

**Avis du Comité Supérieur d'Hygiène (CSH. 7.600)
concernant les substances sédatives et hypnotiques émis par le
groupe de travail spécifique et approuvé par courrier en date du
18.04.2002.**

Référence : demande de Madame la Ministre Magda Aelvoet Référence 01/CVL/MA/BC/dvr571/p3666 du 18.09.2001.

1) Sommaire

2) Élaboration de l'avis

3) Avis sur la problématique de l'usage des benzodiazépines et autres substances calmantes ou hypnotiques

A- Approche critique de la consommation

- a) Évolution de la consommation et comparaisons Européennes
- b) Le contexte santé
- c) Le contexte psychosocial

B- Apport des benzodiazépines

C- Limites et problèmes liées à la prescription et/ou la consommation des benzodiazépines et autres substances calmantes et hypnotiques

- a) Limites et problèmes liés au produit
- b) Limites et problèmes liés au patient
- c) Limites et problèmes liés au prescripteur
- d) Limites et problèmes liés aux hôpitaux.
- e) Limites et problèmes liés au système de soin.
- f) Les coûts et bénéfices sociaux liés à la consommation de benzodiazépines.

D- Mesures à prendre

- a) des études sur les profils de consommation et de prescription
- b) une approche holistique de la problématique du mal-être
- c) conduite automobile sous influence
- d) mesures spécifiques de prescription de certains produits
- e) formation des généralistes
- f) réactualisation de la fiche de transparence
- g) campagne d'information et de prévention

E- Objectifs d'une campagne d'information et de prévention

4) Littérature

2) Élaboration de l'avis

L'avis suivant a été élaboré par un groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène, sous la présidence des professeurs I. Pelc et M. Bogaert.

Le groupe de travail est composé des membres suivants du CSH :

- BOGAERT Marc
- FISCHLER Benjamin
- NOIRFALISE Alfred
- PELC Isidore

Le secrétariat scientifique est assuré par :

- BILAU Maaïke
- CORTEN Philippe
- STEINBERG Pascale

Fonctionnaire du secrétariat : DEVLEESCHOUWER Guy

Le groupe de travail s'est réuni les : 05/04/2001, 14/05/2001, 13/06/2001, 12/07/2001, 04/10/2001, 15/10/2001, 22/11/2001, 17/12/2001, 31/01/2002 et 05/03/2002.

Au cours de ces réunions il y a également eu des discussions avec un certain nombre d'experts et de représentants de diverses associations, à savoir :

- ANSOMS S.: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen
- ANSSEAU M.: Université de Liège
- CASSELMAN J. : Departement Neurowetenschappen en Psychiatrie, KUL
- BERGERET I. : Administration de la Santé Publique
- BOUFFIOUX M.-L.: AGIM/AVGI
- DE MEYERE M. : Vakgroep Huisartsengeneeskunde, RUG
- DE SMEDT J.: Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen
- ELSSEN C.: Société Scientifique des Pharmaciens Francophones
- EVEN-ADIN D.: Franstalige vereniging van ziekenhuisapothekers
- GEERTS P.: Omtrent Gezondheid
- GERITS P.: Drugcel
- LIEVENS P.: Association Professionnelle Belge des Neurologues et des Psychiatres
- PELFRENE E.: Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde, RUG.
- REYN S.: Omtrent Gezondheid
- ROBAYS H.: Nederlandstalige vereniging van ziekenhuisapothekers
- ROLAND M. : Cellule d'Information, INAMI
- ROMAIN J.G.: Société Scientifique de Médecine Générale
- ROGIERS R.: Vakgroep Huisartsengeneeskunde, RUG
- SEGERS K.: ICHO
- TREFOIS P.: Question Santé
- THOMAS J.M.: Centre Universitaire de Médecine Générale, ULB
- VANDENBOSCH B.: Inspection générale Pharmacie, Santé Publique
- VANDENBUSSCHE F.: AGIM/AVGI
- VAN DER HEYDEN J.: Institut Scientifique de la Santé Publique

À cette occasion, il a été pris connaissance des documents suivants :

- Verslag van de vergadering van de bijzondere werkgroep Benzodiazepines (05/04/2001)
- Conseil économique et social, Commission des stupéfiants, Contribution à l'usage approprié des benzodiazépines. (27/03/2001)
- Verslag van de vergadering van de bijzondere werkgroep Benzodiazepines (14/05/2001)
- Consensus over het doel van de werkgroep Benzodiazepines van de Hoge Gezondheidsraad – nr. 7600
- Verslag van de vergadering van de werkgroep Benzodiazepines: sensibilisatie van het publiek (13/06/2001)
- Verslag van de vergadering van de werkgroep Benzodiazepines: sensibilisatie van de professionelen (13/06/2001)
- Verslag van de vergadering van de werkgroep Benzodiazepines (12/07/2001)
- Document de travail préparatoire à la réunion du 12/07/01, 8 pages.
- Brief aan Mevrouw Aelvoet omtrent het inrichten van een consensusconferentie rond benzodiazepines. (28/08/2001)
- Verslag van de vergadering van de bijzondere werkgroep Benzodiazepines (04/10/2001)
- Verslag van de vergadering van de bijzondere werkgroep Benzodiazepines (15/10/2001)
- Campagne benzodiazepines 'Groot publiek'. Draft voor de werkgroep Benzodiazepines van de HGR (19/11/2001)
- Verslag van de vergadering van de beperkte werkgroep Benzodiazepines (22/11/2001)
- Communicatieprogramma Campagne Benzodiazepines
- Brief aan Mevrouw Aelvoet omtrent de problematiek van slaap- en kalmeringsmiddelen. (19/12/2001)
- Brochure 'Brede Publiek', een ontwerptekst (14/01/2002)
- Brochure 'Benzodiazepines', een ontwerptekst (14/01/2002)
- Brochure 'Rationeel gebruik van Benzodiazepines.', een ontwerptekst (14/01/2002)
- Rational and appropriate prescribing of the benzodiazepines – A guide to their use in the community and psychiatric setting. H.J. Moeller, K. Rickels
- Contribution à l'usage raisonné des benzodiazépines, Réunion organisée par le groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (groupe Pompidou), Strasbourg, 29/30 janvier 2001, Editions du Conseil de l'Europe, octobre 2001.
- Brochure: Sommeil et santé. Informations - Conseils pratiques, PROSOM, Association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil.
- Education pour la santé, pour mieux vivre, Les aides à domicile au service des personnes âgées, Le sommeil, fiches pédagogiques.

3) Avis sur la problématique de l'usage des benzodiazépines et autres substances calmantes ou hypnotiques

A- Approche critique de la consommation

La préoccupation concernant la consommation de benzodiazépines provient généralement du nombre absolu de médicaments prescrits, de comparaisons avec d'autres pays européens et de postulats de valeurs qui ambitionnent une société délivrée, autant que possible, de l'usage de produits psychotropes modifiant l'état de conscience tout en prônant un idéal de performance.

En effet, la Belgique partage avec la France le privilège d'être le pays européen le plus grand consommateur de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques. Quelques 7,7 millions de boîtes d'anxiolytiques et 4,6 millions de boîtes de somnifères ont été vendues en 2000. (Source Inspection Générale de la Pharmacie). D'après l'enquête Santé de la population réalisée par l'Institut Pasteur en 1997, 3 % des hommes et 4,7 % des femmes ont consommé des tranquillisants ces 2 dernières semaines. Par ailleurs 3,3 % des hommes et 6,6 % des femmes ont consommé des somnifères. Cette consommation augmente considérablement avec l'âge pour atteindre chez les plus de 75 ans 9,2 % pour les anxiolytiques et 24,7 % pour les hypnotiques.

