthésie ses douleurs physiques. Dans les jours qui suivent, la sensibilité émotionnelle réapparaîtra et à ce moment, l'aide à la verbalisation sera utile. Néanmoins si la victime désire parler de l'événement traumatique d'emblée, la laisser avec pudeur « vider son sac ».
 8. **Prescription médicamenteuse** : Valium 10 mg 3x par jour et lormetazepam 2mg pour éviter les insomnies et les cauchemars jusqu'au prochain rendez-vous.
 9. **Incapacité de travail** de quelques jours dans un premier temps.

- Visite de contrôle 48 à 72 heures plus tard.

- > Etre attentif à l'évolution possible vers un PTSD (Reviviscence du traumatisme, affaiblissement de la réactivité générale, retrait, augmentation des symptômes neurovégétatifs) ou un stress aigu
 1. **Si les symptômes augmentent**, orienter rapidement vers un psychologue ou psychiatre. En attendant maintenir le diazepam. Poursuivre l'incapacité de travail jusqu'au rendez-vous. S'assurer que le patient reste dans un lieu sécurisé et à proximité d'une personne de confiance qu'il peut voir régulièrement. Revoir la personne 5 à 8 jours plus tard, jusqu'au rendez-vous avec le psy.

2. **Si les symptômes ne s'aggravent pas**, diminuer progressivement par palier de 5 jours le diazepam (matin et soir, puis matin ou soir, puis ½). L'incapacité de travail sera prolongée suivant l'adéquation durant quelques jours de plus, mais parfois le milieu professionnel est un lieu de soutien primaire et dans ce cas la reprise du travail est plutôt bénéfique. Par ailleurs discuter avec lui de l'opportunité de se faire soutenir par un psy.
3. **Dans tous les cas** informer le patient de la possible évolution vers un PTSD et de ne pas hésiter à consulter en cas de recrudescence des symptômes (cauchemars, frayeurs récurrentes, signes neurovégétatifs persistants...).

- Visites hebdomadaires durant 5 semaines

1. Être attentif à l'apparition d'un PTSD qui peut apparaître jusqu'à 4 semaines après le traumatisme.
2. Si c'est le cas, ne pas hésiter à faire appel à un spécialiste vu l'évolution gravement invalidante de ce syndrome.

> **Stress pathologique chronique, conséquences du harcèlement, PTSD évoluant vers un stress chronique.**

Attention : les considérations qui suivent visent essentiellement le stress chronique. Pour les PTSD voir supra.

- Premier entretien

1. Poser le **diagnostic** (voir supra arbre de décision) et en parler avec le patient. Faire rentrer les symptômes dans un certain cadre peut avoir un effet apaisant ou normalisant pour le patient.
2. **Evaluer** :
 - a. *Le degré de la souffrance psychique.* Il n'est pas rare qu'un stressé ne perçoive plus sa souffrance. Ce n'est pas par hasard que l'on parle de syndrome général d'adaptation. Des instruments utilisables par des généralistes existent pour mesurer cette souffrance comme le General Health Questionnaire de Goldberg ou le Stress perçu de Cohen et Williamson (voir annexes). **Sur le plan clinique centrez-vous sur**

l'anxiété, les affects dépressifs, la fatigue et les troubles de concentration et de mémoire immédiate.

- b. *La durée suffisante de cette souffrance.* Il est évident que si vous avez en consultation un étudiant en session d'examens, il sera stressé mais de façon transitoire. Il n'existe aucune formule miracle pour gérer le stress rapidement.
- c. *Le handicap fonctionnel de cette souffrance.* Quel est l'impact de ce stress sur le fonctionnement au travail, dans la vie familiale, sociale, affective ou les activités de loisirs ?
Si vous avez des difficultés à faire cette évaluation, n'hésitez pas à faire appel à un spécialiste ou à une clinique du stress.
3. Faire un **bilan somatique** (examen clinique et prise de sang).
4. **Ne pas minimiser l'état de stress.** (Du genre : tout le monde est stressé). Ne pas oublier que non soigné, il aboutit à des décompensations graves voire mortelles. Reconnaître la réalité de la grande souffrance du patient (surtout s'il s'agit de harcèlement moral) en mettant un mot sur son mal : stress pathologique. Donner des conseils psycho-éducatifs peut aussi aider (il s'agit d'une réaction normale dans une situation anormale, par exemple).
5. **Geste d'urgence : mettre le patient à l'abri** du foyer du stress. Quand le travail en est la source principale, *l'incapacité de travail d'au moins un mois d'emblée est indiquée.* Il n'est pas du tout exceptionnel qu'un stressé refuse l'incapacité de travail. Il faudra travailler avec le cycle de la motivation (voir infra). Faire passer que les cimetières sont peuplés de gens qui se croyaient indispensables n'est pas évident.
6. **Eviter la prescription de benzodiazépines** tant pour l'anxiété que pour les troubles du sommeil. Le stress est devenu chronique, les benzo risquent très fort d'être utilisés sur une longue période. Les troubles du sommeil sont souvent caractérisés par un endormissement facile mais un réveil à 4 heures du matin. Les somnifères sont inadéquats dans ce cas. On peut prescrire la trazodone en commençant par une demi-dose d'habitude (50 mg de trazodone) ou un autre antidépresseur à effet sédatif. Ne pas s'attendre à une amélioration significative des troubles du sommeil rapidement.

7. **Si le patient exprime des tensions musculaires persistantes** : (bruxisme, contracture des mâchoires, douleurs à la nuque, céphalées de tensions...) : kiné-relaxation et éventuellement audiocaments².
8. **Prescrire quinze minutes à soi tous les jours.** Identifier le moment idéal pendant la journée Identifier l'activité déstressante utilisable dans la vie quotidienne et pouvant être effectuée en quinze minutes (prendre un bain, faire une promenade avant de rentrer chez soi, ...).
9. **Reprendre une activité physique quelconque mais aérobique** : promenade, vélo, cardio-fitness, etc. mais pas de plongée en apnée, engins de musculation avec blocage respiratoire. L'important n'est pas de transpirer ici, mais que le patient y éprouve du plaisir. Entre squash et tai-chi chacun fait son choix.
10. **Suivant le niveau motivationnel : référer à un spécialiste** ou le suivre hebdomadairement jusqu'à ce qu'il soit suffisamment motivé pour demander de l'aide d'un psy.

- Le suivi

1. **L'incapacité de travail d'un stressé pathologique est souvent de longue durée** (4 à 6 mois), il sera donc contrôlé par le médecin conseil de la mutuelle. Il est parfois utile d'avoir l'avis d'un spécialiste pour confirmer le diagnostic.
2. **Il n'y a pas de médicament spécifique qui guérisse d'un stress pathologique.** Les antidépresseurs, en particulier les SSRI, semblent efficaces pour les stressés même s'ils ne sont pas déprimés. Prévoir un délai de deux mois avant d'observer une amélioration et en tout cas le traitement devra être poursuivi au moins 6 mois.
3. **Dans le décours du suivi le patient risque de vous consulter pour les plaintes suivantes :**
 - a. *Hypersomnie* : il est très fréquent que dans les 4 à 6 premières semaines le patient dorme de 14 à 18 heures par jour. Dédramatiser la situation. Le patient a besoin de récupérer sa dette énergétique due au stress.
 - b. *Sudation profuse au réveil*. Ce symptôme effraie souvent le patient pour son intensité extrême.

Il est dû à l'activation neurovégétative, parfois aggravé par les SSRI. Rassurer le patient. Ce symptôme diminue avec l'adaptation aux SSRI et avec la diminution du stress. Bien que cela ne soit pas démontré comme une évidence médicale, l'expérience clinique montre que chez certains patients des comprimés de sauge peuvent parfois diminuer le symptôme.

- c. *Troubles de la concentration et de la mémoire immédiate qui s'aggravent*. C'est le revers de la médaille d'une incapacité prolongée pour un stress chronique. Cette plainte apparaît souvent après 6 à 8 semaines d'incapacité. Elle est parfois très handicapante quotidiennement et elle peut effrayer le patient qui imagine commencer une démence. Rassurer le patient : il récupérera ses fonctions à 100%. Si le patient ne présente plus d'hypersomnie, l'inciter à restructurer temporellement sa journée (heure fixe de lever, de repas, de coucher) et à se rédiger un agenda d'activités quotidiennes à faire.
 - d. *Apparition de cauchemars récurrents*. Ce symptôme peut être en relation avec l'évolution d'un PTSD, mais peut aussi signer le réveil de l'activité fantasmatique qui jusqu'alors avait été gelée pour se défendre du stress. C'est le moment d'intensifier le suivi psychologique. Stimuler le patient à demander d'être suivi très régulièrement par son psy (1x semaine) ou proposer (en accord avec le psychiatre) un psychothérapeute (voir techniques alternatives).
4. **Soutenir le travail fait avec le psy en comprenant les axes du traitement.** Si le psy est un spécialiste du stress il développera souvent son approche du stress chronique autour de 4 axes :
 - a. *Prendre soin de soi*. Il s'agit ici, d'interventions déculpabilisantes, de faire accepter par le patient une idée qui va souvent à l'encontre de son éducation judéo-chrétienne : « s'occuper de soi n'est pas de l'égoïsme ». Nous sommes tous notre premier outil de travail et l'on ne peut donner aux autres que si l'on est bien soi-même.

² www.metarelaxation.com

Gérer son stress. Il s'agit ici de techniques spécialisées. Des livres accessibles au grand public existent en librairie de même que sur le net (en français : http://homepages.ulb.ac.be/~phcorten/CliniqueStress/DocumentsStress/GestionStress/0_Introduction.htm ou en néerlandais : <http://www.zna.be/Nav%201/Evenementen/040805%20stressed%20MH.pdf> ou <http://www.mindfulness.be/NL/>).

b. Ces approches abordent généralement les thèmes suivants :

- Identifier ses émotions, ses sensations et ses pensées.
- Analyser les distorsions cognitives.
- Identifier les mécanismes d'inhibition.
- Mettre des mots sur les maux.
- Communiquer avec les autres.
- Savoir positiver.
- Gérer son temps, être dans l'ici et maintenant.
- Mettre des limites.
- Savoir s'affirmer.
- Etre motivé à prendre une décision.

c. *Supprimer la (les) source(s) de stress ou de stress inutiles.* Il s'agit d'analyses très concrètes pouvant être réalisées par un généraliste :

- **Quels sont les foyers de stress inutiles ou pouvant être aisément supprimés ?**

Exemples : mes déplacements pour aller au travail, quand je fais mes courses, refaire de mon partenaire un allié,...

- **Limiter son exposition au stress.** Ne pas s'exposer plus d'une heure trente sans faire une mini-pause. Comment intégrer dans la journée des « bulles » pour se ressourcer ? Exemple : lorsque l'on prend une tasse de café, faire une vraie coupure et ne pas ramener sa tasse devant l'ordinateur...

- **Mettre une vraie détente après une exposition au stress.** Exemple : qu'est-ce qui me détend vraiment ? Quelles sont les activités que je peux pratiquer et qui m'apportent de la détente ? Comment s'accorder quinze minutes à soi tous les jours ?

- Supprimer ou diminuer la source principale de stress. Lors de la reprise du travail, aller

négozier avec le chef ou les ressources humaines des conditions différentes de travail.

Envisager de chercher un autre travail ?

d. ***Et surtout : se faire plaisir !***

chapitre 3

TROUBLES DU SOMMEIL

TROUBLES DU SOMMEIL

1- Introduction.

Ce module donne des lignes directrices aux médecins généralistes confrontés à des patients qui souffrent de troubles du sommeil. Il propose différentes étapes à suivre dans le diagnostic et la stratégie. Il se limite aux plaintes en matière de manque de sommeil ou de mauvaise qualité de sommeil : l'insomnie. Nous n'abordons pas ici les patients dont l'insomnie fait déjà l'objet d'un traitement médicamenteux ou pour lesquels un arrêt progressif du traitement est envisagé. Pour en savoir plus à leur sujet, veuillez consulter le module relatif à l'arrêt progressif du traitement.

Pour aider le médecin à reconnaître et à traiter le problème, les points suivants seront abordés dans ce module :

- > Quelles sont les étapes à suivre et les questions importantes à poser lors de l'anamnèse ?
- > Comment situer les troubles du sommeil dans le paysage diagnostique ?
- > Quelles sont les étapes à suivre dans le cadre de la stratégie ?
- > Quelles interventions non médicamenteuses le généraliste peut-il entreprendre ?
- > Pour quelles interventions non médicamenteuses le généraliste peut-il recommander un confrère et lequel ?
- > Dans quelles situations le généraliste peut-il prescrire un somnifère ?
- > Quel est le conseil de prescription concret d'un somnifère en cas d'insomnie ? Comment se déroule le suivi pour l'approche médicamenteuse et l'approche non médicamenteuse ?

> Raison d'être du présent module

- > L'insomnie est un trouble très fréquent (surtout chez les personnes âgées, les femmes, les classes

socio-économiques inférieures, les patients atteints d'affections psychiatriques ou somatiques chroniques, les personnes isolées, etc.).

- > Une insomnie de longue durée peut entraîner des accidents de la circulation, des accidents du travail, toutes sortes de problèmes psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété, des troubles de la concentration et de la mémoire, la démence, des problèmes de dépendances, etc.
- > La prévalence de l'utilisation chronique de benzodiazépines est relativement élevée en Belgique par rapport à d'autres pays européens ; ce sont surtout les personnes âgées qui en font souvent un usage prolongé.
- > Le généraliste joue un rôle clé dans le diagnostic et l'approche de l'insomnie.

2- Diagnostic.

Anamnèse

- > **1^{re} étape diagnostique :**
S'agit-il réellement d'un cas d'insomnie ?

L'insomnie est définie comme :

- Une difficulté d'endormissement et/ou une mauvaise qualité de sommeil et/ou un sommeil non réparateur
- S'accompagnant de conséquences diurnes négatives.

On parle de pseudo-insomnie lorsqu'un patient se plaint d'insomnie mais qu'il n'y a pas de conséquences diurnes.

- > Depuis combien de temps le patient souffre-t-il d'insomnie ?
 - a. Moins de 3 semaines : insomnie de courte durée.
 - b. Plus de 3 semaines : insomnie de longue durée.

- > Quel est le rythme sommeil/éveil du patient ?
« Combien de minutes vous faut-il pour vous endormir ? »
« Vous réveillez-vous pendant la nuit ? A quelle fréquence ? Pendant combien de temps restez-vous alors éveillé(e) ? »
« Combien d'heures dormez-vous par nuit ? »
- > Que pense le patient de son sommeil ?
« De combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ? En était-il autrement précédemment ? »
- > L'insomnie a-t-elle des conséquences sur l'activité du patient en journée ?
Cette question permet de vérifier s'il s'agit d'une insomnie supposée.
« Etes-vous fatigué(e) pendant la journée ? »
« Etes-vous tendu(e) ou irritable pendant la journée ? »

Si l'insomnie gêne l'activité pendant la journée, la gravité du problème peut-être définie à l'aide d'une échelle.

0	5	10
pas grave	assez grave	très grave

(Tâchez de déterminer pour vous-même pourquoi vous donnez ce chiffre.)

**> 2^e étape diagnostique :
Eclaircissements sur l'insomnie.**

- > Le patient a-t-il une idée de la cause de son insomnie ?
« Avez-vous une idée de la raison pour laquelle vous dormez mal ? »

Si le patient n'en a aucune idée, tâchez de déterminer :

- a. Si des sources de stress peuvent expliquer l'insomnie.
 - b. S'il y a des facteurs d'entretien, comme en cas de conditionnement (voir plus loin).
- > Quelles solutions le patient a-t-il déjà essayées afin de résoudre le problème ?

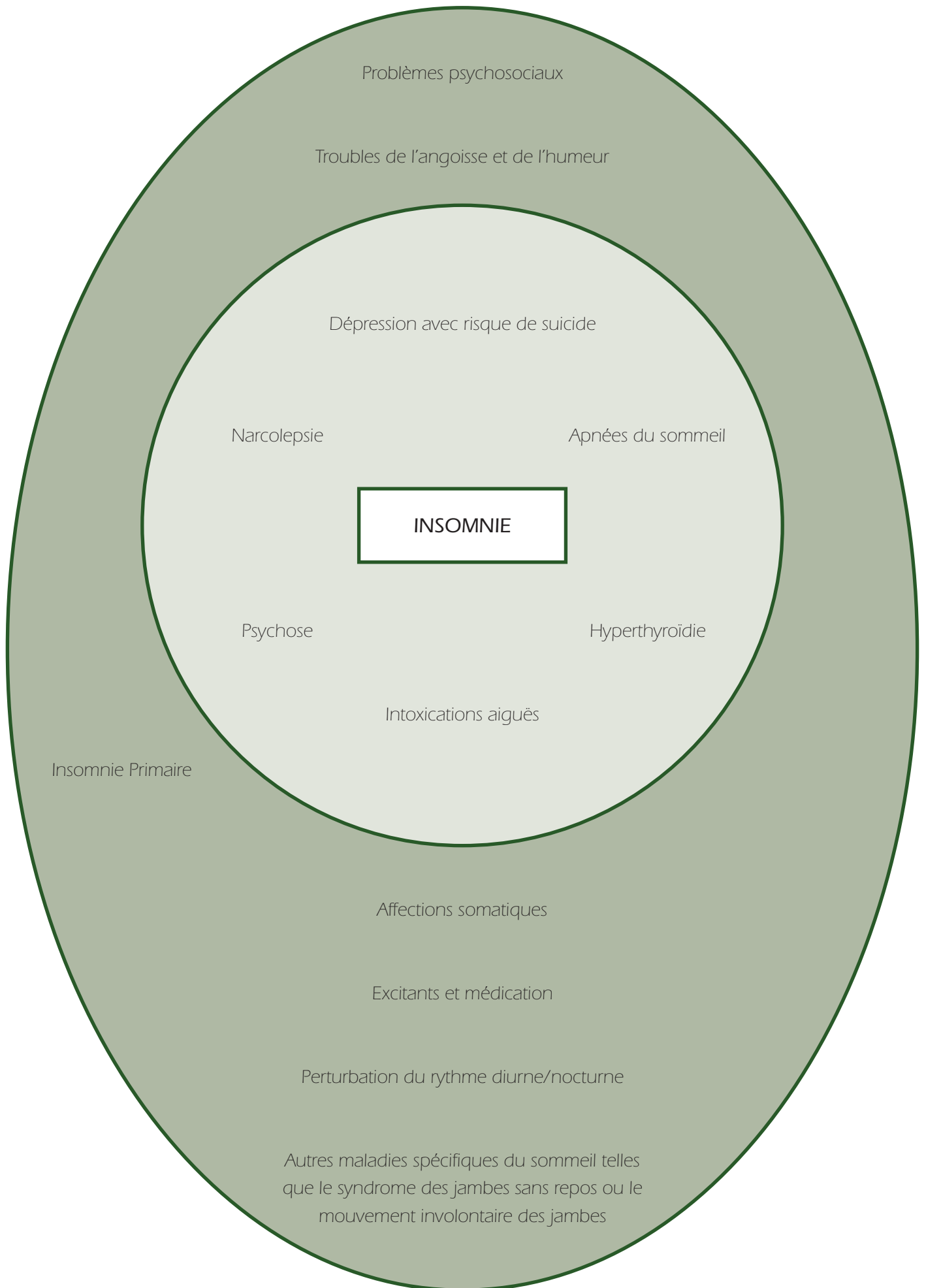
« Qu'avez-vous déjà essayé pour vous en débarrasser ? »

- > Quelles sont les attentes du patient en ce qui concerne l'approche de l'insomnie ?
« Avez-vous déjà songé à l'une ou l'autre solution ? »

**> 3^e étape diagnostique :
Vérification des hypothèses du paysage diagnostique.**

Sur la base des idées du patient sur l'origine de l'insomnie, le généraliste dresse un paysage diagnostique :

Les causes sont réparties dans un cercle extérieur et un cercle intérieur.



CERCLE INTERIEUR :

Une anamnèse et un examen clinique ciblés permettent d'exclure les causes les plus graves :

- > Maladies spécifiques du sommeil : syndrome d'apnées du sommeil, narcolepsie
- > Affections psychiatriques : dépression avec risque de suicide, psychose
Notamment, lors des décompensations maniaques, dans le trouble bipolaire, les besoins en sommeil sont nettement réduits (p.ex. le patient se sent parfaitement reposé après seulement 3 heures de sommeil)
- > Affections physiques : hyperthyroïdie, intoxication grave.

