

BON USAGE DES ANXIOLYTIQUES



Comité scientifique

CLASSIFICATIONS DES TROUBLES ANXIEUX (TA)

Six entités cliniques

DSM IV



CIM 10

TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ (TAG)

Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois et concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tels le travail ou les performances scolaires)

Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée.

TROUBLE PANIQUE

Elle associe les critères suivants :

au moins attaques de panique récurrentes et inattendues ;
une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :

crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique,
préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par exemple perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »),
changement de comportement important en relation avec les attaque

Attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible.

TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE

Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance pendant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante

Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Elle peut s'accompagner d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.



PHOBIE SIMPLE OU SPÉCIFIQUE

Peur persistante et intense de caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (ex : prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang). Il existe nombreuses phobies spécifiques dont certaines peuvent devenir très invalidantes selon le contexte familial, social ou professionnel : ascenseur, conduite automobile, animaux, transports, sang et blessures, piqûres, etc

Phobies limitées à des situations très spécifiques comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, les espaces clos, l'utilisation des toilettes publiques, la prise de certains aliments, les soins dentaires, le sang ou les blessures. Bien que limitée, la situation phobogène peut déclencher, quand le sujet y est exposé, un état de panique, comme dans l'agoraphobie ou la phobie sociale.

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC)

Existence soit d'obsessions soit de compulsions :

obsessions définies par des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées, et entraînent une anxiété ou une détresse importante. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions ;

compulsions définies par des comportements répétitifs (ex : laver ses mains, ordonner, vérifier) **ou actes mentaux** (par exemple prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible

Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents.

Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée.

Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives.

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT)

Le sujet a été exposé à un **événement traumatique** avec présence des 2 éléments suivants :

le sujet a vécu, a été témoin de, a été confronté à, un (des) événement(s) durant le(s)quel(s) des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ont été menacés de mort ou de grave blessure,

ou bien durant le(s)quel(s) son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

NB : chez l'enfant, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

Ce trouble constitue une **réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant** (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.

ASPECTS ÉPIDÉMIO-MÉDICO-ÉCONOMIQUES

- Prévalence des TA en population générale âgée de 18 à 65 ans : sur 12 mois d'environ 15 %, sur la vie entière d'environ 21 %.
- Probabilité de présenter un TA : 2 fois plus élevée en France que dans les autres pays (Allemagne, Belgique, Espagne, Italie et Pays-Bas) (Etude ESEMeD)
- En France, en population générale, prévalence sur un an et sur la vie entière respectivement pour : TAG : 2,1 % et 6 %, trouble panique : 1,2 % et 3 %, agoraphobie : 0,6 % et 1,8 %, phobie sociale : 1,7 % et 4,7 %, phobie spécifique : 4,7 % et 11,6 %, ESPT : 2,2 % et 3,9 %.
- Globalement, fréquence deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme.
- Prévalence du TOC sur un an en Europe : environ 0,7 %
- Psychothérapie : concerne 5 % de la population une fois au cours de sa vie
- ALD 23 : affections psychiatriques de longue durée : 55 000 malades
- 2/3 des consommateurs d'anxiolytiques sont des femmes
- Etude EVA : en 2007 : prescription d'un anxiolytique pour anxiété : 32 % des > 65 ans et 40 % des > 85 ans (ou un hypnotique pour insomnie) ; prévalence du TA DSM IV chez les sujets âgés (SA) = 14,2 % Prévalence de la consommation d'anxiolytiques-hypnotiques (au moins une prise en 12 mois), en France : 18,6 % (dont 75 % avec consommation > 6 mois)
- Prévalence de cette consommation dans six autres pays d'Europe : 10,2 %
- **Mauvaise prescription des psychotropes**
 - « Overuse »: Hypnotiques, anxiolytiques, neuroleptiques
 - « Underuse »: Antidépresseurs.
 - « Misuse »: Antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques
- **Iatrogénie importante, souvent évitable** : Chutes, troubles cognitifs, intoxications
- **COUT +++** : Prescriptions inutiles et prise en charge de la iatrogénie

Place toute particulière du sujet âgé (SA) : ⇒ **surconsommation et effets indésirables ↗ avec l'âge**

- **Sujets polymédiqués**, à haut risque d'effets indésirables médicamenteux (EIM)
 - Troubles neuropsychiatriques** : ¼ des EIM du SA, 15 % syndromes démentiels d'origine médicamenteuse
 - SA > 65 ans très peu représentés dans les essais cliniques (3 % dans 9000 études randomisées, 1,2 % dans 706 méta-analyses)
 - **Au total : peu de données sur “Psychotropes et SA”**
- Consommation de psychotropes : 2^{ème} rang derrière les antalgiques, (dont en France 50 % chez les > 70 ans)
- Benzodiazépines (BZD) ⇒ chutes, avec risque fracturaire (Cohorte Paquid : 20 000 chutes/an avec conséquences graves dont 1800 morts/an en rapport avec la consommation d'anxiolytiques), altérations cognitives, accidents de la voie publique, troubles mnésiques
- EIM : responsables de 20 % des hospitalisations des SA > 80 ans

