

Manuel de Sevrage des Benzodiazépines

Professeur Heather Ashton

Experte en sevrage des benzodiazépines

Edition révisée 2002

Professeur C. **Heather Ashton** est le principal expert en benzodiazépines et sevrage des benzodiazépines.

"Les benzodiazépines sont parmi nous depuis presque 50 ans et réarmement un groupe de médicaments a donné des espoirs thérapeutiques aussi prometteurs. La large étendue d'action que nous connaissons déjà, hypnotique, anxiolytique, myorelaxante, anticonvulsive, combinée avec une faible toxicité et une prétendue absence de dépendance a conduit à un taux de prescriptions et d'extra prescriptions à des millions de personnes pour des problèmes de santé courants.

Elles sont dispensées à long terme et souvent régulièrement pendant de nombreuses années pour l'insomnie, l'angoisse et la dépression et aussi pour le stress des examens, pour les étudiants en médecine, et je pense qu'il y a un ou deux étudiants en médecine présents dans la salle (n'en prenez pas si vous allez passer des examens), pour des douleurs menstruelles, pour des acouphènes ou des blessures sportives, pour des douleurs de dos, des asthénies post-virales, les femmes battues, des deuils et en fait pour des stress ordinaires de la vie et ceci pour n'en citer que quelques-uns.

Le diazepam ou Valium, l'une des onze benzodiazépines disponibles à l'époque devint dans les années 1970 la drogue la plus largement prescrite dans le monde ; puis vint le retour de flammes. Dans les années 1980, des utilisateurs de longue date se rendirent compte par eux-mêmes que le temps passant les drogues perdaient leur efficacité et que s'y associaient des effets contradictoires ; en particulier les patients trouvaient difficile d'arrêter les benzodiazépines à cause des syndromes de sevrage, et un groupe de patients véhéments au Royaume Uni se sont plaints de dépendance à ces médicaments. Et des essais cliniques, menés par Lader, Tyrer sur ces patients en 1982 et 1983 démontrèrent indubitablement que les symptômes de sevrage à partir de doses thérapeutiques de benzodiazépines étaient réels et qu'ils indiquaient leur dépendance à ces médicaments. "

Comment diminuer progressivement les benzodiazépines

<http://www.youtube.com/watch?v=TPQ6Kj5g3QQ>

" La taille de chaque dose de réduction dépend de la dose de départ. Les malades qui prennent une forte dose peuvent généralement supporter une plus grande réduction de dose que ceux qui prennent une dose plus légère. Par exemple, les malades qui prennent l'équivalent de 40 mg de diazepam peuvent tolérer une diminution de 2 voire, 4 mg toutes les deux semaines. Quand ils arrivent au palier de réduction de moins de 20mg, une réduction de 1 à 2 mg toutes les semaines ou toutes les deux semaines est préférable et même une réduction de ½ mg peut être souhaitable jusqu'à ce qu'ils atteignent le palier de 5mg.

L'arrêt des 3 derniers mg est souvent perçu par les patients comme particulièrement difficile car ils redoutent comment ils vont faire sans drogue du tout.

Cependant, la séparation finale est étonnamment facile alors que la confiance

augmente et que les patients sont encouragés par leur nouvelle liberté de « désintoxiqués ».

Et l'objectif général de la stratégie de diminution progressive de doses est d'accomplir une diminution lente, stable, et douce de la concentration de benzodiazépines dans le sang, qui laisse le temps aux ajustements pharmacologiques et psychologiques nécessaires que j'ai déjà mentionnés auparavant. Et cela peut inclure une véritable resynthèse des récepteurs de gababenzodiazépines qui ont un fonctionnement déficient pendant la prise chronique de benzodiazépines comme je l'ai déjà expliqué."

<http://www.youtube.com/watch?v=UsjhqDE7-6A>

" Et je ne prétends pas que le message que je vais décrire est le dernier mot en ce qui concerne le sevrage de benzodiazépines, mais il est fondé sur des expériences très proches avec ces patients qui ont fréquenté ma clinique, et qui s'exprimaient très bien, et cela a été dernièrement confirmé par des centaines et des centaines de patients avec qui je suis en contact depuis que la clinique a fermé, et ces principes de bases concernant le sevrage de benzodiazépines sont vraiment très simples .

Ils consistent simplement en une réduction graduelle du dosage et du soutien psychologique si besoin. Il est généralement admis que le dosage devrait être diminué graduellement. Un sevrage brutal, particulièrement d'un dosage important peut précipiter des convulsions, des psychoses et des réactions de panique.

Et le rythme de la diminution devrait être individuellement adaptée au besoin personnel du patient, en prenant en compte le style de vie, la personnalité, les stress environnementaux, les raisons pour la prise de benzodiazépines, la durée et la dose de l'utilisation du médicament, la quantité de soutien possible et beaucoup d'autres facteurs personnels. Il ne peut pas y avoir un seul protocole qui s'applique à tout le monde parce que tout le monde est différent, et le processus entier peut prendre des semaines, ou même une année ou plus. Il me semble qu'il n'est nul besoin de se presser chez les patients qui prennent des benzodiazépines depuis des années, de toute façon.

Faire sans les médicaments est essentiellement un processus d'apprentissage qui peut prendre très longtemps, et d'après mon expérience, les meilleurs résultats des essais sont accomplis si le patient lui-même et non pas le docteur contrôle le rythme de sevrage et qu'il peut procéder au rythme qui lui semble tolérable.

La plupart des patients sont tout à fait capables de contrôler leur propre sevrage à condition d'avoir les conseils adaptés et des encouragements ; le docteur et le patient ensemble peuvent décider initialement d'un planning de sevrage, mais cela peut exiger des réajustements de temps en temps en fonction des progrès. Et si des problèmes apparaissent, le dosage peut être stabilisé pendant quelques semaines ou le taux de sevrage diminué.

Mais il est important de toujours aller de l'avant et d'éviter de revenir à un palier antérieur qui consisterait à ré-augmenter le dosage. Pour la plupart des patients à une dose thérapeutique de benzodiazépines, le sevrage est mieux pris en charge en ambulatoire.

Des désintoxications rapides dans des centres de désintoxication sont totalement inappropriées parce que c'est trop rapide et le patient n'a pas le temps de construire des techniques alternatives dans son propre environnement, un processus qui peut prendre plusieurs mois, et les patients qui deviennent involontairement dépendants par des prescriptions médicales trouvent souvent très traumatisant d'être traités. "

Professeur C. **Heather Ashton**

CONTENU

AVANT-PROPOS 2000

AVANT-PROPOS DE L'ÉDITION RÉVISÉE, AOÛT 2002

NOTE BIOGRAPHIQUE

RÉSUMÉ DU CONTENU

DÉNI MÉDICAL

CHAPITRE I: COMMENT FONCTIONNENT-ELLES DANS NOTRE ORGANISME ?

HISTORIQUE

AU SUJET DE CE CHAPITRE

Les benzodiazépines

La puissance

La vitesse d'élimination

La durée de son effet

Les actions thérapeutiques des benzodiazépines

Les mécanismes d'action

Les effets contraires des benzodiazépines

La sursédation

Les interactions avec les autres drogues

Les troubles de mémoire

Les effets stimulants paradoxaux

Les dépressions et les émotions émoussées

Les effets contraires chez les personnes âgées

Les effets contraires durant la grossesse

La tolérance

La dépendance

La dépendance d'une dose thérapeutique prescrite

La dépendance d'une dose thérapeutique prescrite élevée

L'abus récréatif des benzodiazépines

Les coûts socio-économiques de l'usage prolongé d'une benzodiazépine

Lectures supplémentaires

Tableau 1. Les benzodiazépines et les drogues similaires

Tableau 2. Les actions thérapeutiques des benzodiazépines

Tableau 3. Les coûts socio-économiques de l'usage prolongé des benzodiazépines

Fig. 1. Diagramme du mécanisme de l'action du neurotransmetteur naturel GABA (acide gamma-aminobutyrique) et d'une benzodiazépine sur les cellules nerveuses (neurones) du cerveau

CHAPITRE II. COMMENT SE SEVRER DES BENZODIAZÉPINES APRÈS UN USAGE PROLONGÉ ?