Cependant isolés de leurs contextes, ces chiffres qui mettent en exergue des millions de boîtes vendues n'ont pas beaucoup de sens. Il y a lieu en effet de le replacer dans une diachronie, dans leur rapport à la santé et dans le contexte psychosocial.

a) Évolution de la consommation et comparaisons Européennes

Depuis 1998 la consommation d'anxiolytiques est restée relativement stable, par contre on constate une diminution significative des ventes d'hypnotiques qui seraient passés de 5,1 millions de boîtes vendues à 4,6 millions. Par contre on constate une augmentation de la consommation de stimulants. (Source Inspection Générale de la Pharmacie). En comparaison avec d'autres pays européens, la Belgique se caractérise par une faible consommation de barbituriques, de méprobamates et d'autres substances calmantes depuis de nombreuses années. Par ailleurs, un clivage franc se manifeste entre le Nord et le Sud de l'Europe quant au type de substances recherchées : les pays du Nord et l'Angleterre étant confrontés à une augmentation importante de psychostimulants alors que les pays du Sud semblent plus attirés vers des substances hédoniques comme l'alcool et les anxiolytiques. On est dès lors pas totalement étonné de constater, d'après l'enquête santé, que la consommation d'anxiolytiques est deux fois plus importante dans le Sud du pays que dans le Nord.

b) Le contexte santé

En guise de préambule, il y a lieu de rappeler que la recherche d'états de conscience modifiés par des produits est un phénomène universel et ubiquitaire de l'humanité. Quelle que soit l'époque, qu'elle que soit la culture, les hommes ont consommé des substances à effet psychotrope même en dehors d'états de maladie. Même plus, quelle que soit la région du monde, le signe de bienvenue, lorsque quelqu'un est reçu, est de lui offrir de telles substances (café, thé, kif...)

Une consommation importante d'anxiolytiques peut être en relation avec l'état de santé ou de souffrance psychologique d'une population. Ainsi d'après l'enquête santé de la population 3,9 % des hommes se disent souffrir de dépression depuis plus de 12 mois et 3% consomment des anxiolytiques ; 7% des femmes se disent chroniquement dépressives et 4,7% consomment des anxiolytiques. Après 65 ans la dépression chez les femmes atteint une prévalence de 11,5%. Or, comme nous le verrons plus loin la prescription de benzodiazépines en adjuvant aux antidépresseurs reste en cas de dépression anxieuse une des indications médicales adéquates de ces substances. Par ailleurs, cette même enquête Santé de la population (ISP 1997) a mis en évidence qu'un tiers des Belges exprimaient un niveau de souffrance psychique significatif (au vu de leur score au GHQ) et que seuls 10% disaient avoir reçu un traitement pour cette souffrance mentale (cfr annexe 5-b). Cela peut vouloir dire plusieurs choses:-a) 2/3 de ceux qui présentent une souffrance significative ne sont pas pris en charge (ce qui ne veut pas dire que tous devraient l'être, mais que probablement une part d'entre eux ne bénéficient pas de soins adéquats) ; -b) qu'il y a lieu d'analyser la prescription des 'calmants' également en regard avec le seuil de souffrance de la population et pas seulement en comparaison avec les autres pays ; -c) que le seuil de souffrance mentale de la population en Belgique est important, et qu'il faut s'interroger au sein de la société sur les stratégies globales en mettre en oeuvre.

La société évoluant vers plus d'individualisme et de performance, une part de plus en plus importante de la population se trouve dans une détresse psychologique et sociale importante. Qu'est-ce qui est fait globalement pour y répondre? Que peuvent faire les médecins qui sont en première ligne par rapport à cette souffrance? Comment les médecins peuvent-ils adapter leur pratique à cette évolution, qui se marquent dans les demandes des patients?

D'après l'enquête santé, les femmes se révèlent en moins bonne santé psychique que les hommes ; non seulement leur score est plus élevé, mais elles sont aussi plus nombreuses à franchir le seuil des problèmes psychiques. Le bien-être ou malaise psychique varie très peu au cours de la vie. La moins bonne période pour la femme se situe au début de la vie d'adulte, tandis que l'homme traverse une période problématique entre 35 et 44 ans. Enfin, on observe un lien (sans établir de causalité) entre le mauvais état psychique, la consommation de psychotropes et la mauvaise santé subjective, la consommation de tabac, la consommation régulière ou excessive d'alcool

	<i>% Psychotrope</i>	<i>%Antidépresseur</i>	<i>%Tranquillisant</i>	<i>%Somnifère</i>
Santé subjective				
Bonne à très bonne	4,1	1,4	1,5	2,1
Très mauvaise à moyenne	26,8	11,9	11,9	14,9

Source ISP 1997

Dans le cadre de l'état de santé psychique, il y a lieu de pointer la croissance continue de pathologies liées au stress. En France, 72% des employés disent ressentir du stress (source Manpower septembre 2000), 86 % des cadres se disent de plus en plus stressés (source Capital-
CSA 2001) et, en Belgique, 37 % des fonctionnaires se disent actuellement victimes de harcèlement moral (source Fedra –Administration Fédérale de Belgique-- novembre 2001).

Il est fréquemment rapporté que les patients hospitalisés en psychiatrie reçoivent des anxiolytiques et de somnifères de façon excessive. Il est vrai, si nous reprenons les données RPM que 60 % des patients hospitalisés ont reçu au moins une fois de telles substances durant leur séjour. Mais, si on observe ces chiffres on constate que pour les anxiolytiques 2/3 des prescriptions concernent uniquement les séjours pour sevrages et les dépressions. Pour tous les autres diagnostics, la prescription d'anxiolytiques ne se fait que dans 20 % à 35 % des cas. Il est donc hasardeux d'affirmer que la prescription de ces substances dans les institutions psychiatriques se fait sans discernement.

Enfin, en ce qui concerne la consommation élevée de somnifères chez les seniors, il y a lieu de replacer celle-ci dans le contexte de la sénescence. Celle-ci s'accompagne physiologiquement d'une diminution du nombre d'heures de sommeil. Cette diminution physiologique ne porte pas atteinte au repos physique que procure le sommeil dans la mesure où le repos physique est apporté par le sommeil profond qui apparaît dans la première partie de la nuit, que la phase de sommeil profond est raccourcie lors de la sénescence et que les dépenses physiques journalières des personnes âgées sont réduites. Ce raccourcissement de la durée du sommeil peut, par contre, altérer la qualité du repos psychologique du sommeil. En effet, celui-ci est apporté par le sommeil paradoxal dans la seconde partie de la nuit. De grandes variations individuelles existent chez tout un chacun, qui fait qu'il y a dans toutes les tranches de la vie des grands et des petits dormeurs (en terme de besoin). Par ailleurs, la société, les habitations, les habitudes et les médias ne sont pas adaptés à des personnes qui se trouvent réveillées à 4 heures du matin.

c) Le contexte psychosocial

Dans notre société de consommation et de performance immédiate, le patient veut des "trucs" qui marchent tout de suite. « Visiblement, nos compatriotes préfèrent la pilule-miracle au traitement de fond de ces ennuis. Si l'ampleur actuelle du marché des médicaments est un fait économique, elle est aussi un fait de civilisation. Elle indique à tout le moins une adhésion collective à un certain mode de résolution des conflits, une quête et une valorisation de l'efficacité rapide, et sans doute, plus profondément encore, une morale. Cet état n'est cependant pas une fatalité. (Dr. Tran Ky, Dr. François Frouard,)

L'apparition des médicaments psychotropes a bouleversé une dichotomie sur laquelle s'était constituée la médecine : la dichotomie entre le corps et l'esprit ' Pour la première fois dans l'histoire, on dispose de la possibilité d'un traitement pharmacologique pour des troubles qui trouvent largement leur origine dans un dysfonctionnement social : solitude, tensions familiales et professionnelles, difficultés des relations avec les autres, problèmes sexuels, etc. Les médicaments psychotropes ont ainsi ouvert la voie d'une *chimiothérapie du social* qui est nécessairement préoccupante... Le médicament psychotrope y est un facteur d'apaisement des tensions. Il désamorçe des situations de crise. ». (C. Lepen)

De plus, avec la dégradation des conditions de travail ou son absence, de plus en plus de gens ont 'peur' ou se sentent 'coupables' d'être sans emploi, en maladie... D'où le fait que les patients demandent plutôt des médicaments qui leur permettent de 'tenir le coup' plutôt que de devoir présenter un absentéisme dû au repos ou la prise de soin de soi. Cette demande de médicaments est également un indicateur de la pression exercée sur les individus.