Puisque les troubles du sommeil constituent un facteur de risque de **suicide** en cas de dépression, s'il constate une comorbidité entre l'insomnie et la dépression, le médecin doit interroger activement le patient sur toute pensée suicidaire :

« Vous arrive-t-il de penser que ce serait mieux si vous ne vous réveilliez pas ? » Si oui : « Avez-vous déjà songé à mettre fin à vos jours ? »

Les patients atteints du syndrome d'apnées du sommeil (SAS) ne se plaignent généralement pas d'insomnie mais sont gênés par de la somnolence en journée. Les céphalées matinales sont également fréquentes. Bien souvent, l'hétéroanamnèse met en évidence le ronflement puissant. En outre, le patient a souvent un excès de poids ou de l'hypertension.

CERCLE EXTERIEUR :

Si des causes ont été exclues du cercle intérieur, des hypothèses de travail du cercle extérieur sont examinées à l'aide des questions suivantes :

- > Au cours des dernières semaines, un changement important est-il intervenu dans la vie du patient ou des événements se sont-ils produits pour lesquels le patient se fait du souci ?
 - Sonder sur les problèmes psychosociaux (dispute, conflit relationnel, stress, etc.) susceptibles d'entraîner un surmenage, l'impossibilité de se détendre ou la difficulté à trouver le sommeil.
- > Des changements d'humeur ou des angoisses sont-ils apparus au cours des dernières semaines ?

- Sonder sur les affections psychiatriques (troubles de l'angoisse et de l'humeur, dépression non suicidaire, etc.).

- Les troubles du sommeil en cas de **dépression** se caractérisent par un réveil prématuré. Des troubles de l'endormissement, des réveils multiples, des cauchemars (angoissants) et une hypersomnolence peuvent également être observés chez les patients dépressifs. Bien souvent, la dépression s'accompagne d'un sommeil REM accru ou d'un sommeil REM anticipé. Dès lors, les patients se plaignent parfois davantage de leurs rêves ou de leurs cauchemars.

Contrairement à la plupart des autres situations dans lesquelles l'insomnie survient, la fatigue ressentie par les patients dépressifs n'augmente pas mais diminue au fil de la journée. Enfin, si l'insomnie s'accompagne d'autres plaintes, parfois imprécises, il convient également de penser à une dépression masquée.

- > Outre l'insomnie, d'autres plaintes physiques sont-elles constatées ?
 - Interroger sur les symptômes physiques ou les affections somatiques chroniques.
- > Qu'en est-il des conditions de vie et de travail du patient ?
 - Interroger sur toute perturbation du rythme diurne/nocturne (ex. : travail par postes, décalage horaire, hospitalisation, mauvaise hygiène du sommeil, etc.).
- > Quelle est la consommation de produits excitants (alcool, café, tabac, etc.) et de médicaments du patient ?
 - Sonder sur les intoxications et les causes iatrogènes (alcool, caféine, théine, nicotine, produits psychopharmacologiques excitants et calmants, drogues illicites, bêtabloquants lipophiles, coupe-faim, hormones thyroïdiennes, bêta-mimétiques, diurétiques et corticostéroïdes).
- > Existe-t-il des symptômes spécifiques qui peuvent indiquer des maladies typiques du sommeil ?

- Interroger sur le syndrome des jambes sans repos (*restless legs syndrome*) et le mouvement involontaire des jambes (*periodic limb movement disorder*) (quatre caractéristiques : sensations désagréables dans les jambes, augmentation des troubles du mouvement au repos, diminution en mouvement, observation d'un rythme circadien).
- > Le diagnostic d'**insomnie primaire** est établi lorsque les causes dans le cercle intérieur du paysage diagnostique sont exclues et qu'aucune autre cause ne peut être trouvée dans le cercle extérieur.

Examens complémentaires

- > Il convient de procéder à un examen physique uniquement si l'anamnèse a révélé des pistes en ce sens.
- > Au besoin, des examens techniques peuvent être prescrits (ex. : prise de sang avec mesure de la TSH s'il y a suspicion de pathologie thyroïdienne).
- > Le patient doit être envoyé dans un labo du sommeil s'il y a suspicion d'apnées du sommeil, de narcolepsie, de syndrome des jambes sans repos ou de mouvement involontaire des jambes. L'examen au labo du sommeil ne sera toutefois pertinent que si le patient n'est pas sous benzodiazépines.

3- Approche.

L'approche de l'insomnie se présente sous la forme d'un plan en 3 étapes.

- > **1^{re} étape :**
l'approche causale.

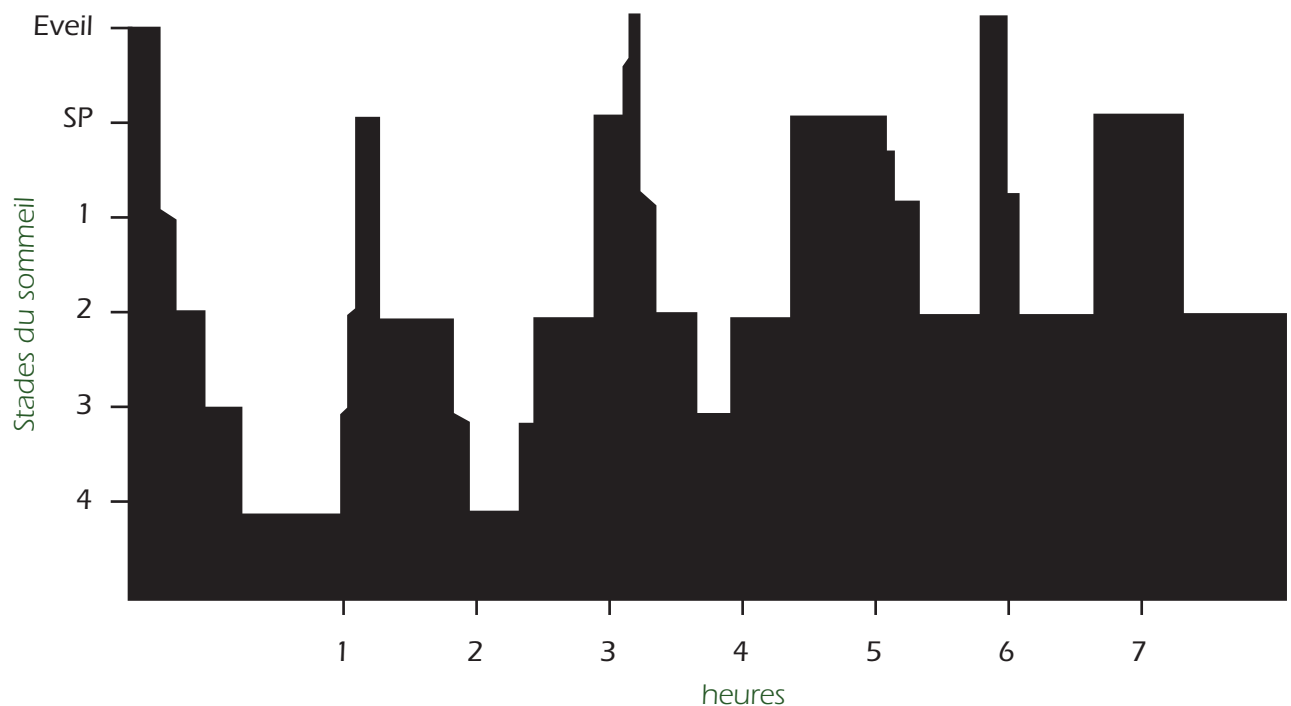
L'approche causale est toujours la première étape. L'approche de l'affection sous-jacente ne s'inscrit pas dans le cadre de ce scénario.

- > **2^e étape :**
l'approche non médicamenteuse.

L'approche non médicamenteuse requiert une certaine dose d'effort et de patience de la part du patient et du généraliste. Elle doit idéalement faire l'objet d'une discussion préalable avec le patient.

1. Information du patient ou psycho-éducation
 - a. **Correction des fausses idées éventuelles** qu'a le patient au sujet du sommeil, des troubles du sommeil et de l'approche de ce problème :
 - Structure du sommeil :
Le sommeil normal compte 4 à 6 cycles. Un cycle comporte quatre phases :
Phase 1 : la phase d'endormissement : passage de l'état d'éveil à l'état de sommeil. Le dormeur se prépare à s'endormir. Il s'agit en réalité d'un degré supérieur de détente.
Phase 2 : après environ 15 minutes, on entre dans un sommeil léger.
Phases 3 et 4 : le sommeil se fait plus profond, après environ 30 minutes : phase de sommeil profond. Le dormeur peut difficilement être réveillé. Fonction : utile pour le rétablissement physique.
Progressivement, le sommeil devient moins profond. Le dormeur entre dans le sommeil REM, qui doit son nom aux mouvements oculaires rapides caractéristiques (*rapid eye movements*). Également appelé sommeil paradoxal, il dure environ 10 minutes. Cette période est marquée par une activité intense du cerveau. Elle est utile pour le rétablissement psychologique. Au début de la nuit, le sommeil est surtout profond et rarement paradoxal. Plus tard, à compter du troisième cycle, cet équilibre s'inverse au profit du sommeil REM.

Jeunes adultes



*Les blocs noirs correspondent au sommeil paradoxal.

Source : Visser P, Hofman WF. Slapen en dromen: theorie en klinische praktijk. Alphen a/d Rijn: Samson Stafleu, 1986.

- Importance des 4 premières heures de sommeil, en raison de l'architecture du sommeil.
- Influence de l'âge sur la structure du sommeil (les bébés dorment la plus grande partie de la journée, à l'inverse des personnes âgées).
- Nombre d'heures de sommeil essentiel et différences individuelles (grands et petits dormeurs, erreurs concernant le nombre d'heures de sommeil nécessaires).
- Le sommeil est le reflet de la journée : toute personne qui reste active tard le soir ne doit pas s'attendre à s'endormir directement. Une personne qui passe sa journée à se torturer l'esprit sans grand résultat aura probablement aussi un sommeil agité.
- Le sommeil est une phase normale après la détente (à cet égard, il convient de constater qu'il est important pour le patient d'apprendre à se détendre, le sommeil vient ensuite naturellement ; tout est une question d'initier

- la détente (physiologique et psychologique).
- Place des médicaments dans le traitement de l'insomnie et effet des médicaments ou de l'alcool sur le sommeil (dans le cas de l'alcool : endormissement plus rapide mais durée du sommeil réduite).
- Prévalence de l'insomnie (fréquente).

- b. Importance du **conditionnement** qui apparaît déjà après 2 à 3 semaines. Par ce mécanisme, le lit est de plus en plus considéré comme « le lieu où je ne parviens pas à fermer l'œil ». L'endormissement se complique et le patient accorde beaucoup d'attention à toutes sortes de signaux qui indiquent, selon lui, qu'il va rester éveillé longtemps cette nuit encore. Cette dynamique débouche sur l'anticipation de l'angoisse de ne pas pouvoir dormir. Ces deux mécanismes créent un cercle vicieux de pensées angoissantes et de tension, qui empêchera le patient de s'endormir.

2. Hygiène du sommeil par contrôle du stimulus.

Déterminez ce que le patient a déjà entendu d'autres personnes et ce qu'il a déjà essayé. Suggérer des astuces que le patient a déjà essayées sans succès renforce les pensées négatives et sape toute nouvelle suggestion. Par contre, il est important de déterminer si le patient a fourni ses efforts pendant une durée assez longue car il pourrait s'agir d'un motif d'échec.

En fonction des infos fournies par le patient, les conseils suivants peuvent être donnés :

a. Efforts et détente :

- Tâchez d'être le plus actif possible en journée. Des exercices physiques réguliers améliorent le sommeil. Evitez toutefois les efforts importants quelques heures avant de vous coucher. Les rapports sexuels sont autorisés car la plupart des personnes se sentent détendues à leur terme.

- Utilisez la dernière demi-heure de la journée pour vous préparer progressivement à aller vous coucher. Optez pour une activité qui vous détend.

b. Manger, boire, environnement de sommeil :

- Evitez les repas lourds, la cigarette, l'alcool et les boissons qui contiennent de la caféine (café, coca, thé) avant de vous coucher. L'alcool facilite l'endormissement mais réduit la durée de sommeil et entraîne des réveils plus fréquents.

- Veillez à ce que la chambre présente une température agréable, soit bien aérée et suffisamment assombrie.

c. Bonnes habitudes de sommeil :

- Ne restez pas trop longtemps éveillé au lit. Votre sommeil serait interrompu et superficiel.

- Essayez de vous lever chaque jour à la même heure. Se lever à des heures régulières entraîne automatiquement une régularité de l'endormissement.

- Evitez de dormir en journée. N'essayez pas de récupérer votre manque de sommeil pendant la journée. Cela n'aurait qu'une influence

néfaste sur votre sommeil nocturne.

Si vous aimez faire la sieste, essayez de la limiter à 15 minutes. En cas de problèmes d'endormissement en soirée, essayez de renoncer à votre sieste pendant trois semaines pour voir si cela a un quelconque effet.

- Si vous ne vous êtes pas encore endormi 20 minutes après vous être couché, levez-vous et plongez-vous dans une activité utile mais plutôt ennuyeuse dans une autre pièce. Retournez au lit lorsque vous vous sentez à nouveau fatigué. Si vous ne parvenez pas encore à vous endormir après 20 minutes, levez-vous et répétez la procédure.

3. Suivi :

a. Pour stimuler le respect de la thérapie, une consultation de suivi est prévue après trois semaines (dans l'intervalle, le patient teste les solutions envisagées).

b. Le patient peut être invité à tenir un journal du sommeil (exemple annexe 4).

4. Renvoi

a. En concertation avec le patient, si aucun changement n'est constaté dans les 5 à 10 semaines, l'on peut envisager de le renvoyer à un confrère (labo du sommeil, approche spécialisée, etc.).

b. A qui renvoyer le patient : Thérapie cognitivo-comportementale, techniques de relaxation et sophrologie voir module alternatives.

> **3^e étape :**
L'approche médicamenteuse.

- La médication.

Le choix de prescrire ou non une médication dépend des facteurs suivants :

> La **cause** de l'insomnie : Il existe de très nombreuses causes de troubles du sommeil. Aussi il y a lieu de faire le diagnostic s'il s'agit d'un trouble primaire (pas de pathologie associée, responsable du trouble) ou d'un trouble secondaire (existence d'une pathologie associée responsable du trouble).

> La **sévérité** de l'insomnie ou plus pratiquement encore : quelles sont les répercussions diurnes

(sociale, professionnelle, familiale, personnelle) du manque de sommeil et quel est le niveau de diminution de la qualité de vie du patient ?

- > La **durée** de l'insomnie :
 - a. Aiguë (dure depuis moins 3 semaines) : médication uniquement dans les cas aigus et temporaires (décès inattendu, etc...).
 - b. Chronique (dure depuis plus 3 semaines) : aucune médication en raison du conditionnement et du risque d'accoutumance et de dépendance.

Avertissement : si l'option du traitement médicamenteux est envisagée, le patient devrait être informé du fait qu'elle n'est pas curative mais palliative.

L'approche médicamenteuse requiert des conditions strictes dont le patient doit être explicitement informé :

- > Il s'agit d'une solution temporaire de courte durée.
- > Un calendrier est établi pour la durée d'utilisation.
- > Dès la première prescription, médecin et patient conviennent du moment et de la manière dont la médication sera arrêtée (ce faisant, l'on évite le piège dans lequel tombe le patient qui, satisfait du résultat obtenu, demande une nouvelle prescription).
- > L'utilisation quotidienne doit être évitée.
- > Enfin, la médication sera remplacée par une approche non médicamenteuse (conseils en matière de sommeil, etc...).

Choix de la médication.

Les grands classes de médicaments agissant sur le sommeil :

Les somnifères ou hypnotiques :

Très actifs, ils permettent un prompt endormissement et évitent les réveils en cours de nuit en fonction de leur pharmacocinétique (demi-vie, absorption, diffusion, élimination) ; ils ont des caractéristiques pharmacodynamiques différentes. Le choix de l'hypnotique devrait donc être guidé par le type de plaintes d'insomnie.

La classe de médicament la plus importante sur le marché, est représenté, comme on le sait, par les benzodiazépines. Il existe aussi d'autres substances dites «non benzodiazépinées». La zopiclone, une cyclopyrrolone et le zolpidem, une imidazopyridine, de

même que le zaleplon, en sont trois exemples récents. L'étiquette «non benzodiazépines» constitue une distinction clinique et non pas pharmacodynamique, puisque ces substances agissent également au niveau des récepteurs gabaergiques, mais y possèdent des sites d'action distincts de ceux des benzodiazépines (15).

En fait, une nouvelle classification qui regroupe ces deux substances et toutes les benzodiazépines dans une classe unique d'agonistes des récepteurs à benzodiazépine (ARBs) a été proposée.

Tous les somnifères et hypnotiques ont cependant des inconvénients :

- > Effet en journée : influence néfaste sur les capacités de vigilance et en particulier de conduite de véhicules (accidents de la route).
- > Tolérance ou accoutumance apparaissent après deux semaines.
- > Elles entraînent une dépendance physique et psychique.
- > Effets indésirables potentiels : chutes, troubles cognitifs, etc...
- > Intéraction clinique possible avec d'autres médicaments et l'alcool.
- > Ils réduisent le sommeil profond à ondes lentes et le sommeil paradoxal.
- > Ils peuvent induire un effet paradoxal (excitation en place de sédation), en particulier chez les personnes âgées, les enfants et les usagers de drogue.

Quel produit choisir et pourquoi ?

- > Durée d'action intermédiaire (type lormétazépam, alprazolam ou témazépam). Celles à courte durée provoquant des "rebonds" au cours de la nuit (réveil), celles à longue durée ayant un effet prolongé sur la journée.
 - > Dosage le moins élevé possible, mais efficace.
 - > Pas plus d'une semaine.
 - > Plus petit conditionnement.
-

Les anxiolytiques.

Chez les personnes présentant des troubles du sommeil, en particulier chez celles qui appréhendent de ne pas pouvoir s'endormir, ils sont indiqués.

Les antidépresseurs.

Les antidépresseurs sédatifs comme l'amitriptyline, la doxépine, la imipramine, le trazolan, la miansérine, la maprotiline, prescrits à faible dose comme hypnotique au moment du coucher peuvent favoriser positivement le sommeil.

Les inconvénients majeurs de ces substances sont les effets secondaires dus à leur action anticholinergique et l'aggravation des myoclonies nocturnes.

En outre, la plupart diminuent le sommeil REM.

Les antidépresseurs sont essentiellement indiqués chez les patients présentant des antécédents de dépression, de dysthymies et certains troubles anxieux.

Les antipsychotiques.

Ils n'ont pas d'effets caractéristiques sur le sommeil mais, la plupart des antipsychotiques ont tendance à réduire l'éveil et augmenter le sommeil.

Les barbituriques.

Les barbituriques et leurs dérivés (comme le méprobamate) sont exclus (effets secondaires et risque d'intoxication).

La mélatonine.

La seule évidence scientifique concerne son utilité pour le décalage horaire ; des questions subsistent quant aux effets et à la sécurité en cas d'utilisation prolongée.

La phytothérapie (valériane, passiflore, etc.) :

L'on sait peu de choses sur son efficacité et des questions subsistent au sujet de la sécurité et des effets en cas d'utilisation prolongée.

Dans le cas d'insomnie secondaire, comme mentionné précédemment, la cause doit être identifiée et l'approche devra être adaptée selon l'affection.

Nous vous donnons les quelques exemples suivants :

- > En cas de douleur nocturne, la priorité sera donnée aux anti-douleurs.
- > En cas de dépression, il faut distinguer les dépressions mineures des dépressions majeures. Dans cette dernière affection, des antidépresseurs vont être initiés, et la préférence peut être donnée à des molécules calmantes, comme entre autre l'amitriptyline et le trazodon.

- Suivi.

Il appartient au médecin généraliste de surveiller l'approche médicamenteuse afin d'éviter toute utilisation chronique :

- > Après chaque prescription, une consultation de suivi est prévue dans la semaine.
- > Si la situation de crise initiale est passée et/ou si la pression pathologique est maîtrisable, la cause de l'insomnie est traitée par une approche non médicamenteuse (cf. 2ème étape de l'approche).
- > Si le patient n'a pas ou pas suffisamment réagi au traitement médicamenteux après une semaine : réévaluation du diagnostic et de l'approche des symptômes + renvoi éventuel pour raisons thérapeutiques ou diagnostiques.

chapitre 4

L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE

MOTIVATIONNELLE

L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE

1- Introduction.

Tout thérapeute a été confronté aux résistances d'un patient, à son manque de compliance ou à son absence de motivation à changer de style de vie même si ce changement peut être bénéfique pour sa santé.

