CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
CLERMONT FERRAND

afssaps
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

BON USAGE / MESUSAGE

MEDICAMENTEUX

Cas des MSO, Antalgiques, Benzo

LOIREADD, Hôpital Bellevue, Saint Etienne, 24 avril 2012

Nicolas AUTHIER

CENTRE Addictovigilance Auvergne
04 73 751 822
Consultations pharmacodépendance

Liens d'intérêt

- ***Financiers : AUCUN***
- ***Amicaux : AUCUN***
- ***Familiaux : AUCUN***

Définitions

- **BON USAGE**

  Conforme aux RCP (AMM)

- **MESUSAGE**

  Utilisation non-conforme au Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) d'une spécialité pharmaceutique

- **USAGE DETOURNE**

  Utilisation volontaire d'un médicament à des fins festives, frauduleuses ou lucratives (revente) délictuelles ou criminelles (soumission chimique).

Thèmes abordés

- **Médicaments de substitution aux opiacés**

  Buprénorphine, Méthadone

  Sulfate de Morphine ?

- **Antalgiques**

  Codéine, Tramadol, …

- **Benzodiazépines**

  Oxazépam, zolpidem

Thèmes abordés

- **Médicaments de substitution aux opiacés**

  Buprénorphine, Méthadone

  Sulfate de Morphine ?

- **Antalgiques**

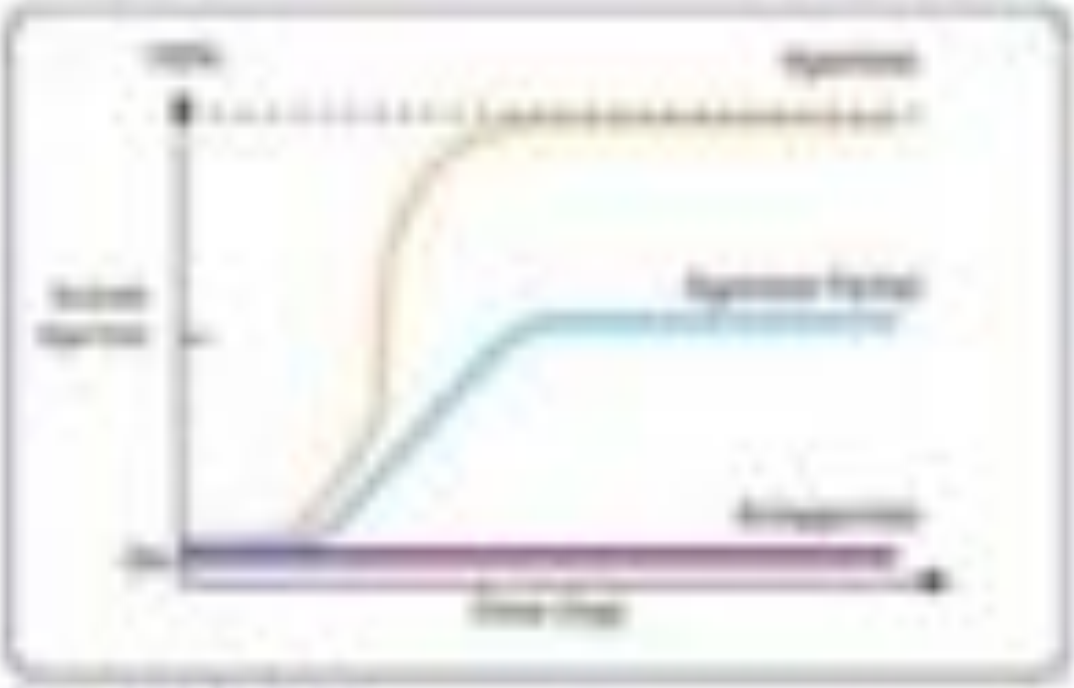
  Codéine, Tramadol, Fentanyl, …

- **Benzodiazépines**

  Oxazépam, zolpidem

Shoot d'héroïne

Profil agoniste / antagoniste



- Agoniste μ^{++} : la méthadone
- Agoniste partiel μ et antagoniste κ^{++} : la buprénorphine

L'ACTIVIT agoniste partielle de la buprénorphine confère au produit une grande sécurité d'emploi en traitement des patients dépendants, notamment sur les fonctions cardiorespiratoires.[1]

[1] Lamy Pharmacodépendances, mis à jour 2006, p. 1-21, 125
[2] Ch. Gueniche, Addictologie, Masson, 2000, p. 1-12
[3] Revue de pharmacologie et de toxicologie, 1997, 1-8

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
CLERMONT FERRAND

CENTRE Addictovigilance Auvergne
04 73 751 822
Consultations pharmacodépendance

Une maladie ?

un signe : La rechute

un symptôme : Le « manque »
« craving »