Loi n 2004 -806 du 09/08/2004 relative à la politique de Santé : Prévention du risque iatrogène : objectifs en 5 ans

Réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées chez les sujets âgés

Réduction de la fréquence des E.I.M. entraînant une hospitalisation

Professionnels impliqués : médecin traitant (MT) le plus souvent sollicité en premier, **responsable de 80 % des prescriptions**

Le psychiatre peut ou doit être sollicité en cas de :

- syndrome dépressif associé et risque de suicide ;
- forme récidivante, résistante au traitement ou chronique ;
- symptômes psychotiques ;
- patient abusant ou dépendant de psychotropes ou d'alcool ;
- difficulté diagnostique ;
- symptômes sévères ou complexes (association de différents troubles anxieux) ;
- troubles de la personnalité associés.

D'autres professionnels peuvent être impliqués : médecin du travail, médecin scolaire, urgentiste.

L'évaluation et la prise en charge des comorbidités ou de plusieurs TA associés peuvent nécessiter une formation complémentaire des professionnels

COMORBIDITÉS À PRENDRE EN CHARGE

Rechercher et traiter systématiquement :

association de plusieurs TA ;

dépression confirmée selon DSM IV : ISRS et Venlafaxine à propriétés anxiolytiques en première intention pendant 1 an

consommation d'alcool ou de drogue : sevrage à proposer en première intention, en évitant de toute façon les BZD utilisées abusivement par les patients dépendants (alcool ou médicaments), ou les délivrant avec la plus grande prudence ;

si comorbidité somatique : surveillance +++++ (surtout si cardiaque, endocrinien et neurologique)

DÉPRESSION-ANXIÉTÉ À ÉVALUER : HAMILTON HAD COVI

URGENCE DE LA CRISE SUICIDAIRE

(Novembre 2000 : conclusions de la conférence de consensus Fédération française de psychiatrie - ANAES)

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none">• relation de confiance établie avec un praticien• désir parler et recherche de communication• recherche de solutions à ses problèmes ;• pensées de suicide sans scénario suicidaire précis• persistance de pensées (moyens et stratégies) pour faire face à la crise• pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none">• équilibre émotionnel fragile• envisage clairement le suicide• existence d'un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée• aucun recours autre que le suicide pour cesser de souffrir• besoin d'aide et désarroi exprimé directement ou indirectement• isolement	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none">• décidé, passage à l'acte planifié et prévu pour les jours qui viennent• coupé de ses émotions• décision rationalisée ou grande émotion, agitation, trouble• Complètement immobilisé par la dépression ou état de grande agitation• douleur et souffrance omniprésentes ou complètement tues• accès direct et immédiat à un moyen de se suicider• sentiment d'avoir tout fait et essayé• très grand isolement

2/3 des morts par suicide ont eu une dépression

ÉCHELLE DES PEURS FSS III : FEAR SURVEY SCHEDULE

D'après J.-D. Guelfi
L'évaluation psychiatrique
standardisée. Paris : Éd.
médicales Pierre Fabre,
1996.

Pour identifier les peurs
présentes chez un sujet
et de donner un score
global de pathologie
phobique.

Éléments se rapportant à
des choses ou à des
circonstances pouvant
effrayer ou provoquer
d'autres sensations
désagréables.

Mettez une croix en face
de chaque question dans
la colonne qui décrit le
mieux le degré
d'inquiétude qu'elle
éveille chez vous en ce
moment.