Il y a quelques années déjà, les psychologues William MILLER et Stephen ROLNICKE ont mis au point un style d'approche relationnelle qui ne nécessite pas d'être un psychothérapeute expérimenté pour l'appliquer. Cette démarche se caractérise surtout par un état d'esprit s'opposant à une approche habituelle basée sur la confrontation. Au départ, elle visait essentiellement la motivation des patients abusant de substances mais elle peut aussi être utilisée dans toute démarche qui nécessite une alliance avec le patient en ce qui concerne la compliance à son traitement.

A ce nouveau style d'approche relationnelle, s'est ensuite ajouté le modèle de changement de James PROCHASKA et Carlo DI CLEMENTE décrivant les étapes qui mènent au changement. En effet un changement (et surtout le maintien) ne s'obtient pas d'un coup. Il se fait par étapes. Ne pas tenir compte de ces différentes étapes et du sens de ces étapes aboutit souvent à l'essoufflement du thérapeute et à la démotivation du patient. Pouvoir recadrer où se situe le patient dans son cycle motivationnel permet à chacun de ne pas vivre les résistances aux changements comme des échecs mais comme un processus inhérent à la prise de décision.

2- Cycle motivationnel.

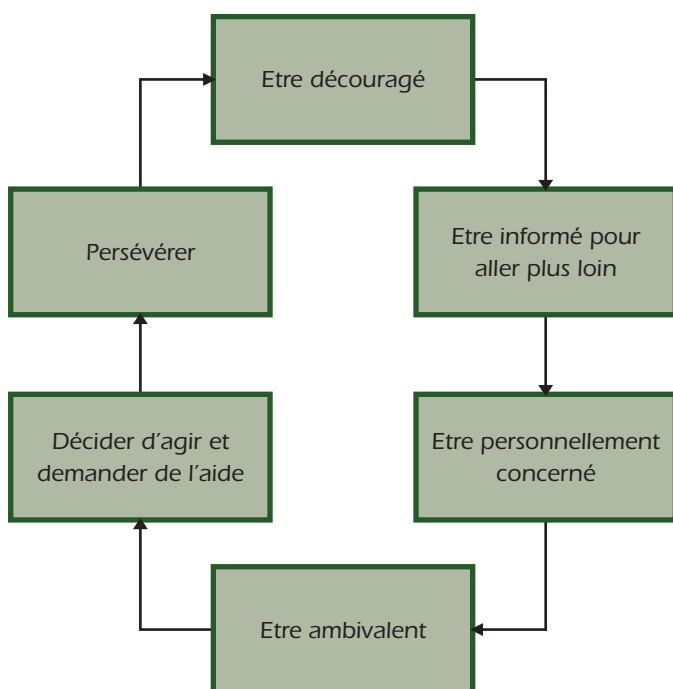
Prendre une décision est parfois très simple et parfois très difficile. Elle est toujours le fruit d'un processus qui suppose que l'on soit suffisamment motivé à la prendre et à la tenir.

- > **La première étape motivationnelle est une étape cognitive** : Il faut avoir connaissance que le problème existe et qu'il y a des solutions. En médecine générale si un patient ne sait pas que le Cholestérol est préoccupant pour son avenir vasculaire pourquoi ferait-il attention à son alimentation ? Dans le cas des somnifères et calmants, s'il ne sait pas que, à côté des avantages immédiats que donnent ces substances, il peut en devenir dépendant ou que s'il est âgé il peut subir des fractures de hanches, pourquoi s'en méfierait-il ? Les dépliants que vous avez reçus et à placer dans vos salles d'attente visent cette étape (et la deuxième étape). On considère, également, comme faisant partie de cette étape les situations où le patient sait que cela existe mais ne se sent pas personnellement concerné ou refuse d'envisager de faire quelque chose pour lui-même.
- > **La deuxième étape motivationnelle est une étape perceptuelle** : A ce stade, le patient perçoit que le problème le concerne lui-même. Il va intégrer que d'un usage ponctuel de somnifère, il en a fait une habitude. Ensuite qu'il ne s'agit pas simplement d'une habitude mais qu'il en est devenu dépendant. C'est également le moment du « oui, mais » ou du « oui, plus tard ». Nous connaissons tous des fumeurs qui continuent à fumer. Ils savent cependant tous que fumer est dangereux pour la santé. Honnêtement, ils reconnaissent tous que ce serait mieux pour eux et pour leur voisinage s'ils arrêtaient et pourtant ils continuent. Arrêter, avec tout ce que la comporte en terme d'inquiétude, d'appréhension, d'être mal, ne prime pas encore sur la perspective de ne plus dépendre du tabac ou du médicament.
- > **La troisième étape est une étape d'ambivalence fondamentale avec des tentatives personnelles mais au moindre coût** : A ce stade, le fumeur va essayer de diminuer sa consommation, mais

en ne prenant pas la décision de cesser de fumer. La personne qui a pris du poids décide de faire attention à ce qu'elle mange, mais n'est pas prête à faire réellement un régime. Le consommateur de somnifère va tenter de ne pas prendre son somnifère d'office. Parfois, ces décisions sont efficaces. Et cela fait partie d'une part de notre autonomie d'essayer par soi-même d'abord. Mais souvent ces tentatives se soldent par des échecs qui n'incitent pas à persévérer.

de maigrir rapidement avec un régime hyper protéiné. Mais tous ceux qui l'ont essayé savent que si après ils ne changent pas leur style alimentaire, les kilos perdus reviennent au galop. Un stressé peut être tout à fait convaincu qu'il doit faire plus d'activités physiques. Mais comment tenir plus de trois mois ? Les questions là sont :

- Est-ce que mon choix d'activités ou de nouveau style de vie m'apporte plus de plaisirs qu'avant ?
- Comment puis-je être stimulé à persévérer



> **La sixième étape est celle du découragement** : « A quoi bon ? » C'est une étape importante car elle peut être l'opportunité pour passer à un niveau supérieur dans le cycle de la motivation. Craquer est normal. C'est humain et ce n'est pas catastrophique pour autant que l'on puisse trouver en soi la motivation à se relever. Les questions à se poser sont :

- Mon nouveau style de vie m'apporte-t-il suffisamment de plaisir ?
- N'ai-je pas sous-estimé les inconvénients de mon nouveau style de vie ?
- Quelles informations complémentaires dois-je chercher pour asseoir mon nouveau style de vie ? Si j'ai décidé de faire régime, peut-être aurais-je avantage à demander les conseils d'un diététicien. Si je me sens physiquement encore tendu, peut-être puis-je faire appel à un kiné. Si je gère mal mes émotions et que je me sens toujours explosif pour un rien, peut-être puis-je faire appel à un psy.

La phase de découragement n'est donc pas un échec, elle est le signe qu'il faut se relever et passer à un stade supérieur en demandant de l'aide aux professionnels, à son partenaire, à ses collègues.

> **La quatrième étape est l'étape décisionnelle** : « Maintenant je change et je demande de l'aide ! » Ce n'est pas une étape facile. Pour décider de passer à l'action, il faut en effet que le changement de style de vie soit devenu :

- Suffisamment important, prioritaire aux yeux du patient.
- Qu'il ait suffisamment confiance en lui dans ses chances de réussir.
- Que ce soit le bon moment pour prendre sa décision. Arrêter les somnifères est moins compliqué en période de vacances, par exemple.

> **La cinquième étape est une étape de persévérance** et du tenir bon ! Bien sûr il est possible

3- Entretien motivationnel.

« L'entretien motivationnel est une approche centrée sur le patient, visant à amener un changement de comportement en aidant le patient à explorer et à résoudre souvent son ambivalence ».

L'objectif principal est d'amener le patient à prendre conscience de la problématique, des possibilités de changement et des moyens à mettre en œuvre

pour effectuer ces changements. Le patient prendra conscience qu'il ne s'agit pas de rayer d'un seul trait le ou les problèmes pour autant d'ailleurs qu'il reconnaisse en avoir, mais bien de proposer une série d'étapes intermédiaires et de moyens également adaptés à chaque étape pour favoriser, après la prise de conscience, les changements possibles.

- Les principes qui régissent les stratégies motivationnelles sont :

1. **L'empathie**, c'est-à-dire reconnaître la personne dans son autonomie et son individualité. Accepter son vécu sans nécessairement l'approuver.

EXEMPLE :

- « *Je comprends bien votre appréhension quant à vous passer d'anxiolytiques, d'autant que cela fait des années que vous les prenez, mais cela fait votre deuxième accident de voiture en trois mois.* »

2. Peser **le pour et le contre** des abus de substances ou des alternatives.

EXEMPLE :

- « *Je vais vous proposer de faire un petit exercice chez vous. Vous allez prendre deux feuilles où vous allez tracer chaque fois deux colonnes. Sur la première vous allez noter d'un côté les avantages à continuer les anxiolytiques et de l'autre les désavantages, par exemple les accidents de voiture. Sur l'autre feuille d'un côté les avantages d'une nouvelle vie sans anxiolytiques et de l'autre les désavantages ou vos appréhensions. Faites-le à tête reposée, sur plusieurs jours, chaque fois que vous pensez à un avantage ou un désavantage quelconque. Et puis on en rediscute.* »

3. **Eviter la persuasion** directe avec le patient et **l'affrontement** ou la menace.

EXEMPLE :

- **Le patient :** « Mais docteur, les accidents n'ont rien à voir avec mon médicament la première fois j'ai eu le soleil de face et la seconde fois c'est un automobiliste qui n'a pas mis son clignoteur »

- **Le médecin (affrontement) :** « *Ne vous voilez pas la face, avec 6 XYZ par jour vous n'avez plus les réflexes suffisants pour conduire. Vous*

allez voir, un de ces jours cela se terminera par un retrait de permis de conduire et ne comptez pas sur moi pour vous faire alors un certificat d'aptitude physique. »¹

- **Le médecin (meilleure réponse) :** « *OK, j'entends bien que pour le moment les accidents n'ont aucun rapport avec la prise de XYZ. L'essentiel n'est pas là. Quand vous êtes venu la première fois, je vous ai prescrit un XYZ si nécessaire. Six mois plus tard vous en preniez trois par jour, et maintenant nous en sommes à 6. Qu'est-ce que vous en pensez ?* »

4. **Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle** en pointant chaque petit pas gagné plutôt qu'en pointant ce qui reste à faire ou ce qui ne va pas.

EXEMPLE :

- « *OK, nous nous étions fixé de ne prendre que 5 XYZ par jour et vous n'êtes arrivé à l'objectif que le samedi. C'est déjà un jour de gagné. Quel autre jour pourriez-vous avoir comme objectif pour la semaine prochaine ?* »

5. **Renforcer la liberté de choix.**

Exemple :

- « *Vous me dites que vous n'arrivez pas à diminuer les anxiolytiques à cause de la pression au travail et que vous ne pourriez rien y changer ou plutôt que vous ne voyez pas ce que vous pourriez faire pour que ça change. J'entends. Mais vous me dites aussi que même à la maison vous n'arrivez pas à vous détendre. Moi, je vois plusieurs voies qui pourraient vous aider :*

a. *Apprendre à se relaxer par techniques que vous pourriez utiliser dans la vie de tous les jours, et je peux vous trouver de bons kinés qui vous apprendront des techniques de relaxation*

b. *En parler à votre compagne (compagnon) pour mieux répartir les tâches familiales. Je sais que vous me dites que l'entente n'est pas au beau fixe, mais ce n'est pas toujours une fatalité. Si vous croyez que l'entente peut se récupérer, je peux également vous trouver le nom de quelqu'un qui peut vous aider.*

c. *Vous pouvez aussi travailler la manière dont vous gérez votre stress au travail. Parfois*

¹ L'électrochoc est parfois utile, surtout si on se situe au niveau de l'assistance de personne en danger, mais il cesse de vous positionner en allié dans la motivation personnelle)

certaines attitudes permettent de mieux résister au stress et là aussi je peux vous conseiller un psychothérapeute ou une clinique du stress. Vous n'allez pas pouvoir affronter toutes les hypothèses simultanément et probablement il y a certaines approches qui ne vous tentent pas pour le moment. Je ne peux pas le savoir à votre place. Mais toutes les voies sont bonnes pour autant qu'elles vous conviennent. »

- Pour ce faire, on utilisera, autant que faire se peut :

1. Les **questions ouvertes** pour éviter les questions fermées.

EXEMPLES :

- a. Question fermée : « Avez-vous des insomnies ? »
Réponse : oui/non
- b. Question ouverte : « Comment se passe votre sommeil ? »

2. La **reformulation** des paroles du patient.

EXEMPLE :

- **Le patient :** « Docteur, je suis fatigué, fatigué, fatigué. Au travail c'est le rush constant. Je ne reviens jamais avant 20 heures. Alors je n'ai qu'une envie : c'est dormir. Si encore je dormais, docteur ! Toutes les nuits, 4 heures du matin et puis les aiguilles qui tournent jusque 6. Le réveil qui sonne une demi-heure après. Monter les marches de la boîte c'est vaincre l'Everest ... Et puis, il y a le nouveau chef. Et ça recommence. Tous les jours, tous les jours, tous les jours... »
- **Reformulation :** « Si je comprends bien, vous me dites que vous êtes fatigué parce que vous dormez mal et que vous attribuez cela au stress occasionné par votre travail : le chef, la pression... (attendre la réaction du patient, puis continuer). Mais ce que j'entends surtout, c'est que vous avez l'impression que ça ne finira jamais. »²

3. La **prise de conscience des conséquences** personnelles, familiales et sociales de la problématique.

EXEMPLE : (suite de l'entretien ci-dessus)

- **Le médecin :** « Et, quand vous rentrez, comment cela se passe-t-il à la maison ? »

- **Le patient :** « Je ne supporte plus les enfants, docteur. Vous savez quand je rentre c'est tout de suite « Papa ci, Papa ça » Mais, qu'on me laisse la paix ! L'autre jour j'ai même giflé mon fils. »
- **Le médecin :** « Comment votre femme réagit-elle face à cette situation ? »
- **Le patient :** « Elle a dit que je devrais me calmer, qu'il n'avait fait qu'allumer son Game-Boy ».
- **Le médecin :** « Ah oui, et en général qu'est-ce qu'elle en pense ? »
- **Le patient :** « Je ne sais pas. On n'en parle pas. On ne parle plus de grand chose, d'ailleurs. Elle fait sa vie de son côté ».
- **Reformulation :** « Bref, si je comprends bien, vous faites de l'exportation de stress à la maison et le premier paratonnerre venu reçoit la foudre, au risque de mettre votre ménage en péril. »

4. Et à chaque fois on fera un **résumé** de l'entretien et de ses interactions.

EXEMPLE :

« Si je résume :

- *Vous prenez depuis plusieurs mois des somnifères et vous m'avez dit vous-même que cela ne vous empêche pas de vous réveiller à 4 heures du matin. Nous sommes bien d'accord avec cela et c'est pourquoi je vous ai proposé un autre traitement.*
- *Vous m'avez dit que vous aviez besoin de souffler entre votre travail et la maison. C'est un besoin bien naturel. On a convenu que vous alliez essayer de trouver 15 minutes pour vous tous les jours soit juste avant de rentrer soit en étant chez vous.*
- *Et puis, et c'est le principal, il y a les « foyers d'incendie. » Le travail et la maison ont été identifiés, à l'heure actuelle, comme les deux sources principales. La première question à se poser est « quel est le foyer le plus facile à éteindre ? » et vous m'avez répondu que vous alliez essayer d'en discuter avec votre femme. Je sais que vous semblez encore sceptique quant au résultat, mais tant que vous n'en avez pas discuté ensemble, vous ne pouvez absolument pas savoir ce qu'elle est prête à faire pour sauver le couple.*

² En faisant cela vous vous positionnez en tant que médecin qui identifie des troubles du sommeil, mais aussi vous indiquez que vous êtes prêt à entendre sa souffrance.

*Pourquoi ne pas le faire dans un terrain neutre ?
Un resto par exemple ? »*

La relation thérapeutique sera de type partenariat en créant une relation de type co-présence.

L'approche relationnelle sera centrée sur la rencontre et non sur la confrontation.

On insistera sur les avantages, sans aucune argumentation, ce qui permettra donc de renforcer le sentiment personnel de prise en charge.

4- Aborder le patient (stratégies motivationnelles)

Premier entretien : Soit le patient arrive spontanément avec la problématique et tant mieux soit le patient n'en semble pas conscient. Dans ce cas :

- a. **Exposer les faits** sans jugement et demander ce qu'il en pense.

EXEMPLE : UN PATIENT PRENANT DES CALMANTS

- « Je vois que cela fait plusieurs années que je vous prescris votre somnifère. Au départ, je vous l'ai prescrit parce que c'était une passe difficile sur le plan professionnel, mais ce qui devait être temporaire est devenu définitif. Qu'en pensez-vous ? »

OU UN PATIENT NÉOPHYTE

- « Vous venez me trouver parce que, pour le moment du point de vue professionnel, vous vous sentez épuisé et vous demandez quelques jours d'incapacité et un somnifère. Je veux bien, si c'est pour prendre le somnifère durant quelques jours, de quoi récupérer. Mais la semaine prochaine quand vous retournerez au travail, qu'est-ce qui aura changé ? »

- b. Explorer à quel stade motivationnel il peut se trouver :

1. **Le patient est au premier stade** c'est-à-dire que *soit il n'est pas au courant soit il ne se sent pas concerné* : dans ce cas la stratégie est **informationnelle et empathique**.

EXEMPLE : UN PATIENT PRENANT DES MÉDICAMENTS

- **Le médecin** : *« Tiens je constate que cela fait 20 ans que je vous prescris du XYZ pour dormir, est-ce que vous en avez toujours besoin ? »*

- **Le patient** : *« Oh, vous savez docteur, depuis que je prends du XYZ, je dors comme un bébé, alors... ».*

- **Le médecin** : *« Bien sûr, mais à force, on peut en être devenu dépendant ».*

- **Le patient** : *« C'est possible, mais mon petit XYZ il me convient bien et je n'ai jamais augmenté la dose ».*

- **Le médecin** : *« Oui, mais il y a vingt ans, vous en aviez 50. Savez-vous qu'une bonne partie des fractures de hanches qui se produisent la nuit sont dues aux somnifères que prennent les personnes âgées ? »*

- **Le patient** : *« Ah oui ? Mais je ne suis pas encore sénile ».*

- **Le médecin** : *« Bien sûr, vous êtes encore fort actif, mais année par année, on attrape un an de plus et à septante ans on ne réagit plus comme à cinquante. Tenez, je vous donne ce petit document, il y a un petit questionnaire dedans, le Bendep. Remplissez-le à l'aise chez-vous, et on en reparle. »* (voir Bendep en annexe).

2. **Le patient est au deuxième stade** c'est-à-dire qu'il sait que *cela le concerne mais il n'est pas prêt à changer* de style de vie : dans ce cas la stratégie continue à être **informationnelle d'une part et d'autre part d'écoute de soi**.

EXEMPLE :

- **Le patient** : *« Docteur, comme d'habitude, je viens pour mon renouvellement de mon XYZ. Je sais ce que vous allez me dire et j'ai lu le petit dépliant de la salle d'attente, mais ma femme reste ce qu'elle est, le travail pareil à lui-même, alors je n'ai pas beaucoup le choix ».*

- **Le médecin** : *« D'accord, mais savez-vous que plus longtemps vous en prendrez plus dur ce sera pour vous d'arrêter. »*

- **Le patient** : *« Je sais, mais c'est pas le moment. Je ne suis pas Crésus et je dois continuer à travailler ».*

- **Le médecin** : *« OK. La question que vous pourriez-vous poser alors, c'est quand pour vous ce serait le meilleur moment pour tenter quelque chose ? »*

- **Le patient** : *« Peut-être durant les vacances. »*

- **Le médecin :** « *Pourquoi pas. C'est quand vos vacances ?* »
- **Le patient :** « Ben, en juillet. »
- **Le médecin :** « *En juillet ? Cela fait donc dans quatre mois. Peut-être que d'ici là vous pourriez identifier quand vous en avez vraiment besoin, les moments durs, mais aussi les situations où vous n'y pensez pas, qui vous détendent vraiment.* »

3. **Le patient est au troisième stade** celui de l'*ambivalence*. Soit il envisage peut-être de faire quelque chose mais il a peur de se sentir encore plus mal, soit il a tenté quelque chose, mais à tout vouloir tout de suite et d'un coup cela a été un échec. Les conséquences négatives ont été supérieures aux conséquences positives. La stratégie d'intervention sera **cognitive et expérimentale étape par étape**. C'est à ce moment qu'il est souvent opportun de proposer un spécialiste qui le coachera.