Contrairement aux drogues illicites, les psychotropes sont des "drogues" de la socialisation et de la performance. «La presse et nombre d'experts parlent de toxicomanie aux médicaments, mais celle-ci ne se caractérise pas, à la différence de l'héroï nomanie, par la désocialisation et la déchéance. Au contraire, ce sont des drogues de performance et de socialisation qui aident l'individu à mieux s'intégrer, à ménager son confort intérieur et à survivre dans une société qui a vu s'effriter en quelques années les institutions collectives sur lesquelles s'appuyaient la régulation des rapports sociaux. Elles servent aux individus à s'auto-assister afin de tenir le coup dans des rapports sociaux qui exigent de plus en plus de responsabilité et de visibilité personnelles. (...) Si le cannabis et le LSD étaient associés au refus de travail et à la

dissidence politique, les médicaments psychotropes sont des moyens artificiels d'accepter les contraintes sociales pour travailler et mieux gérer ses relations à autrui (A. Ehrenberg)
 Par ailleurs, les tensions et l'anxiété relèvent du subjectif. Le statut de la souffrance physique et davantage encore psychologique a toujours occupé une position particulière en médecine.
 « Le problème de la souffrance psychique est éloquent à cet égard : Elle est mal acceptée ; elle entraîne dévalorisation et discrédit moral ; elle est attribuée à une faiblesse de la personnalité plutôt qu'à un trouble psychologique justiciable d'un traitement médical ; elle est fréquemment honteuse et inavouée ; elle est souvent refoulée, ne s'exprimant qu'indirectement par le biais de la somatisation, trouble organique « noble ». Si elle n'est plus considérée comme le signe d'une punition divine, elle reste la marque d'une déficience personnelle. Et cette conception voit dans la prise en charge médicamenteuse l'indice d'une incapacité à surmonter soi-même sa souffrance ». (C. Lepen)

Pour reconnaître pour soi-même, une souffrance psychique il y a, de plus, lieu de pouvoir l'identifier comme telle et non dans ses manifestations périphériques corporelles.
 L'identification de celle-ci se fait par un apprentissage culturel et familial, où la réalité psychique est reconnue. Elle nécessite aussi, de la part de l'individu des capacités d'introspection suffisantes et l'habitude d'approcher les difficultés sur un mode de résolution des problèmes et non sur un mode opératoire.

Pour toutes ces raisons, on ne sera dès lors pas étonné que plus la scolarité est basse et plus les conditions sociales sont précaires, plus le recours aux médicaments, plutôt que d'autres formes de prise en charge, est important.

	<i>% Psychotrope</i>	<i>% Antidépresseur</i>	<i>% Tranquillisant</i>	<i>%Somnifère</i>
Niveau d'instruction				
Pas de diplôme	15,4	2,8	8,3	12,4
Primaire	15,9	6,2	8,7	8,7
Secondaire inférieur	13,5	5,6	5,4	7,8
Secondaire supérieur	7,0	3,5	3,1	2,8
Supérieur	6,2	2,3	1,9	3,6

Philippe Lemoigne a réalisé dans la région de Rouen une étude sur le traitement de données institutionnelles, notamment l'ordonnance de prescription (L'usage chronique des médicaments psychotropes). Il réalise une analyse fine de la consommation en fonction des données disponibles et met notamment en avant l'influence et le poids relatifs de variables telles l'âge et le sexe du consommateur. L'attrait principal de cette enquête est de démêler l'influence exercée par ces variables. Cette étude met en avant que

- Les femmes consomment bien davantage de sédatifs et d'antidépresseurs que les hommes. En revanche, si les ordonnances masculines sont moins nombreuses, elles sont également davantage orientées, notamment vers la prescription de neuroleptiques.
- La grande majorité des ordonnances de personnes âgées relève d'une médication associée.
- Si on croise l'âge et le genre, la consommation féminine croît dès l'âge de 20 ans.
- La structure par âge ne constitue qu'une explication partielle.
- L'effet du genre paraît « médié » par le milieu. En revanche l'âge s'avère plus déterminant.
- Le recours masculin peut dans certains quartiers, égaler voire dépasser celui des femmes placées dans d'autres milieux.
- Le genre expliquerait une partie de la variabilité de la consommation jusqu'à un certain âge. Passé le seuil de la soixantaine, l'âge informe certainement davantage ces pratiques.
- Si on prend en considération le statut social et l'habitat ; plus la présence ouvrière est forte, plus la concentration des demandes de remboursement est importante.

- On observe une réelle relation entre la consommation de psychotropes et le taux de chômage.
- La consommation croît en raison inverse du niveau de revenu mais la corrélation n'atteint un point culminant qu'à l'intérieur des zones qui peuvent se prévaloir d'un revenu moyen assez conséquent.
- Le recours aux psychotropes constitue une forme spécifique de lutte contre le désarroi, qui ne peut se résumer à l'accumulation de handicaps.
- La consommation de médicaments psychotropes reflète point par point l'organisation sociale de la consommation des soins en général ; elle est comme elle sur-déterminée par la proximité féminine à l'appareil médical et surtout par le lien qui noue la vulnérabilité à la structure par âge de la population.
- La consommation ponctuelle semble monopolisée par les classes moyennes, tandis que la consommation chronique serait davantage une pratique ouvrière. Le recueil des données est déterminant pour effectuer cette distinction.

Par ailleurs, l'ordonnance revêt un caractère magique. Marcel Mauss évoque cette dimension magique de l'acte médical. Ainsi, la prescription de médicaments, participe d'un rituel entre le médecin et son patient. Une visite chez le médecin se matérialise par cette prescription, qui rien qu'en elle-même soulage, tel un placebo, le patient. Il sort de la consultation, convaincu du bien fondé de sa démarche, d'ailleurs les quelques mots griffonnés et illisibles du médecin atteste de son état.

Isoler la consommation de psychotropes de la dimension bien-être apparaît comme artificielle. Le problème de la consommation ne se réduit donc pas à la simple question de savoir qui aurait besoin d'un médicament. Elle soulève, une autre question, bien plus ambitieuse à relever : qu'allons-nous faire pour améliorer la qualité de vie de la population ?

Pour conclure, la consommation de psychotropes ne doit pas être isolée d'une série de questions qui la sous-tend. Quel(s) est, ou sont les profils des consommateurs ? Quels sont les groupes de population qui rencontrent les plus gros problèmes ? S'agit-il de femmes ? De personnes âgées ? De jeunes ? S'agit-il de groupes socio-économiques déterminés ? Existe-t-il différentes formes de consommation (ponctuelle, chronique, ou de confort, de béquille au mal-être, toxicomane, de traitement...) Et quels sont les facteurs associés à ces différentes formes de consommation ainsi que le profil de ces consommateurs ? Par ailleurs, malgré les millions de boîtes vendues chaque année, si cette politique conduisait à estimer que la population est en meilleure santé et jouit d'un bon niveau de qualité de vie, il y aurait sans-doute lieu d'être prudent avant d'intervenir sur cette boucle de rétroaction, au risque de rompre l'équilibre ainsi atteint.