NOM :	PRENOM :	SEXE :	AGE :	DATE :									
		Pas du tout	Un peu	Accusé	Reaucoup	Enormément			Pas du tout	Un peu	Accusé	Reaucoup	Enormément
1 Bruits d'aspirateurs								37 Oiseaux					
2 Blessures ouvertes								38 Vue de l'eau profonde					
3 Être seul								39 Être observé pendant son travail					
4 Être dans un endroit inconnu								40 Animaux morts					
5 Voix fortes								41 Armes					
6 Morts								42 Saleté					
7 Parler en public								43 Insectes rampants					
8 Traverser des rues								44 Assister à une bagarre					
9 Personnes qui ont l'air déséquilibré								45 Personnes laides					
10 Tomber								46 Feu					
11 Automobiles								47 Malades					
12 Être taquiné								48 Chiens					
13 Dentistes								49 Être critiqué					
14 Tonnerre								50 Formes étranges					
15 Sirène d'alarme								51 Prendre l'ascenseur					
16 Échec								52 Assister à des interventions chirurgicales					
17 Entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises								53 Personnes en colère					
18 Endroits élevés sur la terre ferme								54 Souris					
19 Personnes présentant des malformations								55 Sang: humain animal					
20 Vers								56 Se séparer de ses amis					
21 Créatures imaginaires								57 Espaces clos					
22 Se faire faire une piqûre								58 Perspective d'une opération chirurgicale					
23 Inconnus								59 Se sentir rejeté par les autres					
24 Chauve-souris								60 Avion					
25 Voyages en train en autobus en voiture								61 Odeurs de médicaments					
26 Se sentir en colère								62 Se sentir désapprouvé					
27 Personne exerçant une autorité								63 Battements de cœur désordonnés (extrasystoles)					
28 Insectes volants								64 Serpents inoffensifs					
29 Voir d'autres personnes se faire piquer								65 Cimetières					
30 Bruits soudains								66 Être ignoré					
31 Temps gris								67 Obscurité					
32 Foules								68 a) Hommes nus b) Femmes nues					
33 Vastes espaces découverts								69 Éclairs					
34 Chats								70 Docteurs					
35 Personne en malmenant une autre								71 Faire des erreurs					
36 Les "gros durs"								72 Avoir l'air ridicule					

PRISE EN CHARGE PERSONNALISÉE

- **Première consultation d'écoute, avec anamnèse, interrogatoire, évaluation de l'anxiété, examen et diagnostic**
- **Le patient doit être informé dès le diagnostic posé :**
 - nature du TA, manifestations, fréquence, causes, difficultés du diagnostic
 - différents TRT, incluant les psychothérapies, avec avantages et inconvénients
 - médicaments : délai d'action, nécessité d'adapter la dose efficace sous contrôle médical, de respecter la régularité des prises, d'éviter l'escalade de doses, effets indésirables, risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal, signes de sevrage et signes de rebond de l'anxiété éventuels.
 - bibliographie (ouvrages, documents) adaptée au TA du patient
 - sensibilisation du patient, de sa famille et de ses aidants sur l'existence d'associations de patients et de familles, et sur l'intérêt de les contacter.Si nécessaire, l'entourage du patient doit également recevoir ces informations avec l'accord du patient et en sa présence
- **Adaptation du mode de vie du patient, quelle que soit la nature de son TA et conseils et mesures hygiéno-diététiques :**
 - quantité de sommeil suffisante à respecter
 - bon équilibre alimentaire
 - tempérance ou abstinence vis-à-vis de l'alcool, du café, du tabac et de drogues
 - pratique régulière de l'exercice physique
- **Indication de l'acupuncture = grade C**



TRAITEMENT MEDICAMENTEUX : ANXIOLYTIQUES

FAMILLES	Actions	Indications	Durée
BENZODIAZEPINES (BZD)	Hypnotique Anti-convulsivante Myorelaxante Amnésiante Désinhibitrice	TRT symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes	Ne pas excéder 8 à 12 semaines avec période de ↘ de posologie
		Prévention et TRT du delirium tremens et autres manifestations du sevrage alcoolique	TRT bref : 8 à 10 jours
CARBAMATES Méprobamate (Equanil*)	Hypnotique Myorelaxante Amnésiante	si agitation associée (Usage fréquent en pratique, mais fortement déconseillé par la HAS : « recours à envisager en 2 intention dans les crises aiguës mais en aucun cas d'un TRT au long cours. »	<p><u>Pour toutes ces familles :</u></p>  
HYDROXYZINE (Atarax*)	Hypnotique Désinhibition= 0	Manifestations mineures de l'anxiété Prémédication à l'anesthésie générale. Urticaire	
BUSPIRONE (Buspar*) retirée de la vente depuis le 20 mai 2010	0	Anxiété réactionnelle, notamment troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et anxiété post-traumatique	
		TRT d'appoint de l'anxiété au cours des névroses (notamment hystérie, hypochondrie, phobie)	
		Anxiété associée à une affection somatique sévère ou douloureuse Anxiété généralisée	
PREGABALINE	Antalgique Anti-convulsivante	TAG Douleurs neuropathiques périphériques et centrales Crises épileptiques partielles avec ou sans généralisation secondaire Réserve à l'adulte.	