EXEMPLE :

- **Le médecin :** « *Et alors, ces vacances ?* »
- **Le patient :** « *Atroces docteur, atroces. Je croyais que je pouvais arrêter quand je le voulais. Bah... Le jour du départ, je me suis dit « je prends rien ». Il y avait l'avion, j'ai toujours aimé ça et puis c'était l'hôtel, la plage, le farniente. Tout a très bien été jusqu'au décollage et puis ça a été l'enfer. Ah qu'est-ce que j'étais mal. Et les médicaments qui étaient dans la soute. Heureusement que l'alcool était gratuit. Ma femme n'a pas fait de commentaires, mais le lendemain au petit déjeuner, j'ai compris que ce serait la guerre des tranchées. Alors pour tenir le coup, j'ai continué comme avant* »
- **Le médecin :** « *Ah oui, pas facile d'arrêter. Quoiqu'il en soit on en retire la leçon, c'était peut-être le bon moment, mais vous avez peut-être voulu trop d'un coup. Décider d'arrêter, c'est bien, et on retient que vous êtes capable d'une telle décision, même si ça n'a pas marché. Ceci dit décider ne suffit pas pour réussir. Pour réussir il faut se connaître, connaître ses limites et on peut être aidé pour cela.* »
- **Le patient :** « *Oui, c'est beau tout ça, mais c'est pas demain que je retente le coup.* »

- **Le médecin :** « *OK, il n'y a pas d'urgence. Essayez d'analyser ce qui s'est passé. Qu'est-ce que vous auriez pu faire d'autre, pour que ça marche ?* »
- **Le patient :** « *Vous croyez vraiment que se poser des tas de questions tout seul va vraiment changer les choses ? Prescrivez-moi mon XYZ et on n'en parle plus.* »
- **Le médecin :** « *Je crois en effet que tout seul c'est très dur. Un sevrage ne s'improvise pas. Mais je peux vous aider à le planifier pour que vous le réussissiez. Puis, derrière le sevrage, y a le pourquoi vous prenez du XYZ. Sans être aidé, c'est très dur.* »
- **Le patient :** « *Je vais y réfléchir.* »
- **Le médecin :** « *Vous ne devez pas prendre une décision tout de suite, mais peut-être que vous pourriez lire. Dans n'importe quelle librairie, vous trouverez des livres pour tout public sur le stress. Cela existe même sur le net !* »³

4. **Le patient est au quatrième stade** celui de la *décision*. Prendre la décision nécessite comme pré requis que cela soit devenu suffisamment important à ses yeux, que l'on ait suffisamment confiance en ses capacités de réussite et que cela soit le bon moment. Mais ces trois points ne suffisent pas pour que cela soit une réussite il faut également un plan de bataille et un coach. La stratégie implique donc de **planifier** le sevrage et de **demandeur de l'aide** à quelqu'un de compétent.

EXEMPLE :

- **Le médecin :** « *Comme on a décidé de ne pas faire un sevrage en clinique, nous allons y aller très progressivement et à votre propre rythme. On commencera donc simplement par changer votre XYZ par du Valium à dose équivalente deux fois par jour et puis nous diminueront d'un demi comprimé par paliers de dix jours.. Ca vous semble réaliste ?* »
- **Le patient :** « *Oui, ça me semble même trop simple.* »
- **Le médecin :** « *Tant mieux, si c'est trop facile, nous pourrons revoir notre planning en fonction de vous, mais si on ne touche pas au travail que vous avez identifié comme source de stress, nous seront vite bloqués.* »

³ On peut consulter le site suivant (en néerlandais) : "<http://www.wwh.be>" (approche motivationnelle) ou le site de la clinique du stress (en français) : "<http://homepages.ulb.ac.be/~phcorten>" (Documents stress)

- **Le patient** : « Vous savez, le travail, je ne pourrai pas le changer ; il y en aura toujours autant, les délais seront toujours aussi courts si pas de plus en plus courts et depuis que la direction est outre-atlantique, je ne peux pas m'attendre à beaucoup de compassion ».
 - **Le médecin** : « Avant de décréter que rien ne peut changer, il y a lieu d'analyser si c'est vrai. Et ça, on ne peut pas le faire tout seul. Vous êtes un peu comme un cycliste qui pédale la tête sur son guidon et qui ne voit que l'asphalte devant sa roue. Vous pédalez, vous pédalez, mais si vous ne relevez jamais la tête, vous ne verrez jamais le platane qui est devant vous ! Parfois, changer c'est se changer soi ou sa manière d'affronter le stress. C'est un peu comme les plongeurs qui nagent sous l'eau : aller reprendre de l'air à la surface c'est perdre du temps et ralentir sa course, mais ne pas en prendre c'est la crampe assurée et il n'arrive pas au bout de sa longueur. Perdre du temps pour soi, c'est parfois être plus performant. Et là aussi, ça se fait très difficilement seul. Mais je connais quelqu'un de très bien qui peut vous aider ».
5. **Le patient est au cinquième stade**, il a arrêté mais il doit *persévérer* dans sa décision. Les stratégies à mettre en place à ce stade sont les **supports** qu'il peut recevoir de pairs ou de professionnels et ses nouvelles sources de **plaisir**.
- EXEMPLE :**
- **Le médecin** : « Et alors, ce fitness ? »
 - **Le patient** : « J'y ai pas encore été »
 - **Le médecin** : « Ah oui et pourquoi ? »
 - **Le patient** : « Pas le temps ».
 - **Le médecin** : « C'est vraiment la faute à pas le temps ? »
 - **Le patient** : « Vous savez, rentrer, prendre le sac, ressortir alors que je suis crevé ».
 - **Le médecin** : « Qu'est-ce qu'il vous faudrait pour être plus motivé ? »
 - **Le patient** : « Peut-être que si j'avais un collègue avec qui y aller ».
 - **Le médecin** : « Pourquoi pas ? Dans le fond, vous aimez le fitness ? »
 - **Le patient** : « Boaf, un peu lassant les engins ».
- **Le médecin** : « Mais pourquoi vous êtes-vous inscrit à du fitness alors que vous n'aimez pas ça ? »
 - **Le patient** : « Je ne sais pas. Je me suis dit qu'il faudrait que j'en fasse pour la santé. Vous m'avez dit que je devrais perdre un peu de poids ».
 - **Le médecin** : « Oui, mais pas au prix de faire quelque chose que vous n'aimez pas. Qu'est ce que vous aimez faire ? »
 - **Le patient** : « Nager, sauna, jacuzzi ».
 - **Le médecin** : « A la bonne heure ! Et alors qu'est-ce que vous attendez ? »
 - **Le patient** : « Mais ma femme voudra aussi y aller ».
 - **Le médecin** : « Où est le problème ? »
 - **Le patient** : « Qu'est-ce qu'on fait des enfants ? »
 - **Le médecin** : « Bonne question. Soit vous les emmenez avec vous. Soit vous trouvez quelqu'un chez qui les mettre ou qui vient les surveiller. Soit vous y allez séparément. De toute façon, parlez-en d'abord à votre femme, y a plus dans deux têtes que dans une, surtout si c'est pour se faire plaisir ».
6. **Le patient est au sixième stade** celui de la *rechute*. A ce stade la stratégie sera **déculpabilisante**, **empathique** et privilégiera **l'analyse fonctionnelle**. Il s'agit, en effet, de faire de la rechute non pas un échec, mais une étape permettant le plus rapidement possible de reprendre le processus. Avec le patient, on tentera de mettre à jour les pièges dans lequel il est tombé et qu'il pourra garder en mémoire pour éviter d'y retomber.
- EXEMPLE :**
- **Le patient** : « Je viens quand même vous redemander du XYZ ».
 - **Le médecin** : « Vous n'avez pas tenu le coup ? »
 - **Le patient** : « Non. Au début ça a été très bien. J'avais déjà diminué avant les vacances. A Marakech, je ne prenais plus rien du tout. Y avait des années que je n'avais plus connu ce que c'est de ne rien prendre ».
 - **Le médecin** : « C'était comment ? »
 - **Le patient** : « Plutôt agréable, surtout cette sensation de liberté de ne plus se demander si j'ai ma boîte de XYZ sur moi ».

- **Le médecin** : « *Et après ?* »
 - **Le patient** : « J'ai repris le travail, ça a été, c'était plutôt calme. Et puis le 3 septembre il y a eu une grosse commande qui devait être remise pour le 5. Très rapidement, j'ai paniqué et tout a recommencé. Quand je suis paniqué, docteur, je suis tout de suite paralysé. Je faisais plus rien de bon et je voyais déjà la commande nous filer sous le nez. Alors comme il me restait encore quelques XYZ dans la boîte, je me suis dit : « c'est juste pour un comprimé... ».
 - **Le médecin** : « *Et alors ?* »
 - **Le patient** : « Alors ? Ca a été efficace tout de suite. J'ai pu me calmer et je me suis dit que l'important c'était de tenir jusqu'au 5. J'ai repris mes XYZ comme avant et j'ai livré la commande »
 - **Le médecin** : « *Et le 6 ?* »
 - **Le patient** : « C'est bien là le hic. Le 6, j'étais crevé, je me suis dit demain et depuis c'est toujours demain ».
 - **Le médecin** : « *OK, ça arrive souvent qu'on ne tiennne pas le coup. C'est dommage, mais ce n'est pas un drame. Ce que j'en retiens d'abord c'est que pendant la période sans XYZ vous vous êtes senti bien et que c'était plutôt agréable* ».
 - **Le patient** : « Justement c'est là que je suis déçu de moi. Je me sentais si fier d'y être arrivé. Je croyais que ce serait fini pour toujours ».
 - **Le médecin** : « *Là aussi, on peut en retirer la leçon : c'est quand on se croit invulnérable qu'on est le plus fragile. Qu'est-ce que vous auriez pu faire pour ne pas tomber dans le piège ?* »
 - **Le patient** : « Je ne sais pas... D'abord peut-être que j'aurais du jeter la boîte quand j'ai stoppé le XYZ. J'avais hésité et puis je m'étais dit « on ne sait jamais » et c'était une mauvaise idée ».
 - **Le médecin** : « *Bon, on en prend note. Mais, imaginez-vous le 3 septembre et vous n'avez plus de XYZ : qu'est ce que vous auriez pu faire ?* »
 - **Le patient** : « Au lieu de paniquer, j'aurais pu réessayer les exercices de relaxation, mais sans kiné c'est dur ou j'aurais pu aller me balader un quart d'heure pour reprendre mes esprits. Parce que, dans le fond ce n'était pas si terrible. J'ai fait ça des centaines de fois ».
 - **Le médecin** : « *Vous voulez que je vous prescrive neuf séances de kiné ?* »
 - **Le patient** : « Pourquoi pas ? »
 - **Le médecin** : « *Et, est-ce que ce sera suffisant pour vous dire « maintenant c'est maintenant, tantôt c'est tantôt, demain c'est demain » ?* »
 - **Le patient** : « Peut-être pas ».
 - **Le médecin** : « *Nous avons parlé de groupes de gestion du stress* ».
- En conclusions :
- > **Ne jamais désespérer**, si lentement qu'aïlle le patient à vos yeux et quels que soient le nombre de rechutes. Un processus motivationnel peut prendre de nombreux mois.
 - > **Soutenir le patient régulièrement.**
 - > **Ne pas hésiter à faire appel à de l'aide**, question de ne pas s'essouffler seul dans ce suivi.

chapitre 5

LES ALTERNATIVES

LES ALTERNATIVES

LES ALTERNATIVES

Les alternatives aux traitements pharmacologiques

1- Introduction

Dans les situations de troubles anxieux, de stress ou de troubles du sommeil, une **aide psychologique ou une psychothérapie** est bénéfique et devrait être conseillée systématiquement, qu'elle soit fournie par le médecin généraliste, un spécialiste ou l'entourage.

Les **techniques de relaxation** sont d'un apport indéniable dans le stress et l'anxiété. Lorsque le patient a appris à les maîtriser, elles concurrencent avantagusement la consommation de benzodiazépines.

Nous décrivons donc brièvement ces deux voies complémentaires, ainsi que leurs indications principales dans le cadre du stress, des troubles de l'adaptation avec anxiété et des troubles anxieux.

Par ailleurs, les **groupes d'entraide** peuvent apporter un soutien non négligeable à certains patients.

2- Aide psychologique et psychothérapies

La psychothérapie est définie comme « un traitement des soins de santé dans lequel est manié de façon logique et consistant un ensemble de moyens psychologiques (interventions) qui sont ancrés dans un cadre de référence psychologique et scientifique » (cf. rapport du Conseil Supérieur d'Hygiène sur les psychothérapies).

Il existe un nombre important de formes et de pratiques psychothérapeutiques. Toutefois, en Belgique, comme dans les pays voisins, quatre sont plus fréquemment utilisées :

- > Les thérapies cognitivo-comportementales.
- > Les psychothérapies psychodynamiques et la psychanalyse.
- > La thérapie systémique.
- > Les thérapies « expérientielles et centrées sur le client ».

Nous nous limiterons à la description succincte de celles-ci.

A côté des thérapies psychologiques spécifiques, dans un certain nombre de cas, une thérapie de soutien peut être suffisante.

Le choix de la thérapie dépendra du type de problématique et des attentes du patient.

> Aide psychologique et thérapie de soutien.

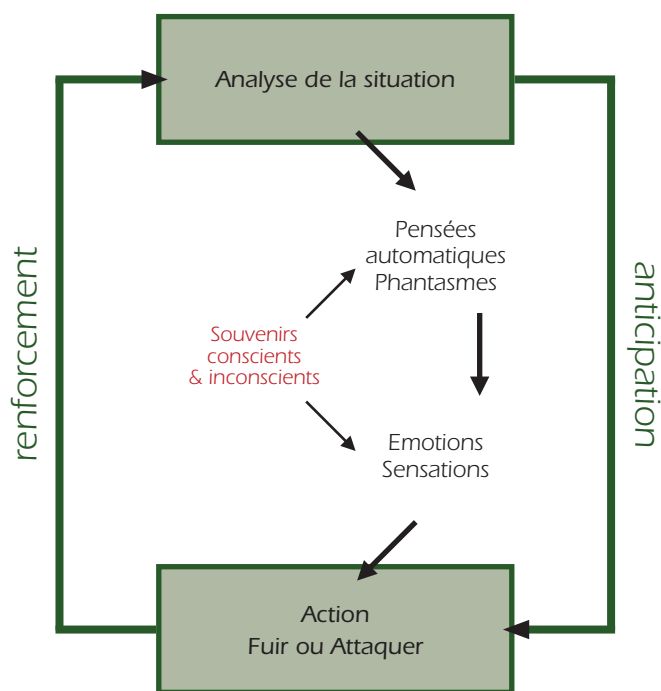
Dans les états de perturbation psychologique, toute relation d'aide et de soutien est bénéfique.

L'aide peut être fournie par l'entourage, les médecins généralistes, les assistants sociaux, ... Pouvoir partager son problème, parler de ses émotions, être conseillé, dirigé vers les personnes ou les structures les plus à même d'apporter une solution suffisent parfois.

On parlera de psychothérapie de soutien lorsque l'aide est apportée par des spécialistes. Ce type de thérapie vise à renforcer les défenses du patient, à améliorer son adaptation.

> Psychothérapie à orientation comportementale et cognitive.

- > Principe : Cette approche se focalise sur les comportements-problèmes actuels et leurs facteurs de maintien. Face à une situation donnée, émotions et comportements seront influencés par les cognitions (pensées).



La thérapie visera à modifier les comportements et les cognitions afin de réduire les émotions négatives, l'anxiété notamment.

- > Technique : La TCC fait appel à diverses techniques : relaxation, amélioration de l'assertivité, restructuration cognitive, méthode de résolution de problèmes, expositions en imagination...
- > Quelques caractéristiques : Un « contrat » thérapeutique est défini d'emblée (avec un objectif thérapeutique), la durée est limitée, la relation client-thérapeute est de type collaboratif : le thérapeute est actif et directif, le patient est actif dans le cadre des séances mais aussi en dehors.
- > Durée : Quelques séances à quelques dizaines, selon le type de problème.
- > La TCC peut se pratiquer en individuel, en couple, en groupe.
- > Indications principales : Elle est indiquée dans les troubles anxieux (attaque de panique, agoraphobie, phobies, TOC, PTSD, anxiété généralisée), l'insomnie, les assuétudes, les troubles sexuels, troubles

somatoformes, dépression non psychotique, troubles de la personnalité...

La TCC peut donc être recommandée à des personnes attendant un résultat assez rapide en réponse un problème relativement bien délimité.

> Psychothérapie à orientation psychanalytique et psychodynamique

- > Principe : Prend en considération le symptôme comme signe de l'existence d'un conflit intrapsychique inconscient, qu'on tentera de mettre à jour lors des entretiens.
- > Technique : La thérapie est basée sur l'interprétation des interactions patient-thérapeute (transfert et contre-transfert) et des résistances se produisant lors de la cure ; et sur le principe des associations libres (le patient est amené à dire tout ce qui lui vient à l'esprit). Le patient prend conscience progressivement que les émotions ressenties et les représentations qui y sont liées prennent leur source dans des expériences infantiles, qu'il répète dans ses relations actuelles, y compris la relation thérapeutique (le transfert). Le travail du transfert dans l'ici et maintenant de la séance va permettre la prise de conscience et l'expérience émotionnelle adaptatrice.
- > Durée : Pas de limite fixée a priori : la terminaison se fait de commun accord entre patient et thérapeute. Il existe aussi des « psychothérapies brèves », qui durent de 5 à 40 séances.
- > Elle se pratique principalement en individuel mais il existe des psychothérapies analytiques de couple et en groupe.
- > Indications principales : Elles s'adresseront essentiellement aux patients qui cherchent à comprendre l'origine de leur souffrance, à mieux se comprendre, c'est-à-dire à étendre le champ de leur conscience. La thérapie n'est pas orientée vers un symptôme mais vers une évolution globale amenant le patient à mieux se « défendre » sur le plan affectif et de manière plus souple.

> Psychothérapie à orientation systémique et familiale.

- > Principe : La famille est un système dont l'homéostasie est préservée par ses membres, coûte que coûte. Si un dysfonctionnement familial apparaît, le « patient

désigné » (un membre de la famille pointée par celle-ci comme « ayant le problème ») va développer des symptômes comme tentative de préserver l'homéostasie familiale, souvent inconsciemment.

> Le thérapeute aidera la famille à comprendre son fonctionnement et le rôle « protecteur » du symptôme familial. Elle se révèle intéressante notamment chez les enfants et les adolescents.

Le travail peut se faire en couple, en famille.

> Durée : Pas de limite.

> Indications principales : Problèmes relationnels, intergénérationnels, de couple,...

> **Psychothérapie à orientation « expérientielle et centrée sur le client ».**

Psychothérapie centrée sur le client, gestalt-thérapie, psychothérapie existentielle, psychothérapie interpersonnelle, psychothérapie expérientielle, méthodes d'action centrées sur l'expérience, essentiellement psychodrame.

> Principe : Elles sont axées sur le fonctionnement général de la personne (par opposition aux approches axées sur le symptôme) et sur les possibilités de croissance positive. Elles travaillent « l'ici et le maintenant ». L'accent y est mis sur la qualité de la relation thérapeutique : l'empathie, une forte présence du thérapeute, une relation de type égalitaire crée un contexte de sécurité dans lequel le patient pourra se confronter à son fonctionnement habituel et expérimenter d'autres solutions.

> Elle se pratique en individuel ou en groupe.

> Durée : Pas de limite.

> Indications principales : Apprendre à comprendre son fonctionnement et l'assouplir , s'accepter soi et les autres.

3- Les relaxations et techniques psychocorporelles :

Il existe de multiples techniques visant à obtenir une détente somatique et /ou mentale et qui s'accompagne d'un état de relaxation générale.

Lors d'un stress chronique, le système orthosympathique est stimulé en permanence. La relaxation vise à mettre au repos l'orthosympathique et stimuler le

parasympathique. On note une modification des paramètres physiologiques lors de leur pratique : baisse du rythme cardiaque, de la tension artérielle,...

Les techniques de relaxation peuvent être sub-divisées en 4 catégories :

> Les techniques respiratoires.

> Les techniques musculaires.

> La concentration sur les perceptions sensorielles.

> Les relaxations par pensée et imagerie mentale.

L'hypnose associe la concentration sur les perceptions sensorielles et la relaxation par pensées et imagerie mentale.

Le choix de la technique sera orienté par les affinités et la sensibilité particulière du patient à se sentir détendu par telle ou telle technique. Par exemple, certains obtiendront une détente par une activation musculaire (p.ex. : une heure de sport) alors que d'autres l'obtiendront par une relaxation musculaire (p.ex. sophrologie).

> **Techniques respiratoires.**

Le stress augmente le rythme respiratoire, en réponse à une augmentation du tonus musculaire. Ici, la relaxation est obtenue en ralentissant le rythme respiratoire.