B- Apport des benzodiazépines

L'arrivée des benzodiazépines sur le marché des médicaments dans les années 70 a été une avancée importante pour le traitement des troubles anxieux et des insomnies. Jusqu'alors en effet, les seuls produits quelques peu similaires étaient les méprobamates pour les troubles anxieux et les barbituriques pour les troubles du sommeil. L'un et l'autre entraînaient un syndrome de dépendance sévère, des effets secondaires importants et un seuil de toxicité plus proche du seuil d'efficacité thérapeutique. Il y a lieu d'insister sur le fait que les benzodiazépines restent encore, à l'heure actuelle le traitement le plus spécifique et le plus efficace d'une série de pathologies, et que l'écart entre le seuil thérapeutique et le seuil léthal est assez grand.

Les indications médicales des benzodiazépines sont à l'heure actuelle : états d'anxiété aigus, prévention ou traitement du sevrage, contractures musculaires et spasticité (benzodiazépines myorelaxantes), états de mal épileptique, convulsions fébriles (notamment chez l'enfant), tétanos, éclampsie gravidique, prémédication opératoire, anesthésie générale, sédation, anxiété généralisée, problèmes de sommeil. À titre de médication adjuvante, ils restent les meilleurs médicaments connus lors des dépressions anxieuses et des Troubles Obsessionnels Compulsifs (en plus des antidépresseurs).

Les effets recherchés lors de prescription de benzodiazépines sont de trois types (suivant le type de benzodiazépines) : l'effet myorelaxant, l'effet d'induction du sommeil et l'effet anxiolytique.

Les benzodiazépines sont généralement très bien tolérées et à doses thérapeutiques, elles provoquent peu d'effets secondaires avec peu d'interactions médicamenteuses. Les effets secondaires les plus fréquents sont : la somnolence, l'instabilité, l'ataxie et les troubles de la mémoire ou de la mémorisation (généralement moins importantes que les troubles de la mémorisation dus à l'angoisse). Lorsque les benzodiazépines sont associées à des médicaments d'action centrale (neuroleptiques, antidépresseurs, analgésiques, anesthésiques, ...) l'effet sédatif sur le système nerveux central peut être renforcé. Par ailleurs, la consommation simultanée d'alcool renforce l'action des benzodiazépines (et leurs effets secondaires).

Les contre - indications absolues aux benzodiazépines sont l'hypersensibilité à ces substances et l'insuffisance respiratoire (à cause de son effet depressogène sur le centre nerveux de la respiration). Les contre-indications relatives sont la myasthénie et les apnées du sommeil importantes. Comme tout psychotrope, ils sont à utiliser avec circonspection face à des enfants et des adolescents dont la maturité cérébrale n'est pas terminée.

Les *benzodiazépines hypnotiques* sont des inducteurs du sommeil, ils ne sont dès lors que très peu indiqués pour les insomnies du milieu et de la fin de la nuit (cfr sénescence). Pour les personnes âgées, l'effet myorelaxant de certaines benzodiazépines est un risque majeur de fracture de la hanche et du poignet. Par ailleurs, ils entraînent une modification de la qualité du sommeil, lorsqu'ils sont pris chroniquement, et ne sont donc un traitement de première intention que pour les insomnies d'endormissement sur une courte période.

Les *benzodiazépines anxiolytiques* ont l'avantage d'être efficaces dès la première prise et très rapidement (suivant le mode d'administration). Leurs durées d'action (demi-vie) peuvent varier de quelques heures à plusieurs jours. Ils sont surtout efficaces lorsqu'ils sont pris durant une courte période. C'est pourquoi, ils restent le traitement de première intention pour les états d'anxiété aiguë. Leur effet calmant, peut cependant masquer une dépression débutante et leur prescription nécessite donc au clinicien de faire correctement le diagnostic différentiel.

Les risques majeurs sont, en cas de traitement prolongé, l'accoutumance, la dépendance psychique et (à haute dose) la dépendance physique. Des symptômes comme dépression, irritabilité, transpiration et diarrhée ont été rapportés suite à l'arrêt brusque d'un traitement prolongé.

C- Limites et problèmes liés à la prescription et/ou la consommation des benzodiazépines et autres produits calmants

Les limites et les problèmes rencontrés avec les benzodiazépines peuvent se situer à plusieurs niveaux : celui du produit, celui des patients, celui des prescripteurs et celui du système de soins. Par ailleurs, la consommation de benzodiazépines entraîne sur le plan social une série de coûts supplémentaires, mais aussi une série de bénéfices.

a) Limites et problèmes liés au produit

La sédation, les troubles mnésiques, la diminution de la concentration et les altérations de la fonction musculaire sont autant de symptômes qui peuvent exercer une influence défavorable sur l'aptitude de **conduire des véhicules** ou à utiliser des machines. De même l'effet myorelaxant et la diminution de la vigilance peuvent altérer le sens de l'équilibre chez les **personnes âgées** et être la source de **fractures** de hanche ou du poignet. Ces effets seront d'autant plus marqués que la dose est importante, qu'il est fait usage simultanément d'alcool ou d'autres produits agissant sur le système nerveux central ou encore que la benzodiazépine a un effet sédatif ou myorelaxant puissant.

Certaines benzodiazépines telles que le *flunitrazepam* (Rohypnol®) * peuvent entraîner des effets indésirables importants. Des **amnésies antérogrades** ont été rapportées, même à dose thérapeutique, avec des comportements inappropriés accompagnant ces phénomènes. Des états paradoxaux **d'agitation clastique** extrêmement dangereux ont également été constatés, particulièrement lors d'usage toxicomane ou abusif de ces produits. La plus grande circonspection reste donc de mise lors de la prescription de tels produits.

Il ne faut pas perdre de vue que les produits pharmaceutiques sont reconnus suite à l'introduction de dossiers démontrant leur efficacité par rapport à des pathologies bien circonscrites suivant des critères diagnostiques ad hoc suivant les classifications internationales. Or, les benzodiazépines sont actuellement prescrites également en dehors de ces indications (mal-être, mal de vivre). Par contre, il n'y a pas ou peu d'études scientifiques sur l'impact de ce type de prescription sur la santé. Par ailleurs, il y a peut-être d'autres indications que ce pour quoi ils ont été introduits (stress pathologique, par exemple). On ne peut donc en déduire scientifiquement que toutes ces prescriptions sont inadéquates, sans étude sérieuse sur le sujet.

Enfin, le conditionnement des benzodiazépines devrait être adapté à des prescriptions de consommation très limitée dans le temps.

b) Limites et problèmes liés au patient

Le statut particulier de la prescription médicamenteuse dans le dialogue médecin-malade interfère également. « Le malade (...) tient à son ordonnance. Pour lui, elle revêt un caractère symbolique ; elle atteste de la réalité de l'état pathologique. La prescription d'un médicament confère à un consultant la dignité de « vrai malade » plus que tout autre acte diagnostique ou thérapeutique. Comme le médecin libéral exerce son activité sous le « contrôle profane » de son malade, il aura tendance à ne pas décevoir une attente de prescription qui de toute manière, pense-t-il, sera satisfaite par un de ses confrères. » (Claude Lepen)

Un travail de sensibilisation tant du public que des soignants est nécessaire, notamment en mettant en exergue l'intérêt des mesures alternatives.

Par ailleurs, la problématique de la consommation de benzodiazépines est un aspect particulier de la problématique plus générale de la consommation de substances psycho-actives.