LE MEDICAMENT EN ADDICTOLOGIE

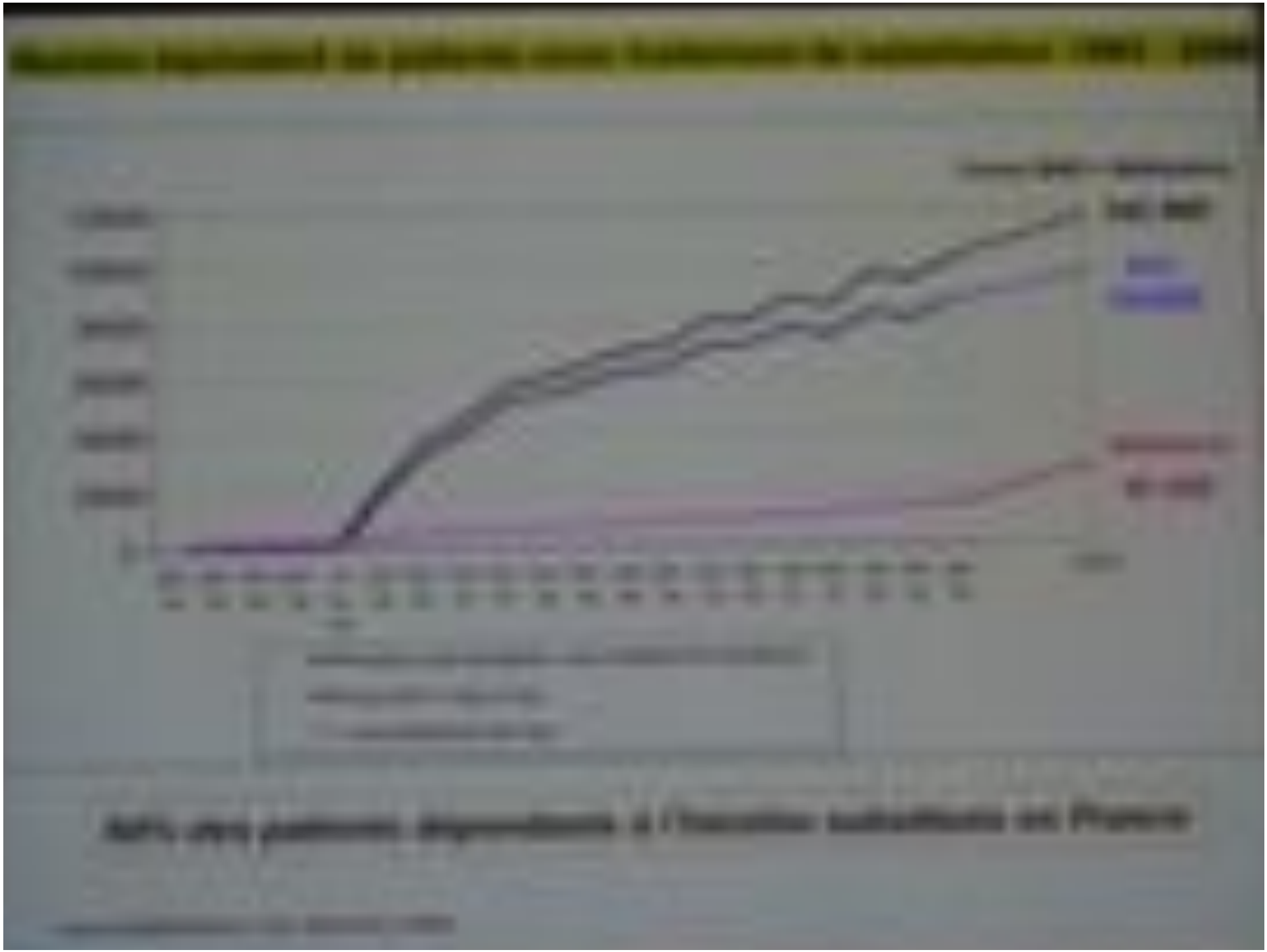
- **Propriétés attendues :**

→ Réduire le CRAVING

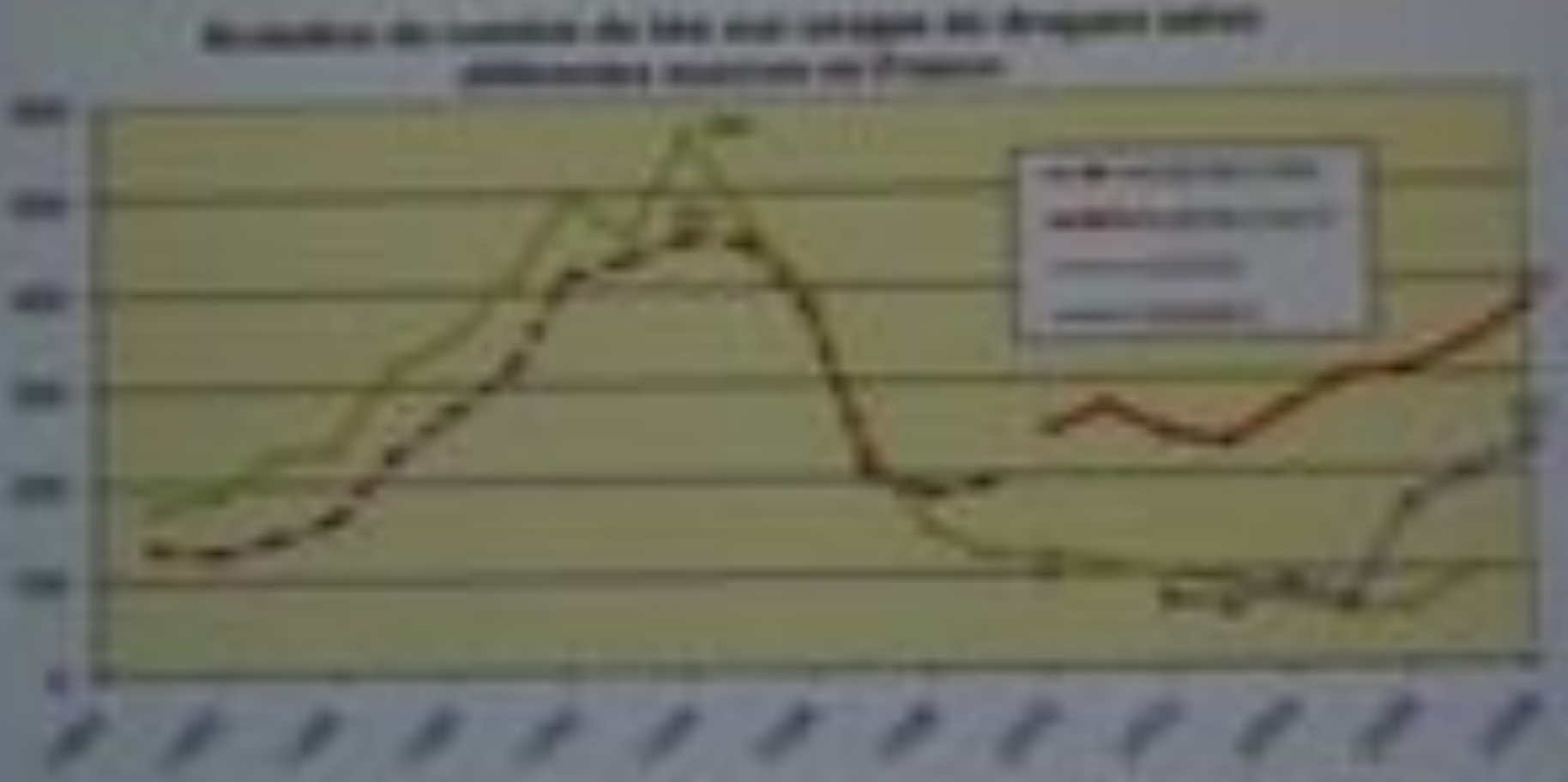
(sevrage = signe accessoire)

→ Pas d'effet renforçant du médicament

→ Réduire effet renforçant de la substance de dépendance (héroine, morphine, …)



Dommages : décès



Dommages : VIH

Évolution du nombre de décès par sida chez les usagers de drogues par voie injectable depuis 1990

Dommages : VHC

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE CLERMONT FERRAND

CENTRE Addictovigilance Auvergne 04 73 751 822 Consultations pharmacodépendance

Données France

oppidum

Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse

Enquête CSAPA Octobre 2010 – n = 5155

	Sous protocole	
	Subutex®	**BHD GNR** *(Arrow® +Mylan®+ Biogaran®,Teva®, Sandoz®, SAI)*
n	805	538
Age moyen	35,1 ±8,6	33,4 ±8,6
Dose en mg (m +/- ds)	9,3 ±5,8	7,4 ±4,9
Voie orale	92%	94%
Voie nasale	**12%**	**7%**
Voie inhalée	1% (n=9)	*0,6% (n=3)*
Voie I.V.	**11%**	**5%**
Consommation associée Héroïne	14%	11%

**** Spécialités :*** *Subutex®, BHD Arrow®, BHD Mylan®, BHD Biogaran®, BHD Teva®, BHD Sandoz®, BHD GNR, BHD SAI*

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE CLERMONT FERRAND

CENTRE Addictovigilance Auvergne 04 73 751 822 Consultations pharmacodépendance

Données France

Enquête CSAPA Octobre 2010 – n = 5155

oppidum

Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse

	Méthadone sous protocole	
	Méthadone sirop	**Méthadone gélule**
n	1859	631
Premier contact	12%	8%
Age moyen	33,7 ±8,4	**36,7 ±8,5**
% d'homme	76%	73%
Activité professionnelle	42%	**43%**
Logement stable	83%	**91%**
Dose en mg (m +/- ds)	61,7±32,6 (1,5-300)	**58,8 ±39,7** (1-300)
Voie orale	100%*	100%*
Obtention illégale	5%	1% (n=8)
Héroïne	21%	**10%**

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE CLERMONT FERRAND

CENTRE Addictovigilance Auvergne 04 73 751 822 Consultations pharmacodépendance

oppidum

Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse

Données France

Enquête CSAPA Octobre 2010 – n = 5155

Sujets ***HORS PROTOCOLE*** de substitution (N=169)

MODE DE CONSOMMATION	METHADONE	BUPRENORPHINE
Dose en mg (m +/- ds)	50 mg	9,1 mg
Voie orale / sublinguale	100%	40%
Voie intranasale	(n=1)	51%
Voie intraveineuse		25%
CONSOMMATIONS ASSOCIEES		**PRODUIT**
Héroïne	68%	35%

** Spécialités : méthadone sirop, méthadone gélule, méthadone SAI*

Données B.H.D.

- **<u>Données OSIAP 2010 (n=225)</u>** :

1. Anxiolytiques	29,1%
2. Hypnotiques	25,7%
3. Analgésiques opioïdes	13%
4. MSO	**7,8% ↘**

Données B.H.D.

- **<u>Données OSIAP 2010 (n=225)</u>** :

1. Zolpidem	16%	↗
2. Bromazepam	7,1%	↘
3. Clonazépam	5,8%	↗
4. Buprenorphine haut dosage	**5,7%**	**↘**
5. Alprazolam	4,4%	↗
6. Morphine	4,1%	↗
7. Paracétamol	4,0%	↗
…		
26. Méthadone	**1.8%**	**↗**

DRAMES 2010

281 cas

153 cas
⇔ MSO

102 cas
⇔ Méthadone

51 cas
⇔ BHD

39 cas
⇔ BHD + benzo

5 cas
⇔ BHD seule

117 cas
⇔ Substances illicites

42 cas
⇔ Cocaïne

85 cas
⇔ Héroïne

21 cas
⇔ Morphine

Données B.H.D.

- **<u>Données nationales CNAM (n=1470)</u>** :

Suivi 2006 à 2008

2,45% ⇔ posologie > 32 mg/jour

38% ⇔ durée traitement > 2 ans

42% ⇔ interruption traitement > 60 jours

Données B.H.D.

- **<u>Données région PACA</u>** <u>(Congrès P2T 2012 Dijon)</u> :

  Données 2008 PACA-Corse

  n=8137 patients

	Délai présentation ordonnance BHD	
	Prévalence	Incidence
1 seule délivrance	7%	**25%**
< 36 jours	83%	66%
36 à 45 jours	**5%**	**4%**
> 45 jours	**5%**	**5%**

Données B.H.D.

- **<u>Données CNAM Haute Garonne (n=437)</u>** :

Suivi 56 mois ➔ 95 arrêt traitement en cours

24% ⇔ arrêt progressif

30% ⇔ switch autre MSO

46% ⇔ arrêt brutal

Toxiques urinaires

- **<u>QUID de l'utilisation du dépistage urinaire des toxiques ?</u>**

Méthadone → obligation (RCP)
Buprénorphine → recommandé (Afssaps 2011)

Sensibilité / spécificité ?
Coût ?
Interprétation ?

Toxiques urinaires ⇔ 3,4 % patients sous MSO en ambulatoire

(Eur Addict res, 2012 & Congrès P2T 2012 Dijon)

Dépendance opiacés

- **Mise au point AFSSAPS 2011** (prescription et délivrance de la buprénorphine au dosage)

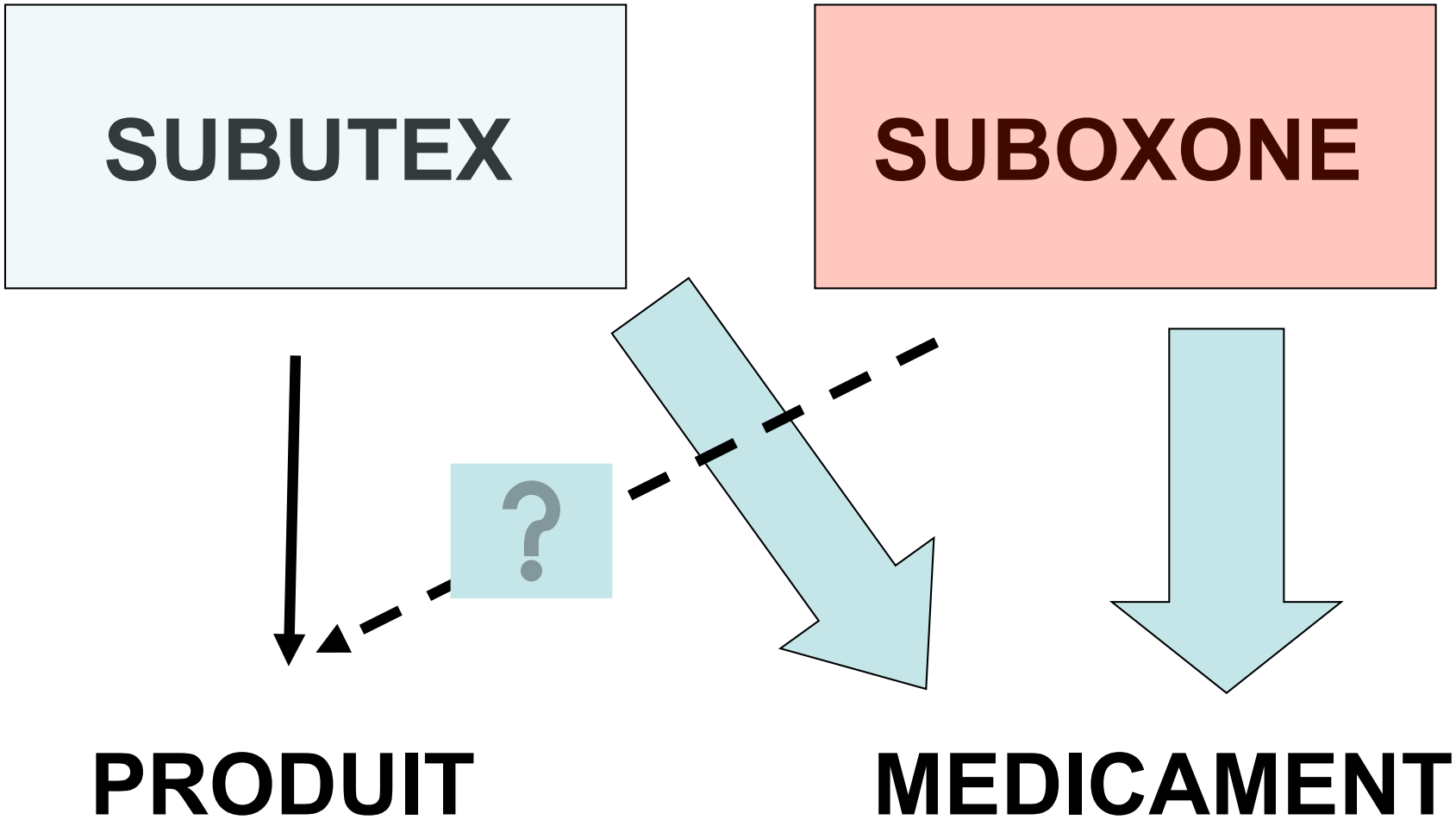
www.afssaps.fr > Infos de sécurités > Recommandations