Ex : dans les attaques de paniques, les symptômes (sensation d'étouffement, tachycardie, ...) sont le résultat d'une hyperventilation. Le patient devra donc apprendre à hypoventiler : respiration lente, superficielle et faire une pause à la fin de l'inspiration et de l'expiration.. Le médecin généraliste peut facilement apprendre cette technique à ses patients. L'efficacité peut être démontrée immédiatement en cabinet en demandant au patient de prendre son pouls avant et après l'exercice : il constatera une diminution de sa fréquence cardiaque.

Une autre façon d'obtenir une hypoventilation est la technique du sac, qui consiste à respirer dans un sac en papier.

> **Les techniques musculaires.**

> *Training autogène de Schultz*

C'est une technique d'autosuggestion. La relaxation est obtenue par induction verbale. Le sujet suit des

instructions verbales l'amenant à prendre conscience de son propre corps et des zones de tensions. Il apprend à induire lui-même des sensations de lourdeur, chaleur, fraîcheur,...

NB : En pharmacies, sont vendus des CD audio basés sur ce principe (= audiocaments).

> *La technique de Jacobson*

La relaxation est obtenue par une alternance de contractions-décontractions musculaires.

> **La concentration sur les perceptions sensorielles.**

La relaxation est obtenue en se focalisant sur une perception, qui peut-être visuelle, auditive (musique, p.ex.) , tactile (massage, p.ex.), olfactive (parfum, p.ex.).

L'hypnose utilise ces techniques de focalisation pour induire un « état de conscience modifié » , qui est un état dissociatif, comme si on était en pilotage automatique. Le thérapeute peut alors faire des suggestions.

Indications principales : anxiété, problématiques douloureuses (par exemple migraine), troubles psychosomatiques, obésité.

> **Relaxation par pensée et imagerie mentale.**

La sophrologie : Méthode visant l'équilibre corps - esprit, par la répétition de techniques psychocorporelles qui lui sont propres : relaxations dynamiques (au niveau physique) et sophronisations (statique au niveau physique, proche de l'hypnose).

Dans un état entre veille et sommeil, la personne va tenter de stimuler des capacités peu utilisées : se détendre, gérer le stress et les émotions, se concentrer,...

> **Autres possibilités.**

Autres possibilités, à explorer en fonction des affinités du patient : le yoga, le tai-chi, la méditation, la contemplation,...

4- Groupes d'entraide :

Ce sont des groupes de personnes rencontrant les mêmes difficultés ou souffrant de la même pathologie. Les membres du groupe s'apportent soutien mutuel, encouragements et conseils. Pouvoir partager son expérience, voir quelles solutions les autres ont trouvées, sortir de son isolement, de la honte, ne plus se sentir stigmatisé peut apporter un réel soulagement.

Ex : Groupes pour les personnes souffrant de TOC, de phobie sociale, l'Association Similes pour les personnes ayant un membre de son entourage présentant une pathologie mentale,...

chapitre 6

SEVRAGE

SEVRAGE SEV
GE SEVRAGE SEV
GE SEVRAGE SEV

SEVRAGE

Arrêt progressif de l'utilisation chronique de benzodiazépines :

- 1re étape : Choix des utilisateurs pour l'arrêt progressif.

- > Comment établir le profil des patients ?
- > Questions concernant la sélection des patients pour l'arrêt progressif.
- > Choix des patients pour arrêt progressif sous gestion propre.

- 2e étape : Intervention minimale.

- > Options pour l'intervention minimale.

- 3e étape : Intervention approfondie.

- > Comment inviter le patient à une consultation supplémentaire ?
- > Consultation supplémentaire.

- 4e étape : Arrêt progressif.

- > Passage à une benzodiazépine à longue durée d'action.
- > Calendrier et plan d'arrêt progressif.
- > La place du médicament de secours dans l'arrêt progressif.
- > Suivi régulier.

- 5e étape : Que faire en cas de rechute ?

Sources : voir en fin de ce chapitre.

Pourquoi encourager les utilisateurs chroniques à arrêter ?

- Pour la plupart des indications, il n'est pas nécessaire que les patients prennent des benzodiazépines de façon chronique. En cas d'insomnie, une benzodiazépine ne devient pas plus efficace qu'un placebo après une ou deux semaines, du fait du processus d'accoutumance.
- Avantages en cas d'arrêt : plus grande vigilance, meilleure qualité de vie.
- Inconvénients en cas d'utilisation : l'accoutumance est l'un des effets indésirables rencontrés. L'accoutumance à l'effet hypnotique survient déjà après une semaine en moyenne. Il y a également une accoutumance aux effets indésirables mêmes, mais la mémoire et la cognition seraient préservées chez une partie des patients. Les personnes plus âgées (les plus grands consommateurs de benzodiazépines) sont particulièrement sensibles aux effets indésirables tels que la confusion, la perte de mémoire et le risque de chutes et de fractures.
- La volonté d'arrêter du patient est souvent plus grande que ne le pense le médecin.

Il suffit de suivre quelques étapes pour atteindre de bons résultats.

- 1re étape : Choisir les utilisateurs pour l'arrêt progressif.

> Comment établir le profil des patients ?

- > Etablissez, si possible la liste de vos patients qui prennent des benzodiazépines, au départ des dossiers écrits ou informatisés.
- > Vous pouvez également tenir pendant un certain temps une liste d'enregistrement de tous les patients qui se voient prescrire des benzodiazépines. (voir exemple en annexe 5)

> Questions concernant la sélection des patients pour l'arrêt progressif.

- > Quelle(s) benzodiazépine(s) prescrivez-vous, quel dosage, à quelle fréquence et depuis quand ?
- > Quelle était l'indication initiale ?
- > Pourquoi prescrivez-vous encore des benzodiazépines actuellement ?
- > Avez-vous déjà fait une tentative d'arrêt progressif avec ce patient et pourquoi a-t-elle échoué ? (Songez qu'une tentative avortée par le passé ne signifie pas forcément que la nouvelle tentative sera vaine. Bien souvent, les patients veulent réduire trop rapidement le traitement ou ne sont pas assez informés des symptômes qui peuvent apparaître).
- > Etes-vous personnellement convaincu de l'intérêt de réduire progressivement le traitement de ce patient et pensez-vous qu'il soit en mesure de le faire ?

Vous pouvez uniquement encourager le patient à réduire progressivement son traitement si vous êtes personnellement convaincu de la faisabilité du projet.

> Choix des patients pour arrêt progressif sous gestion propre.

Il convient à ce stade de répartir les patients en trois catégories :

- > Groupe principal : cessation réalisable (intervention minimale ou approfondie).
- > Patients « plus difficiles » : patients avec lesquels le contact passe moins bien ou dont une tentative

d'arrêt a déjà échoué (intervention approfondie requise).

- > Renvoi à une aide spécifique (pas sous gestion propre) :
 - a. Patients qui prennent de très fortes doses.
 - b. Patients épileptiques.
 - c. Comorbidité psychiatrique grave.
 - d. Problèmes psychosociaux sérieux.
 - e. Abus d'autres médicaments, d'alcool et de stupéfiants.
 - f. Antécédents de complications.
Ex. : convulsions, psychose, etc. lors d'un arrêt de benzodiazépines.

- 2e étape : Intervention minimale.

L'intervention minimale suppose un effort le plus réduit possible du généraliste avec un effet le plus grand possible.

> Options pour l'intervention minimale :

1. Envoi d'une lettre d'information et de sensibilisation au sevrage

Dans la pratique, cette solution atteint un pourcentage de réussite minimal de 1 patient sur 10.

Une lettre met le patient en garde contre les inconvénients de l'utilisation prolongée de benzodiazépines (voir exemple annexe 6). L'accent est mis sur l'information et l'encouragement du patient à mettre lui-même un terme à sa consommation de benzodiazépines. En recevant une lettre à son nom, le patient se sentira plus concerné. Vous trouverez des exemples de lettres de mise en garde en annexe 2 et annexe 3. Vous pouvez aussi ajouter les dépliants prévus pour les patients ou le bendep-SRO, qui est un questionnaire qui mesure la dépendance aux benzodiazépines, dont les modèles sont en annexe.

2. Un simple conseil d'arrêt pendant une consultation.

Le pourcentage de réussite avoisine également 1 sur 10.

La prochaine fois que le patient demande un renouvellement de prescription, vous pouvez lui

conseiller d'arrêter, avec votre aide (ex. : « Que pensez-vous d'arrêter progressivement votre consommation de benzodiazépine ? Je ne peux que vous le conseiller vivement... »).

Vous pouvez donner davantage de poids à votre conseil en remettant au patient un dépliant de campagne pour les utilisateurs chroniques (voir annexe 2).

Le succès de l'arrêt progressif dépend de la motivation du patient. Il est dès lors utile que le patient compare les inconvénients d'une utilisation prolongée de benzodiazépine et les avantages qu'il en a tirés. Le questionnaire Bendep-SRQ peut vous aider à motiver le patient (voir annexe 3). Celui-ci, dûment complété par le patient, permet au médecin et au patient de mieux déterminer la gravité de la dépendance à la benzodiazépine.

- 3e étape : Intervention approfondie.

Cette intervention doit être envisagée lorsque l'intervention minimale a échoué ou en présence de « patients plus difficiles ». Elle consiste à motiver le patient à revenir vous trouver en consultation afin de parler de l'utilisation de benzodiazépine. Si celle-ci n'a plus fait l'objet d'une discussion depuis longtemps, vous devrez expliquer au patient pourquoi vous souhaitez le revoir.

Avant de vous engager dans cette intervention et d'y consacrer beaucoup d'énergie, évaluez le degré de motivation du patient tel que vous le percevez.

Le processus de motivation suit un cycle : le patient doit être « prêt » à changer. Par ailleurs, le processus de motivation est une interaction entre le thérapeute et le patient, dans laquelle interviennent plusieurs éléments qui influencent le respect de la thérapie.

0	5	10
motivation nulle	motivation modérée	très grande motivation

(Tâchez de déterminer pour vous-même pourquoi vous donnez ce chiffre ; pourquoi pas plus/moins.

Cet élément pourrait être abordé lors de la consultation)

Pour en savoir plus sur l'entretien motivationnel, consultez le module y afférent.

> Invitation à une consultation supplémentaire :

1. Annoncez clairement et explicitement que vous souhaitez modifier le traitement.

Justifiez votre message sur la base de la littérature spécialisée, de votre préoccupation pour la santé du patient, de votre expérience avec d'autres patients qui ont arrêté, etc. :

« Je dois quand même vous expliquer certaines choses. Ces dernières années, nous avons constaté que ... »

« Il est de mon devoir de vous en informer, je me fais du souci pour votre santé... surtout pour plus tard... »

2. Prenez soigneusement note de toute réaction du patient et formulez ce que vous voyez sur les traits de votre patient :

« Je vois que vous êtes surpris, inquiet, etc. »

« Un médecin qui vous prescrit depuis des années des pilules pour dormir et qui change subitement son fusil d'épaule... ça doit être difficile à comprendre ».

3. Dressez une liste des obstacles et indiquez dans quelle mesure ils semblent insurmontables à ce moment.

4. Rassurez le patient (évitiez tout conflit) : vous lui remettez une prescription, il ne doit pas prendre sa décision sur-le-champ, il a le temps d'y réfléchir chez lui. Le fait que vous lui accordiez plus de temps qu'à l'ordinaire et que vous n'insistiez pas directement sur l'arrêt soulage le patient, qui se sent moins mis sous pression.

« Vous avez tout le temps d'y réfléchir. Vous aurez sûrement beaucoup de questions à poser... nous en parlerons la prochaine fois... »

5. Convenez de la date du rendez-vous pour la consultation supplémentaire et expliquez clairement au patient de quoi il sera question lors de cette consultation.

> Consultation supplémentaire.

En tant que médecins, nous avons des connaissances médicales sur le sommeil, l'insomnie et les somnifères.

Le patient a également sa propre idée du sommeil, de l'incapacité à avoir un sommeil de qualité et de l'effet de sa pilule.

Ces deux points de vue sont bien souvent très différents. Tout l'art consiste à les faire concorder, à entamer le dialogue et, sur cette base, à changer les idées préconçues et les habitudes.

En d'autres termes, nous allons tenter de déterminer ce que le patient pense de ces thèmes, ce qu'il ressent à leur égard et quelles sont ses attentes. Bref, nous devons nous concentrer sur ses idées, ses inquiétudes et ses attentes (ICE : Ideas, Concerns, Expectations).

- Suggestions concrètes pour la discussion relative à l'utilisation de benzodiazépines et aux troubles du sommeil.

> Interrogez le patient sur ses idées concernant la plainte d'un mauvais sommeil.

- « Quelles sont les conséquences d'une mauvaise nuit de sommeil pour vous ? »
- « Comment vous sentez-vous pendant la journée ? »
- « Voyez-vous un rapport avec ce que vous avez fait pendant la journée ? »

> Interrogez le patient sur ses inquiétudes. Que se passerait-il si le patient essayait de se défaire de cette habitude ? Pourra-t-il compter sur un soutien suffisant et sur la compréhension de son entourage ? Qu'est-ce que le patient veut éviter en continuant de prendre son médicament ?

- « Qu'est-ce que cela signifierait pour vous, aller vous coucher sans prendre une pilule ? De quoi avez-vous peur ?... »
- « Qu'est-ce qui vous empêche d'arrêter ? »

> Quelles sont les attentes du patient par rapport à l'utilisation ? Pourquoi continuer ? Qu'est-ce que le patient entend atteindre grâce à cette pilule ?

- « Qu'est-ce que cela signifie pour vous, lorsque vous ponctuez la journée en prenant votre pilule... »
- « Selon vous, qu'est-ce que cette pilule vous apporte ? »

- « Qu'est ce que vous attendez en terminant votre journée par cette pilule ? »

- Information fournie par le médecin.

Après avoir cerné l'attitude du patient et s'être fait une idée plus générale de la situation, le médecin prend la stratégie médicale en main. A ce stade, il convient essentiellement de fournir des informations. Il est également possible de déjà mettre en place un schéma de sevrage, en fonction du temps et de la motivation du patient (voir plus loin étape 4 : sevrage).

Par ailleurs, ces informations peuvent avoir un effet suggestif ou augmenter la sensibilité du patient à d'éventuels symptômes de sevrage. Dès lors, il sera également souhaitable de relativiser les symptômes et de tranquilliser le patient : en respectant un plan d'arrêt progressif, ils seront plus que probablement minimes.

> Sur le sommeil :

- Qu'est-ce qu'un cycle, une structure ou un besoin de sommeil normal ?.
- Abordez les alternatives et moyens d'aide envisageables afin de résoudre ce trouble du sommeil.

> Sur les benzodiazépines :

- Comment agissent les benzodiazépines, quels sont leurs effets secondaires ? (Les effets indésirables peuvent également être présentés en termes d'avenir. Ainsi, avec l'âge, le risque de chute augmente de même que les pertes de vigilance, etc.).

- Parlez des tentatives précédentes : essayez de stimuler votre patient pour qu'il adopte une attitude positive ; ne parlez pas de ce qui s'est mal passé mais bien de ce qui s'est bien passé.

Dans quel piège le patient est-il tombé lorsqu'il a repris ses vieilles habitudes ? (Suggestion : prenez le temps de parler d'autres obstacles qu'il est parvenu à surmonter et comment).

- Informez bien vos patients sur les effets indésirables susceptibles d'apparaître au cours de l'arrêt progressif du médicament :

- Rebond :

Les symptômes initiaux resurgissent, encore plus intenses qu'auparavant. En règle générale, les symptômes du rebond reviennent au niveau d'avant le traitement dans les 1 à 3 semaines.

- Rechute :

Retour des symptômes pour lesquels le patient a pris des médicaments. En général, l'on considère que les symptômes qui ne disparaissent pas dans les trois à six semaines ne sont pas dus à des symptômes de sevrage mais indiquent une rechute.

- Symptômes de sevrage :

Des symptômes de sevrage psychiques et physiques peuvent survenir. Pour les benzodiazépines, les symptômes caractéristiques sont de l'hypersensibilité aux stimulus sensoriels et des troubles de la perception (voir en annexe 7 la liste des symptômes de sevrage). Si les patients ne reconnaissent pas les symptômes de sevrage en tant que tels, ils pourraient croire que leurs anciens troubles ressurgissent. Ils tombent alors dans un cercle vicieux et voudront ensuite poursuivre leur consommation.

- Informer le patient est le mot d'ordre. Donnez des explications claires.

Par ailleurs, ces informations peuvent avoir un effet suggestif ou augmenter la sensibilité du patient à d'éventuels symptômes de sevrage. Dès lors, il sera également souhaitable de relativiser les symptômes et de tranquilliser le patient : en respectant un plan d'arrêt progressif, ils seront plus que probablement minimes.

- > Mise en place d'un schéma de sevrage (voir plus loin)

- Suggestions pratiques.

- > Donnez des missions concrètes, notamment dresser un récapitulatif de tous les avantages et inconvénients de l'utilisation de benzodiazépines à l'aide de la tenue d'un mémo, d'un journal. Le patient devra prendre son courage à deux mains pour commencer et perpétuer cette habitude, d'autant plus qu'elle ne lui est pas familière.
- > Fixez très précisément le rendez-vous de la consultation suivante.

- 4e étape : Arrêt progressif.

Puisque la littérature spécialisée ne fixe aucune norme en matière d'arrêt progressif des benzodiazépines, nous proposons plusieurs exemples en annexe 8. Le principe général de ces plans d'arrêt progressif est une réduction par étapes qui permet d'obtenir une diminution graduelle de la concentration plasmatique, ce qui entraîne moins de symptômes de sevrage qu'un arrêt soudain. Il est important de suivre le patient de très près. Compte tenu des principes généraux, la préférence du médecin et du patient est déterminante pour le choix final ou l'établissement du plan d'arrêt progressif.

Le plan qui a fait le plus l'objet de recherches consiste au passage à une dose équivalente de diazépam. Les benzodiazépines, comme le diazépam, ayant une longue durée d'action permettent un taux stable de produit actif dans le sang, et donnent le moins de variations. Celles-ci sont responsables du phénomène de dépendance.

Dans certains cas, on peut également opter pour un arrêt progressif de la benzodiazépine prescrite. Ce choix dépend de la dose, du profil du patient (essentiellement son âge) et du respect attendu de la thérapie.

Pour les patients résidant en maison de repos, il convient d'en discuter avec les infirmiers et les praticiens paramédicaux qui veillent aux soins quotidiens des résidents. Lors de cette discussion, vous pouvez insister sur les avantages de l'arrêt progressif (infirmité réduite, confusion réduite, risque réduit de chute, etc.) et fournir des informations précises sur les symptômes de sevrage potentiels. Des études ont révélé que les personnes âgées pouvaient, elles aussi, arrêter progressivement les benzodiazépines, même après des années d'utilisation.

- > **Passage à une benzodiazépine à longue durée d'action (dose équivalente de diazépam).**

Comment faire ?

- > Avant de réduire la dose, la benzodiazépine à courte durée d'action utilisée est remplacée par une benzodiazépine à longue durée d'action, généralement le diazépam. En cas de passage au diazépam, il vaut mieux remplacer une prise à la fois,

généralement celle qui précède le coucher pour commencer.

- > Sauf en cas de doses très élevées, il vaut mieux ne pas réduire la dose lors du passage au diazépam.
- > En ce qui concerne les patients qui prennent de très fortes doses de benzodiazépines, il est conseillé de commencer par réduire progressivement le dosage du médicament d'origine jusqu'à, par exemple, l'équivalent de 20 mg de diazépam, avant de passer au nouveau produit.
- > Il est également conseillé de prescrire les tablettes de diazépam dont les pilules sont les moins fortes (2 mg).
- > Une autre possibilité consiste à prescrire des gélules de diazépam en préparation magistrale. La quantité de diazépam qu'elles contiennent peut alors être réduite progressivement.

La liste d'équivalences ci-dessous peut servir de guide en matière de passage au diazépam. Ces données ne sont cependant qu'approximatives. D'importantes différences individuelles sont possibles. La liste repose sur les études les plus récentes menées dans le domaine. Les doses indiquées présentent une marge relativement grande. L'on peut partir du principe que ces doses peuvent être prescrites en toute sécurité. Pour le passage à la substance concernée, il est conseillé d'opter pour une moyenne.

<i>diazépam</i>	<i>10 mg</i>
alprazolam	0,5 – 1 mg
bromazépam	4,5 – 9 mg
brotizolam	0,25 – 0,5 mg
clobazam	10 – 30 mg
clonazépam	1 – 4 mg
clorazépate	10 – 30 mg
clotiazépam	5 – 10 mg
cloxazolam	1 – 2 mg
loflazépate d'éthyle	1 – 3 mg
flunitrazépam	0,5 – 2 mg
flurazépam	15 – 60 mg
kétazolam	15 – 75 mg
loprazolam	0,5 – 2 mg
lorazépam	2 – 8 mg
lormétazépam	1 – 2 mg
midazolam	7,5 – 15 mg
nitrazépam	5 – 10 mg
nordazépam	2,5 – 10 mg
oxazépam	15 – 100 mg
prazépam	30 – 60 mg
témazépam	15 – 60 mg
tétrazépam	25 – 100 mg
triazolam	0,25 – 0,5 mg
zopiclone	15 mg
zolpidem	20 mg
zaleplon	20 mg

Sources :

- Bogaert M., Maloteaux JM, Répertoire Commenté des Médicaments, Centre belge d'Information Pharmaceutique, Gand, 2005.