Actuellement, on distingue classiquement trois types de consommation de ces substances :

- l'usage occasionnel
- l'usage abusif
- la dépendance

La première catégorie, son *usage occasionnel et à dose adéquate*, pose a priori peu de problèmes de santé publique. Une réserve doit cependant être apportée à cette considération : l'installation d'une dépendance aux benzodiazépines peut être rapide (environ 3 semaines) chez un individu présentant une vulnérabilité, particulièrement dans certaines circonstances de vie. Par ailleurs, le cumul d'une dose unique avec de l'alcool ou d'autres substances psycho-actives peut entraîner une augmentation des accidents de roulage.

L'*usage abusif* (ou nocif) est défini dans le DSM IV (1994 - association américaine de psychiatrie).

Critères DSM IV de l'abus

A) L'abus est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

1 - l'utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères);

2 - utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors que l'on est sous l'influence d'une substance);

3 - problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance);

4 - utilisation de la substance malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B) Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

La *dépendance* est également définie dans le DSM IV

Critères DSM IV de la dépendance

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

- 1 - tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes:
 - besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance ;
2. - sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage ;
- 3.- substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé ;
- 4.- désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- 5.- temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer, pour récupérer de ses effets ;
6. - d'importantes activités sociales, occupationnelles (professionnelles) ou de loisirs, sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;
7. - poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé par la substance.

La dépendance peut s'accompagner d'une dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présent).

Certes, un certain nombre de consommateurs de benzodiazépines entrent dans l'une ou l'autre de ces deux catégories. Mais, au vu des critères énoncés, on peut s'interroger sur le statut de nombreux utilisateurs chroniques de benzodiazépines. Sont-ils réellement en état de dépendance ? L'usage que certains (p.e. ceux qui prennent pendant des années un comprimé de somnifère au coucher) font d'une benzodiazépine peut-il même être classé comme " usage nocif " ?

Cette constatation conduit à garder une vigilance vis-à-vis des motivations qui sous-tendent un programme de lutte contre la consommation des benzodiazépines : le point de vue du moraliste ne doit pas être confondu avec le problème de santé publique.

Il y a donc tout lieu, de ne pas considérer les consommateurs de benzodiazépines comme un groupe monolithique, pour lequel un message unique de prévention serait applicable. Il y a lieu de nuancer divers types d'usage : usage toxicomane, abus et dépendance, usage lié au bien-être, usage lié à des modifications de fonctionnement bio-physiologique du système nerveux central,...

c) Limites et problèmes liés au prescripteur

Les benzodiazépines sont un aspect particulier d'une problématique plus générale et qui concerne l'état de bien-être (lié ou non à une pathologie médicale) et pour lequel les médecins sont fortement sollicités par la population en ce qui concerne la prescription de médicament pouvant améliorer leur perception du bien-être.

En effet, la définition de l'OMS de la santé comme un état de parfait bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie peut avoir un effet de médicaliser la question, tant dans le chef des médecins que de la population. Ce qui aboutit à des réflexions sur l'implication d'autres acteurs de la société civile. À problème global, réponse globale et multidisciplinaire.

Il n'est des lors pas étonnant de constater que les médecins généralistes sont les plus grands prescripteurs de benzodiazépines. Malheureusement ceux-ci sont insuffisamment formés. Les audits de facultés de médecine réalisés dans le pays soulignent l'insuffisance de formation des médecins à la relation et en psychologie.

Il faut apporter quelques corrections aux études et à la formation continue des médecins. La prescription rationnelle des benzodiazépines devrait être abordée dans chaque type de formation. Par ailleurs, les médecins doivent être mis au courant, tant pendant leurs études comme pendant leur formation, des alternatives existantes non-médicamenteuses, à savoir les exercices de relaxation et la thérapie comportementale pour le traitement des problèmes d'angoisses et d'insomnies. Le corps médical prescrit encore trop régulièrement des benzodiazépines pour le mal-être de leurs patients et pour le stress au travail. Mais les médecins ne peuvent pas seulement être préparés théoriquement, il faut également développer les compétences: la communication avec les patients, comment aborder des problèmes comme le stress, l'angoisse et l'insomnie. (Vais-je prescrire quelque-chose? Que vais-je prescrire? Existe-t-il des alternatives? Où puis-je envoyer mon patient ? ...). Outre la formation en soi, il faut également vérifier si elle fonctionne effectivement. Est-ce que les médecins appliquent les compétences en pratique ? Les alternatives sont-elles efficaces? Est-ce que le problème est modifié ? (augmentation de la consommation d'alcool, abus d'antidépresseurs ou même plus grave: augmentation du nombre de tentatives de suicide). Cela influence-t-il la vente de benzodiazépines? L'analyse du comportement prescriptif de benzodiazépines serait une première forme d'évaluation. Il faut vérifier qui prescrit encore « systématiquement » des benzodiazépines.

d) Limites et problèmes liés à la médecine en hôpital.

Il est souvent reproché aux médecins des hôpitaux de prescrire automatiquement des somnifères et des anxiolytiques aux patients hospitalisés. Nous avons souligné précédemment que, du moins dans les institutions de soins psychiatriques, cette prescription, bien que répandue, semble être faite avec discernement et qu'il y a lieu d'être réservé sur le jugement concernant l'automatisme de ce geste. Il y a lieu de rappeler que la situation particulière de l'hospitalisation, en médecine ou en chirurgie, est propice à ce genre de prescription. En effet, il s'agit de patients qui sont préoccupés par leur état de santé et communément quelque peu angoissés par l'évolution de leur maladie (si elle n'était pas préoccupante, ils ne seraient probablement pas hospitalisés). Par ailleurs, ils sont brutalement placés dans un cadre où l'activité physique est à la baisse et où ils sont détachés des préoccupations quotidiennes mettant du coup le cerveau en état de sous-charge mentale au profit des préoccupations morbides de type anxieuses. Tous éléments particulièrement propices à l'apparition d'insomnies. De plus, l'hospitalisation, est généralement de courte durée, ce qui fait de cette situation une indication adéquate de l'usage de ces substances.

Bien sûr, il y a lieu d'insister sur l'usage réfléchi de ces substances et d'éviter une prescription de type automatique. Mais le problème majeur est surtout que, pour nombre de patients, il s'agit d'une première prescription et ils ne sont pas toujours suffisamment informés. Il faut cependant noter qu'il y a une grande asymétrie entre le savoir du consommateur et celui du prescripteur. Ce qui amène les consommateurs à faire une confiance aveugle à leur médecin sans poser beaucoup de questions (comment poser une question pertinente sur un sujet qu'on ne connaît pas ?) Par contre il y a eu un certain effort des médecins pour abandonner, face à leur patient, le jargon médical. Mais pour beaucoup, la prescription fait encore partie de ce qu'ils vivent comme 'leur liberté thérapeutique'. En effet, on imagine mal, à l'heure actuelle, qu'une prescription soit négociée entre le thérapeute et le patient. Aucune étude scientifique belge sur la satisfaction des patients par rapport à l'information reçue par le médecin, ni sur leurs attentes n'est disponible d'après nos informations.

On notera qu'il y a eu un effort important des firmes pharmaceutiques pour adapter les notices médicamenteuses pour qu'elles soient lisibles pour les consommateurs. Il serait intéressant de faire une analyse comparative de ces notices et faire d'éventuelles suggestions d'adaptation dans le cadre de la campagne.

Pour terminer, il est important de souligner qu'un suivi approfondi s'impose: le médecin traitant est tenu de mentionner dans sa lettre au médecin de famille s'il est nécessaire de continuer le traitement aux benzodiazépines lorsque le patient quitte l'hôpital.

e) **Limites et problèmes liés au système de soin.**

Le système belge des soins présente le grand avantage qu'une personne qui consulte un médecin est considérée comme un malade à part entière. Qu'elle souffre d'une pathologie physique ou de problème psychologique, de question d'assuétude, toute personne qui consulte est un malade. Cette attitude du corps médical est à souligner, d'autant qu'elle n'a pas cours dans certains pays européens.