HISTORIQUE

Pourquoi devez-vous arrêter l'usage des benzodiazépines ?

Avant de commencer le sevrage des benzodiazépines

Consulter votre médecin

Assurez-vous d'avoir un appui psychologique adéquat

Ayez un état d'esprit ouvert

Ayez confiance

Soyez patient

Choisissez votre propre voie

Le sevrage

Diminution progressive du dosage

Changer à une benzodiazépine à longue demi-vie

Établir et suivre le programme de sevrage

Le sevrage chez les gens âgés

Le sevrage des antidépresseurs

Lectures supplémentaires

Programmes de sevrage lent

1. Sevrage d'une dose quotidienne élevée de 6mg d'alprazolam (Xanax) avec une substitution au diazépam
2. Sevrage simple d'une dose quotidienne de 40mg de diazépam
3. Sevrage d'une dose quotidienne de 6mg de lorazépam (Ativan, Témesta) avec une substitution au diazépam
4. Sevrage d'une dose de 10mg, le soir, de nitrazépam (Mogadon) avec une substitution au diazépam
5. Sevrage d'une dose quotidienne de 1,5mg de clonazépam (Klonopin, Rivotril) avec une substitution au diazépam
6. Sevrage d'une dose quotidienne de 3mg de clonazépam (Klonopin, Rivotril) avec une substitution au diazépam
7. Sevrage d'une dose quotidienne de 4mg d'alprazolam (Xanax) avec une substitution au diazépam
8. Sevrage d'une dose quotidienne de 3mg de lorazépam (Ativan, Témesta) avec une substitution au diazépam
9. Sevrage d'une dose de 30mg, le soir, de témazépam (Restoril) avec une substitution au diazépam

10. Sevrage d'une dose quotidienne de 60mg d'oxazépam (Serax, Séresta) avec une substitution au diazépam
11. Sevrage d'une dose quotidienne de 75mg de chlórdiazépoxide (Librium)
12. Sevrage d'une dose quotidienne de 15mg zopiclone (Zimovane) avec une substitution au diazépam
13. Tableau des antidépresseurs et des programmes de sevrage

CHAPITRE III. LES SYMPTÔMES AIGUS ET PROLONGÉS DU SEVRAGE DES BENZODIAZÉPINES

Les mécanismes de réactions au sevrage
Les symptômes aigus du sevrage
Les symptômes individuels, leurs causes et comment y réagir
L'insomnie, les cauchemars, le sommeil agité
Les souvenirs inopportuns
Les crises d'anxiété
Anxiété généralisée, crises et phobies
Thérapies psychologiques
Techniques complémentaires - médecine douce
Exercice et différentes techniques
L'hypersensibilité sensorielle
La dépersonnalisation, la déréalisation
Les hallucinations, les illusions et les distorsions perceptives
La dépression, l'agressivité et les obsessions
Les symptômes musculaires
Les sensations corporelles
Le cœur et les poumons
Les problèmes d'équilibre
Les problèmes digestifs
Le système immunitaire
Le système endocrinien
Les crises et les convulsions
Les médicaments supplémentaires durant le sevrage d'une benzodiazépine
Les antidépresseurs
Les bêtabloquants
Les hypnotiques et les sédatifs
Les autres médicaments
L'usage d'une benzodiazépine pendant et après le sevrage
Diète, breuvage et exercice
Fumer
Le cours du sevrage
Les symptômes prolongés du sevrage
L'anxiété
La dépression
L'insomnie
Troubles sensoriels et moteurs
Mécanismes éventuels des symptômes sensoriels persistants et moteurs
Mémoire et connaissance défaillantes

Les benzodiazépines endommagent-elles la structure du cerveau ?
Les symptômes gastro-intestinaux
Vivre avec des symptômes de sevrage prolongés
Les benzodiazépines et leur temps résiduel dans l'organisme après un sevrage

Épilogue

Éducation
Recherche
Méthodes de traitement
Centre pour le sevrage

Lectures supplémentaires

Tableau 1. Les symptômes du sevrage d'une benzodiazépine

Tableau 2. Les symptômes du sevrage des antidépresseurs

Tableau 3. Les symptômes prolongés du sevrage d'une benzodiazépine

Tableau 4. Les causes probables des symptômes prolongés du sevrage d'une benzodiazépine

INTRODUCTION

AVANT-PROPOS 2000

Cette étude fut publiée à la demande de lecteurs américains concernés par les troubles associés à l'utilisation prolongée d'une benzodiazépine. Des sondages au Canada, en Australie et en Grande-Bretagne ont indiqué que les conseils contenus dans cette étude pouvaient être bénéfiques à un plus grand public. En conséquence, des informations supplémentaires furent apportées concernant surtout les lecteurs britanniques.

En 1985, une liste limitée de benzodiazépines que le Service National de la Santé pouvait prescrire fut introduite en Grande Bretagne. Celle-ci contenait le diazépam, le chlordiazépoxyde, le lorazépam et l'oxazépam pour l'anxiété, le nitrazépam et le témazépam pour l'insomnie. À l'origine, le triazolam était sur la liste mais il fut retiré quelque temps plus tard. D'autres somnifères maintenant offerts par le Service National de la Santé incluent le loprazolam et le lormétazépam ainsi que deux autres drogues, le zopiclone et le zolpidem lesquels bien que n'étant pas des benzodiazépines agissent de la même façon et présentent les mêmes effets secondaires, y compris les réactions de dépendance et de sevrage. Les informations relatives aux benzodiazépines reliées aux programmes de sevrage au chlordiazépoxyde, l'oxazépam et le zopiclone non disponibles dans la première édition aux États-Unis sont incluses dans cet ouvrage.

Malheureusement, la saga des benzodiazépines est loin d'être terminée. Malgré le fait que les benzodiazépines ne soient recommandées qu'à court terme, il y a environ un demi-million d'usagers britanniques qui les consomment depuis fort longtemps. Plusieurs d'entre eux subissent des effets secondaires tels la dépendance et des symptômes de sevrage pour lesquels ces patients ne reçoivent que peu ou pas d'appui. Le problème est encore plus grand dans les pays tels que la Grèce, l'Inde, l'Amérique du sud et autres où les benzodiazépines sont en vente libre.

De par leur grande disponibilité et leur accès facile, les benzodiazépines ont à présent pénétré le marché des drogues de rue. Elles sont, sur le plan mondial, absorbées illicitement en fortes doses par 90% des consommateurs de drogues multiples, déclenchant ainsi, de gros problèmes pour la nouvelle génération tels que le SIDA, hépatites et risques pour les générations futures ce qui était imprévisible lors de leur introduction médicale il y a 50 ans en tant que panacée.

J'espère que ce rapport apportera des informations importantes aux consommateurs de benzodiazépines incapables de trouver des conseils autrement et qu'il provoquera une sensibilisation au sein de la profession médicale en ce qui concerne les dangers des benzodiazépines prescrites en quantité excessive ou pour un usage prolongé. Toute notre reconnaissance pour l'utilisation de cette monographie revient à Géraldine Burns des États-Unis, à Rand M. Bard du Canada ainsi qu'à [Ray Nimmo](#) de la Grande-Bretagne pour l'énergie, l'enthousiasme et l'expertise qu'ils ont fournis en produisant et en publiant ce rapport ainsi qu'en le rendant accessible à tous par le biais de l'internet.