- Prodigy Guidance Hypnotic or Anxiolytic dependence 2003
<http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Hypnotic/anxiolytic%20dependence>

> Calendrier et plan d'arrêt progressif.

- Règles générales pour l'élaboration d'un plan d'arrêt :

- > En établissant un calendrier par écrit avec le patient, celui-ci devient responsable du contrôle du plan d'arrêt, ce qui favorise le respect de la thérapie.
- > Chaque plan doit être adapté au patient concerné.
- > Le plan est également fonction des symptômes.
- > La période d'arrêt progressif doit être fixée en fonction de la durée d'utilisation et de la dose administrée. En cas de dose initiale élevée, les réductions successives peuvent être plus importantes qu'en cas de dose initiale faible.
- > Une réduction trop rapide ou trop soudaine peut entraîner de graves symptômes de sevrage, surtout chez les patients utilisant des doses élevées.
- > Prescrivez des quantités mesurées jusqu'à la consultation suivante.
- > Dans la mesure du possible, une fois entamé, le plan d'arrêt progressif doit être poursuivi. Eventuellement, la dose atteinte peut être prise pendant une période plus longue que prévu, mais la dose ne doit idéalement pas être augmentée à nouveau.
- > En raison de son élimination lente, le diazépam ne doit pas être administré plus de 2 fois par jour pour conserver des taux sériques constants. Si le patient répartit sa dose de benzodiazépine sur 3 à 4 prises par jour, il est conseillé de répartir la dose de diazépam sur 2 administrations par jour lors de la transition.
- > Lorsque la dose quotidienne n'atteint plus que 0,5 mg de diazépam, mieux vaut arrêter totalement.
- > Il faut éviter que la benzodiazépine soit remplacée par de l'alcool ou d'autres médicaments susceptibles d'entraîner une dépendance.
- > L'abandon du dernier comprimé est souvent très difficile pour le patient, en raison de l'angoisse liée à vivre sans médicament. Signalez bien au patient que la dose qu'il prend est tellement faible qu'elle ne constitue plus une dose active.
- > Les mêmes méthodes d'arrêt progressif peuvent être utilisées chez les jeunes et les personnes âgées.

- Avantages du changement :

- > Une benzodiazépine à longue durée d'action (ex. : diazépam) est disponible en plusieurs

formes d'administration et permet une réduction progressive.

- > La réduction du dosage d'un médicament à durée de demi-vie moyenne à longue a pour avantage qu'elle entraîne moins de fluctuations du taux sérique et partant, moins de symptômes de sevrage.
- > Dans la pratique, la réduction progressive à l'aide de comprimés de diazépam de 2 mg est facilement mise en pratique car seul le nombre de comprimés doit être diminué au cours de la réduction. En outre, les comprimés peuvent être aisément découpés en doses d'1 mg.
- > En raison du nombre de comprimés qu'ils doivent prendre après le passage à l'autre médicament, les patients sont également conscients de la quantité qu'ils absorbent.

- Inconvénients du changement :

- > Avant de lancer le plan d'arrêt progressif, le patient doit passer au diazépam pendant 15 jours afin d'accumuler une concentration plasmatique suffisante de métabolites actifs.
- > Il convient dès lors de veiller à ce que le patient arrête réellement de prendre la benzodiazépine initialement prescrite afin d'éviter la prise de deux médicaments.
- > Chez les personnes âgées, le passage au diazépam n'est généralement pas conseillé en raison du risque d'accumulation.

> La place du médicament de secours dans l'arrêt progressif.

En cas d'utilisation d'un médicament de secours, il convient toujours de songer au risque d'apparition d'une nouvelle dépendance. Aucun produit ne peut être recommandé de façon routinière.

- Des antidépresseurs peuvent être prescrits pour des patients dépressifs ou angoissés. Chez les autres patients, leur utilité n'est pas prouvée. Il est conseillé de poursuivre le traitement aux antidépresseurs pendant plusieurs mois, afin d'éviter toute récurrence. L'arrêt de l'antidépresseur doit être progressif.

La préférence est généralement accordée aux antidépresseurs tricycliques sédatifs. Dans certains cas, les SSRI peuvent entraîner des états d'angoisse aiguë.

Il est important que la benzodiazépine soit totalement arrêtée avant d'arrêter les antidépresseurs.

- Les bêtabloquants tels que le propranolol peuvent réduire les palpitations et tremblements, mais n'ont aucun effet sur les symptômes de sevrage ou le succès de l'arrêt progressif. Ces substances doivent également faire l'objet d'un arrêt progressif après avoir totalement arrêté la prise de benzodiazépines.

> **Suivi régulier.**

Le plan d'arrêt progressif peut déboucher sur un arrêt total de l'utilisation de benzodiazépines ou sur une réduction de la dose et/ou de la fréquence d'administration.

Si le patient n'a pas totalement arrêté, vous pouvez reparler régulièrement de sa consommation de benzodiazépines.

Important : si le patient a arrêté les benzodiazépines, informez-vous régulièrement de son état afin d'empêcher toute rechute. Le patient doit avoir conscience des situations à grand risque qui peuvent survenir et le faire replonger dans ces vieilles habitudes. Dans ces situations, le patient doit réagir différemment que par le passé et doit dès lors rechercher un autre comportement en réponse à la situation à risque. Ce comportement doit être particulièrement bien ancré.

Discussion avec le patient :

Que faire en cas de... ?

Très concrètement, mettez tout ceci par écrit, en accord avec votre patient.

- 5e étape : Que faire en cas de rechute ?

Le médecin doit rester ouvert et accessible pour que le patient ose lui parler de sa rechute. Celle-ci ne doit pas être considérée comme un échec, ni du patient ni du

médecin, mais un moment particulier du traitement. Les motifs de la rechute peuvent être analysés et des solutions peuvent peut-être y être apportées.

Ce chapitre est principalement basé sur les documents suivants :
- "Usage rationnel des benzodiazépines". Article 2002/200 Folia Pharmacotherapeutica. (sur le website du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique : www.cbip.be).
- Projekt Farmaka ; Centrum voor onafhankelijke geneesmiddeleninformatie. (www.farmaka.be).
- DVG ; Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik. (www.medicijngebruik.nl).

chapitre 7

ADRESSES UTILES

ADRESSES UTILES

ADRESSES UTILES

- ASSOCIATION. COORDINATION. DOCUMENTATION

CENTRE DE DOCUMENTATION ET DE COORDINATION SOCIALES

avenue Louise 183
1050 BRUXELLES
02/511.08.00

CLINIQUE DU STRESS

CHU-Brugmann
Consultation de Psychologie Médicale,
place Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
02/524.34.59
<http://homepages.ulb.ac.be/~phcorten>

EOLE

quai du Commerce 7
1000 BRUXELLES
02/223.75.52

> *Help desk téléphonique à l'attention de la première ligne.*

Urgences et crises psychiatriques et psychologiques appui et orientation pour les professionnels de la santé/lu au ve de 10h à 17h.

INSTITUT WALLON POUR LA SANTE MENTALE (I.W.S.M.)

rue Muzet 32
5000 NAMUR
081/23.50.15
lwsm@iwsm.be
www.iwsm.be

LIGUE BRUXELLOISE FRANCOPHONE POUR LA SANTE MENTALE (L.B.F.S.M.)

rue du Président 53
1050 BRUXELLES
02/511.55.43
Lbfsm@skynet.be

PLATE-FORME DE CONCERTATION DU BRABANT-WALLON

Route de Mont-St-Guibert 24
1340 OTTIGNIES
010/45.49.09
pfsmbw@skynet.be

PLATE-FORME DE CONCERTATION DU CENTRE ET DE CHARLEROI

boulevard Zoé Drion 1
6000 CHARLEROI
071/92.55.10
Info@pfrcc.com

PLATE-FORME NAMUROISE DE CONCERTATION EN SANTE MENTALE

C.H.R. de Namur Service Médico-Psychologique A
avenue Albert 1er 185
5000 NAMUR
081/72.61.11
plaformam@skynet.be

PLATE-FORME PICARDE DE CONCERTATION POUR LA SANTE MENTALE

Quartier de Messines
place de la Grande Pêcheurie 19
7000 MONS
065/36.29.27
Pfpccsm@skynet.be

**PLATE-FORME DE CONCERTATION POUR LA
SANTÉ MENTALE EN RÉGION DE BRUXELLES-
CAPITALE**

quai du Commerce 7
1000 BRUXELLES
02/289.09.60 & 0800/99.062 (numéro vert Médiation)

**PLATE-FORME DE CONCERTATION PSYCHIATRIQUE
DE LA PROVINCE DE LUXEMBOURG**

Route des Ardoisières 100
6880 BERTRIX
061/22.17.11
Ageeraert@province.luxembourg.be
www.platformepsylux.be

PLATE-FORME PSYCHIATRIQUE LIEGEOISE

quai des Ardennes 24
4020 LIEGE 2
04/344.43.86
Plate.forme.liege@skynet.be

**- ENTRAIDE. ACCUEIL.
ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE**

AUTRE LIEU (L')

rue Marie-Thérèse 61
1210 BRUXELLES
02/230.62.60
autrelieu.rapa@tiscali.be
www.autrelieu.be
> *Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives.*

CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE

place du Châtelain 46
1050 BRUXELLES
0800/32.123 & 02/640.51.56 (secrétariat)
cps@preventionsuicide.be
www.preventionsuicide.be
> *Groupe de parole pour proches de suicidés.*

BALANCIER (LE)

rue Professeur Mahaim 84
4000 LIEGE 1
04/254.78.56 & 04/254.78.51
> *Entraide de patients atteints de troubles bipolaires.*

FUNAMBULE (LE)

clos des Frères Lumière 4/3
1090 BRUXELLES
02/345.53.31 (Eric)
0477/18.09.99 (Marguerite) (lu 19h à 21h)
010/61.68.10 (Marie-Chantal) (je 19h à 21h)
lefunambulebxl@yahoo.fr
> *Groupe d'entraide pour bipolaires et leur entourage
(anciennement maniaco-dépressifs)/
réunions les 2èmes jeudis du mois de 19h30 à
21h30 chaussée de Charleroi 35 1er étage à 1060
Bruxelles.*

GRUPE D'ENTRAIDE GDTOCS

Université de Liège. Faculté de Psychologie.
boulevard du Rectorat B32
4000 LIEGE
0479/47.62.07

GROUPE D'ENTRAIDE SYNDROME GILLES DE LA TOURETTE ET T.O.C.

avenue Bel Horizon 17
1301 BIERGES
010/41.70.52

> *Troubles Obsessionnels Compulsifs.*

GROUPE DE SOUTIEN AUX PROCHES DE PERSONNES SUICIDAIRES

boulevard d'Avroy 28-30
4000 LIEGE
04/232.31.48

GROUPE THERAPEUTIQUE POUR JOUEURS

place Van Gehuchten 4
1020 BRUXELLES
02/477.27.26

JOUEURS ANONYMES

02/523.18.98 & 04/358.13.32

LIGUE BELGE CONTRE LA DEPRESSION

rue de la Vinaudrie 30
1370 JODOIGNE
070/23.33.24
Lig.depr@tiscali.be
www.ligue-depression.org

LIGUE DES USAGERS DES SERVICES DE SANTE (L.U.S.S.)

rue Muzet 32
5000 NAMUR
081/23.50.98
luss@luss.be
www.luss.be

LIGUE POUR LES T.O.C

place Van Gehuchten 4
1020 BRUXELLES
02/477.35.02
<http://users.swing.be/ligue-toc/>
jean-marc.timmermans@chu-charleroi.be

PSYTOYENS

rue Muzet 32
5000 NAMUR
081/23.50.91
www.iwsm.be/fiche/psytoyens.htm

> *Concertation des usagers en santé mentale.*

SIMILES-BRUXELLES

Espace Malibran
rue Malibran 43
1050 BRUXELLES
02/511.99.99 & 02/354.61.41 (permanence juridique
lundi 10h à 12h)
bruxelles@similes.org

> *Aide aux familles/amis de personnes souffrant de maladie mentale/Simil'Aide : cycles d'information sur la schizophrénie/ L'Horizon : groupe de parole pour personnes dépressives et leur entourage.*

SIMILES (FEDERATION DES ASSOCIATIONS FRANCOPHONES)

rue Malibran 39
1050 BRUXELLES
02/644.44.04
www.similes.be

> *Aide aux familles et amis de personnes souffrant de maladie mentale.*

SIMILES LIEGE & SIMILES WALLONIE

rue du Beau Mur 45
4030 GRIVEGNEE
04/344.12.79
Wallonie@similes.org

> *Aide aux familles et amis de personnes souffrant de maladie mentale.*

SIMILES FÜR DEN DEUTSCHSPRACHIGEN RAUM

Wiessenstrasse 12
4710 LONTZEN
087/88.04.81
Eupen@similes.org

> *Aide aux familles et amis de personnes souffrant de maladie mentale.*

- ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

ASSOCIATION BELGE D'EUTONIE GERDA ALEXANDER

rue des Sautes 87
5100 DAVE
081/40.10.30

Francoisepiret@yahoo.fr

www.eutonie-gerda-alexander.be

> *Association de diplômés en E.G. A/liste des membres/
séminaires.*

ASSOCIATION BELGE DE PSYCHODRAME

c/o C.F.I.P.

avenue Gribaumont 153
1200 BRUXELLES

02/772.67.84 & 010/65.92.99 (le soir)

> *Association professionnelle/liste des membres/code
de déontologie.*

ASSOCIATION BELGE DES INTERVENANTS ET PSYCHOTHERAPEUTES FAMILIAUX ET SYSTEMIQUES (A.B.I.P.F.S.)

rue du Bailli 9

1000 BRUXELLES

02/478.30.62

abipfs@abipfs.be

www.abipfs.be

> *Association professionnelle / formations / liste de
membres.*

ASSOCIATION BELGE POUR L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE (A.S.S.O.B.A.T)

rue Renier Chalon 32

1050 BRUXELLES

02/344.96.90

Info@assobat.be

www.assobat.be

> *Association professionnelle/répertoire des membres
agréés/congrès/conférences.*

ASSOCIATION DES DIPLOMES ET ENSEIGNANTS EN SCIENCES DE LA FAMILLE ET DE LA SEXUALITE

rue du Chevalet 16

1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

010/68.89.81

> *Association professionnelle.*

ASSOCIATION DES PRATICIENS EN PSYCHOLOGIE APPLIQUEE (A.P.P.A)

place de la Reine 7/7

1030 BRUXELLES

02/646.00.89

Appa@ibelgique.com

Users.belgacom.net/appa

> *Association professionnelle/information/journées
d'études/co-édition du Guide des formations
complémentaires.*

ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES PRATICIENS D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE (APPPsy)

rue de l'Arbre Bénit 95

1050 BRUXELLES

02/640.63.06

ASSOCIATION DES PSYCHOTHERAPEUTES DE COUPLES D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE

Trasserweg 440

1120 BRUXELLES

02/268.11.09

ASSOCIATION EUROPEENNE DE SOPHROLOGIE

Rue A. Bréart 70

1060 BRUXELLES

02/537.61.68

formation.sophrologie@skynet.be

www.sophro.be

ASSOCIATION FRANCOPHONE DE PSYCHOTHERAPIE CENTREE SUR LA PERSONNE ET EXPERIENTIELLE (A.F.P.C)

avenue Sainte-Alix 60

1150 BRUXELLES

02/779.90.41

ASSOCIATION FREUDIENNE DE BELGIQUE

avenue de Roodebeek 15
1040 BRUXELLES
081/74.35.36

ASSOCIATION NAMUROISE DE PSYCHOTHERAPEUTES ET SYSTEMICIENS

rue Chapelle Lessire, 17
5020 MALONNE
081/44.52.45
info@systemique.net
www.systemique.net

> *Formations/consultations/thérapie familiale/éco-
systémique/hypnose thérapeutique.*

ASSOCIATION NATIONALE DES PSYCHOLOGUES PRATICIENS UNIVERSITAIRES (A.N.P.P.U.)

boulevard Louis Schmidt 119/3
1040 BRUXELLES
02/759.39.71

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE BELGE DES NEUROLOGUES ET DES PSYCHIATRES

avenue de la Couronne 20
1050 BRUXELLES
02/649.21.47

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DE KINESITHERAPEUTES

Avenue du Sacré-Coeur 59
1090 BRUXELLES
02/478.13.11

ASSOCIATION POUR L'ETUDE, LA MODIFICATION ET LA THERAPIE DU COMPORTEMENT (A.E.M.T.C.)

rue Saint-Laurent 9
4000 LIEGE
04/221.06.29
aemtc.rfccc@scarlet.be
www.ulg.ac.be/aemtc

> *Formations/listes psychiatres et psychologues
pratiquant les thérapies comportementales.*

ECOLE BELGE DE PSYCHOTHERAPIE ANALYTIQUE A MEDIATION CORPORELLE

rue Oliver Benne 23
1357 HELECINE
019/65.70.34 02/343.82.18
Info@psycorps.org
www.psycorps.org

ECOLE DE PSYCHANALYSE

rue Alphonse Renard 64
1050 BRUXELLES
02/648.26.61

ECOLE PSYCHANALYTIQUE DE BRUXELLES

rue du Magistrat 20
1000 BRUXELLES
02/648.26.61 (de 9h30 à 12h30)

FEDERATION BELGE DES PSYCHOLOGUES

Galerie Agora
rue Marché-aux-Herbes 105/18
1000 BRUXELLES
02/514.75.09
Bfp@skynet.be
www.bfp-fbp.be

GROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES DE L'ASSOCIATION BELGE POUR L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE

rue de La Hulpe 105b
1331 ROSIERE
02/344.96.90

INSTITUT MILTON ERICKSON

- rue de la Grotte 7
1310 LA HULPE
02/652.09.09
- rue de Sordeye 17
4031 LIEGE
04/367.31.85
- rue du Village 39
4031 PHILIPPEVILLE
065/64.19.89

> *Formations/liste des praticiens/hypnothérapie/
thérapie brève.*

SOCIETE BALINT BELGE

Rue de la Flanière 44
6043 CHARLEROI (RANSART)
071/34.44.71
balint@skynet.be
www.balint.be

UNION DES KINESITHERAPEUTES FRANCOPHONES & GERMANOPHONES DE BELGIQUE

Chaussée de Namur 31
6061 MONTIGNIES-SUR-SAMBRE
071/41.08.34

SOCIETE BELGE DE GESTALT

rue des Pâquerettes 76
1030 BRUXELLES
02/242.51.18
> *Association professionnelle.*

SOCIETE BELGE DE PSYCHANALYSE

rue Stallaert 6
1060 BRUXELLES
02/344.38.14
Sobelpsy@infonie.be
Societe.psychanalyse.be

SOCIETE BELGE DE PSYCHOLOGIE ANALYTIQUE. INSTITUT D'ETUDES C.G. JUNG

avenue Circulaire 4
1180 BRUXELLES
02/771.79.11

SOCIETE BELGE DE SEXOLOGIE ET DE PSYCHANALYSE

rue de Tenbosch 31
1050 BRUXELLES
02/649.52.36

SOCIETE BELGE DE SOPHROLOGIE ET DE RELAXATION

square du Souvenir 4
5001 NAMUR
081/73.40.58

SOCIETE BELGE D'HYPNOSE DE LANGUE FRANCAISE

rue Leys 18
1050 BRUXELLES
02/733.89.83

chapitre 8

ANNEXES

Sommaire Annexes

<i>Annexe 1 :</i>	Dépliant non-consommateur campagne	p. 77
	Anxiété	
	Stress	
	Troubles du sommeil	
<i>Annexe 2 :</i>	Dépliant consommateur campagne.	p. 81
<i>Annexe 3 :</i>	Le test du Bendep-SRO	p. 85
<i>Annexe 4 :</i>	Agenda du sommeil	p. 87
<i>Annexe 5 :</i>	Formulaire d'inscription des patients ayant consommé des benzodiazépines	p. 89
<i>Annexe 6 :</i>	Exemple lettre d'arrêt.	p. 91
<i>Annexe 7 :</i>	Liste symptômes de sevrage benzodiazepines	p. 93
<i>Annexe 8 :</i>	Exemples de plans d'arrêt progressif.	p. 95

ANNEXE 1

Dépliant non-consommateur campagne

> Dépliant : anxiété.