Cependant, il n'y a pas en Belgique de financement du mal-être.

La limite entre le mal-être et les pathologies n'est pas facile à opérer tant pour les individus que pour les médecins. Très souvent, les problèmes d'anxiété et de stress sont convertis, par les patients et les médecins en plainte physique. Or la structure de ces soins ne favorise pas des consultations longues dans lesquelles il y a du temps pour l'aspect psychologique. Il y a lieu de rappeler que le système de financement des actes médicaux en ambulatoire est essentiellement à l'acte. Cela incite à multiplier les actes, plutôt que de prendre du temps. La consultation du généraliste recyclé s'élève actuellement à 468 FB. Il est évident que ce niveau de financement ne les incite pas dans ce cas à passer 45 minutes avec un patient (cela le mettrait en dessous du coût horaire d'un ouvrier.) La conversion de ces pathologies en manifestations physiques présente un aspect négatif dans le système de financement actuel des soins ; seuls les actes médicaux sont financés, et donc à défaut du financement des bilans psychosociaux, la prise en charge de ces pathologies reste difficile.

Claude Lepen fait une analyse remarquable dans son article « **Une politique pour les tranquillisants** » du rôle dans le cas de la France de l'organisation du système de soins dans l'importante consommation française de benzodiazépines. Par bien des points, la situation française se rapproche de la nôtre. S'interrogeant sur les facteurs explicatifs de cette importante consommation médicamenteuse, l'auteur invoque l'organisation du système de soins en France qui favorise la prescription de médicaments ; « L'organisation du système de santé qui repose sur la combinaison d'une médecine libérale, avec paiement à l'acte, et d'une couverture sociale totale (assurance publique + mutuelle) constitue certainement un élément central d'explication. Le **principe de paiement à l'acte** est dans son essence inflationniste puisque les revenus de médecins dépendent du volume des actes délivrés. Et l'on sait que ce

dernier dispose d'une capacité à infléchir la demande de ses patients : on a montré depuis longtemps que la fréquence des actes médicaux était positivement corrélée à la densité médicale. De leur côté, les patients résistent d'autant moins à cette pression qu'ils sont assez largement couverts par un système de socialisation des dépenses. Cette combinaison d'une médecine libérale et d'assurance obligatoire est très spécifique à la France ».

En milieu hospitalier, le système de financement de la psychiatrie de liaison reste encore largement déficitaire malgré les améliorations apportées. Elle repose sur le principe d'un avis fait par un spécialiste (maximum 1 par semaine) et non sur le principe d'une prise en charge par une équipe multidisciplinaire de la dimension psychique du patient. Dans nombre d'hôpitaux la prise en charge bio-psycho-sociale du patient est même tout à fait absente. Or, de nombreuses études ont mis en évidence que c'est cette dimension qui peut allonger considérablement les durées de séjours hospitaliers. Une intervention précoce et efficace par une équipe spécialisée ayant un effet direct tant sur la durée que les complications ultérieures.

Le mode de remboursement éventuel des spécialités par l'INAMI, joue également un rôle. Le fait que les benzodiazépines, bien que sous prescription, ne soient remboursées dans aucune de ses indications peut avoir tendance à faire assimiler ces substances *par les médecins* à un produit de confort et pas à un 'vrai' médicament, ce qui en banalise sa prescription *et par le patient* à un médicament 'généraliste' pour lequel l'automédication est autorisée comme les aspirines et qu'ils peuvent le conseiller à des amis et membres de la famille.

Comme souligné plus haut, ce qui est le probablement le plus en cause, c'est l'insuffisance de formation des médecins en relations humaines et en psychologie médicale. Notons ici qu'il existe peu de thérapeutes très spécialisés en Belgique. L'organisation des soins de santé en Belgique se pose une nouvelle fois en ne se limitant pas seulement aux benzodiazépines.

f) Les coûts et bénéfices sociaux liés à la consommation de benzodiazépines.

Les coûts sociaux sont essentiellement liés aux sevrages, aux accidents de la route et aux fractures chez les seniors.

Les risques de conduite sous influence des benzodiazépines ne doivent pas être négligés. Après les contrôles d'alcoolémie et le contrôle de la prise de certaines drogues, il faudrait également accorder une attention à la conduite sous l'influence des benzodiazépines. En ce qui concerne accidents roulage (cfr. Rapport BIRN) Lors d'accidents de roulage où une détection a été effectuée 28 % étaient positifs à l'alcool et 8,5% aux benzodiazépines. Pour les 45-54 ans, la présence benzodiazépines était positive dans 17% des cas et pour les 55-64 ans dans 12% des cas.

Dans les coûts sociaux, il y a lieu également de souligner la place ambiguë des benzodiazépines. D'une part lors d'abus et de dépendance, elles diminuent la productivité et augmentent l'absentéisme, mais d'autre part pour d'autres personnes au contraire elles visent par une action sur le stress et l'anxiété à diminuer l'absentéisme et à maintenir une certaine performance. L'aspect « maintenir la performance » chez le patient l'emporte-t-il sur le risque d'abus et de dépendance?

Malheureusement, il n'existe pas actuellement de données tels quels sur les coûts sociaux. Il faudrait pour répondre à cette question faire une étude complémentaire qui analyserait le coût du sevrage, le coût des accidents automobiles, les fractures chez les seniors, et l'effet sur l'absentéisme.

D- Mesures à prendre

a) des études sur les profils de consommation et de prescription

Tout au long du document, nous avons vu qu'un certain nombre d'informations n'étaient pas disponibles pour émettre un avis aussi nuancé et complet que le CSH aurait voulu le faire. Ce qu'il y a de clair, c'est qu'il ne faut pas considérer les consommateurs de benzodiazépines comme un groupe monolithique, mais comme un agrégat de divers profils de consommation dont il serait utile d'avoir plus de renseignements. Quels sont les groupes de population qui rencontrent les plus gros problèmes ? S'agit-il des femmes ? Des personnes âgées ? Des jeunes ? S'agit-il de groupes socio-économiques déterminés ? Existe-t-il différentes formes de consommation (ponctuelle, chronique, ou de confort, de béquille au mal-être, toxicomaniaque, de traitement...) et quels sont les facteurs associés à ces différentes formes de consommation ainsi que le profil de ces consommateurs ?

Au niveau des *patients*, il a été suggéré qu'il serait utile de faire une étude de satisfaction et savoir ce que les patients connaissent de leur place et rôle dans le système de soins de santé, leur relations par rapport aux différents acteurs (médecins de famille, spécialiste, hôpitaux, mutuelle, INAMI) leurs attentes, ce qu'ils désirent le plus avoir comme type d'information, par quels acteurs du système de soins, et sous quelles formes? Aucune étude scientifique belge sur la satisfaction des patients par rapport à l'information reçue par le médecin, ni sur leurs attentes, n'est par ailleurs disponible actuellement.

Au niveau des *prescripteurs*, il serait intéressant de réaliser des études pour voir comment les médecins se positionnent par rapport à la prescription des benzodiazépines ; comment répondent-ils aux demandes de leurs patients qui ont des problématiques sociales et psychologiques ? Quelles sont les réponses autres que médicamenteuses qu'ils proposent à leurs patients ? ...

On peut également s'interroger sur la prescription et le *suivi* adéquat de l'usage des benzodiazépines lors d'une hospitalisation. Le patient en est-il informé ? Des consignes concernant la poursuite du traitement ou sa cessation sont-ils prodigués ? Les médecins de familles en sont-ils informés ? Il y a lieu ici de dépasser des postulats de principes qui tenteraient à croire que les hôpitaux ont une tendance à une prescription automatique de ce genre de produits. Des études complémentaires seraient nécessaires

Enfin, il n'existe pas actuellement de données probantes sur les coûts sociaux réels. Il faudrait pour répondre à cette question faire une étude complémentaire qui analyserait le coût du sevrage, le coût des accidents de la route, les fractures chez les seniors, et l'effet sur l'absentéisme.

b) une approche holistique de la problématique du mal-être

Il y a lieu de ne pas dissocier la question de la consommation et de la prescription de calmants, de la problématique plus générale du mal-être et de la qualité de la vie.