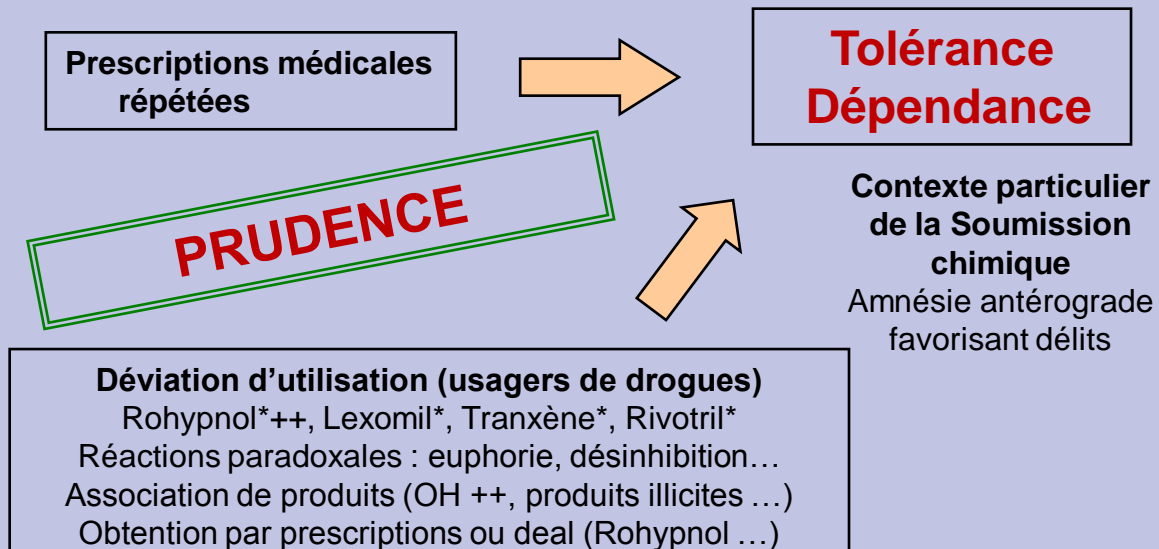
PRESCRIPTION DE BZD

TRT LE + EFFICACE DE L'ANXIÉTÉ DIAGNOSTIQUÉE PATHOLOGIQUE Grade B pour le TAG

1. rester en monothérapie
2. **tenir compte du patient** : poids, âge, fonctions rénale et hépatique, dénutrition (albumine plasmatique), autonomie
3. débiter par doses les plus faibles possibles, à augmenter progressivement
4. proposer des cures courtes : 6 sem, 8 sem en moyenne; si > 3 mois : reconsidérer la prise en charge du patient
5. prévenir des risques de potentialisation par l'alcool et autres substances sédatives (sommolence +++ (conduite véhicule, machines ...) et/ou autres dépresseurs du SNC (morphiniques (y compris TRT de substitution), antihistaminiques H1, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs (Laroxyl*, Athymil*, Norset*...), anti HTA centraux)
6. surveiller une \nearrow de la dépression respiratoire par morphiniques (fatale si surdosage) ou buprénorphine : Evaluer le bénéfice / risque, respecter des posologies.
7. prévenir le risque de dépendance lié à un TRT prolongé. Vigilance +++ chez le toxicomane
8. respecter les indications thérapeutiques
9. réévaluer régulièrement priorité et tolérance

RISQUE TERATOGENE = 0

CAT : Rassurer en cas de prise en début de grossesse.
Si prescription nécessaire : préférer oxazépam (Séresta*) à 1/2 vie intermédiaire sans métabolite actif et aux études rassurantes



MISE AU POINT AFSSAPS : Troubles du comportement liés aux BZD et apparentés

= amnésie automatisme, comportement inhabituel, troubles de conscience, **désinhibition**, impulsivité

Fréquence faible / consommation, en ↑ si association de psychotrope

Possibles avec toutes BZD même à faible dose

Produits inducteurs de dépendance : ↗ la libération et modifient la cinétique de la dopamine. Théorie de stimulation prolongée du système de la récompense faisant intervenir l'hypothalamus et l'aire tegmentale ventrale (sécrétion de dopamine)

↑ importante et prolongée de dopamine dans nx accumbens → sensation de bien-être

↓ dopamine → sensation de mal-être

BZD se fixent sur des R spécifiques couplés au complexe récepteur GABA (de l'ATV) → ↑ voie dopaminergique

NB : sur le complexe récepteur GABA se fixent aussi Ethanol, Barbituriques, morphine, héroïne

Bases comportementales comme dans la plupart des dépendances

Renforcement positif : attachement au bien-être éprouvé (effets sédatifs, myorelaxants, anxiolytiques)

Renforcement négatif : recherche de soulagement du mal-être dû au sevrage

Facteurs de risque de dépendance et sévérité du sevrage :