Tout un chacun peut éprouver de l'anxiété face à un danger réel ou imaginaire. On peut ressentir dans ces conditions de l'inquiétude, de l'appréhension, une tension nerveuse et aussi des manifestations physiques accompagnant ces sentiments comme, par exemples, des palpitations, de la transpiration, des sensations de vertige, de l'essoufflement, des spasmes à l'estomac... Par ailleurs, certaines personnes peuvent présenter des manifestations très régulièrement ou encore très intensivement au point que cela les handicape et leur pose un sérieux problème de santé.

Les formes de cette anxiété que l'on appelle alors pathologique ou « trouble anxieux » sont diverses : l'anxiété généralisée concerne la forme où on est anxieux à propos de tout et de rien ; lorsque cela survient par crise brutalement, très intensément et sans raison apparente, c'est l'attaque de panique. Lorsque l'anxiété, au contraire, est spécifiquement liée à des situations particulières (grands et petits espaces) on parle de phobie ; enfin, lorsque ce sont des idées obsédantes (par exemple de la propreté) ou des comportements répétitifs incontrôlés on parle de T.O.C. (troubles obsessionnels compulsifs). Enfin, dans les suites d'un traumatisme majeur (agression, accident, attentat, ...) peut se développer un trouble anxieux spécifique appelé stress post-traumatique.

Chacune de ses formes d'anxiété, doit être bien identifiée et traitée spécifiquement. Dans l'anxiété, les pensées, les sentiments, les sensations et les comportements jouent un rôle dans l'origine des troubles mais aussi dans leur maintien.

Quand voir le médecin généraliste ?

Si l'anxiété perturbe sérieusement votre vie quotidienne et que les conseils pratiques ci-dessous ne vous aident

pas, demandez de l'aide à votre médecin généraliste. Ces plaintes peuvent être soignées. Parfois, votre médecin généraliste peut vous orienter vers un professionnel spécialisé dans votre problème, en vue de chercher ensemble la meilleure solution.

Et les somnifères et calmants ?

Les somnifères et les calmants peuvent être une aide temporaire, mais ne résolvent pas les problèmes à l'origine de vos difficultés. En plus, ils entraînent régulièrement des effets secondaires comme la somnolence, les troubles de la mémoire et la diminution de la tension des muscles. Les effets secondaires ne sont pas toujours perçus, mais il peuvent parfois avoir des conséquences graves. Ainsi, chaque année des centaines de personnes se cassent la hanche en se levant la nuit, ou causent des accidents de la route alors qu'ils ont pris des calmants et somnifères. Les personnes âgées doivent être plus attentives, du fait que l'effet de ces médicaments persiste plus longtemps dans leur organisme. Aussi ne prenez jamais des calmants ou des somnifères de votre propre initiative, sans consulter votre médecin ! Parfois, le médecin vous prescrira un somnifère ou un calmant au début d'un autre traitement avant que celui-ci ne soit réellement actif.

Suivez exactement les recommandations de votre médecin sans prendre ces médicaments sur une plus longue période ou à une dose plus forte que prescrite. Il est établi que chez bon nombre de personnes, la prise de somnifères et calmants peut entraîner un état de dépendance déjà après deux semaines.

Que pouvez-vous faire ?

- > Apprenez à penser différemment :
 - a. Se dire que ce sont des idées « qui sont anormales », que vous n'êtes atteint d'aucun mal dangereux.
 - b. Exercez-vous à penser à autre chose, d'agréable si possible, lorsque des idées d'anxiété apparaissent.

- c. Pensez aussi qu'il ne s'est rien passé de catastrophique lors d'épisodes d'anxiété précédemment etc ...
- > Apprenez à vous sentir différemment :
- Si des sensations d'anxiété vous envahissent, imaginez-les comme des sensations parasites qui ne sont en rien dangereuses ; au cas contraire vous risquez d'augmenter votre anxiété.
 - Exercez-vous, en dehors des crises d'anxiété, à des exercices de respiration douce dans le calme et exercez-vous à vous détendre, à vous relaxer ... une détente physique contribue à engendrer une détente psychologique ...
 - Aussi en cas d'attaque de panique, en complément de vos exercices de détente psychologique, utiliser la technique du « petit sac » : respirez à quelques reprises votre propre air, que vous expirez dans un petit sac. Ceci calme rapidement une attaque de panique.
- > Apprenez à faire différemment :
- Apprenez à agir différemment lorsque certaines situations particulières vous posent problème comme, par exemple, vous promener dans de grands espaces, soit vous vous faites accompagner par une personne soit bien évidemment vous évitez ces endroits. Toutefois, sachez qu'éviter ne résout pas le problème mais risque de le chronifier.
 - Par contre, vous habituer progressivement à des situations qui vous font peur, peut progressivement faire disparaître votre peur : en acceptant d'avance que vous aurez des sensations désagréables mais, répétons-le, jamais dangereuses comme de la transpiration, une sensation de vertige etc
 - Il faut aussi oser parler de votre anxiété à vos proches, à l'un ou l'autre confident, cela peut vous soulager et cela leur permet de mieux vous comprendre, éventuellement de vous aider. Vous constaterez aussi que vous n'êtes pas du tout le seul à présenter ces manifestations qui n'ont rien à voir avec de la folie et qui ne sont pas des signes avant-coureurs d'une maladie mentale grave mais que beaucoup de personnes présentent ces signes d'anxiété.
 - Vous aurez sans doute constaté qu'une boisson alcoolisée calme l'anxiété, sachez toutefois que vous habituer à ce type de solution fait

évidemment naître le risque que la prise d'alcool devienne une habitude qui s'amplifie et que vous en deveniez à un certain moment dépendant, ce qui n'est pas non plus une solution. De plus, les lendemains des jours où vous avez bu plus que de coutume, vous risquez de présenter une aggravation de vos symptômes d'anxiété.

> Dépliant : stress.

Le stress est une réaction de notre corps et de notre esprit à une situation qui apparaît comme menaçante, que nous craignons ne pas pouvoir maîtriser. Ceci crée une tension ou charge psychologique.

Une certaine dose de stress ou de tension psychologique fait partie de notre quotidien. Cela nous pousse à réagir, à être créatif, à trouver des solutions pour faire baisser cette pression. Dans ce dernier cas, on se rend compte que le stress est supportable et on en a beaucoup moins peur.

Un stress léger, épisodique, est acceptable et même bénéfique ; un stress lourd et plus permanent devient handicapant et nuisible pour la santé : des plaintes d'ordre psychologique (anxiété, mauvaise concentration, troubles du sommeil) ou physique (douleurs à l'estomac, palpitations, maux de tête) peuvent apparaître.

Le niveau de stress ou « charge » résulte du poids des difficultés qu'on est amené à surmonter contre-balançé par les moyens psychologiques et ressources personnelles dont on dispose pour gérer ces problèmes.

Que pouvez-vous faire ?

Si nous reconnaissons les signes d'alarme du stress à temps, il est possible de le contrôler et d'en éviter l'aggravation.

> Diminuer les charges :

- Identifiez les types de situations qui régulièrement vous pèse avec lesquelles vous vous débrouillez mal, évitez-les, si c'est possible sinon abordez-les autrement de ce que vous faites d'habitude, parlez-en à vos proches, à un confident, voyez si un autre point de vue, une autre approche du problème n'est pas possible.
- Dans votre travail, vos activités journalières, vous pouvez peut-être mieux vous organiser, tout ce que vous faites est-il vraiment nécessaire, fixez-vous des priorités etc ...

- c. N'avez-vous pas tendance à accepter « tout ce qu'on vous demande » ? Apprenez parfois à dire « non ».
 - d. Si vous appliquez tout ceci, cela vous permet d'avoir un sentiment de meilleur contrôle de ce qui se passe et de diminuer la sensation de stress.
- > Augmenter vos moyens et ressources personnelles
- a. Équilibrez mieux – si possible – vos activités et travail d'une part, détente et relaxation d'autre part.
 - b. Identifiez, recherchez et pratiquez régulièrement ce qui vous fait personnellement plaisir.
 - c. Trouvez le type d'activité et de détente qui soulage votre état de stress, ceci est très individuel.
 - d. S'exprimer, rire, crier et parfois même pleurer sont aussi des moyens de décharger des tensions.
 - e. Apprenez des méthodes simples de détente physique, de relaxation, de yoga... Ou simplement lire. Ces exercices de détente n'ont de réels effets que si ils sont réalisés très régulièrement.
 - f. Évitez de compenser votre stress en fumant, en prenant des boissons alcoolisées, en grignotant ou en prenant des sucreries à tout bout de champ ou encore des stimulants, des boissons avec caféine comme le café et autre etc ... Tout ceci soulage peut-être temporairement mais ne fait que rebondir votre état de tension nerveuse plus tard et n'est évidemment pas excellent pour votre santé en général.
 - g. Parlez régulièrement de ce qui vous préoccupe, de ce qui vous met sous tension, des événements de vie quotidiens qui vous ont énervés, avec vos proches, avec un proche confident, attentif et attentionné. Ceci soulage largement une tension interne. Vous pouvez aussi vous exprimer en écrivant ou par toute autre forme de créativité artistique.

Quand voir le médecin généraliste ?

Si le stress perturbe sérieusement votre vie quotidienne et que les conseils pratiques ci-dessous ne vous aident pas, demandez de l'aide à votre médecin généraliste. Ces plaintes peuvent être soignées. Parfois, votre médecin généraliste peut vous orienter vers un professionnel spécialisé dans votre problème, en vue de chercher ensemble la meilleure solution.

Et les somnifères et calmants ?

Les somnifères et les calmants peuvent être une aide temporaire, mais ne résolvent pas les problèmes à l'origine de vos difficultés. En plus, ils entraînent régulièrement des effets secondaires comme la somnolence, les troubles de la mémoire et la diminution de la tension des muscles. Les effets secondaires ne sont pas toujours perçus, mais il peuvent parfois avoir des conséquences graves. Ainsi, chaque année des centaines de personnes se cassent la hanche en se levant la nuit, ou causent des accidents de la route alors qu'ils ont pris des calmants et somnifères. Les personnes âgées doivent être plus attentives, du fait que l'effet de ces médicaments persiste plus longtemps dans leur organisme. Aussi ne prenez jamais des calmants ou des somnifères de votre propre initiative, sans consulter votre médecin !

Parfois, le médecin vous prescrira un somnifère ou un calmant au début d'un autre traitement avant que celui-ci ne soit réellement actif. Suivez exactement les recommandations de votre médecin sans prendre ces médicaments sur une plus longue période ou à une dose plus forte que prescrite.

Il est établi que chez bon nombre de personnes, la prise de somnifères et calmants peut entraîner un état de dépendance déjà après deux semaines.

> Dépliant : troubles du sommeil.

Le sommeil est évidemment nécessaire pour se reposer de la journée et retrouver l'énergie pour le lendemain. Pour ce faire, le nombre d'heures de sommeil varie d'une personne à l'autre. En particulier, le besoin de sommeil change avec l'âge : il devient plus léger et les périodes de réveil sont plus importantes.

Il est courant d'avoir l'une ou l'autre période de réveil au cours de la nuit. Si réellement l'organisme manque d'heures de sommeil, on présentera pendant la journée de la fatigue, de la somnolence, mais aussi de la nervosité et des difficultés à se concentrer.

Si le manque de sommeil persiste pendant plusieurs semaines, la santé peut en souffrir.

Que pouvez-vous faire ?

Souvent les troubles de sommeil sont le reflet de journées qui se passent mal. Comme dit le dicton populaire « on

dort, comme on fait son lit », autrement dit un sommeil de qualité cela se prépare. Voici quelques conseils.

Sachez toutefois que si vous les suivez correctement, il faudra quelques jours, et même parfois deux à trois semaines pour en ressentir les bienfaits. Voyez ceux qui vous conviennent mieux que les autres et utilisez les plus fréquemment !

> Activité et relaxation :

- a. Soyez actif tout au long de la journée. Une activité physique régulière améliore la qualité du sommeil.
- b. Evitez des activités physiques et même intellectuelles intenses peu de temps avant votre coucher.
- c. Avant de se coucher, il est bon de s'y préparer par une demi-heure de détente.
- d. Contrairement à ce que certains pensent, une activité sexuelle au coucher est plutôt favorable au sommeil.

> Manger, boire et l'environnement du sommeil :

- a. Evitez les repas lourds, des quantités importantes de boissons alcoolisées ou celles qui contiennent des stimulants comme la caféine, la théine, ...
- b. Evitez de fumer.
- c. Dans un premier temps, un peu d'alcool facilite l'endormissement, mais son abus entraîne un sommeil moins profond et des réveils plus fréquents.
- d. Prévoyez une température agréable, dans la chambre à coucher, une bonne aération et l'obscurité.

> Bonne hygiène de sommeil :

- a. Ne restez pas trop longtemps au lit éveillé(e). Si vous n'êtes pas endormi(e) après avoir passé une petite demi-heure au lit, levez-vous et faites l'une ou l'autre tâche, dans une autre pièce. Si vous sentez la fatigue arriver, retournez au lit. Si à nouveau vous tardez à vous endormir, levez-vous et recommencez.
- b. Une régularité dans les heures du coucher entraînera automatiquement une régularité dans les heures de sommeil.
- c. Evitez de dormir pendant la journée. Si vous faites régulièrement une sieste limitez-la à une petite demi-heure. Des siestes plus longues peuvent perturber le sommeil durant la nuit.

Quand voir le médecin généraliste ?

Si les troubles de sommeil perturbent sérieusement votre vie quotidienne et que les conseils pratiques ci-dessous ne vous aident pas, demandez de l'aide à votre médecin généraliste. Ces plaintes peuvent être soignées. Parfois, votre médecin généraliste peut vous orienter vers un professionnel spécialisé dans votre problème, en vue de chercher ensemble la meilleure solution.

Et les somnifères et calmants ?

Les somnifères et les calmants peuvent être une aide temporaire, mais ne résolvent pas les problèmes à l'origine de vos difficultés. En plus, ils entraînent régulièrement des effets secondaires comme la somnolence, les troubles de la mémoire et la diminution de la tension des musculaires. Les effets secondaires ne sont pas toujours perçus, mais ils peuvent parfois avoir des conséquences graves. Ainsi, chaque année des centaines de personnes se cassent la hanche en se levant la nuit, ou causent des accidents de la route alors qu'ils ont pris des calmants et somnifères. Les personnes âgées doivent être plus attentives, du fait que l'effet de ces médicaments persiste plus longtemps dans leur organisme. Aussi ne prenez jamais des calmants ou des somnifères de votre propre initiative, sans consulter votre médecin !

Parfois, le médecin vous prescrira un somnifère ou un calmant au début d'un autre traitement avant que celui-ci ne soit réellement actif.

Suivez exactement les recommandations de votre médecin sans prendre ces médicaments sur une plus longue période ou à une dose plus forte que prescrite. Il est établi que chez bon nombre de personnes, la prise de somnifères et calmants peut entraîner un état de dépendance déjà après deux semaines.

ANNEXE 2

Dépliant consommateur campagne.

Vous rencontrez actuellement des problèmes d'anxiété, de stress, ou des troubles du sommeil, et vous prenez actuellement des calmants et /ou des somnifères. Lisez attentivement ce dépliant, il peut vous aider à voir, si réellement ceci est une bonne solution pour traiter votre problème.

> Les calmants soulagent mais ne guérissent pas.

Tout un chacun peut rencontrer des situations anxiogènes (problèmes au travail, difficultés de couple, décès de proches,...) ou stressantes. Les anxiolytiques et somnifères peuvent aider à passer un cap difficile mais ils ne guérissent pas l'anxiété, au mieux, ils font juste disparaître certains symptômes, mais ne tarissent pas la cause sous-jacente. De plus, leur usage prolongé est déconseillé : ils peuvent entraîner des problèmes d'accoutumance, de dépendance, des troubles de la mémoire, de la concentration, ou masquer des troubles dépressifs, qui dans ces conditions ne bénéficient pas du bon traitement. Ils peuvent aussi perturber la vigilance lors de la conduite d'un véhicule et occasionner des chutes la nuit, lorsqu'une personne sous l'effet de somnifères doit se lever, ce qui est fréquent chez les personnes âgées. De plus, sur le plan légal, il n'est pas autorisé de conduire en ayant pris des calmants et des somnifères. En cas d'accident, il peut y avoir des problèmes avec l'assurance.

> Vous consommez des anxiolytiques ou des somnifères depuis plus de 1 mois.

Peut-être voudriez-vous pouvoir vous passer de ces médicaments ?

Posez-vous alors les 4 questions suivantes :

1. Sont-ils encore vraiment nécessaires ?

Et si vous aviez simplement peur de les abandonner ?

2. Une dose plus faible serait-elle peut-être aussi efficace ?
3. Existe-t-il des alternatives à la prise de ce type de médicaments ?
4. Suis-je prêt(e) à changer mes habitudes ?

Votre médecin généraliste pourra vous conseiller la solution qui vous convient le mieux.

> Où en êtes-vous ?

Afin de situer votre niveau de dépendance, nous vous proposons de répondre au questionnaire Bendep-SRO.

Ce test vous permettra d'évaluer :

- > Si votre consommation est problématique.
- > Votre besoin psychologique vis à vis de ces médicaments.
- > Votre respect des prescriptions.
- > La présence de symptômes de manque lorsque vous essayez de diminuer ou d'arrêter.

Demandez le formulaire du bendep-SRO à votre médecin, ou consulter le sur le site du Ministère de la santé, qui calculera automatiquement votre score, à l'adresse suivante :

<http://www.health.fgov.be/benzo>.

Un grand principe est de ne pas arrêter brutalement la prise de ce type de médicament puisqu'il existe un risque de voir apparaître des symptômes de manque ou de sevrage : aggravation de l'anxiété, insomnie, tremblements, irritabilité, confusion... Il est préférable de diminuer très progressivement les doses ou d'espacer les prises, en accord avec votre médecin généraliste.

En cas de diminution de la dose ou d'arrêt, il apparaît des signes de sevrage : comme par exemple de l'insomnie, des angoisses, de l'irritabilité, des difficultés de concentration, des douleurs musculaires, etc. Tous ces signes ressemblent fort à ceux qui vous ont conduit

à prendre ce médicament. Pour de nombreuses personnes, c'est la « preuve » qu'elles en ont besoin, de sorte qu'elles continuent à l'utiliser. Pourtant un arrêt progressif, et sous la surveillance de votre médecin, atténue ces signes de manque.

> Si vous vous rendez compte qu'effectivement, il vous est difficile de vous passer de ces médicaments.

Il faut savoir :

- > L'usage de longue durée de ces médicaments a sans doute compliqué votre problème de départ. A la raison initiale qui vous a amené à prendre des anxiolytiques et somnifères, ce sont ajoutés des effets d'habitude, et des effets de dépendances à ses substances, qui eux-même génèrent des troubles tant sur le point physique que psychologique. Dans ces conditions, il faudra sans doute vous faire aider par des professionnels de la santé (médecin traitant et/ou spécialiste). Votre médecin pourra ainsi détecter les conséquences de votre anxiété, de votre stress chronique ou encore de votre manque de sommeil sur votre santé (ulcère gastrique, pathologies cardio-vasculaires...). Il pourra aussi, dans le cadre du bilan médical, identifier les pathologies physiques ou psychologiques qui peuvent être sources de mal-être et expliquer la persistance des symptômes.
- > L'usage régulier de ces médicaments ne doit pas vous faire perdre de vue que, comme tout un chacun, il est bon d'utiliser régulièrement des moyens simples qui vous aident à diminuer la tension nerveuse, quelqu'en soit son origine. En voici quelques exemples :

> Pour évacuer les tensions nerveuses :

Quelques règles de vie permettant de réduire ou d'évacuer l'anxiété, le stress, et d'avoir un meilleur sommeil : Essayez-les !

- > Chaque jour, tentez d'avoir au moins une activité où vous prenez du plaisir.
- > Identifier et réagir : apprenez à reconnaître les premiers signes qui annoncent un état de mal-être et de tension nerveuse, d'anxiété et de stress, ... et trouvez les « trucs » pour y remédier, comme la distraction, la détente physique, la relaxation

psychologique, l'exercice physique, ...ou simplement en marchant un quart d'heure.