Dépendance opiacés

- **Mise au point AFSSAPS 2011** (prescription et délivrance de la buprénorphine au dosage)

  - Ce traitement doit s'inscrire dans le **long terme**.
  - La BHD ne doit pas être utilisée dans le traitement des dépendances à des produits non opiacés
  - posologie **d'instauration entre 4 et 8 mg/jour**
  - posologie maximale recommandée dans l'autorisation de mise sur le marché est de 16 à 24 (SUBOXONE) mg/jour.
  - **VOIE SUBLINGUALE**
  - **1 prise quotidienne**
  - **1 prescripteur / 1 dispensateur** (contact médecin / pharmacien)
  - **Ordonnances sécurisées**, en toutes lettres, pour maxi 28 jours
  - **Nom du pharmacien sur l'ordonnance**

www.afssaps.fr > Infos de sécurités > Recommandations

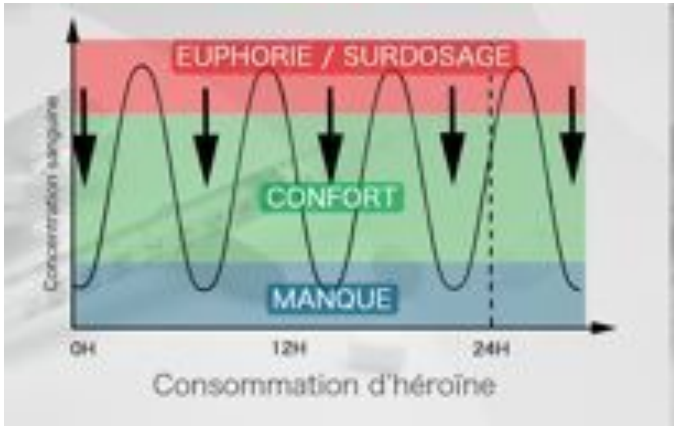

SUBUTEX
SUBOXONE
?
PRODUIT
MEDICAMENT

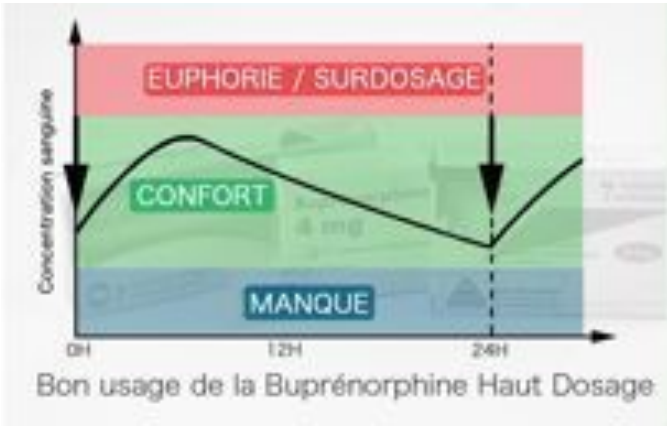
Dépendance opiacés

- Recommandations ANAES 2004 (**Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution**)
- Expertise INSERM 2010 (Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues)
- Mise au point AFSSAPS 2011 (prescription et délivrance de la buprénorphine au dosage)
- Support d'information BON USAGE des médicaments de substitution

Dépendance opiacés

- **Support d'information BON USAGE des médicaments de substitution**





CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
CLERMONT FERRAND

CENTRE Addictovigilance Auvergne
04 73 751 822
Consultations pharmacodépendance

Douleur et MSO

CONSOMMATION D'ANTALGIQUES & MSO

- *Description de la population étudiée* :

Source : données CNAM Auvergne ⇔ 70% assurés du RG. (prescription TSO au 1er semestre, 2009)

Nb patients Traités	03	15	43	63	TOTAL
BHD	**340**	**123**	**228**	**955**	1646
Méthadone	**234**	**27**	**197**	**205**	663

CONSOMMATION D'ANTALGIQUES

%	Pop Gal	Pop TSO	Ratio Standardisé
Antalgiques	74,8	74,6	108
Niveau 1	72,5	71,6	107
Niveau 2	**18,8**	**24,5**	**133**
Niveau 3	1,2	1,8	**329**
Rmq :	+++ 67% des cas ⇔ skenan (indication ?)		

CONSOMMATION D'ANTALGIQUES

- *PATIENTS SOUS BHD*

ANTALGIQUES NIVEAU II (opiacés faibles)	
24,3%	
< 16 mg/j ⇔ 23 %	**> 16 mg/j ⇔ 31%**
Dextropropoxyphène	**40 %**
Tramadol	34 %
Codéine	21 %
Néfopam	5 %

CONSOMMATION D'ANTALGIQUES

- *PATIENTS BHD*

ANTALGIQUES NIVEAU III (opiacés forts) *!!! Contre indication*
1,3%
+++ morphine
Hors période prescription BHD

CONSOMMATION D'ANTALGIQUES

- *PATIENTS METHADONE*

ANTALGIQUES NIVEAU II (opiacés faibles)	
24%	
< 100 mg/j ⇔ 23%	**> 100 mg/j ⇔ 27%**
Dextropropoxyphène	**44 %**
Tramadol	32 %
Codéine	16 %
Néfopam	8 %

CONSOMMATION D'ANTALGIQUES

- *PATIENTS SOUS METHADONE*

ANTALGIQUES NIVEAU III (opiacés forts) *!!! Contre indication*
2,7%
+++ SKENAN ⇔ 68% régulier
Chevauchement avec prescription méthadone

STRATEGIES ANTALGIQUES

PRIORITE AU SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

PAS DE RISQUE D'AGGRAVER UNE DEPENDANCE

+++ EDUCATION DU PATIENT

pour bonne observance des adaptations thérapeutiques

Congrès P2T 2012 Dijon – Centre Addictovigilance Toulouse
Mauvaise prise en charge douleur aiguë aux urgences
➔ **chute du taux de rétention en TSO de 42 à 25%**

« Théorie de l'évolution …
de la prise en charge de la douleur sous MSO »

Arrêt BUPRÉNORPHINE

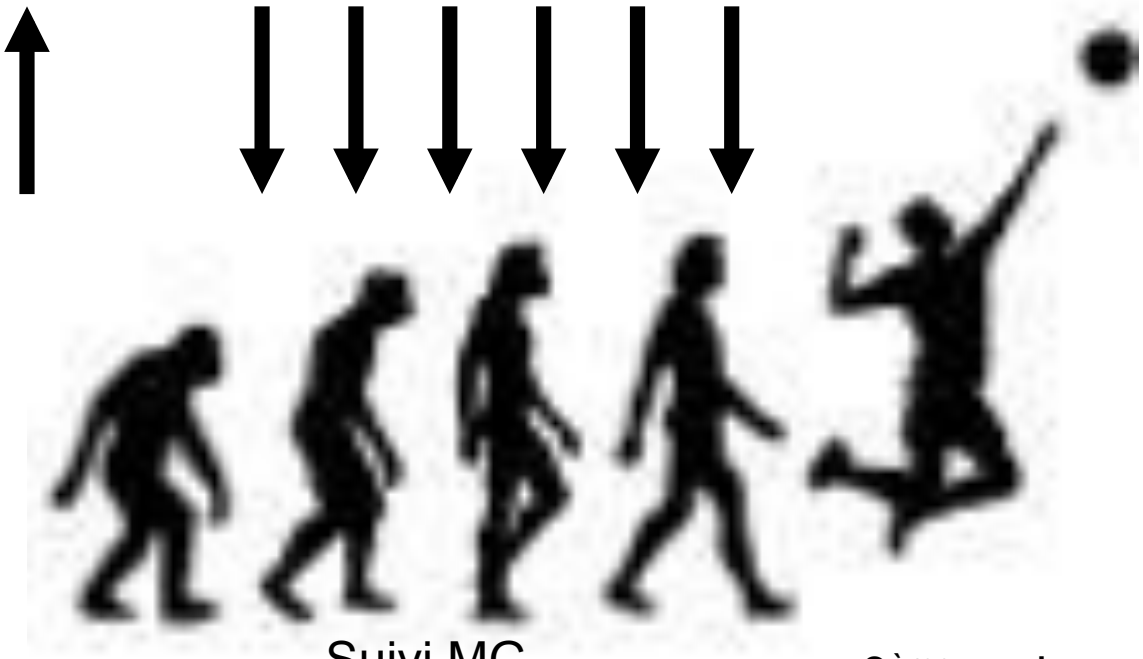
Sulfate de Morphine

Titration
Forme LI / 6h

EVA < 3
Conversion
forme LP / 12h

PATIENT

avec douleur aigue SÉVÈRE (EVA > 7)



Suivi MG
+/- avis addictologue
Examens complémentaires
Demande avis spécialisé

3ème mois :
1ère consult spécialisée

●●●

« Théorie de l'évolution …
de la prise en charge de la douleur sous MSO »

Maintien

MÉTHADONE

+/- fractionnement /6h

+/- augmenter dose

+ Sulfate de Morphine (douleur aiguë)