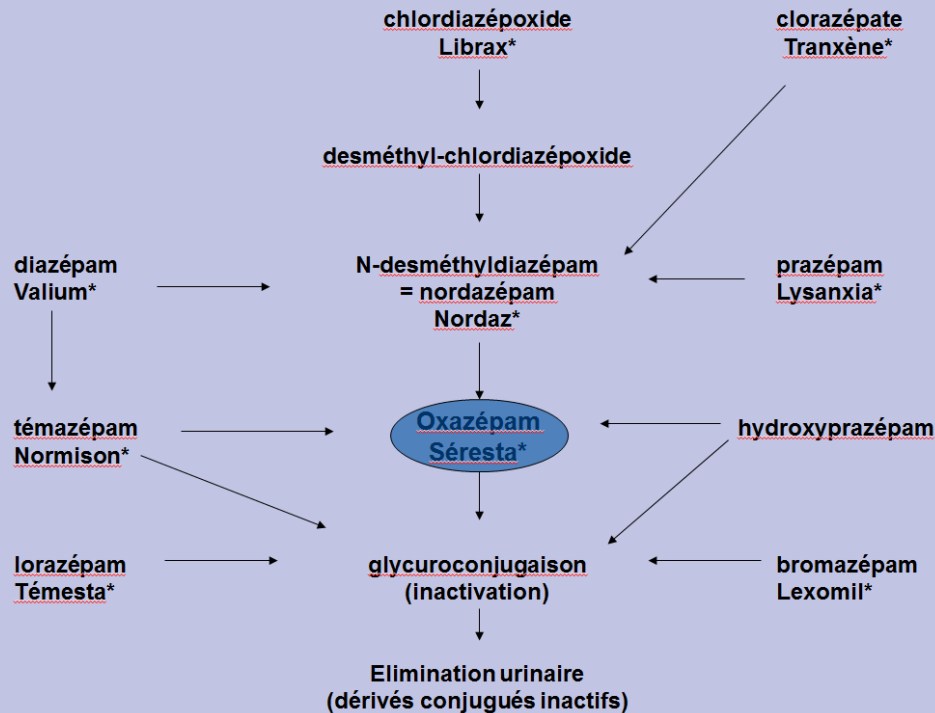
- dose moyenne >> dose thérapeutique
- BZD de demi-vie courte (Triazolam, Alprazolam ...)
- ancienneté de la consommation
- surconsommation d'alcool
- existence d'une anxiété / dépression associée

Chez environ 1/3 des utilisateurs chroniques de BZD : arrêt brutal même à posologie normale ⇒ syndrome de sevrage

→ préférer les BZD à 1/2 vie courte (< 20 heures) et sans métabolite actif

- Alprazolam (Xanax*) 0,125 à 1,5 mg /j
- Oxazépam (Séresta*) 5 à 50 mg /j
- Lorazépam (Témesta*) 0,5 à 2 mg /j

	Nom commercial	Molécule	Demi-vie ³ (heure)	Métabolite actif cliniquement pertinent
Classe des hypnotiques				
	STILNOX [®]	Zolpidem	2h30	non
	IMOVANE [®]	Zopiclone	5	non
	NORMISON [®]	Témazépam	5 à 8	non
	HAVLANE [®]	Loprazolam	8	non
	NOCTAMIDE [®]	Lormétazépam	10	non
	NUCTALON [®]	Estazolam	17	non
Classe des anxiolytiques				
	VERATRAN [®]	Clotiazépam	4	non
	SERESTA [®]	Oxazépam	8	non
	TEMESTA [®]	Lorazépam	10 à 20	non
	XANAX [®]	Alprazolam	10 à 20	non



Eviter les BZD à « demi-vie longue (≥ 20H)

Classe des hypnotiques				
	ROHYPNOL [®]	Flunitrazépam	16 à 35	oui
	MOGADON [®]	Nitrazépam	16 à 48	non
Classe des anxiolytiques				
	LEXOMIL [®]	Bromazépam	20	non
	URBANYL [®]	Clobazam	20	oui
	VALIUM [®]	Diazépam	32 à 47	oui
	VICTAN [®]	Ethyle loflazépate	77	non
	LYSANXIA [®]	Prazépam	30 à 150	oui
	NORDAZ [®]	Nordazépam	30 à 150	oui
	TRANXENE [®]	Clorazépate dipotassique	30 à 150	oui
	NOCTRAN [®]			

NEUROLEPTIQUES (NL) ou ANTIPSYCHOTIQUES

SEDATIFS sur angoisse et excitation : **NOZINAN***, LARGACTIL*, **TERCIAN***

ANTI PRODUCTIFS sur délire et hallucinations : **HALDOL***, SOLIAN*, MODITEN*

DESINHIBITEURS contre symptômes déficitaires : SOLIAN* à faible dose, FLUANXOL*

MIXTES ANTI PRODUCTIF + ANTI DEFICITAIRE : ZYPREXA*, LEPONEX*, **RISPERDAL***, ABILIFY*

**Chez le sujet âgé : pas de remise en cause de leur intérêt
mais**

chez le sujet âgé dément : les réserver aux épisodes aigus (Bullock 2005)