- > Pratiquez une activité physique ou de détente. Marcher un quart d'heure chaque jour est déjà bénéfique, et cela ne coûte pas cher !
- > Eviter les « excitants », tels que le café, les boissons contenant de la caféine, l'alcool ou le tabac.
- > Surveillez votre alimentation ; elle peut être à l'origine de tensions nerveuses.
- > Apprenez à vous détendre avec quelques techniques simples de relaxation.
- > Autorisez-vous des pauses au cours de la journée de travail, ne fut-ce qu'1/4 h.
- > Exprimez-vous, parlez de vos soucis, préoccupations et inquiétudes à vos proches.
- > Voyez si d'autres attitudes et comportements ne vous éviteraient pas tension et inquiétude. Faites l'exercice de voir comment une autre personne réagirait à votre place. Un changement vous serait peut-être bénéfique ?
- > N'en faites pas trop, imposez vous des limites, osez dire non.
- > Veiller à la qualité de votre sommeil : mangez léger le soir, ne prenez pas d'alcool pour dormir, la chambre doit être agréable et à une température pas trop élevée (inférieure à celle qui est habituelle pour vous pendant la journée), allez dormir seulement quand vous avez sommeil, ne regardez pas la TV au lit, ...

> Alternatives à la prise de calmants et de somnifères.

A côté des anxiolytiques, d'autres approches d'aide et de traitement efficaces existent.

> La relaxation :

1. Exercice de détente (tel par exemple la sophrologie) : de tels exercices de détente physique et psychique aide à évacuer l'anxiété, source de tensions nerveuses et de troubles du sommeil.
2. Massages et relaxation musculaire.
3. Audiocamets : CD audio favorisant la relaxation, vendus en pharmacie. Il en existe spécifiquement sur le stress, les troubles du sommeil, ...

> Yoga, hypnose, méditation, ...

> Les psychothérapies (traitement d'aide de nature psychologique).

Il en existe différents types :

- Apprendre à organiser ses perceptions et ses pensées différemment et vivre ainsi autrement le monde qui nous entoure.
- Apprendre à mieux identifier et exprimer ses émotions.
- Mieux se comprendre.
- Changer de comportement, d'attitudes, ... Elles ont chacune des objectifs, et des indications différentes, et sont plus adaptées à l'une ou l'autre personne. Parlez-en avec votre médecin et si nécessaire avec un psychothérapeute.

> **Les autres traitements pharmacologiques.**

A côté des benzodiazépines, il existe d'autres médicaments agissant sur l'anxiété et les troubles du sommeil.

Parlez-en à votre médecin.

> **Où trouver de l'aide ?**

- > Auprès de votre médecin généraliste.
- > Auprès de structures spécialisées dans l'aide psychologique et psychothérapeutique : centres de santé mentale, plannings familiaux.
- > En consultation : dans les hôpitaux, les polycliniques, en privé.
- > La Fondation Julie Renson fournit une base de données détaillées sur les structures de soins en santé mentale, soit par téléphone (02/538.94.76), soit sur leur site <http://www.julierenson.be>.

> **En conclusion.**

Etre parfois anxieux ou stressé, avoir quelques troubles du sommeil, sont des phénomènes normaux. Ils font partie de notre quotidien. Cela nous pousse à réagir, à être créatif, à trouver des solutions pour faire baisser cette pression. Une tension psychologique légère, épisodique, est acceptable et même bénéfique. Par contre, une tension lourde et plus permanente devient handicapante et nuisible pour la santé : des plaintes d'ordre psychologique (anxiété, mauvaise concentration, troubles du sommeil) ou physique (douleurs à l'estomac, palpitations, maux de tête) peuvent apparaître. Dans ce cas, demandez conseil auprès de votre médecin généraliste ou auprès d'un psychiatre, qui vous indiqueront l'approche de traitement la plus adéquate.

Rappelons que l'arsenal thérapeutique est large : les calmants et les somnifères (les benzodiazépines) soulagent rapidement mais ne guérissent pas. De plus, le risque de dépendance de ces médicaments peut entraîner des problèmes supplémentaires. Vous pouvez aussi choisir un traitement sans médicament. Parlez-en à votre médecin, il peut vous aider.

LISTE DE BENZODIAZEPINES (05/09/05)

Akton	Lorazemed
Alpraz	Lorazepam EG
Alprazomed	Lorazepam Teva
Alprazolam Bexal	Lorazetop
Alprazolam EG	Loridem
Alprazolam Sandoz	Lormetamed
Alprazolam Teva	Lormetazepam EG
Alprazolam-Ratiopharm	Lormetazepam Teva
Anxiocalm	Lysanxia
Bromatop	Metatop
Bromazepam EG	Mogadon
Bromazepam Teva	Myolastan
Bromazepam-Ratiopharm	Nitrazepam Teva
Bromidem	Noctacalm
Calmday	Noctamid
Clozan	Octonox
Diazepam EG	Optisedine
Diazepam Teva	Oxazepam EG
Diazepam-Ratiopharm	Oxazepam Teva
Docalprazo	Rivotril
Docbromaze	Rohypnol
Docloraze	Sedaben
Doclormeta	Serenase
Dormicum	Seresta
Dormonoct	Solatran
Epsipam	Staurodorm
Flunitrazepam EG	Stilaze
Frisium	Temesta
Halcion	Topazolam
Keladormet	Tranquo
Kelalexan	Tranxene
Lauracalm	Uni-Tranxene
Lendormin	Valium
Lexotan	Victan
Loprazolam	Vigiten
Loramet	Xanax
Loranka	

Autres somnifères similaires

Imovane	Zolpidem-Ratiopharm
Merck-Zolpidem	Zopiclone EG
Merck-Zopiclone	Zopiclone Teva
Zolpidem Bexal	Zopiclone-Ratiopharm
Zolpidem EG	Sonata
Zolpidem Sandoz	Stilnoct
Zolpidem Teva	

ANNEXE 3

Faites le test du bendep-SRO.

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation de votre consommation de benzodiazépines, mis au point par le professeur Kan aux Pays-Bas.

Pour le compléter, faites-vous aider si nécessaire par votre médecin généraliste.

Ceci concerne uniquement les calmants et les somnifères repris sur la liste, que vous trouverez en dernière page.

Les réponses à ce questionnaire permettent de vous situer par rapport à votre consommation de ces substances et en particulier d'apprécier si vous êtes "dépendant" à cette substance.

Parlez-en avec votre médecin !

> Pour chaque proposition, notez si cela s'applique :

-
- | | |
|---|----------|
| 1 | jamais |
| 2 | rarement |
| 3 | parfois |
| 4 | souvent |
| 5 | toujours |
-

PROPOSITION	Entourez la note qui s'applique à vous				
1. Je prends des médicaments quand c'est nécessaire, sinon j'aurais des problèmes.	1	2	3	4	5
2. Je deviens nerveux si je n'ai pas de médicaments sous la main.	1	2	3	4	5
3. D'autres insistent pour que je prenne moins de médicaments.	1	2	3	4	5
4. Je prends plus de médicaments que la quantité indiquée sur la prescription / l'ordonnance.	1	2	3	4	5
5. Je me sens à l'aise si j'ai mes médicaments sous la main.	1	2	3	4	5
6. Actuellement, les médicaments agissent moins bien qu'autrefois.	1	2	3	4	5
7. Ces médicaments sont trop vite consommés.	1	2	3	4	5
8. Ces médicaments me causent des problèmes.	1	2	3	4	5
9. Il m'est déjà arrivé de modifier une ordonnance.	1	2	3	4	5
10. J'envisage d'arrêter la consommation des médicaments.	1	2	3	4	5
11. Juste avant de prendre mes médicaments, je ne pense qu'à cela.	1	2	3	4	5
12. Mon esprit est très préoccupé par les médicaments.	1	2	3	4	5
13. Je crois que ces médicaments me font du mal.	1	2	3	4	5
14. Je vais chercher une nouvelle ordonnance plus rapidement que prévu.	1	2	3	4	5
15. Je prends beaucoup de ces médicaments en une seule prise.	1	2	3	4	5

Si vous avez déjà tenté de réduire votre consommation de ces médicaments ou de les arrêter complètement, répondez aux questions suivantes. A la diminution ou à l'arrêt de ces médicaments, des problèmes peuvent surgir. Voici quelques-uns de ces problèmes, voyez si ceci vous est arrivé.

- Si cela vous ne vous est jamais arrivé, entourez le (1).
 Si c'est un peu, entourez le (2).
 Si c'est assez souvent, entourez le (3).
 Si c'est beaucoup, entourez le (4).
 Si c'est énormément entourez le (5).

Si au contraire, vous n'avez jamais essayé de diminuer ou d'arrêter la consommation de ces médicaments, vous ne devez pas répondre à cette question. Passez au point suivant.

> *Donnez pour chaque plainte un score de 1 à 5.*

PROBLEMES	Entourez le chiffre qui correspond à votre cas				
	Pas du tout ou quasi pas	Un peu	Assez souvent	Beaucoup	Énormément
16. Des sentiments dépressifs	1	2	3	4	5
17. De la fatigue	1	2	3	4	5
18. Des tremblements	1	2	3	4	5
19. De l'irritabilité	1	2	3	4	5
20. De l'agitation	1	2	3	4	5

> Le calcul de vos résultats.

Si vous souhaitez savoir où vous vous situez par rapport à votre consommation de benzodiazépines, parlez-en à votre médecin, à l'aide de ce document.

Si vous désirez aller plus loin et faire vous-même une évaluation personnelle de votre consommation de ces médicaments :

- > Savoir par exemple si votre consommation est problématique (**risque d'avoir l'un ou l'autre problème de santé**).
- > Savoir si la prise de benzodiazépines devient chez vous une préoccupation assez régulière (**vous n'êtes pas bien si vous n'en avez pas sous la main**).

> Savoir si votre compliance aux benzodiazépines vous amène à ne pas plus suivre les prescriptions du médecin.

(auto-médication).

> Enfin si en essayant de diminuer ou d'en arrêter la prise, vous avez déjà rencontré des problèmes liés au manque et qui ne vous ont pas encouragés à prendre moins de médicaments ou à les arrêter, vous avez des problèmes dits de « sevrage ».

Dans ce cas, une méthodologie particulière de diminution progressive des doses, que vous conseillera votre médecin, vous aidera à mieux passer le cap.

> Instruction.

Pour toutes les questions où vous obtenez un score de 3 ou plus mettez une croix dans les cases blanches correspondantes (si vous avez répondu à cette question).

Faites le total de croix par colonne. Si ce total est supérieur à deux, parlez-en à votre médecin votre consommation peut être problématique.

Question	Consommation problématique	Préoccupation exagérée pour les médicaments	Compliance au traitement	Signes de manque
1	/ / /		/ / /	/ / /
2	/ / /		/ / /	/ / /
3		/ / /	/ / /	/ / /
4	/ / /	/ / /		/ / /
5	/ / /		/ / /	/ / /
6		/ / /	/ / /	/ / /
7	/ / /	/ / /		/ / /
8		/ / /	/ / /	/ / /
9	/ / /	/ / /		/ / /
10		/ / /	/ / /	/ / /
11	/ / /		/ / /	/ / /
12	/ / /		/ / /	/ / /
13		/ / /	/ / /	/ / /
14	/ / /	/ / /		/ / /
15	/ / /	/ / /		/ / /
16	/ / /	/ / /	/ / /	
17	/ / /	/ / /	/ / /	
18	/ / /	/ / /	/ / /	
19	/ / /	/ / /	/ / /	
20	/ / /	/ / /	/ / /	
Total des croix				

ANNEXE 4

Agenda de sommeil.

Le médecin a le choix en termes d'agenda de sommeil : il peut notamment utiliser des formulaires existants, tels que l'exemplaire joint à la présente à titre d'exemple. Il peut également tenir un journal en collaboration avec le patient. Ce journal doit contenir au moins les données suivantes :

En ce qui concerne le *sommeil* :

- > Temps passé au lit (heure du coucher et du lever, nombre d'heures passées au lit).
- > Temps de sommeil effectif.
- > Qualité du sommeil (éventuellement traduite en score VAS).
- > Réveil pendant la nuit : nombre de réveils ? durée ? la cause du réveil est-elle connue ?
- > Moment de réveil définitif.
- > Heure du lever.
- > Siestes en journée, combien de fois ? De quelle durée ?

Grâce au journal, le médecin peut notamment demander des informations sur *l'hygiène du sommeil* du patient :

- > Consommation d'alcool après 18 heures.
- > Tabagisme après 18 heures.
- > Heure du repas du soir (et importance du repas).
- > Consommation d'alcool et de tabac pendant la nuit.
- > Moral et contenu des idées ruminées.
- > Pensées récurrentes sur le sommeil et les troubles du sommeil.
- > Médicaments (sommifères et autres).

La méthode la plus simple consiste à demander au patient comment il évalue son fonctionnement pendant la journée sur une échelle de 0 à 100. Si le patient répond « 60 », le médecin peut ensuite lui demander

ce qu'il peut encore faire en étant à 60 qu'il n'est plus capable de faire à 55, 50 ou 45. Et ce qu'il ferait ou pourrait faire s'il s'était attribué un score de 65, 70, etc. A quoi remarquerait-il l'amélioration ? De même, le médecin peut également évaluer la qualité du sommeil à l'aide d'un score.

L'utilisation d'échelles permet une évaluation plus nuancée de ses problèmes par le patient. Attention : il s'agit d'une technique d'entretien et non d'une échelle utilisée pour une étude.

> AGENDA DE SOMMEIL¹

Nom :

Début : jour, date :

Structure du sommeil.

1 ^{er} jour	2 ^e jour	3 ^e jour	4 ^e jour	5 ^e jour	6 ^e jour	7 ^e jour
...						
...						

- > A quelle heure vous êtes-vous levé(e) ce matin ?
- > A quelle heure étiez-vous allé(e) vous coucher hier soir ?
- > Combien de minutes vous a-t-il fallu pour vous endormir ?
- > A quelle fréquence vous êtes-vous réveillé(e) pendant la nuit ?
- > Au total, pendant combien de temps êtes-vous resté(e) éveillé(e) pendant la nuit ?
- > Combien d'heures/de minutes avez-vous dormi au total ?
- > Consommation d'alcool la nuit dernière ? (quoi et en quelle quantité ?)
- > Combien de somnifères avez-vous pris pour arriver à vous endormir ?

Qualité du sommeil.

- > Comment vous sentez-vous ce matin ?

0	1	2	3	4
pas bien du tout		moyennement		très bien

- > Dans quelle mesure votre sommeil de la nuit dernière vous a-t-il fait du bien ?

0	1	2	3	4
pas bien du tout		moyennement		très bien

- > Dans quelle mesure étiez-vous mentalement actif au lit la nuit dernière ?

0	1	2	3	4
pas du tout		moyennement		très

- > Dans quelle mesure étiez-vous physiquement tendu au lit la nuit dernière ?

0	1	2	3	4
pas du tout		moyennement		très

¹ Sleep diary extrait de "The Management of Anxiety and Insomnia".

ANNEXE 5

Formulaire d'inscription des patients ayant consommé des benzodiazépines de manière prolongée

Contre-indications à l'arrêt progressif ?							
Arrêt progressif possible ?							
Administration depuis + d'un mois ?							
Indication							
Benzodiazépines (nouveaux hypnotiques inclus) marque + posologie + fréquence d'administration							
Patient							
Date du contact							

ANNEXE 6

Exemple lettre d'arrêt

Nom

Adresse

Code postal + localité

Localité, date d'envoi

Madame, Monsieur,

Je vous prescris régulièrement du (nom du somnifère ou du calmant).

Ce médicament appartient au groupe des somnifères et calmants. Ma démarche peut vous paraître surprenante mais l'utilisation prolongée de ces substances suscite actuellement une certaine inquiétude.

En effet, elles agissent efficacement sur l'insomnie et l'angoisse dans un premier temps mais finissent par poser problème en cas d'utilisation prolongée. L'organisme s'y habitue aisément et après quelques semaines, le médicament n'est plus aussi efficace qu'au début. Il peut même créer une accoutumance et entraîner toutes sortes de troubles tels que l'angoisse ou l'insomnie chez les personnes qui ne prennent pas leur comprimé. Or, ces troubles ressemblent à s'y méprendre aux problèmes pour lesquels le médicament a été initialement prescrit. Pour les patients, bien souvent, ce phénomène prouve qu'ils en ont besoin et les convainc de continuer à le prendre.

En outre, ce médicament peut avoir une influence néfaste sur la **mémoire et la concentration**. Le risque de **chute** et d'**accident** peut également s'en trouver augmenté. Les conséquences peuvent être très graves, surtout pour les personnes âgées (ex. : fracture de la hanche). Même si votre somnifère ou calmant ne vous a jamais causé la moindre nuisance, il est cependant conseillé d'en suspendre ou d'en arrêter l'utilisation.

Dès lors, par cette lettre, je vous conseille de réduire progressivement votre consommation de <marque> et ensuite, si vous en avez la possibilité, de l'arrêter totalement. (Etant donné que votre organisme devra s'habituer à cette nouvelle situation, vous pourriez temporairement souffrir de nervosité, de stress et de troubles du sommeil. Dans ce cas, essayez de ne pas craquer car après un certain laps de temps, ces nuisances disparaîtront d'elles-mêmes et vous vous sentirez mieux.)

C'est pourquoi il est très important de réduire l'utilisation de somnifères et de calmants le **plus progressivement possible**, afin de moins en ressentir les effets. Je vous propose donc de réduire votre consommation **un peu plus chaque semaine**. Si vous y parvenez, vous vous sentirez peut-être capable d'arrêter totalement !

Les personnes qui arrivent à se passer de leur somnifère ou calmant retrouvent généralement une meilleure qualité de vie et une plus grande **clarté d'esprit**. J'espère que cette lettre vous encouragera à suivre leur exemple.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à venir me consulter pour en discuter de vive voix.

Nous pourrions établir un plan d'arrêt progressif adapté à votre cas personnel. Si nécessaire, nous pourrions également déterminer s'il n'existe pas d'autres solutions au problème pour lequel vous aviez commencé à prendre ce médicament si ce problème est toujours présent.

Cordialement,

Nom du généraliste

ANNEXE 7

Symptômes de sevrage

Nom du patient :

Date de remplissage :

Instruction :

Chacune des manifestations ci-dessous a été vécue par certaines personnes après avoir réduit leur consommation de somnifères ou de calmants. Lesquelles avez-vous vécues depuis la dernière consultation et dans quelle mesure ? Veuillez cocher la case correspondante.

	Non	Oui, un petit peu	Oui, beaucoup
Sentiment irréel			
Hypersensibilité au bruit			
Hypersensibilité à la lumière			
Hypersensibilité aux odeurs			
Hypersensibilité au toucher			
Goût bizarre dans la bouche			
Douleurs musculaires			
Crampes musculaires			
Agitation ou tremblements			

	Non	Oui, un petit peu	Oui, beaucoup
Membres endormis			
Vertiges			
Sensation de faiblesse générale			
Dépression			
Yeux douloureux			
Impression que les objets bougent alors qu'ils sont immobiles			
Hallucinations visuelles ou auditives			
Perte de contrôle sur les mouvements			
Pertes de mémoire			
Perte d'appétit			
Diarrhée			
Bouche sèche			
Démangeaisons			
Bourdonnements d'oreilles			
Brouillard devant les yeux			
Etat grippal			
Sensation d'être malade			

Source : Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire (Tyler) et Projekt Farmaka 1995

ANNEXE 8

Exemples de plans d'arrêt progressif

- > **EXEMPLE 1 : arrêt progressif à l'aide d'une préparation magistrale à base de diazépam.**

(Folia Pharmacotherapeutica 2002 et DGV 2003)

Le patient prend par exemple 2 mg de lormétazépam le soir. Cette dose correspond approximativement à 10 mg de diazépam.

Prescription : R/ diazépam 10 mg, DT 10 gélules,
S/ 1 le soir

Plan d'arrêt progressif : le patient sera revu tous les 10 jours, et si l'évolution est favorable, la dose de diazépam pourra être diminuée de 10% : diazépam 9 mg/jour, etc.

- > **EXEMPLE 2 : plan d'arrêt progressif utilisé dans le cadre d'une étude auprès de patients résidant en maison de repos.**

(Projekt Farmaka 1995)

L'ensemble des patients participant à l'étude se sont d'abord vu prescrire une dose équivalente de lorazépam.

Plan d'arrêt progressif : la dose de lorazépam a été réduite de 25% chaque semaine puis, au cours des dernières semaines, de 12,5% par semaine.

1re semaine : réduction à 75% de la dose initiale

2e semaine : réduction à 50%

3e semaine : réduction à 25%

4e semaine : réduction à 12,5%

5e semaine : réduction à 0%

- > **EXEMPLE 3 : plan d'arrêt progressif utilisé dans le cadre d'une étude auprès de patients en gériatrie.**

(Petrovic 2002)

Le patient s'est d'abord vu prescrire du lormétazépam à 1 mg, quelle qu'était la dose initiale, pendant 1 semaine.

Ensuite, le traitement a été totalement arrêté.



service public fédéral

**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

www.health.fgov.be/benzo