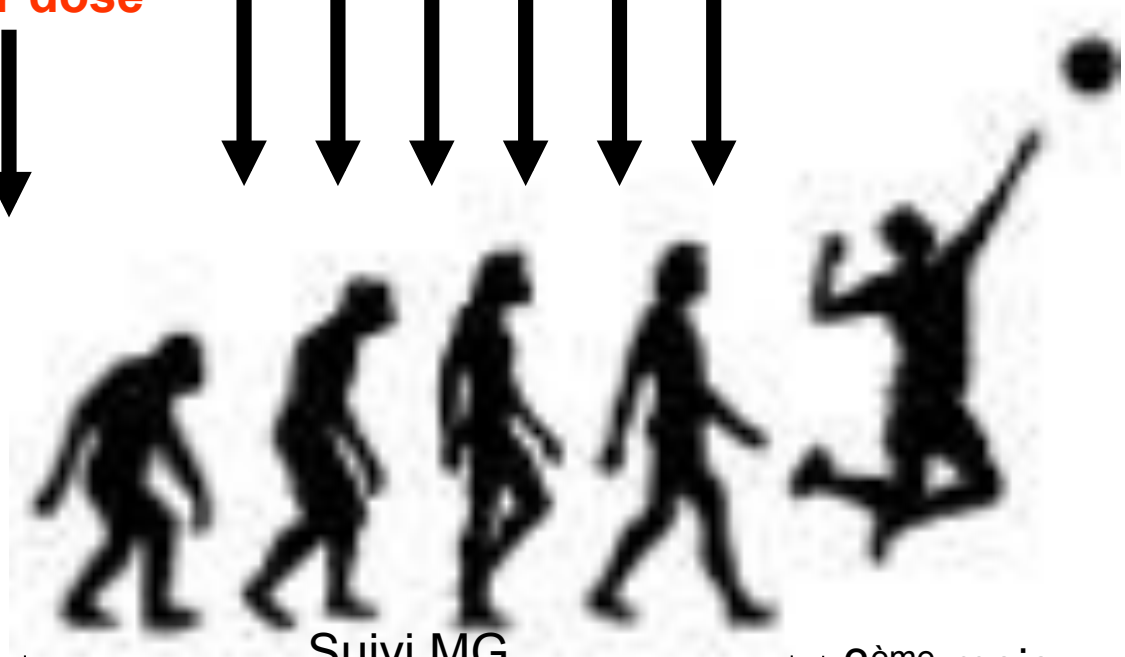
ou switch sulfate de morphine

Titration
Forme LI / 6h

EVA < 3
Conversion
forme LP / 12h

PATIENT

avec douleur aigue SÉVÈRE (EVA > 7)



Suivi MG
+/- avis addictologue
Examens complémentaires
Demande avis spécialisé

3ème mois :
1ère consult spécialisée

…

MSO & grossesse

Risque lié aux opiacés (héroïne, …) → infectieux, précarité, overdose, co-addictions, suivi tardif ou incomplet → FCS, hémorragie (HRP), prématurité, RCIU, mort fœtale, mort subite nourrisson.

$ sevrage (héroïne) : 60-90%

METHADONE :

pas risque malformatif
Risque dépression respiratoire ⇔ association benzo
$ sevrage : 50% → nursing +++ +/- morphine
Corrélation dose / $ sevrage néonatal controversée

BUPRENORPHINE :

pas risque malformatif
Risque dépression respiratoire ⇔ association benzo
$ sevrage : <50% (dose morphine et durée hospitalisation < méthadone)

!!! Alcool ⇔ 1er TERATOGENE

1/ Naltrexone → 2/ Acamprosate ; Disulfirame déconseillé.

Substitution et Sulfate de Morphine ?

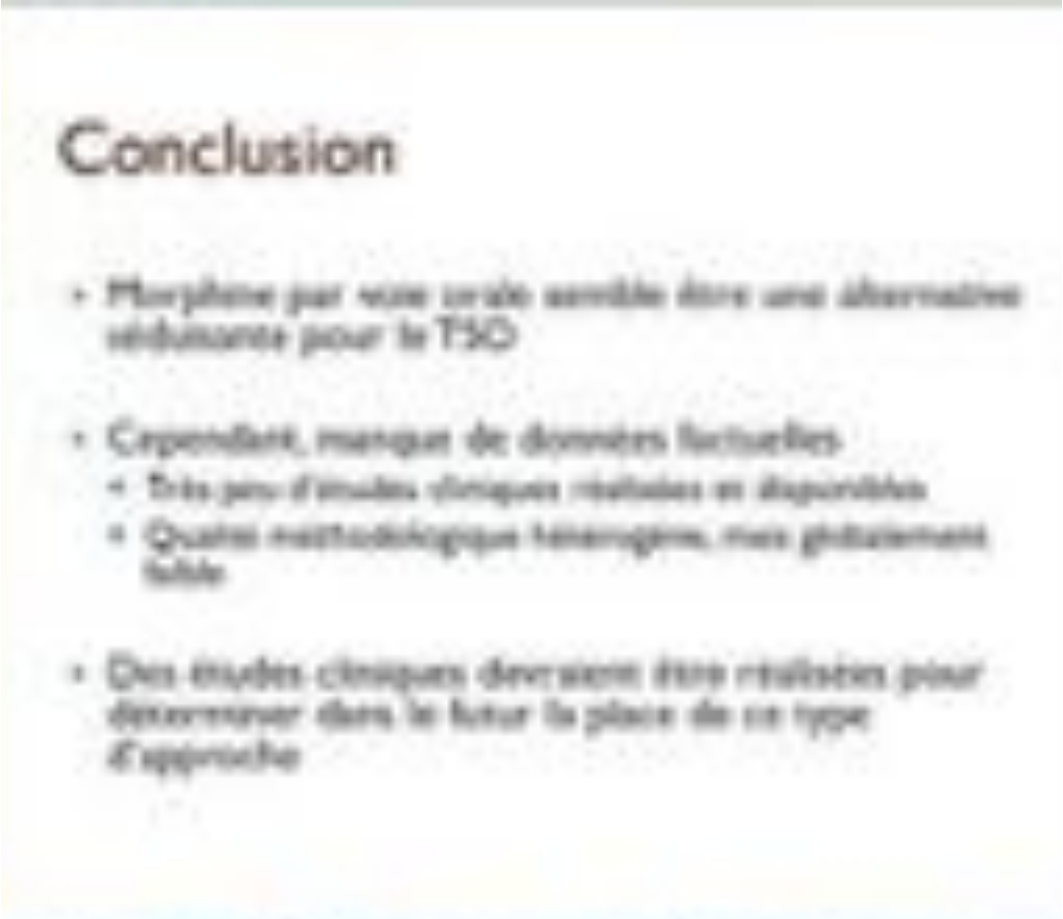
- Cadre réglementaire en France
  - Note émise par la DGS en 1996. Une dérogation peut être obtenue auprès du médecin conseil de l'Assurance Maladie en cas d'échec ou d'intolérance aux autres médicaments de substitution
- Problématique
  - Conditions entourant la prescription du sulfate de morphine à visée non antalgique floues
  - Hétérogénéité des pratiques en fonction des CPAM

Substitution et Sulfate de Morphine ?

Comparé à la méthadone et à la buprénorphine, très peu d'études disponibles sur le sujet

◦Pas ou peu d 'évaluation par essai clinique comparatif (/plusieurs études avec héroine)

◦Place dans la stratégie thérapeutique dans un contexte de disponibilité d'autres médicaments de substitution ?



Indicateurs de détournement des médicaments opiacés et TSO

	Nb Fiches 2010 (vs 2009)	Souf. à l'arrêt	abus/ dépdance	Obtent° illegale	Prise conc alcool	Voie nasale	Voie IV
Méthadone	2601 (vs 2351)	1161/2391 (49%)	NA	169/2520 (7%)	410/2492 (17%)	1/2551	0/2551
Buprénorphine HD	1526 (vs 1405)	843/1414 (60%)	NA	**223/1475 (15%)**	281/1461 (19%)	189/1483 (13%)	153/1483 (10%)
Morphine	101* (vs 63)						
dont skénan®	**85 (vs 51)**	54/82 (66%)	57/69 (83%)	**56/81 (69%)**	27/79 (34%)	6/83 (7%)	**62/83 (75%)**
Tramadol (seul ou assos.)	8 (vs 6)	5/8	5/8	**1/7**	0/7	0/8	0/8
Oxycodone	6 (vs 3)	5/5	1/2	3/6	0/6	0/6	**2/6**
Dextropropoxyphène an assos.	5 (vs 5)	1/4	1/5	1/5	1/5	0/5	0/5
Opium+paracetamol+caféine	4 (vs 2)	3/4	3/4	1/4	1/3	0/4	0/4
Buprénorphine	2 (vs 0)	1/2	0/1	1/2	0/2	0/2	0/2
Fentanyl	1 (vs 3)	1/1	1/1	0/1	0/0	0/1	0/1

* Morphine : 85 skenan®, 7 moscontin®, 5 morphine®, 3 actiskenan®, 1 sulfate de morphine SAI