L'analyse sociologique de l'évolution des 'valeurs' de la société occidentale ces 50 dernières années, montre le passage d'un idéal des golden sixties' qui assimilait le bonheur à des richesses et à l'accumulation des biens de consommation à une société à la fois plus 'narcissique' (culte du corps, individualisme, nucléarisation des liens sociaux,...) et plus à la recherche du « bien être » que du « bien avoir » à une société de la performance et de l'individualisme, laissant pour compte ceux qui ne suivent pas. "Déclin des solidarités instituées comme le sentiment d'appartenance de classe, recul des passions idéologiques, promotion de l'acteur individuel à travers le thème de la réussite sociale et de la valorisation de l'entreprise, progression de la conscience corporelle, avec les techniques de mise en forme ou d'amaigrissement qui permettent d'obtenir beauté, santé et prolongement de la jeunesse, etc. Ce souci est d'autant plus prégnant que la vie politique ne fournit plus guère de médiations pour sortir de son abri privé et habiter le monde commun ; pour éviter que chacun ne soit renvoyé à lui-même et à son champ de bataille intérieur. Majorer son autonomie individuelle, développer son potentiel propre, améliorer son apparence physique : toutes ces normes poussent à accentuer les contrôles que l'individu doit exercer sur lui-même (Alain Ehrenberg)

Le détricotage des supports sociaux naturels (famille élargie, place du quartier et des voisins, le réseau de soutien naturel...) en est la conséquence. Les laissés-pour-compte de cette évolution sont légion. Il est important de rappeler que dans les études épidémiologiques, 50 % des personnes atteignant un niveau de souffrance mentale ne feront pas appel à des professionnels pour les aider et que c'est essentiellement la famille et le réseau de support social immédiat qui feront office de support pour cette souffrance (Goldberg D 1997).

Isoler la consommation de psychotropes de la dimension bien-être apparaît comme artificielle et ne se réduit donc pas à la simple question de qui en aurait besoin médicalement. Elle soulève, une autre question, bien plus ambitieuse à relever : qu'allons-nous faire sur le plan bio-psycho-social pour améliorer la qualité de vie de la population ?

c) conduite automobile sous influence

La conduite sous l'influence de drogues illégales et de médicaments a été rendue explicitement punissable par la loi du 16 mars 1999 et l'AR d'exécution du 4 juin 1999. La note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue, prévoyait de prendre des mesures spécifiques pour lutter contre la conduite de véhicules automobiles sous l'influence de médicaments. Ces mesures spécifiques prévoyaient :

- l'apposition d'un avertissement sur l'emballage
- l'adaptation de la notice
- la sensibilisation des médecins prescripteurs
- la formation des policiers

Où en est-on ?

d) mesures spécifiques de prescription de certains produits

Il n'est certainement pas souhaitable d'utiliser obligatoirement pour toutes les benzodiazépines une prescription double et numérotée. L'efficacité d'une telle mesure est mise en question. Une autre possibilité doit exister afin d'enregistrer la prescription de benzodiazépines (p.ex. par les groupes LOK/GLEM). Pour certains produits (e.a. *Rohypnol*[®]), avec un risque plus élevé de dépendance, il est peut-être intéressant d'utiliser une double prescription numérotée. Ce type de contrôle sur les prescriptions doit pourtant être bien évalué et suivi. Il faut vérifier si des déplacements vers d'autres médicaments apparaissent.

Dans des études sur les concentrations dans le sang (analyse post-mortem) de médicaments susceptibles d'induire un état de dépendance, le flunitrazepam apparaît comme la substance la plus commune lors d'intoxications fatales.

L'effet paradoxal du *Rohypnol*[®] chez les toxicomanes est bien connu. Lors d'une consommation chronique l'effet calmant du produit diminuera tandis que l'excitation qui suit cet effet augmentera.

Il y a lieu de savoir si la prescription de *Rohypnol*[®] nécessite des mesures particulières basées sur la preuve de l'existence d'un risque plus élevé.

Enfin, le conditionnement des benzodiazépines devrait être adapté à des prescriptions de consommation très limitée dans le temps.

e) formation des généralistes

Un des points essentiels pour une bonne prise en charge de la dimension bio-psycho-sociale par les professionnels de la santé est la place accordée à cette dimension tant dans leur formation de base que dans la formation continuée. L'ensemble des audits réalisés dans les facultés de médecine du pays aboutissent toutes aux mêmes conclusions, celle d'un déficit majeur de formation dans les dimensions humaines et relationnelles de base. Par ailleurs, la complexité des plaintes et des demandes, l'évolution de la médecine, rendrait souhaitable le développement de compétences complémentaires et spécifiques en psychologie médicale sous forme de certificats complémentaires.

f) réactualisation de la fiche de transparence

Une fiche de transparence sur les hypnotiques et les anxiolytiques a été publiée en 1993. Depuis, la pratique médicale a évolué et d'autres consensus se dégagent. Il serait dès lors urgent de réactualiser cette fiche de transparence afin, de correspondre au plus près à l'évolution des conceptions.

g) campagne d'information et de prévention

Une campagne d'information et de prévention est souhaitable, pour autant qu'elle n'aboutisse pas à diaboliser les benzodiazépines. Elle devra tenir compte du fait que les consommateurs de ces substances ne constituent pas un groupe homogène et qu'il y a de nombreux profils, avec des besoins spécifiques et des recommandations spécifiques.

E- Objectifs d'une campagne d'information et de prévention

a) considérations générales

Lorsque l'on aborde la prévention vis-à-vis d'une problématique de surconsommation d'un produit, il importe de placer l'homme au centre de la démarche de prévention.

“ Récemment, après les approches centrées sur les consommations et sur la diversité des substances psychoactives consommées, l'intérêt s'est porté sur le comportement lui-même de consommation de substances psychoactives, distinguant celui-ci des complications ou dommages liés à la consommation. (...) La personne humaine doit être considérée comme une unité intégrative bio-psychosociale et toutes les dimensions de l'homme doivent être abordées dans les actions de prévention. (...) Si l'on veut penser la prévention, il est nécessaire de distinguer une autre caractéristique de l'être humain, sa dimension métaphysique. La personne est inscrite dans une recherche du sens à donner à la vie, dans la conquête de l'autonomie et de la liberté. ” (Professeur Philippe Jean Parquet.)

b) objectifs

Les objectifs d'une campagne de sensibilisation aux benzodiazépines peuvent être libellés comme suit :

- *rendre une personne capable de ne pas consommer*
- *rendre une personne capable de gérer une consommation sans encourir de risques*
- *faire que les comportements de consommation n'évoluent pas vers la dépendance.*

Pour atteindre ces objectifs, il faut agir sur les déterminants et les facteurs susceptibles d'induire ou d'entretenir un comportement de consommation de substances psychoactives.

Très schématiquement, on peut citer

- *des déterminants psychopathologiques (troubles de la personnalité, troubles psychopathologiques)*
- *des déterminants d'ordre environnemental (sociaux, économiques, culturels, etc.)*

Des facteurs très diversifiés peuvent intervenir dans la rencontre de l'individu et du produit. Les modalités de la rencontre entre les facteurs appartenant au sujet et des facteurs appartenant à son environnement favoriseront chez un individu l'adoption d'un type ou l'autre de consommation.