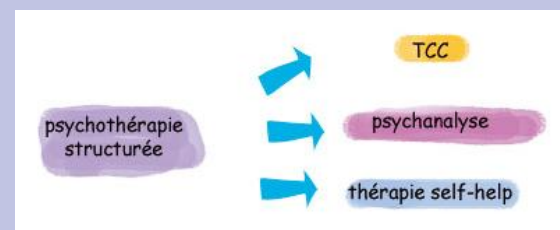
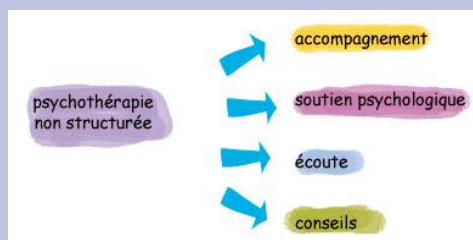
Prescription prudente après évaluation B/R

- respectant les indications des recommandations
- respectant les contre-indications
- évitant les associations à risque
- après bilan préalable (neurologique, NFS, créat., glycémie, iono, bilan lipidique, ECG, EEG ?)
- débutée à dose minimale, puis augmentée très progressivement en fonction de la réponse
- adaptée à tout moment en cas de problème intercurrent
- prescription réévaluée régulièrement, au vu des priorités de TRT



LES PSYCHOTHÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (TCC)

- **Psychothérapie (psychothérapie cognitivo-comportementale de 6 mois = grade A)**
- S'intéressent principalement aux mécanismes d'acquisition et d'apprentissage des comportements normaux et pathologiques et aux processus conscients ou inconscients de traitement de l'information.
- Limitées dans le temps, très interactives et efficaces (notamment dans les TA).
- **Indications privilégiées** : refus scolaire, troubles phobiques, agoraphobie, troubles obsessionnels et compulsifs, dépressions d'intensité modérée.
- Utilisables en association avec les TRT psychotropes
- Effet thérapeutique durable après TRT ⇔ risque de rechute limité (≠ psychotropes)
- **Principales techniques utilisées en TCC** : relaxation, désensibilisation (par exposition in vivo ou en imagination), affirmation de soi, restructuration cognitive ⇔ assurer meilleure autonomie et contrôle accru du patient sur son anxiété pathologique, en préservant les modulations anxieuses normales et leur rôle adaptatif
- Peu de spécialistes des TCC en France actuellement
- Intérêt potentiel des techniques de relaxation, plus facilement accessibles, sur la symptomatologie somatique de nombreux TA, notamment l'anxiété généralisée



Echelle ECAB

Mesure l'attachement aux benzodiazépines

Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines
(attribuer 1 point en cas de réponse « vrai »,
sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)

Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments **tranquillisants** et/ou **somnifères** que vous prenez.

Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.

Il est indispensable de répondre à **toutes** les propositions avec **une seule** réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.

Nom du médicament concerné :

	Vrai	Faux
1. Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

Un **score ≥ 6** permet de différencier les **patients dépendants** des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

MODALITES DE SEVRAGE

En pratique 3 méthodes différentes utilisées pour le sevrage des BZD (hors SA)

1) Diminution de 25% chaque semaine de la BZD (% de \searrow et durée des paliers \neq selon les auteurs) ou d'une BZP à $\frac{1}{2}$ vie longue ou intermédiaire qui lui est substituée (SEVRAGE STANDARD RECOMMANDE EN AMBULATOIRE), (soit du $\frac{1}{4}$ de la posologie restante), à adapter selon la réponse du patient

Protocole sur 6 à 8 semaines voire sur quelques mois

Suivi régulier toutes les semaines et après la fin du sevrage

2) Remplacement par l'**oxazépam** (Séresta®) puis \searrow progressive selon les mêmes principes

- métabolite actif de plusieurs BZD : Chlordiazépoxyde (Librium®), Clorazépate (Tranxène®) et Diazépam (Valium®)
- défixation lente des récepteurs
- Formes disponibles : Séresta® 10 mg et Séresta® 50 mg

3) Remplacement par du **Prazépam** (Lysanxia®)

forme gouttes (10 mg = 20 gouttes)

■ BZD de demi-vie longue (60 h)