Thèmes abordés

- **Médicaments de substitution aux opiacés**

  Buprénorphine, Méthadone

  Sulfate de morphine

- **Antalgiques**

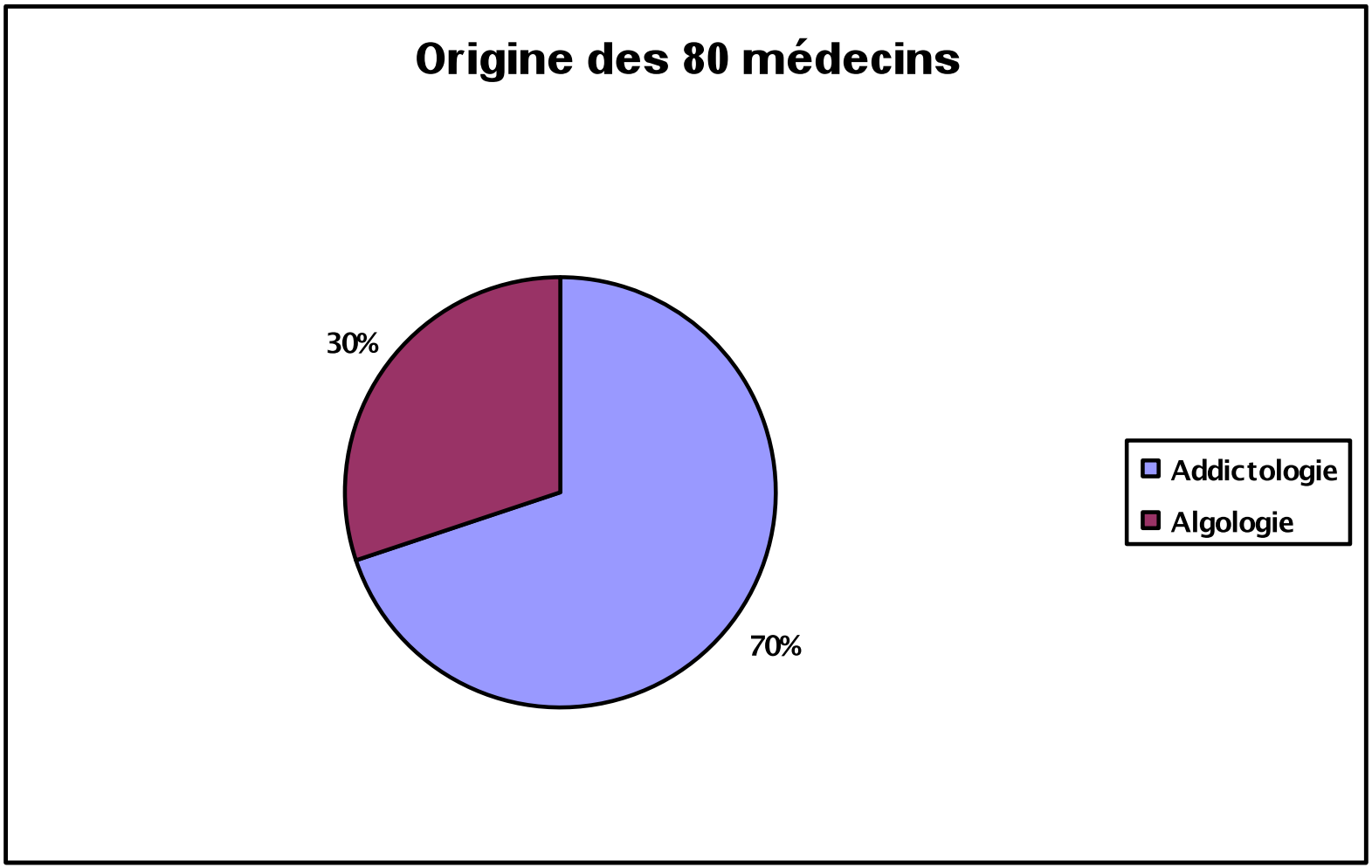
  Codéine, Tramadol, fentanyl, …

- **Benzodiazépines**

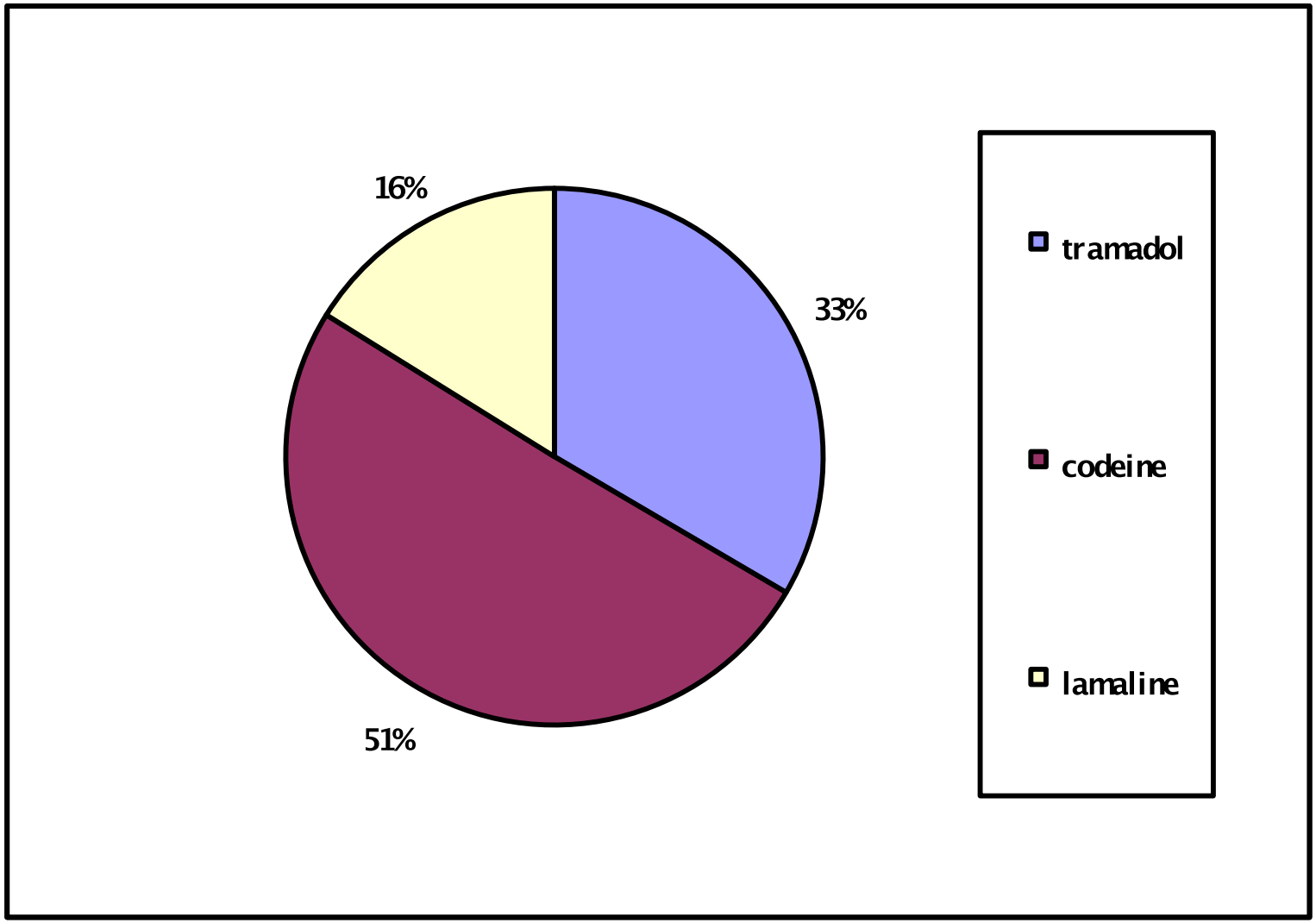
  Oxazépam, zolpidem

ENQUETE TRAMADOL : Réseau Centres Addictovigilance (février 2012)

- Réponses : N = 80 médecins



Répartition des demandes de sevrage (N = 117)