Pr Heather Ashton

Octobre 2000

AVANT-PROPOS DE L'ÉDITION RÉVISÉE, AOÛT 2002

Cette édition contient de nouveaux éléments qui ont été rajoutés en réponse aux questions et demandes formulées par des lecteurs de plusieurs pays, y compris en Europe, Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande, Afrique du sud et en Inde. Ces ajouts comprennent plusieurs informations au sujet du sevrage des antidépresseurs, quelques conseils pour les personnes âgées, et l'évocation de techniques complémentaires "naturelles", bénéfiques lors du sevrage des benzodiazépines. Enfin le lecteur trouvera un épilogue qui soulignera des domaines, tels que l'éducation, la recherche et l'accompagnement des utilisateurs chroniques, où une action plus importante envers les benzodiazépines est urgente et nécessaire.

Je suis heureuse que cette monographie ait pu être d'un secours pour de nombreuses personnes dans le monde entier et je suis reconnaissante pour tous les remerciements que j'ai pu avoir. J'espère aussi que cela encouragera les professionnels et chacun à entreprendre des essais correctement contrôlés, dans le but d'améliorer la conduite du sevrage des benzodiazépines. Ce livret n'est sans doute pas le dernier mot sur cette question.

Remerciements. Je tiens à remercier Madelon Albulet, Diane Galarneau du Canada, Christophe Rousselot de France et [Ray Nimmo](#) de la Grande-Bretagne pour tout le temps et l'énergie qu'ils ont fournis en contribuant à la traduction française de cette monographie.

Heather Ashton

Newcastle upon Tyne
Août 2002

NOTE BIOGRAPHIQUE

Chrystal Heather Ashton, DM FRCP est Professeure Emeritus en Psychopharmacologie Clinique à l'Université de Newcastle upon Tyne en Angleterre. La Professeure Ashton est diplômée de l'Université d'Oxford et a obtenu en 1951, un degré avec Honneur première Classe (BA) en Physiologie. En 1954, elle fut diplômée en Médecine (BM, BCh, MA) et a obtenu, en 1956, un degré de Docteur en Médecine. En 1958, elle est devenue MRCP (Member of the Royal College of Physicians) à Londres et fut élue en 1975 FRCP (Fellow of the Royal College of Physicians) de Londres. Cette même année, elle devint également Consultante au Service National de la Santé en Psychopharmacologie Clinique et en 1994, Consultante en Psychiatrie au Service National de la Santé.

La Professeure Ashton a travaillé à l'Université de Newcastle upon Tyne en tant que chercheuse (conférencière, conférencière supérieure, lectrice et professeure) et clinicienne depuis 1965, d'abord dans le Service de la Pharmacologie et plus tard en Psychiatrie. Depuis sa recherche est concentrée sur les effets des drogues psychotiques (nicotine, cannabis, benzodiazépines, antidépresseurs et autres) sur le cerveau et le comportement humain. Son travail clinique principal fut de diriger une clinique de sevrage de benzodiazépines durant 12 ans de 1982 à 1994.

Actuellement, elle s'occupe du North East Council for the Addictions (NECA) dont elle est ex-vice-présidente du comité exécutif et au sein duquel elle est toujours un membre actif. Elle continue de donner des conseils sur les problèmes que représentent les benzodiazépines aux conseillers et est la directrice du Projet sur les Tranquillisants de Bristol et de son District. Elle a agi à titre d'experte dans le litige des benzodiazépines en Angleterre dans les années 80 et fut impliquée dans l'Organisation des Victimes des Tranquillisants d'Angleterre (VOT). Elle a soumis un témoignage relativement aux benzodiazépines à la Commission Parlementaire du domaine de la Santé de la Chambre des Communes.

Elle a publié environ 250 articles dans des revues professionnelles, des livres ainsi que dans plusieurs livres dont un ou des chapitres traitent des drogues psychotiques dont 50 d'entre eux concernent les benzodiazépines. Elle a fourni des preuves de témoignages aux différentes commissions gouvernementales sur le tabac, le cannabis et les benzodiazépines. Elle a donné des conférences en Grande-Bretagne, en Australie, en Suède, en Suisse et dans d'autres pays.

On peut contacter la Professeure Ashton au :

**Département de la Psychiatrie
Royal Victoria Infirmary
Newcastle upon Tyne
NE1 4LP
England UK**

RÉSUMÉ DU CONTENU

Cette édition contient de nouveaux éléments qui ont été rajoutés en réponse aux questions et demandes formulées par des lecteurs de plusieurs pays dont l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Afrique du sud et l'Inde. Ces ajouts comprennent plusieurs informations au sujet du sevrage des antidépresseurs, quelques conseils pour les personnes âgées, et l'évocation de techniques complémentaires "naturelles", bénéfiques lors du sevrage des benzodiazépines. Enfin le lecteur trouvera un épilogue qui souligne des domaines, tels que l'éducation, la recherche et l'accompagnement des utilisateurs chroniques, où une action plus importante envers les benzodiazépines est urgente et nécessaire. Je suis heureuse que cette monographie ait pu être d'un secours pour de nombreuses personnes dans le monde entier et je suis reconnaissante pour tous les remerciements reçus. J'espère aussi que cela encouragera les professionnels et chacun à entreprendre des essais correctement contrôlés, dans le but d'améliorer la conduite du sevrage des benzodiazépines. Ce rapport n'est sans doute que le premier pas dans cette direction.

DÉNI MÉDICAL

Ce déni médical devrait être lu en association avec les [Termes et Conditions](#) de l'utilisation du site www.benzo.org.uk.

Le matériel publié dans ce site est pour l'information générale du public seulement. L'auteure et l'éditeur ne sont aucunement impliqués dans les avis médicaux sur la santé, les conseils psychologiques ou services personnels ou professionnels contenus sur ce site.

Le matériel contenu dans ce texte est incomplet et ne couvre pas toutes les maladies, conditions physiques et leurs traitements. L'information sur les médicaments contenus sur ce site est de nature générale. Tous les usages possibles, précautions, effets secondaires et interactions des médicaments mentionnés ne sont pas tous contenus dans l'article.

L'information ne doit pas être utilisée pour le traitement des problèmes de santé. Ceci n'est pas un substitut aux soins professionnels et ne doit pas servir d'avis médical pour évaluer les risques et bienfaits d'un médicament en particulier. Il est important de consulter un professionnel de la santé.

L'auteure et l'éditeur de ce site n'assument aucune responsabilité pour les inexactitudes et omissions ou pour les conséquences dues à l'utilisation de l'information obtenue sur ce site. Ils rejettent particulièrement toute responsabilité de dégradations ou risques personnels ou autres qui pourraient advenir en conséquence directe ou indirecte de l'utilisation de tout matériel contenu dans ce site.

Il est recommandé aux lecteurs de consulter d'autres sources d'information et de ne pas hésiter à prendre conseil auprès de leur médecin lorsqu'il s'agit de prendre une décision liée à leur état de santé. Si vous suspectez ou pensez avoir un problème de santé, vous devez d'abord consulter un professionnel de la santé. Le matériel de ce

site n'a en aucun cas l'ambition de se substituer aux recommandations médicales offertes par des médecins ou à l'historique et à l'examen médical fait par un médecin.

Dans tous les cas avant d'adopter quelques recommandations que se soient de ce rapport ou d'en tirer une conclusion, vous devriez consulter votre médecin.

Elli Oxtoby (Avocat)
Research & Innovation Services
University of Newcastle Medical School
Téléphone: 0191 222 5508

CHAPITRE I

LES BENZODIAZÉPINES: COMMENT FONCTIONNENT-ELLES DANS NOTRE ORGANISME ?