Soulignons ici un axe important de prévention qui est l'action sur l'offre de produits.

Nous sommes ici dans un champ d'interactions complexes, qui exclut toute vision réductrice basée sur des liens de causalité entre un déterminant ou un facteur identifié et le déclenchement de la consommation.

La prévention tentera dès lors d'agir à plusieurs niveaux pour modifier favorablement à la fois les déterminants et les interactions de ces facteurs.

C'est l'identification et l'action sur les déterminants et les facteurs en cause qui sont gages d'efficacité plus qu'une action centrée uniquement sur le comportement de consommation.

On peut :

- *agir pour diminuer les facteurs de vulnérabilité*
- *agir pour renforcer les facteurs de protection et/ou améliorer leur efficacité*
- *travailler simultanément sur les facteurs de protection et les facteurs de vulnérabilité, ainsi que sur leurs interactions.*

Agir sur la *vulnérabilité* et le risque, c'est identifier les comportements d'alerte (difficultés psychosociales notamment) avant que n'apparaissent les premières consommations.

Soulignons ici le fait qu'une personne est amenée à consulter son médecin en période de crise, de vulnérabilité... et que celui-ci choisit souvent ce moment pour prescrire une substance psychoactive.

Agir sur les facteurs de *protection*, c'est permettre l'acquisition d'une bonne estime de soi et du respect des autres, de la capacité de choisir et de s'autonomiser. C'est aussi développer la capacité de demander et de recevoir de l'aide, de s'affirmer dans des actions participatives. C'est également veiller, lors des moments de crise traversée par une personne, à l'aider à restaurer ou renforcer ces capacités.

L'absence de lien social prive certains citoyens d'un effet de protection collective par l'intégration dans un tissu social. Pour contrer ce facteur de vulnérabilité, il faut retisser les liens de solidarité de proximité, horizontaux. Comme le signale le Professeur Parquet : " La reconstruction des liens sociaux par des actions très diversifiées est un moyen efficace de faire diminuer les comportements de consommation de substances psychoactives, en renforçant les compétences générales des personnes et des groupes quant à leur santé ".

c) principes éthiques

Les principes éthiques d'une action préventive : respect, participation, " primum non nocere ".

Toute action qui irait dans le sens d'une culpabilisation ou dans le sens d'une marginalisation, qui ferait du consommateur un objet de réprobation ou d'exclusion est nuisible sur le plan social et individuel.

L'intervention ne peut stigmatiser l'attitude du consommateur, au risque de nuire à la demande d'aide.

Un principe de base peut donc être posé comme préalable : le respect de la personne, de ses difficultés, de son choix. Dans le contexte du dialogue médecin-patient, respect des choix ne veut pas dire complicité ; simplement, la parole du professionnel qui fait passer son message, sa perception, a une égale valeur humaine que celle du patient.

Un autre principe peut être proposé : permettre et favoriser l'expression des gens, susciter leurs questions, permettre la définition de solutions de consensus. Il s'agit de mettre en place un partenariat de prévention, où le professionnel n'est pas détenteur de la " bonne " parole. Une telle attitude serait en cohérence avec le discours qui se développe de plus en plus en matière de prévention des drogues illicites et plus généralement la tendance de permettre à la population de développer une compétence en matière de santé.

Enfin, une question, plutôt qu'un principe, doit rester présente à l'esprit : " primum non nocere ". Que va-t-il se passer si on incite précipitamment une personne consommatrice de benzodiazépines, et par ailleurs intégrée dans un tissu social, professionnel et-ou familial à arrêter toute consommation ? Ne va-t-elle pas glisser vers une consommation d'autres produits (alcool, tabac, etc.) ? Ne va-t-elle pas exprimer de nouveaux symptômes (sociaux, médicaux, etc.), de nouvelles difficultés de vie ? Dans l'affirmative, quelle est l'utilité de cette action ?

4) LITTERATURE

Ashton H. Benzodiazepines. How they work and how to withdraw. University of Newcastle 2000; 41 pagina's.

Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. *Drugs* 1994; 48(1): 25-40.

Bélanger L., Dupuis G., O'Connor K., Marchand A., Aspects psychologiques de la dépendance pharmacologique aux benzodiazépines, *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, Vol. IV, n°4, décembre 1999

Bogaert M, Maloteaux. *Gecommentarierd Geneesmiddelenrepertorium*, 2000.

Cooperstock R., Hill J. Les effets de l'usage de tranquillisants: l'usage des benzodiazépines au Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1982.

Declercq T, De Meyere M. De nieuwe niet-benzodiazepine hypnotica: plaats in de aanpak van slapeloosheid. *Tijdschr Geneesk (aanvaard september 2001)*.

Del Don L. Les médicaments psychotropes: un soutien à la reconnaissance sociale, *Psychotropes*, Vol. 5 n°1.

De Meyere M. Benzodiazepines: afbouw in de huisartsenpraktijk. *Tijdschr Geneesk* 1993; 49(22): 1621 -1629.

Denis B., Hoffman A., Jacques Ch., Lafontaine J.-B., Romain J.-G. Apport des usagers de drogues aux médecins généralistes. *Santé Conjuguée*, juillet 1999; n°9.

Ehrenberg A. Drogues et médicaments psychotropes – Le trouble des frontières. *Esprit*, 1998.

Folia Pharmacotherapeutica. Afbouw van chronisch benzodiazepinegebruik. 2001;

Folia Pharmacotherapeutica. Medicamenteuze behandeling van slapeloosheid. 1999; 26: 425-

Folia Pharmacotherapeutica. Risico van afhankelijkheid aan Zolpidem en Zopiclon. 2002; 28: 12-112.

Foy A. Withdrawing benzodiazepines. *Australian Prescribing* 1993; 16: 12-14.

Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, et al. Het langdurig gebruik van benzodiazepines. *Ned. Tijdschr. Geneesk* 2001; 145 (28): 1347-1350.

Knuistingh Neven A, De Graaff WJ, Lucassen PLBJ et al. NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. *Huisarts Wet* 1992; 35: 212-219.

Knuistingh Neven A, Lemmens CPJM. Zopiclon en zolpidem: aanwinst of meer van hetzelfde? *Gebu* 1999; 3(2): 13-16.

La charte Alto, Une charte pour l'accompagnement des usagers de drogues par les médecins généralistes, *Santé Conjuguée*, janvier 2000, n°11

Lader M. Scholing van medici in correct gebruik van benzodiazepinen. Psychopraxis 1999;1(1):9.

Lemoine P., Médicaments psychotropes: le big deal?, Revue Toxibase, N°1- Mars 2001.

Neomagus GJH, Terluin Bn Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. Huisarts Wet 1997; 40(4): 167-175.

Oude Voshaar RC, Gorgels WJ, Mol AJ, et al. Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. Ned Tijdschr. Geneesk 2001; 145 (28): 1347-1350.

Reynaud M., Chassaing J.-L., Coudert A.-J. Les toxicomanies médicamenteuses, PUF, 1989.

Rogiers R. Niet-medicamenteuze aanpak van angst: protocollaire behandeling met cognitieve gedragstherapie. HaNu 2000; 3: 118-129.

Schepens P., Demyttenaere K. Vademecum de psychopharmacologie clinique, Solvay Pharma, 1999.

Spadone Ch. Les médicaments psychotropes, Dominos Flammarion, 1997.

Wagner J, Wagner L, Hening W. Beyond benzodiazepines: alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. Ann Pharmacother 1998; 32: 680-691.

Zarifian E. Des paradis plein la tête. Odile Jacob, 1998.

Adres :

**Hoge Gezondheidsraad
Esplanade 1201
Pachecolaan 19 PB 5
1010 Brussel**

**Telefoon 02-214.42.45/46
Fax : 02-214.43.13**

Email : guy.devleeschouwer@health.fgov.be