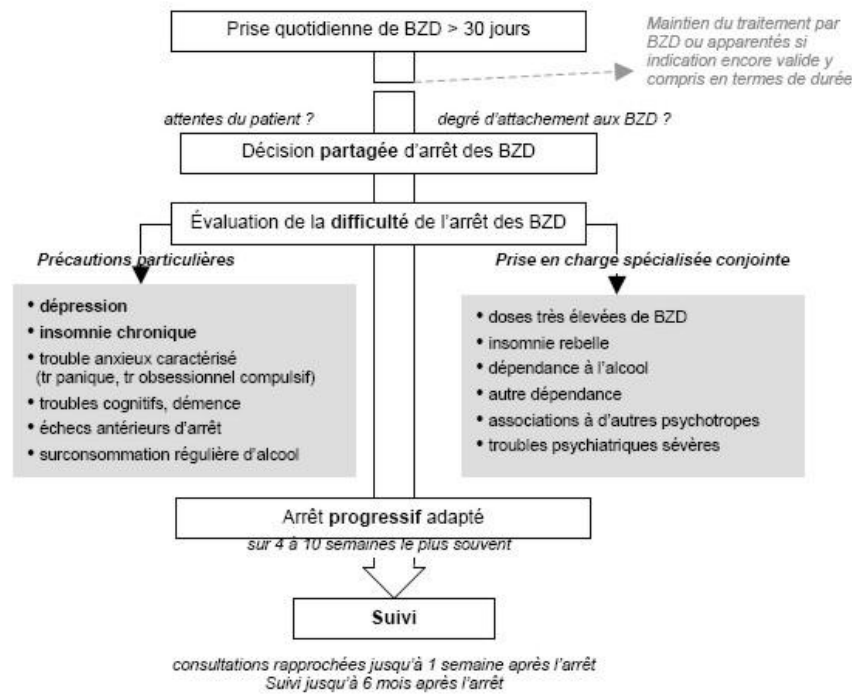
■ Intérêt de la forme gouttes pour des \searrow très progressives

■ Dose plafond de 200 mg soit 400 gouttes quelles que soient les posologies annoncées par le patient pour les mêmes raisons que ci-dessus

■ 1 seule prise journalière étant donné la longue demi-vie du Prazépam, mais à adapter selon les habitudes du patient

HAS	Syndrome de sevrage, effet rebond et rechute ²		
	Définition	Symptômes	Délai d'apparition et évolution
Syndrome de sevrage	Apparition de signes nouveaux dus à l'arrêt ou la diminution de la prise	Signes généraux fréquents ¹ : anxiété, insomnie, céphalées Signes plus spécifiques : confusio hallucination Plus rarement : troubles de vigilance, convulsions, incoordination motrice, coma	Apparition possible pendant la réduction de posologie pouvant durer jusqu'à quelques jours après la dernière prise Atténuation progressive
Effet rebond	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement dont l'intensité est augmentée	Le plus souvent : anxiété et insomnie	Apparition quelques heures à quelques jours après la dernière prise Atténuation progressive (1 à 3 semaines)
Rechute	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement	Anxiété, insomnie, attaques de panique, phobies, etc.	Apparition plusieurs jours à plusieurs semaines après la dernière prise

ARRÊT DES BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS CHEZ LE PATIENT DE PLUS DE 65 ANS
DÉMARCHE du MÉDECIN TRAITANT en AMBULATOIRE



EN RÉSUMÉ :

- Limiter la prescription de psychotropes chez le SA
- Savoir prescrire un antidépresseur
- Réévaluer régulièrement le rapport bénéfice /risque
- Ne pas reconduire automatiquement les ordonnances hospitalières ...

Tableau d'équivalence

30 mg d'oxazéпам
ou
10 mg de Prazéпам
(20 Gouttes)

- Alprazolam (Xanax®) : 0,25 mg
- Bromazéпам (Lexomil®) : 6 mg
- Chlordiazéпам (Librium®) : 25 mg
- Clonazéпам (Rivotril®) : 0,25 mg
- Clorazéпам (Tranxène®) : 3,75 mg
- Diazéпам (Valium®) : 5 mg
- Flunitrazéпам (Rohypnol®) : 2 mg
- Loprazolam (Havlane®) : 1 mg
- Lorazéпам (Témesta®) : 1mg
- Lormétazepam (Noctamide®) : 2 mg
- Nitrazéпам (Mogadon®) : 5 mg
- Témazéпам (Normison®) : 15 mg
- Zolpidem (Stilnox®) : 10 mg
- Zopiclone (Imovane®) : 7,5 mg