Historique

Au sujet de ce chapitre

Les benzodiazépines

La puissance

La vitesse d'élimination

La durée de son effet

Les actions thérapeutiques des benzodiazépines

Les mécanismes d'action

Les effets contraires des benzodiazépines

La sursédation

Les interactions avec les autres drogues

Les troubles de mémoire

Les effets stimulants paradoxaux

La dépression et les émotions émoussées

Les effets contraires chez les personnes âgées

Les effets contraires durant la grossesse

La tolérance

La dépendance

La dépendance d'une dose thérapeutique

La dépendance d'une dose thérapeutique prescrite élevée

L'abus récréatif des benzodiazépines

Les coûts socio-économiques de l'usage prolongé d'une benzodiazépine

Les lectures supplémentaires

Tableau 1. Les benzodiazépines et les drogues similaires

Tableau 2. Les actions thérapeutiques des benzodiazépines

Tableau 3. Les coûts socio-économiques de l'usage prolongé des benzodiazépines

Fig. 1. Diagramme du mécanisme de l'action du neurotransmetteur naturel GABA (acide gamma-aminobutyrique) et d'une benzodiazépine sur les cellules nerveuses (neurones) du cerveau.

HISTORIQUE

Pendant douze ans de 1982 à 1994, j'ai dirigé une clinique de sevrage des benzodiazépines pour les gens qui souhaitaient arrêter de prendre des tranquillisants et des somnifères. Les connaissances que j'ai acquises m'ont majoritairement été transmises par ces personnes courageuses dont les souffrances furent longues et ardues. C'est en écoutant se raconter plus de 300 patients et en suivant de près leur progrès semaine après semaine et parfois jour après jour, que j'ai appris graduellement les effets néfastes de l'usage prolongé d'une benzodiazépine et des difficultés de son sevrage.

La plupart des individus qui ont participé à ce programme consommaient des benzodiazépines prescrites par leur médecin depuis plusieurs années, voire même depuis plus de 20 ans. Ils ont décidé de cesser parce qu'ils ne se sentaient pas bien. Ils réalisaient que les médicaments, bien qu'effectifs au début du traitement, semblaient à présent les rendre malades. Ils ressentait plusieurs symptômes, à la fois physiques et psychologiques. Certains étaient déprimés, anxieux ou les deux à la fois; d'autres présentaient des "dérangements intestinaux", des troubles cardiaques ou neurologiques. Plusieurs furent hospitalisés afin de subir des examens gastro-intestinaux, cardiaques et neurologiques avec presque toujours des résultats négatifs.

On a déclaré, à tort souvent, à un certain nombre de ces "patients" qu'ils étaient atteints de sclérose en plaques. Plusieurs d'entre eux ont aussi perdu leur emploi dû à fréquentes maladies.

Les expériences de ces patients ont depuis été confirmées, lors de nombreuses études, par des milliers de patients qui ont assisté à des réunions de groupes de soutien contre les tranquillisants, en Grande-Bretagne, dans d'autres pays européens ainsi que par des personnes qui ont cherché en vain de l'aide aux États-Unis. Il est intéressant de noter que ce sont les patients eux-mêmes et non la profession médicale, qui furent les premiers à réaliser que l'usage prolongé des benzodiazépines pouvait engendrer des problèmes.

AU SUJET DE CE CHAPITRE

Certains lecteurs décideront peut-être d'aller directement au chapitre sur le sevrage de la benzodiazépine (Chapitre II). Il est cependant conseillé à ceux qui désirent comprendre les symptômes de sevrage et les techniques, dans le but de mieux affronter le processus de sevrage, de se familiariser en premier avec les effets que provoquent les benzodiazépines sur l'organisme, comment elles agissent, comment l'organisme s'ajuste à leur usage chronique et pourquoi les symptômes de sevrage apparaissent. Ces sujets sont discutés dans ce chapitre.

LES BENZODIAZÉPINES

La puissance. Il existe un grand nombre de benzodiazépines (Tableau 1). De plus il existe des différences importantes en ce qui concerne leur puissance si bien que les doses équivalentes varient jusqu'à 20 fois. Par exemple, 0,5 milligramme (mg) d'alprazolam (Xanax) équivaut approximativement à 10 mg de diazépam. Ainsi, une personne absorbant 6mg d'alprazolam quotidiennement, une dose communément

prescrite aux États-Unis, prend, en réalité, l'équivalence d'environ 120 mg de diazépam (Valium), ce qui représente une dose très élevée. Ces différences de dosage ne reçoivent pas toujours l'accord des médecins quant à leurs équivalences indiquées, même certains les réduisent de beaucoup. Néanmoins, les personnes qui prennent des benzodiazépines puissantes telles que l'alprazolam, le lorazépam (Ativan, Témesta) ou le clonazépam (Klonopin) semblent avoir besoin d'utiliser des doses plus élevées lors de leur sevrage. Cette différence en dosage est importante lorsqu'on passe d'une benzodiazépine à une autre, comme par exemple, en transférant au diazépam en période de sevrage, comme décrit dans le chapitre suivant.

La vitesse d'élimination. Les benzodiazépines diffèrent de façon marquée par la vitesse à laquelle elles sont métabolisées par le foie et éliminées dans l'urine (Tableau 1). Par exemple, la "demi-vie" (soit le temps pris à la concentration sanguine pour arriver à la moitié de sa valeur initiale avec une seule dose) du triazolam (Halcion) n'est que de 2 à 5 heures, tandis que la demi-vie du diazépam varie de 20 à 100 heures et que celle d'un métabolite actif de diazépam (desméthyl diazépam) varie de 36 à 200 heures. Ce qui signifie que la moitié des produits actifs du diazépam restent présents dans les vaisseaux sanguins pendant 200 heures après la consommation d'une dose unique. Manifestement, avec un accroissement de doses quotidiennes répétées, il peut se produire une accumulation et un taux de concentration élevé dans l'organisme (surtout dans les tissus gras). Comme l'indique le Tableau 1, il existe une variation considérable entre les individus en ce qui concerne la vitesse à laquelle ils métabolisent les benzodiazépines.

Tableau 1. BENZODIAZÉPINES ET DROGUES SIMILAIRES

Benzodiazépines	Demi-vie (en h)¹ [Métabolite actif]	But commercial²	Équivalence approximative Doses orales en (mg)³
Alprazolam (Xanax)	6-12	a	0.5
Bromazépam (Lexotan, Lexomil)	10-20	a	5-6
Chlordiazépoxyde (Librium, Librax)	5-30 [36-200]	a	25
Clobazam (Frisium, Urbanyl)	12-60	a,e	20
Clonazépam (Klonopin, Rivotril)	18-50	a,e	0.5
Clorazépate (Tranxène)	[36-200]	a	15
Diazépam (Valium, Novazam)	20-100 [36-200]	a	10
Estazolam (ProSom, Nuctalon)	10-24	h	1-2
Flunitrazépam (Rohypnol)	18-26 [36-200]	h	1
Flurazépam (Dalmane, Somnal)	[40-250]	h	15-30
Halazépam (Paxipam)	[30-100]	a	20

Kétazolam (Anxon, Loftran)	30-100 [36-200]	a	15-30
Loprazolam (Dormonoct, Havlane)	6-12	h	1-2
Lorazépam (Ativan, Témesta)	10-20	a	1
Lormétazépam (Noctamid, Noctamide)	10-12	h	1-2
Médazépam (Nobrium)	36-200	a	10
Nitrazépam (Mogadon)	15-38	h	10
Nordazépam (Nordaz, Calmday)	36-200	a	10
Oxazépam (Serax, Serenid, Serepax, Séresta)	4-15	a	20
Prazépam (Centrax, Lysanxia)	[36-200]	a	10-20
Quazépam (Doral)	25-100	h	20
Témazépam (Restoril, Normison, Euhypnos)	8-22	h	20
Triazolam (Halcion)	2	h	0.5
Non-Benzodiazépines mais avec des réactions similaires⁴			
Zaleplon (Sonata, Starnoc)	2	h	20
Zolpidem (Ambien, Stilnoct, Stilnox)	2	h	20
Zopiclone (Zimovane, Imovane)	5-6	h	15

1/ Demi-vie: Le temps requis pour la concentration sanguine à réduire de moitié sa valeur optimale après l'usage d'une seule dose. La demi-vie d'un métabolite actif est indiquée entre les crochets. Ce temps peut varier considérablement entre les individus.