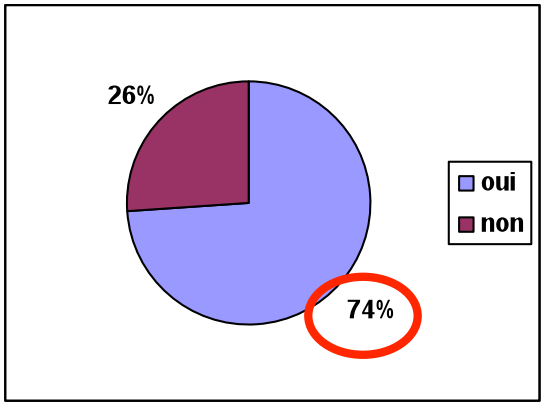


Répartition des sollicitations de sevrage selon l'origine des médecins

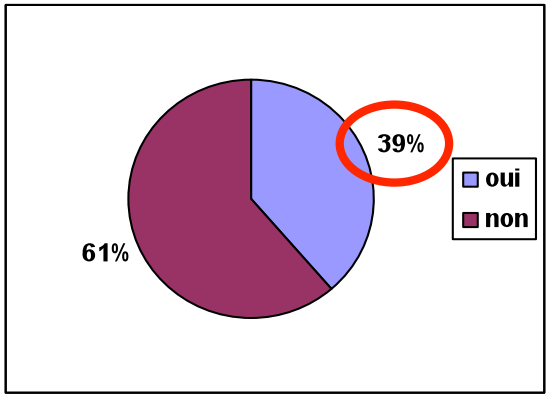
ALGOLOGIE

ADDICTOLOGIE

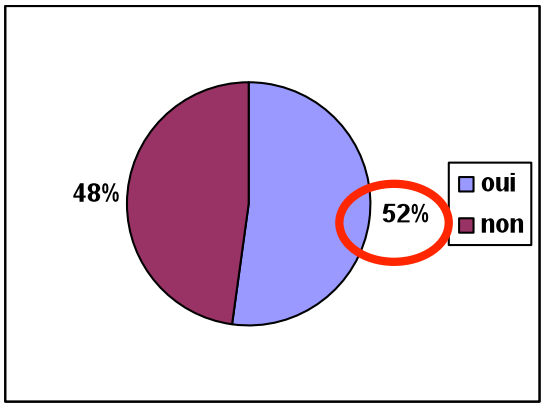
TRAMADOL



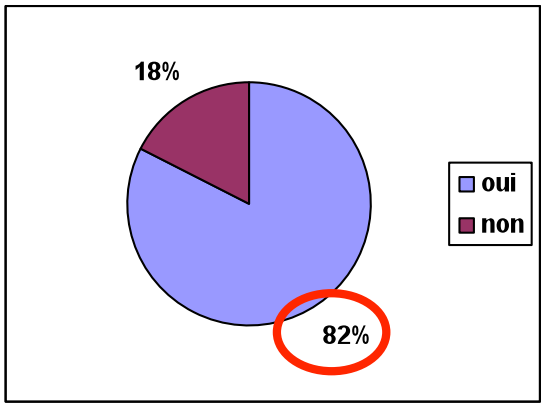
≠



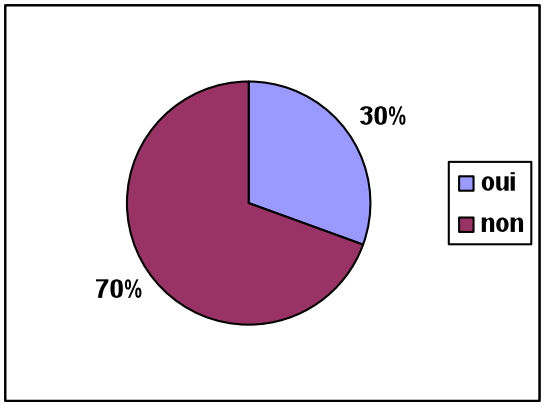
CODEINE

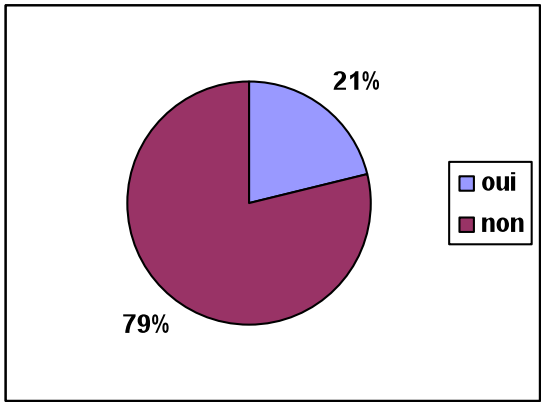


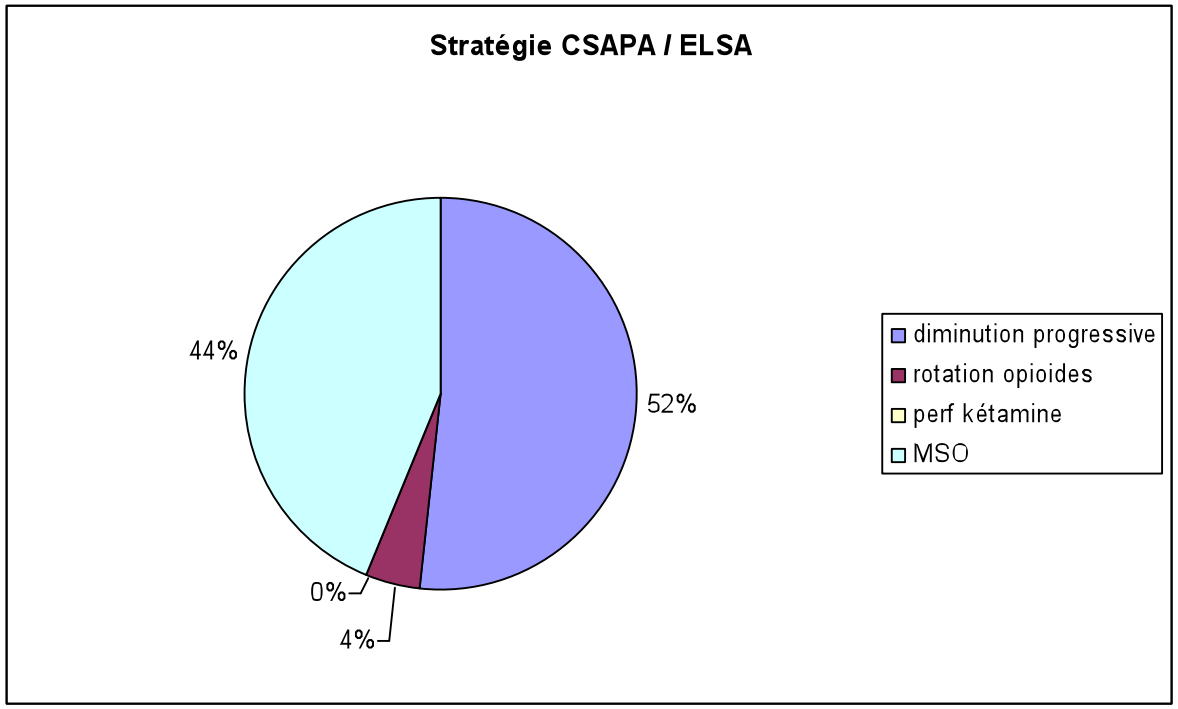
≠

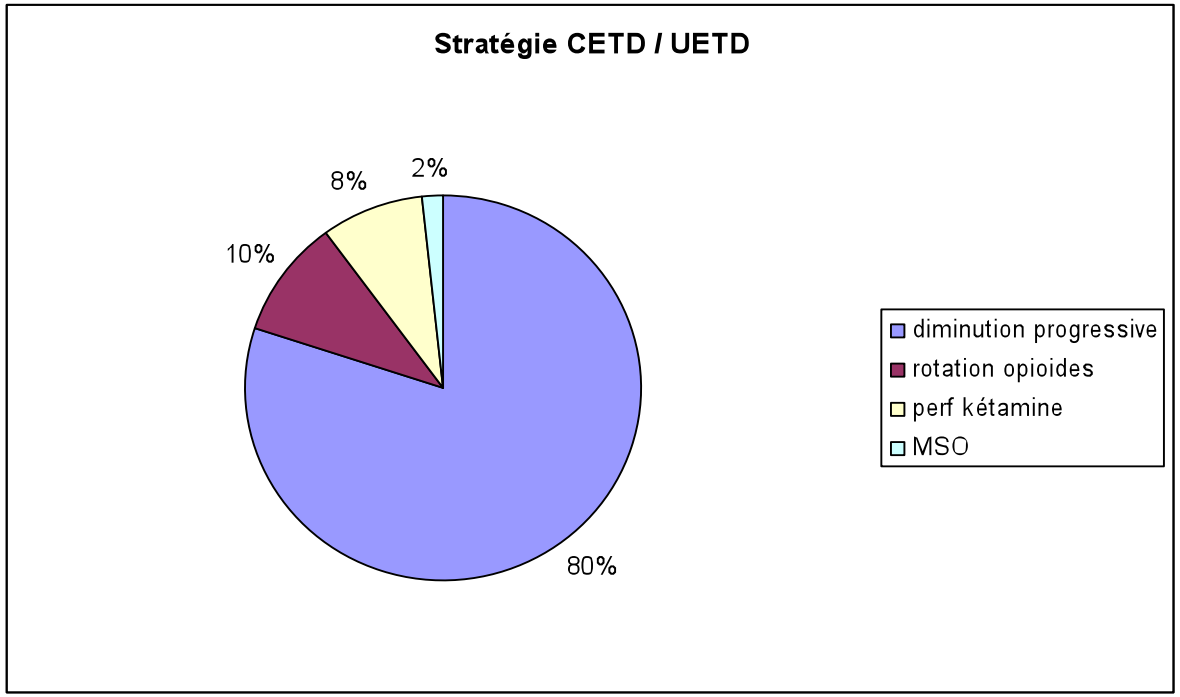


LAMALINE





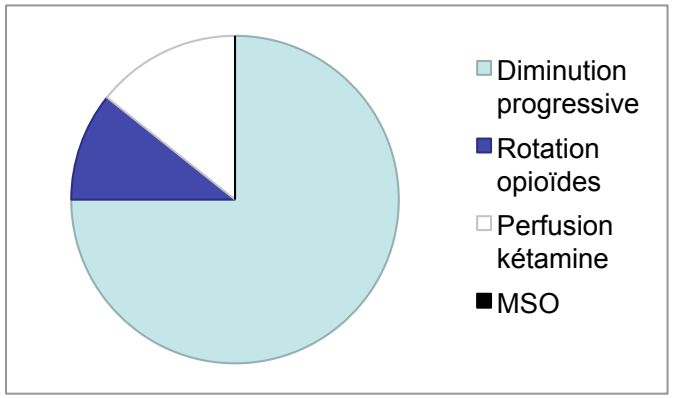

Stratégie CSAPA / ELSA
44%
52%
0%
4%
diminution progressive
rotation opioides
perf kétamine
MSO

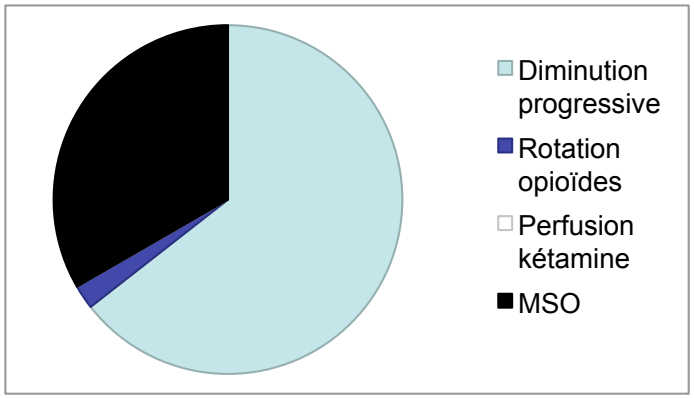

Stratégie CETD / UETD
8%
2%
10%
80%
diminution progressive
rotation opioides
perf kétamine
MSO