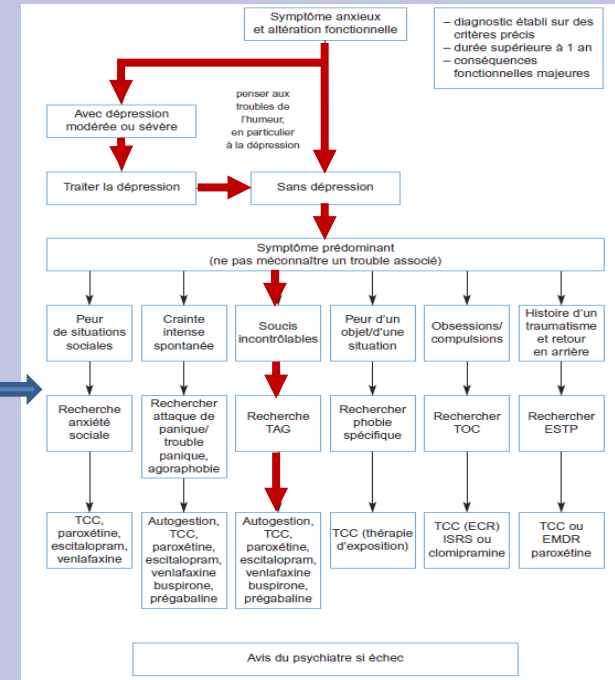
MESSAGES PRINCIPAUX

- Prise en charge des TA par MT, si besoin avec psychiatre/pédopsychiatre
- En l'absence d'examen biologique spécifique du TA, prescrire des examens complémentaires uniquement pour éliminer une pathologie organique
- Toujours évaluer le niveau d'anxiété
- Informer le patient dès le diagnostic posé sur la nature de ses troubles, leur prise en charge (durée +++), le mode de vie (alcool et conduite des véhicules), les associations disponibles et le sevrage à prévoir
- Prescrire une BZD pour exacerbation anxieuse sur 12 semaines maximum incluant un sevrage progressif
- Chez le sujet âgé, initier un traitement d'anxiolytique à demi-dose
- Prendre en charge le plus tôt possible le trouble de panique par ISRS en première intention (Grade A) pour éviter agoraphobie secondaire, phobies multiples ou dépression
- Psychothérapie non structurée d'accompagnement, soutien psychologique et écoute attentive doivent être mis en œuvre dans un premier temps
- Lors de prescription d'anxiolytiques, surveillance indispensable sur les plans cardiaque, endocrinien et neurologique si comorbidité somatique associée
- Pour les manifestations aiguës, choisir entre BZD, hydroxyzine et psychothérapie selon tableau clinique, préférences du patient et accès-disponibilité du thérapeute

PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

- Prise en charge des soins et de la surveillance par ticket modérateur, ou soins pré ou post chirurgie
- Cadre de l'ALD n 23 pour maladie chronique : Affections psychiatriques de longue durée troubles anxieux graves

Arbre décisionnel simplifié de l'ALD n 23



Anxiété sociale, anxiété de séparation et TOC débutent souvent dans l'enfance, et demandent une prise en charge spécifique

Prise en charge médico-sociale

Peut se justifier pour des TA graves difficiles à équilibrer, pour permettre un TRT efficace tout en assurant une continuité de scolarité ou un maintien dans une activité professionnelle.

Nécessité d'une approche pluridisciplinaire bien coordonnée entre les ≠ intervenants : intérêt d'une prise en charge globale, type réseaux, dédiés ou non, en articulation avec des structures spécialisées.

Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH), créées par la loi du 11 février 2005, regroupant CDES et Cotorep : guichet unique ayant mission d'information, d'accueil, de conseil, évaluant les besoins et proposant un plan personnalisé de compensation, accompagnement et suivi par le biais d'une commission des droits et de l'autonomie

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

INDICATEUR RETENU	PATIENT N		
	Fait	Non fait	Patient non concerné
Vérification de l'indication et de l'antériorité pour toute prescription d'un anxiolytique			
Présence de critères diagnostiques ⁽¹⁾ selon la classification CIM 10/DSM IV, avec évaluation initiale de l'anxiété			
Recherche de troubles psychiatriques associés ⁽²⁾			
Information du patient ⁽³⁾			
Réalisation dès la première consultation d'une intervention psychothérapique non spécialisée d'accompagnement			
Education du patient et conseils hygiéno-diététiques personnalisés ⁽⁴⁾			
Mis en place d'un plan de traitement personnalisé ⁽⁵⁾			
Traitement prescrit ⁽⁶⁾			
Recours à une thérapie alternative			
Mise en place d'un sevrage pour tout traitement non adapté et/ou ayant dépassé les durées de prescription correspondant aux AMM			
Indicateur additionnel éventuel choisi :			

MODALITES DE SELECTION DES DOSSIERS

- Dossiers 1 à 5 : méthode rétrospective avant la partie formative : listage des patients adultes ayant une ordonnance d'anxiolytiques reçus en consultation dans les 6 mois précédant la première réunion du cycle thématique (liste extraite d'un fichier informatique ou constituée manuellement) avec tirage au sort de 5 dossiers
- Dossiers 6 à 10 : méthode prospective pendant au moins 3 mois à partir de la première réunion du cycle thématique et jusqu'à la 3ème réunion : listage des patients adultes ayant une ordonnance d'anxiolytiques reçus au fil des consultations (liste extraite d'un fichier informatique ou constituée manuellement) avec tirage au sort de 5 dossiers