2/ But commercial: bien que toutes les benzodiazépines aient des effets similaires, elles sont habituellement commercialisées en tant que: anxiolytiques (a), hypnotiques (h) ou anticonvulsifs.

3/ Ces équivalences ne sont pas en accord avec celles que certains auteurs ont utilisées mais sont fermement basées sur une expérience clinique effectuée au cours d'un changement au diazépam au tout début des programmes de sevrage.

4/ Ces drogues sont de composition chimique différente des benzodiazépines mais ont les mêmes effets sur l'organisme et agissent selon les mêmes mécanismes.

La durée de son effet. La vitesse d'élimination d'une benzodiazépine est évidemment importante dans la détermination de la durée de son effet. Cependant, la durée de son efficacité apparente est en principe considérablement moins longue que sa demi-vie. Avec la plupart des benzodiazépines, les effets perceptibles disparaissent en général

au bout de quelques heures. Néanmoins certaines benzodiazépines sont présentes dans l'organisme tant et aussi longtemps que leur demi-vie alors elles continuent d'exercer des effets subtils sur une longue période. Ces effets peuvent devenir évidents pendant la continuité de leur utilisation ou peuvent apparaître comme des symptômes de sevrage si le dosage est réduit ou à l'arrêt complet de l'absorption de la benzodiazépine.

Les effets thérapeutiques des benzodiazépines. Sans considérer leur concentration, la vitesse d'élimination ou la durée des effets et les actions sur l'organisme sont virtuellement les mêmes pour toutes les benzodiazépines. Ceci est vrai peu importe qu'elles soient commercialisées en tant qu'anxiolytiques, hypnotiques ou anticonvulsifs (Tableau 1). Toutes les benzodiazépines provoquent cinq réactions importantes qui sont utilisées en thérapie: anxiolytique, hypnotique, décontraction musculaire, anticonvulsive et amnésique (trouble de mémoire) (Tableau 2).

Tableau 2. ACTIONS THÉRAPEUTIQUES DES BENZODIAZÉPINES

Action	Usage clinique
Anxiolytique - soulage l'anxiété	- Crises d'anxiété et de panique, phobies
Hypnotique - provoque le sommeil	- Insomnie
Myorelaxant - relaxe les muscles	- Spasmes musculaires, désordres spasmodiques
Anticonvulsif - arrête les crises et les convulsions	- Crises dues à l'empoisonnement par la drogue. Certaines formes d'épilepsie.
Amnésie - permet d'éliminer les souvenirs à court terme	- Prémédication pour les opérations, sédation pour procédures chirurgicales mineures

Autres usages cliniques utilisant des effets combinés:

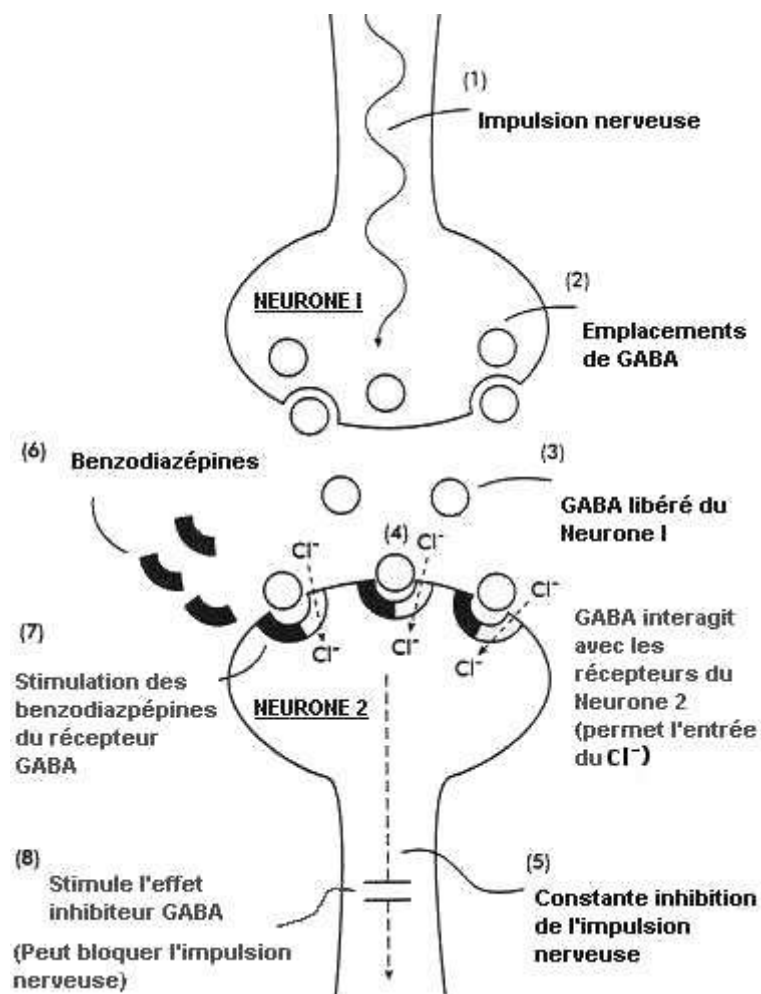
- Désintoxication à l'alcool
- Psychose aiguë avec hyperexcitabilité et agressivité

Ces réactions ressenties par différentes benzodiazépines à des degrés d'intensité légèrement variés offrent à cette drogue des propriétés médicinales utiles. Peu de drogues peuvent leur faire concurrence en ce qui concerne l'efficacité, la rapidité de leur action et le faible coefficient de toxicité aiguë. Si utilisées à court terme, les benzodiazépines peuvent être précieuses et parfois même être un moyen de sauver des vies face à une importante liste de conditions cliniques telles qu'indiquées dans le Tableau 2. Presque tous les désavantages des benzodiazépines proviennent de leur utilisation sur une période prolongée, soit une utilisation régulière supérieure à plusieurs semaines. En 1988, le Committee on Safety of Medicines de la Grande-Bretagne recommandait l'usage des benzodiazépines que pour une courte durée, soit de 2 à 4 semaines seulement.

Les mécanismes d'action. Quiconque éprouvant des difficultés à cesser l'absorption des benzodiazépines sera conscient que les benzodiazépines exercent un effet puissant sur les facultés mentales et physiques en plus des actions thérapeutiques. En fait, les benzodiazépines influencent directement ou indirectement presque tous les aspects de la fonction du cerveau. Pour ceux qui seraient intéressés à en connaître le processus, une courte explication suit sur les mécanismes démontrant la capacité des benzodiazépines de produire un si large éventail d'effets nocifs.

Toutes les benzodiazépines agissent en facilitant les actions d'une substance chimique naturelle, le GABA (acide gamma-aminobutyrique). Le GABA est un neurotransmetteur, un agent qui transmet les messages issus d'une cellule du cerveau (le neurone) à une autre. Le message transmis par le GABA est un message inhibiteur: il permet aux neurones qu'il contacte d'en ralentir ou d'en arrêter l'émission. Étant donné que 40% des millions de neurones situés dans le cerveau sont sensibles au GABA, cela signifie que le GABA exerce en général une influence apaisante sur le cerveau. Il est en quelque sorte comme l'hypnotiseur et le tranquillisant naturel du corps humain. L'action naturelle du GABA est augmentée par les benzodiazépines qui exercent en retour une influence inhibitrice supplémentaire (souvent excessive) sur les neurones.