Répartition des stratégies de sevrage selon origine des médecins

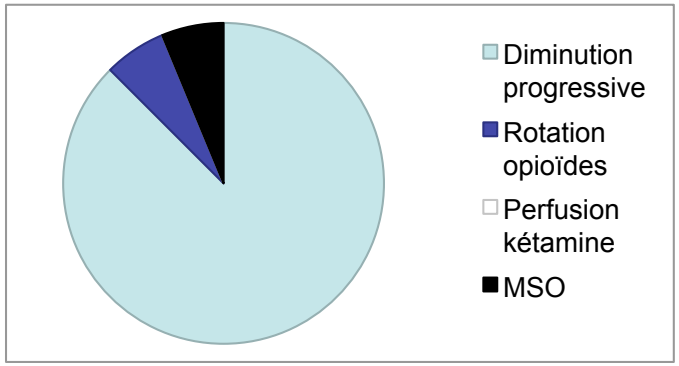
ALGOLOGIE ≠ **ADDICTOLOGIE**

TRAMADOL

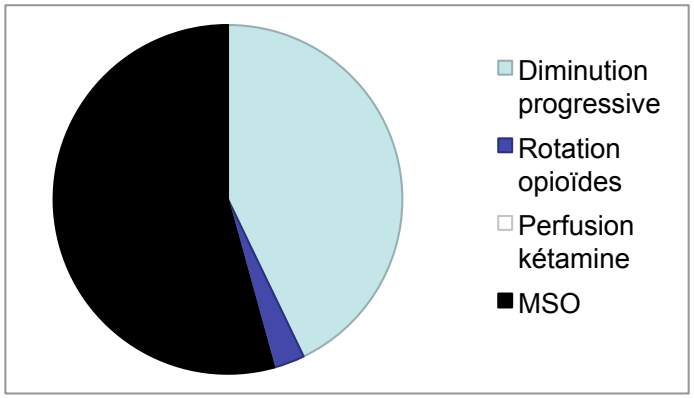




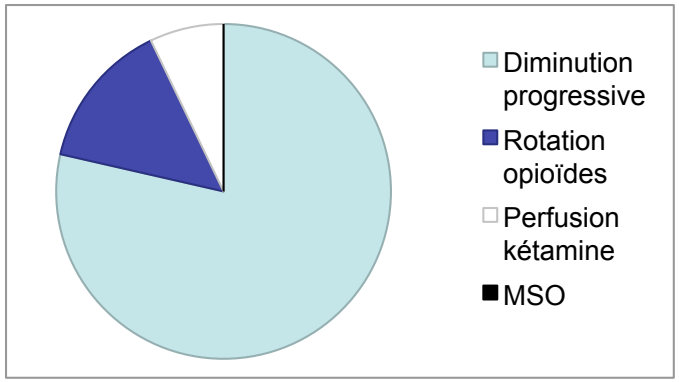
CODEINE

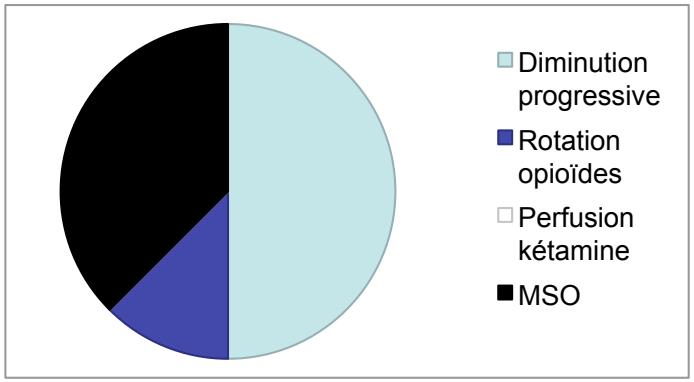


≠



LAMALINE





Antalgiques & grossesse

Dès 24ème S.A. ➔ AINS dont Aspirine CONTRE INDIQUES

PARACETAMOL : antalgique de 1ère intention

CODEINE : antalgique de palier II de 1er choix

TRAMADOL : si échec ou intolérance à la codéine

➔ +++ limiter durée de prescription (risque dépression respiratoire, $ sevrage néonatal)

Antalgiques palier III (fentanyl, oxycodone, hydromorphone, …)

➔ surveiller risque dépression respiratoire, $ sevrage néonatal

Dépendance opiacés

- Cas clinique N°1

Madame S, 43 ans adressée par son médecin psychiatre pour la prise en charge d'une dépendance à la codéine (CODOLIPRANE).

Tabagisme 15 cig/jour

Usage Alcool non problématique

ATCD Psychiatriques : TS/IMV x 3 dont première à 17 ans.

ATCD familiaux Psy : depression post-partum (Mère), Cousin (toxicomanie), Cousin (bipolarité)

Pas d'ATCD médico-chirurgicaux sauf appendicectomie

TTT en cours : ANAFRANIL 100 mg/jour
+ CODOLIPRANE : 32 à 64 comprimés / jour (automédication)

Thèmes abordés

- **Médicaments de substitution aux opiacés**

  Buprénorphine, Méthadone

  Sulfate de morphine

- **Antalgiques**

  Codéine, Tramadol, fentanyl, …

- **Benzodiazépines**

  Oxazépam, zolpidem

Dépendance anxiolytiques / hypnotiques

- Rapport AFSSAPS 2012 (Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France)
- Recommandations HAS (benzodiazépines et sujets âgés)
- ECAB (Evaluation Cognitive Attachement aux Benzodiazépines)
- Etude BENDEP (Auvergne)

Dépendance anxiolytiques / hypnotiques

- Rapport AFSSAPS 2012 (Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France)

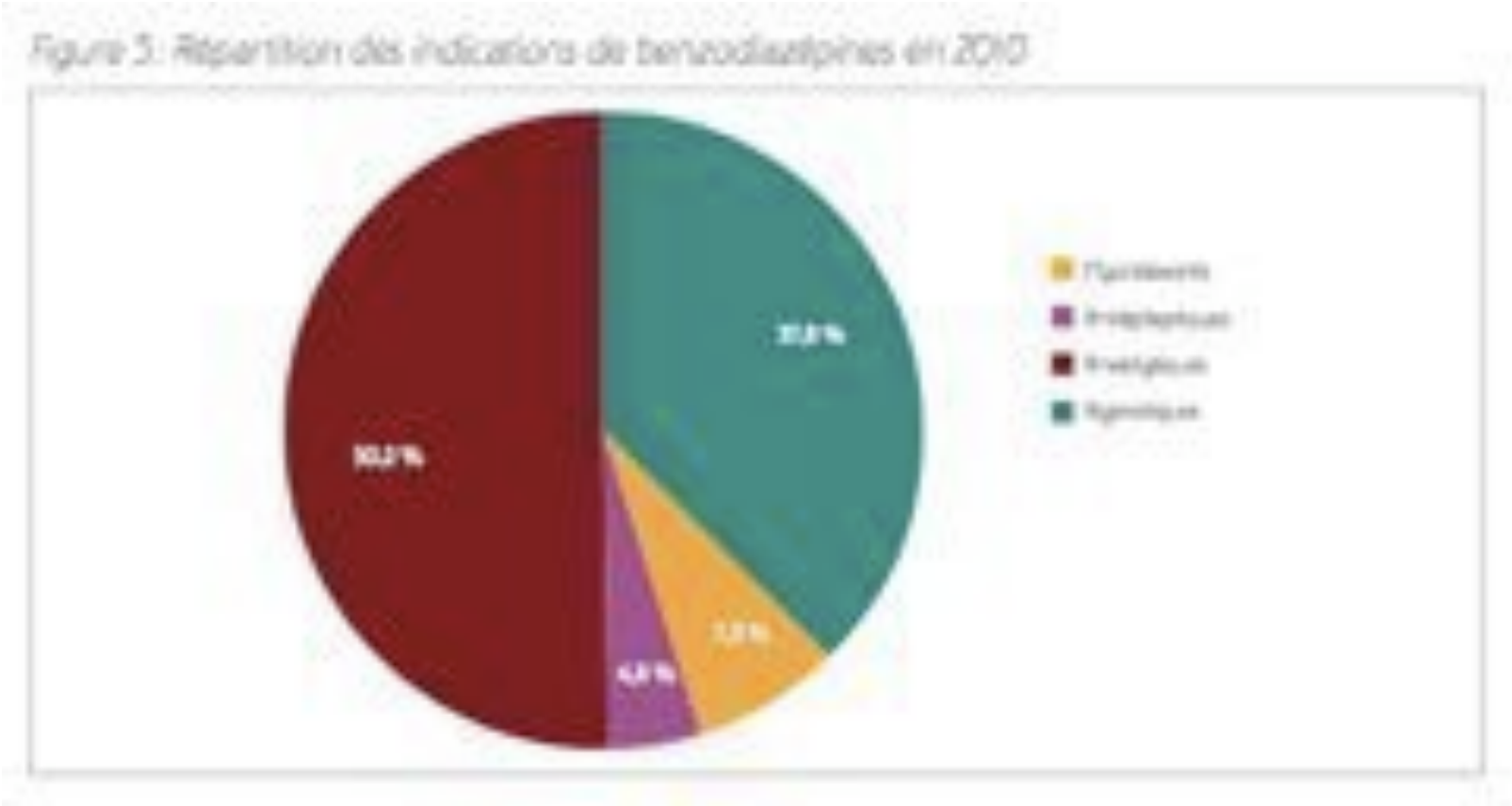
Dépendance anxiolytiques / hypnotiques

- Rapport AFSSAPS 2012 (Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France)

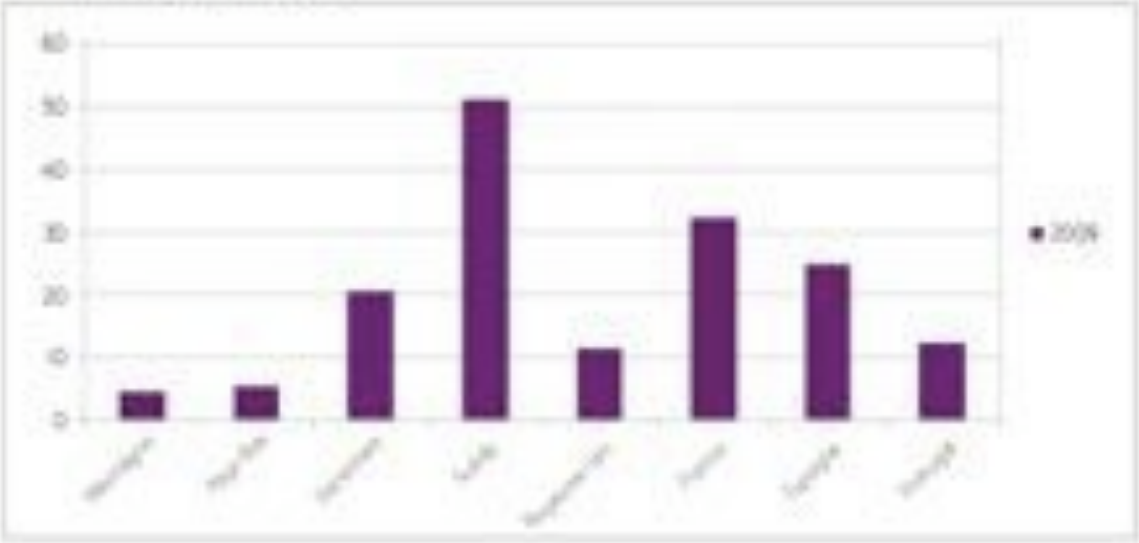
- **22 benzodiazépines** ou apparentées sont commercialisées en France en 2011
- En 2010, **20 % DE LA POPULATION FRANÇAISES** a consommé au moins une fois une benzodiazépine ou apparentée
- 60 % des consommateurs de benzodiazépines ou apparentées sont des femmes ;
- **Le temps de traitement médian est de 7 mois**
- **50% sujets traités par une benzodiazépine le sont plus de 2 ans** (avec ou sans interruption de traitement)