Fig. 1. Diagramme du mécanisme de l'action du transmetteur naturel GABA (acide gamma-aminobutyrique) sur les cellules nerveuses (neurones) du cerveau.



(1,2) Impulsion nerveuse causant la libération du GABA des sites d'accumulation sur le neurone 1.

(3) GABA libéré dans les espaces entre les neurones.
 (4) GABA réagit avec les récepteurs sur le neurone 2; la réaction permet les ions chlorures (Cl^-) de pénétrer le neurone.
 (5) Cet effet déclenche des progrès avancés de l'impulsion nerveuse.
 (6,7) Benzodiazépines réagissent avec le site déclencheur sur les récepteurs GABA.
 (8) Cette action augmente les effets inhibiteurs du GABA; l'impulsion nerveuse constante peut être complètement bloquée.

La manière dont le GABA transmet son message inhibiteur est due à un système électronique performant. Sa fixation sur les sites spéciaux, les récepteurs GABA, situés sur la face externe du neurone récepteur, ouvre un canal permettant aux particules négatives, les ions chlorurés, de passer à l'intérieur du neurone. Ces ions négatifs hyperpolarisent le neurone le rendant ainsi moins réceptif aux autres neurotransmetteurs lesquels devraient normalement l'exciter. Les benzodiazépines réagissent aussi sur leurs propres sites (les récepteurs-benzodiazépines), situés en fait sur le récepteur GABA. La combinaison d'une benzodiazépine sur ce site agit comme un stimulateur des actions de GABA, permettant ainsi à plus d'ions chlorurés de pénétrer dans le neurone, le rendant encore plus résistant à l'excitation.

La production au niveau du cerveau des neurotransmetteurs prompts à l'excitation, y compris la norépinéphrine, la sérotonine, l'acétylcholine et la dopamine, est réduite conséquemment à l'augmentation de l'activité inhibitrice du GABA causée par les benzodiazépines. De tels neurotransmetteurs prompts à l'excitation sont nécessaires pour le maintien d'un état d'alerte normal, de la mémoire, du tonus et de la coordination musculaire, des réactions émotionnelles, des sécrétions des glandes endocrines, du rythme cardiaque, du contrôle de la tension artérielle et toute une série d'autres fonctions lesquelles peuvent être altérées par les benzodiazépines. D'autres récepteurs de benzodiazépine non liés au GABA, sont présents dans le rein, le colon, les composants du sang et le cortex surrénal et peuvent eux aussi être affectés par l'usage des benzodiazépines. Ces actions directes ou indirectes sont responsables des effets contraires bien connus du dosage des benzodiazépines.

LES EFFETS CONTRAIRES DES BENZODIAZÉPINES

La sursédation. Une sursédation est l'extension d'un dosage lié aux effets sédatifs et hypnotiques des benzodiazépines. Les symptômes incluent de la somnolence, des troubles de concentration, un manque de coordination, une faiblesse musculaire, des étourdissements et de la confusion mentale. Quand on absorbe des benzodiazépines le soir en tant que somnifères, l'effet sédatif peut durer jusqu'au lendemain et provoquer des symptômes de "gueule de bois", surtout dans le cas des préparations à élimination lente (Tableau 1). Cependant, la tolérance aux effets sédatifs se développe habituellement au bout d'une semaine ou deux et les patients qui absorbent des benzodiazépines durant le jour se plaignent rarement de somnolence bien que leur jugement et leur mémoire puissent être perturbés.

La sursédation persiste plus longtemps et se révèle plus importante chez les personnes âgées lesquelles sont sujettes à des chutes et à des fractures. Des états de confusion mentale aiguë sont apparus chez les personnes âgées même après l'absorption de faibles doses de benzodiazépines. La sursédation de benzodiazépines contribue aux accidents survenus à la maison et au travail. Plusieurs études effectuées dans différents pays ont démontré qu'il existe un rapport significatif entre l'usage des benzodiazépines et les risques sérieux d'accident de la circulation. Les personnes qui absorbent des benzodiazépines devraient être prévenues des risques encourus lors de la conduite d'une automobile ou de l'opération d'une machinerie requérant de la vigilance.

Les interactions avec les autres drogues. Les benzodiazépines créent une dépendance aux autres drogues à action sédatrice incluant les hypnotiques, quelques antidépresseurs, ex: l'amitriptyline [Elavil], la doxépine [Adapine, Sinéquan], les tranquillisants principaux ou les neuroleptiques, ex: la prochlorpérazine [Compazine], la trifluopérazine [Stélazine], les anticonvulsifs, ex: le phénobarbital, la phénytoïne [Dilantin], la carbamazépine [Atrétol, Tégrétol], les sédatifs antihistaminiques, ex: la diphénhydramine [Bénadryl], la prométhazine [Phénergan], les opiacés, ex: l'héroïne, la morphine, la mépéridine et surtout l'alcool. Les patients qui consomment des benzodiazépines devraient être prévenus de ces interactions. Si une surdose de sédatifs est absorbée, les benzodiazépines peuvent augmenter le risque de mortalité.

Les troubles de mémoire. Les benzodiazépines ont longtemps été reconnues comme étant la cause d'amnésie, un effet qui se produit lorsqu'on absorbe ces drogues pour une prémédication avant une opération chirurgicale majeure ou lors de procédures chirurgicales mineures. La perte de mémoire des événements désagréables est un effet bienvenu dans ce cas. Dans ce but l'on administrera par voie intraveineuse une assez importante dose unique et une benzodiazépine à effet de courte durée, comme le midazolam.

Les quantités orales prescrites des benzodiazépines en cas d'insomnie ou d'anxiété peuvent aussi causer des troubles de mémoire. L'acquisition d'information récente est déficiente due en partie au manque de concentration et d'attention. En plus, ces drogues causent un déficit spécifique de la mémoire "épisode", soit le souvenir d'événements récents, les circonstances dans lesquelles ils sont survenus et leur séquence dans le temps. Au contraire, les autres fonctions de la mémoire comme la mémorisation des mots, l'habileté à se souvenir d'un numéro de téléphone pendant quelques secondes ainsi que les souvenirs lointains ne sont pas touchés. Les troubles de mémoire épisodiques peuvent à l'occasion causer des trous de mémoire ou des pertes complètes de mémoire, mieux connus sous le nom de *black-out*. Il y en a qui croient que dans certaines situations de tels trous de mémoire sont responsables d'attitudes atypiques comme le vol à l'étalage.

Les benzodiazépines sont souvent prescrites en cas de crises aiguës liées à des graves traumatismes. Sur le moment, elles peuvent apporter un soulagement immédiat aux gens lors d'une catastrophe, mais si elles sont utilisées pendant plus de quelques jours, elles peuvent empêcher l'ajustement psychologique normal à de tels traumatismes. Dans le cas d'une grande perte ou d'un deuil, elles peuvent entraver le processus normal de guérison lequel peut rester irrésolu durant des années. Dans d'autres cas d'anxiété, y compris les troubles de panique et d'agoraphobie, les benzodiazépines peuvent entraver l'apprentissage de stratégies alternatives, incluant le traitement du comportement cognitif.

Les effets stimulants paradoxaux. Parfois, les benzodiazépines causent à l'approche du sommeil une excitation paradoxale accompagnée d'un accroissement d'anxiété, d'insomnie, de cauchemars, d'hallucinations et d'une augmentation de crises chez les épileptiques. Des crises de rage et de comportements violents y compris des agressions, voire même des homicides, ont été enregistrés principalement après l'administration par voie intraveineuse, mais parfois aussi orale. À moindre échelle, des états d'irritabilité et querelleurs sont beaucoup plus fréquents et sont souvent rapportés par les patients ou par leurs proches. De telles réactions sont similaires à celles provoquées quelquefois par l'alcool. Elles sont plus fréquentes chez les individus anxieux et agressifs, les enfants et les personnes âgées. Elles sont peut-être dues à la libération ou à l'inhibition des tendances comportementales normalement supprimées par les normes sociales. Des cas de "bébés battus", de "femmes battues" et "de coups portés sur des grands-mères" ont été attribués à l'usage des benzodiazépines.

Les dépressions et les émotions émoussées. Les consommateurs à long terme d'une benzodiazépine tels que les alcooliques et les patients dépendants des barbituriques, sont souvent déprimés et leur dépression peut seulement apparaître pour la première fois que lors d'une absorption prolongée. Les benzodiazépines

peuvent à la fois causer ou aggraver la dépression, possiblement en réduisant la production cérébrale des neurotransmetteurs tels que la sérotonine et la norépinéphrine. Cependant, l'anxiété et la dépression sont souvent associées et les benzodiazépines sont fréquemment prescrites pour traiter l'anxiété et la dépression en même temps. Quelquefois, chez de tels patients, les drogues semblent précipiter leur tendance au suicide. Parmi les 50 premiers patients qui ont participé à mon programme de sevrage (Rapport en 1987), dix d'entre eux avaient absorbé des surdoses de médicaments réclamant une hospitalisation, alors qu'ils suivaient un traitement chronique d'une benzodiazépine. Seulement deux avaient eu un passé lié à une maladie dépressive avant qu'on leur prescrive des benzodiazépines. La dépression s'estompa chez ces patients après le sevrage et aucun ne prit d'éventuelles surdoses durant la période de 10 mois à 3½ ans qui suivit la période de sevrage. En 1988, le Committee on Safety of Medicines de la Grande-Bretagne recommanda que "les benzodiazépines ne soient pas absorbées seules pour traiter la dépression ou l'anxiété associée à la dépression. Chez de tels patients cela pourrait précipiter leur tendance au suicide."

"L'anesthésie émotionnelle", l'incapacité de ressentir du plaisir ou de la peine est une des plaintes les plus communes chez les consommateurs d'une benzodiazépine sur une longue période. De tels coups émotionnels sont liés probablement à l'effet inhibiteur des benzodiazépines sur l'activité des centres émotionnels au niveau du cerveau. Souvent, ces mêmes anciens consommateurs d'une benzodiazépine sur une longue période regrettent amèrement leur manque de réactions émotionnelles face aux membres de leur famille - enfants et époux ou conjoints - durant la période pendant laquelle ils absorbaient les drogues. L'usage chronique d'une benzodiazépine peut briser l'harmonie domestique voire même briser des mariages.

Les effets contraires chez les personnes âgées. Le système nerveux central des gens plus âgés est plus affecté par les effets dépressants des benzodiazépines que celui des personnes plus jeunes. Les benzodiazépines peuvent causer de la confusion, de l'amnésie, de l'ataxie (perte d'équilibre), des maux de cœur et de la pseudodémence (souvent attribué par erreur à la maladie d'Alzheimer) chez les personnes âgées et devraient être évités le plus possible. Ceci est dû principalement au fait qu'elles métabolisent les médicaments d'une façon moins efficace que les personnes plus jeunes. L'effet de ces médicaments dure donc plus longtemps formant une accumulation résiduelle plus importante à l'utilisation régulière. Cependant, avec la même concentration sanguine, les effets dépressifs des benzodiazépines augmentent chez les gens âgés; possiblement parce qu'ils ont moins de cellules au cerveau et moins de capacités cérébrales à les régénérer que les personnes plus jeunes.

Il est donc généralement conseillé d'utiliser chez les gens âgés la moitié de la dose prescrite généralement pour les adultes. L'utilisation doit aussi être de courte durée seulement 2 semaines à peine. De plus, les benzodiazépines sans métabolites actifs (i.e. oxazépam [Serax, Séresta], témazepam [Restoril]) sont mieux tolérées que les métabolites à élimination lente (i.e. chlordiazépoxyde [Librium], nitrazépam [Mogadon]). Des concentrations équivalentes des différentes benzodiazépines sont approximativement les mêmes chez les personnes âgées et les plus jeunes (Tableau 1).

Les effets contraires durant la grossesse. Les benzodiazépines traversent le placenta et si elles sont absorbées régulièrement par la mère en fin de grossesse, même en dosages thérapeutiques, elles peuvent provoquer des complications néonatales. Le fœtus et le nouveau-né métabolisent très lentement les benzodiazépines et des quantités appréciables peuvent être détectées chez l'enfant jusqu'à deux semaines après sa naissance, se traduisant par "le syndrome de l'enfant flottant", dans le manque de tonus musculaire, une hypersédation et un échec à l'allaitement. Des symptômes de sevrage consistant en de l'hyperexcitabilité, des cris perçants et des difficultés d'allaitement ou d'alimentation peuvent se développer au bout de deux semaines.

En doses thérapeutiques, les benzodiazépines semblent causer peu de risque de malformations congénitales majeures. Cependant, l'usage chronique maternel peut entraver la croissance intra-utérine du fœtus et retarder le développement du cerveau. Plus tard, il existe une inquiétude grandissante chez ces enfants qu'ils soient prédisposés à des troubles d'attention, d'hyperactivité, à des difficultés d'apprentissage ainsi qu'à tout un spectre de troubles autistiques.

La tolérance. La tolérance aux multiples effets des benzodiazépines se développe lors de l'absorption régulière: la dose prescrite à l'origine produit progressivement moins d'effet et une plus forte dose est nécessaire pour obtenir à nouveau cet effet original. C'est cette tolérance qui a souvent mené les médecins à augmenter la dose ou à ajouter une autre benzodiazépine ce qui fait que certains patients consomment deux benzodiazépines à la fois.

Cependant, la tolérance à ces effets se manifeste à des différentes vitesses ainsi qu'à divers degrés. La tolérance aux effets hypnotiques se développe rapidement et les enregistrements du sommeil ont prouvé que les phases du sommeil, y compris le sommeil profond (phase lente du sommeil) et le rêve (lequel est supprimé initialement par les benzodiazépines), reviennent au niveau du prétraitement au bout de quelques semaines d'absorption régulière de la benzodiazépine. Les consommateurs qui l'absorbent durant la journée pour traiter leur anxiété ne ressentent plus l'effet de somnolence au bout de quelques jours.

La tolérance aux effets anxiolytiques se développe plus lentement mais il y a peu d'évidence que les benzodiazépines maintiennent leur efficacité au bout de quelques mois. En fait, l'absorption à long terme d'une benzodiazépine peut même aggraver les troubles de l'anxiété. De nombreux patients trouvent qu'au fil des années, les symptômes anxiolytiques augmentent graduellement malgré l'absorption régulière d'une benzodiazépine ainsi que des crises de panique et une forme d'agoraphobie peut apparaître pour la première fois après des années d'absorption chronique. Une telle aggravation des symptômes lors de l'absorption sur une longue période d'une benzodiazépine est certainement due à la tolérance aux effets anxiolytiques, donc les symptômes de "sevrage" apparaissent même en cas de présence continue du médicament. Cependant, la tolérance n'est pas toujours une réalité pour tous, car certains consommateurs chroniques déclarent parfois une efficacité continue qui peut être due à la suppression des réactions au sevrage. Néanmoins, dans la plupart des cas de tels symptômes disparaissent graduellement suite à une réduction et à un sevrage réussis des benzodiazépines. Parmi les 50 premiers patients qui ont participé à mon programme, 10 d'entre eux devinrent agoraphobes pour la première fois alors

qu'ils absorbaient des benzodiazépines. Les symptômes d'agoraphobie ont diminué radicalement en dedans d'un an du sevrage, même chez les patients qui étaient confinés chez eux et aucun ne fut dans l'incapacité de poursuivre une activité due à l'agoraphobie au moment des visites de contrôle, soit sur une période qui s'étendit entre 10 mois et 3 ans et demi après le sevrage.