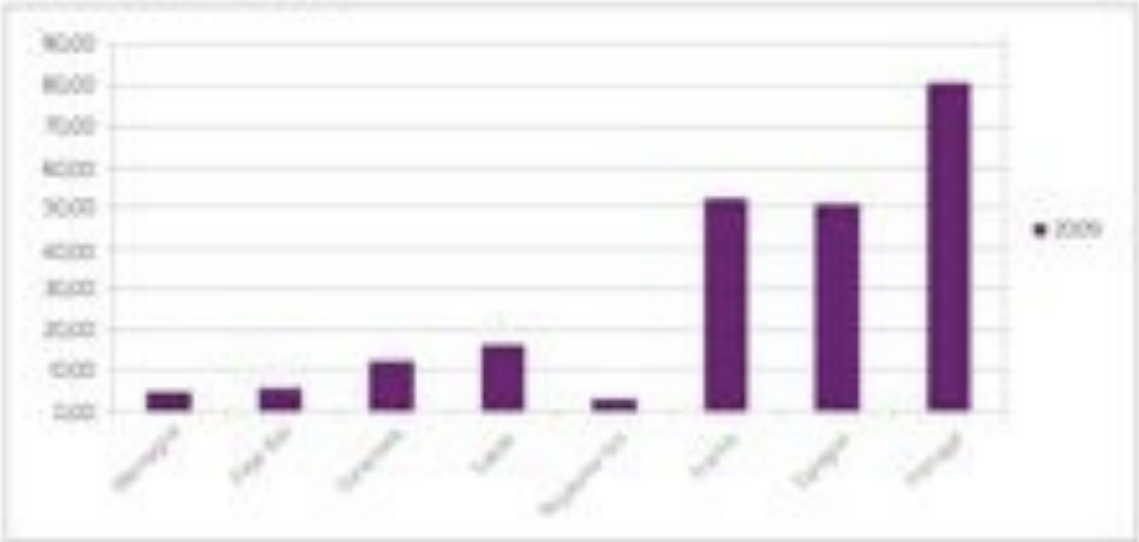
Dépendance anxiolytiques / hypnotiques

- Rapport AFSSAPS 2012 (Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France)



- Rapport AFSSAPS 2012 (Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France)





- Rapport AFSSAPS 2012 (Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France)

Dépendance anxiolytiques / hypnotiques

Indications et durées du traitement par BZD et apparentés pour anxiété et insomnie

Indications		Durées[1]	
BZD possédant une indication **Troubles du sommeil**	Les BZD sont limités aux troubles sévères du sommeil dans les cas suivants: insomnie occasionnelle, insomnie transitoire	Quelques jours à 4 **semaines**, y compris la période de réduction de posologie	**Insomnie occasionnelle** : par exemple lors d'un voyage, durée = 2 à 3 jours **Insomnie transitoire** : par exemple lors de la survenue d'un dolorement grave, durée = 2 à 3 semaines
BZD possédant une indication **Anxiété**	Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes	La durée globale du traitement ne devrait pas excéder **8 à 12 semaines** pour la majorité des patients, y compris la période de réduction de la posologie	
	Prévention et traitement du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique	Traitement bref de l'ordre de 8 à 10 jours	

Dépendance anxiolytiques / hypnotiques

-

Échelle ECAB

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 sûrs de votre réponse.

Nom du médicament concerné : .....

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

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. 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 %.

Dépendance anxiolytiques / hypnotiques

Messages clés

- L'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée allant de quelques semaines à plusieurs mois.
- L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de BZD. Mais l'obtention d'une diminution de posologie est un résultat favorable.
- Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des BZD chez le patient âgé.
- Des mesures d'accompagnement non médicamenteuses doivent être mises en place aussi longtemps que nécessaire.

Dépendance anxiolytiques / hypnotiques

EVALUATION DE LA DEPENDANCE AUX BENZODIAZEPINES CHEZ DES CONSOMMATEURS CHRONIQUES (BENDEP 1)

BALAYSSAC D[2,4], PEREIRA B[2], BROUSSE G[3], ESCHALIER A[1,4], VENNAT B[5], PAPON M.H. [5], **AUTHIER N**[1,4] *et le réseau des pharmaciens maitres de stage AMS Auvergne.*

[1] Centre Addictovigilance Auvergne / Consultation Pharmacodépendance, CHU, BP69, 63003 CLERMONT-FD.
[2] Direction Recherche Clinique et Innovations, CHU, BP69, 63003 CLERMONT-FD
[3] Urgences Psychiatriques et Psychotrauma, CHU, BP69, 63003 CLERMONT-FD
[4] UMR INSERM 766, Université d'Auvergne, Faculté de Médecine, BP38, 63001 CLERMONT-FD

175 patients inclus
(53% de l'objectif)
dans 82 pharmacies.
80% conso > 1 an
23% conso ≥ 2 benzo

TOP 5

1. **BROMAZEPAM**
2. **LORAZEPAM**
3. **ALPRAZOLAM**
4. **ZOLPIDEM**
5. **ZOPICLONE**

E.C.A.B.
40 %
attachement problématique

Antécédent $ sevrage : 36%

Troubles de la mémoire : 37%

Troubles du sommeil : 27%

DEMANDE D'AIDE : 30%

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE CLERMONT FERRAND

CENTRE Addictovigilance Auvergne 04 73 751 822 Consultations pharmacodépendance

Benzodiazépines & grossesse

Choix 1er trimestre ➔ alprazolam, chlordiazépoxide, diazépam, lorazépam, oxazépam

Fin de grossesse ➔ oxazépam +/- alprazolam, lorazépam

ANXIETE CHRONIQUE ⇔ ANTIDEPRESSEURS +++

- Aucun risque malformatif
- Imprégnation (*floppy infant syndrom*)
- $ de sevrage
- Pas de preuve de retard de développement moteur et mental ou du QI

Dépendance anxiolytiques / hypnotiques

- Cas clinique :

Monsieur A, 38 ans, adressé par son médecin traitant pour une dépendance au zolpidem.

Tabac : 15 cig /jour

Alcool : usage non problématique

ATCD jeux vidéo excessif pdt 5 ans

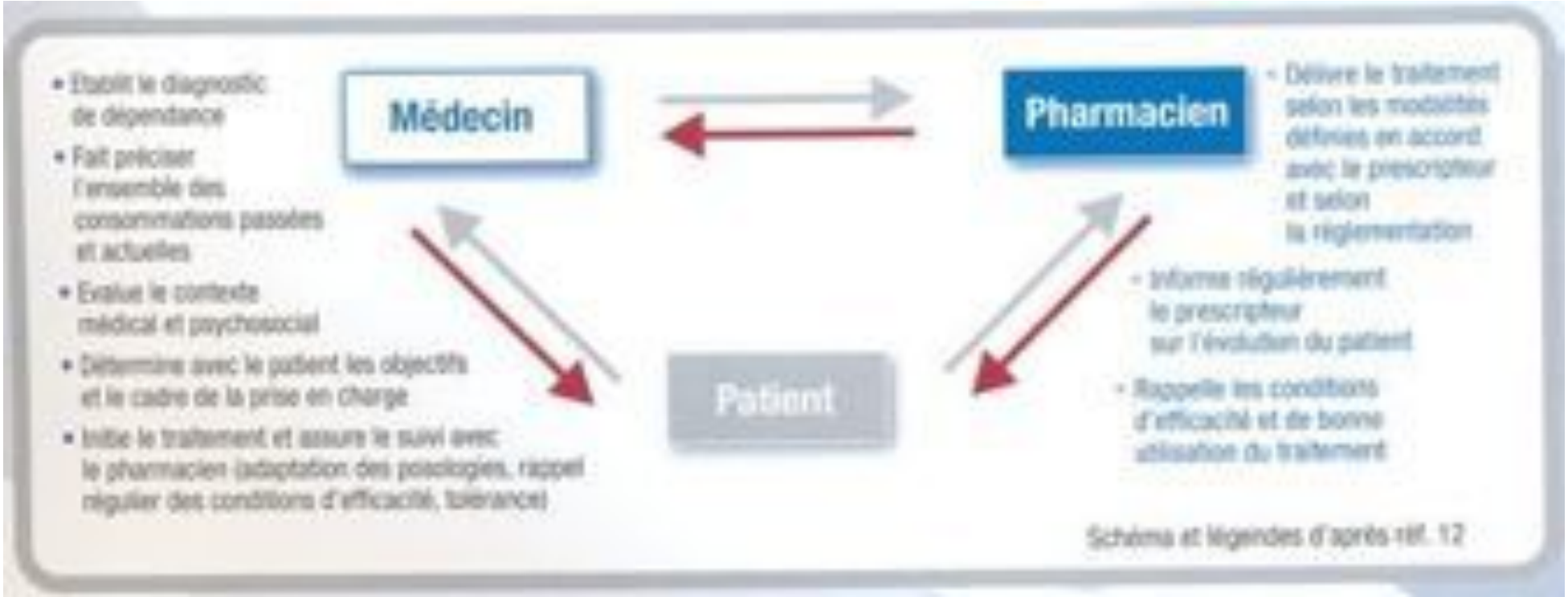
ATCD psychiatrique : Dépression chronique depuis 5 ans (ATCD 2 TS/IMV) suite rupture sentimentale

ATCD familiaux psy : Dépression (mère, sœur), Trble anxieux (GMP)

Pas d'ATCD médico-chirurgicaux sauf cholécystectomie

TTT en cours : Prothiaden 150 mg/jour
Zolpidem 10 mg (automédication) : 28 comprimés / jour

4 cp 8H / 3 cp 10H / 3 cp 12H / 3 cp 16H / 4 cp 20H / 9 cp 0H00


Médecin
Pharmacien
Patient
• Etablit le diagnostic de dépendance
• Fait préciser l'ensemble des consommations passées et actuelles
• Evalue le contexte médical et psychosocial
• Détermine avec le patient les objectifs et le cadre de la prise en charge
• Initie le traitement et assure le suivi avec le pharmacien (adaptation des posologies, rappel régulier des conditions d'efficacité, tolérance)
• Délivre le traitement selon les modalités définies en accord avec le prescripteur et selon la réglementation
• Informe régulièrement le prescripteur sur l'évolution du patient
• Rappelle les conditions d'efficacité et de bonne utilisation du traitement
Schéma et légendes d'après réf. 12

Article L1110-5 CSP : « DEVOIR DE PRESCRIRE AU MIEUX MEME HORS AMM »

MAIS **bien faire dans l'AMM C'EST DEJA BIEN !!!**

Du bon sens clinique

De l'indépendance

De la sérénité

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
CLERMONT FERRAND

CENTRE Addictovigilance Auvergne
04 73 751 822
Consultations pharmacodépendance

http://twitter.com/#!/addictovigilant