La tolérance aux effets anticonvulsifs des benzodiazépines les rend en général inadéquat pour le contrôle de l'épilepsie sur une base régulière et permanente. La tolérance aux effets moteurs des benzodiazépines peut se développer à un degré remarquable tant et si bien que des personnes auxquelles on aura prescrit de fortes doses seront capables de se déplacer à bicyclette et de jouer à des jeux de ballon. Cependant, une tolérance complète aux effets sur la mémoire et le cognitivisme ne semble pas avoir lieu. De nombreuses études indiquent qu'après le sevrage, ces fonctions restent troublées chez les consommateurs chroniques, subissant des rétablissements lents, bien que parfois incomplets.

La tolérance aux substances est un phénomène qui se développe avec l'usage chronique de beaucoup de drogues telles que l'alcool, l'héroïne, la morphine et le cannabis. L'organisme répond à la présence continue de ces drogues par une série d'ajustements qui ont tendance à annuler les effets de celles-ci. Dans le cas des benzodiazépines, les changements compensatoires ont lieu dans les récepteurs GABA et de benzodiazépine lesquels deviennent moins nombreux, ce qui fait que les actions inhibitrices du GABA et des benzodiazépines diminuent. En même temps, il y a des changements dans les systèmes secondaires contrôlés par le GABA de manière à ce que l'activité des neurotransmetteurs excitables ait tendance à se restaurer. La tolérance aux différents effets des benzodiazépines varie à chaque individu - probablement dû au résultat des différences du format neurologique et chimique intrinsèque lesquels se reflètent dans les caractéristiques de la personnalité et de la susceptibilité au stress. Le développement de la tolérance est l'une des raisons pour laquelle les gens deviennent dépendants des benzodiazépines et alors s'instaure un scénario du syndrome de sevrage décrit dans le chapitre suivant.

La dépendance. Les benzodiazépines sont des drogues potentiellement intoxicantes: une dépendance psychologique et physique peut se développer à la suite d'une utilisation régulière et répétée soit en quelques semaines ou en quelques mois. Il existe plusieurs types de dépendances, liés étroitement à la benzodiazépine.

La dépendance d'une dose thérapeutique prescrite. Les individus qui sont devenus dépendants de doses thérapeutiques de benzodiazépines ont habituellement plusieurs des caractéristiques suivantes.

1. Ils ont absorbé des benzodiazépines prescrites en doses "thérapeutiques" (généralement faibles) pendant des mois ou des années.
2. Ils ont éprouvé graduellement "le besoin" d'absorber des benzodiazépines afin de poursuivre des activités quotidiennes normales.
3. Ils ont continué d'absorber des benzodiazépines bien que le but à l'origine de la prescription ait disparu.
4. Ils éprouvent de la difficulté à arrêter l'absorption de la drogue ou d'en réduire le dosage à cause des symptômes de sevrage.

5. S'ils utilisent une benzodiazépine à action-courte, ils développent des symptômes d'anxiété entre les doses ou éprouvent une envie pressante pour la dose suivante.
6. Ils contactent leur médecin afin d'obtenir des ordonnances répétées.
7. Ils deviennent anxieux si l'ordonnance renouvelée n'est pas préparée assez rapidement. Ils peuvent transporter leurs cachets sur eux tout le temps et prendre une dose supplémentaire au besoin, avant un événement troublant anticipé ou une nuit passée dans un lit étranger.
8. Ils peuvent avoir augmenté leur dose depuis leur première ordonnance médicale.
9. Ils peuvent présenter des symptômes d'anxiété, de panique, d'agoraphobie, d'insomnie et une augmentation des symptômes physiques malgré l'absorption continue de benzodiazépines.

Le nombre de personnes dans le monde entier qui consomment des benzodiazépines est innombrable. Par exemple, près de 11% de la population américaine actuelle lors d'un sondage de 1990, a déclaré avoir absorbé des benzodiazépines l'année précédente. Environ 2% de la population adulte américaine, soit 4 millions, semblent avoir absorbé des benzodiazépines hypnotiques ou des tranquillisants régulièrement pendant 5 ou 10 ans et même plus. Des statistiques semblables se retrouvent aussi en Grande-Bretagne, dans presque toute l'Europe et dans certains pays asiatiques. Une portion élevée de ces usagers à long terme doit être au moins dépendante à un certain degré. Combien le sont exactement n'est pas facile à déterminer ! Cela dépend jusqu'à un certain point de la manière dont on définit la dépendance. Cependant, beaucoup d'études ont indiqué qu'entre 50 et 100 pour cent des consommateurs à usage prolongé ont de la difficulté à arrêter les benzodiazépines justement à cause des symptômes de sevrage.

La dépendance d'une dose prescrite élevée. Une minorité de patients qui ont commencé à absorber des benzodiazépines prescrites commence à réclamer des doses de plus en plus élevées. Au début, ils peuvent persuader leur médecin d'augmenter le nombre des ordonnances mais ayant atteint les limites prescrites, ils peuvent contacter plusieurs médecins ou hôpitaux afin d'en obtenir une réserve. Parfois ce groupe mélange l'usage abusif ou impropre d'une benzodiazépine avec la consommation excessive d'alcool. Les patients qui se rangent dans cette catégorie ont tendance à être très anxieux, déprimés et peuvent éprouver des difficultés en ce qui concerne leur personnalité. Ils peuvent avoir aussi un passé avec un usage abusif d'un autre sédatif ou d'alcool. Ils n'utilisent pas spécialement des drogues illégales mais peuvent obtenir des benzodiazépines dites de 'rues' si les autres ressources échouent.

L'abus récréatif des benzodiazépines. L'abus récréatif des benzodiazépines est un problème sans cesse grandissant. Une large proportion, entre 30 et 90 pour cent, de personnes qui abusent de l'usage des drogues multiples à travers le monde utilisent aussi des benzodiazépines. Celles-ci sont utilisées dans ce cas afin d'augmenter le "kick" obtenu par les drogues illicites, en particulier les opiacés et aussi afin d'alléger les symptômes de dépendance dus à l'abus d'autres drogues comme les opiacés, les barbituriques, la cocaïne, les amphétamines et l'alcool. Les personnes auxquelles on a administré des benzodiazépines lors d'une désintoxication à l'alcool peuvent en devenir dépendant et en abuser illicitement et elles peuvent sombrer à nouveau dans

l'alcool. De temps en temps, on utilise de fortes doses de benzodiazépines pour obtenir un "high".

L'usage récréatif dans différents pays, du diazépam, de l'alprazolam, du lorazépam, du témazepam, du triazolam, du flunitrazépam et autres a été remarqué. Habituellement, ces drogues sont prises oralement, souvent par doses beaucoup plus élevées que celles administrées en thérapie, ex: 100mg de diazépam ou son équivalent par jour, mais certains patients s'injectent les benzodiazépines par voie intraveineuse. Ces consommateurs de fortes doses développent un degré de tolérance élevé aux benzodiazépines et, bien qu'ils puissent utiliser ces drogues de façon intermittente, ils en deviennent dépendants. La désintoxication de ces patients peut présenter des difficultés dues aux réactions sévères de dépendance et à la présence de convulsions.

L'usage prolongé des benzodiazépines implique quelques centaines de milliers de personnes aux États-Unis et en Europe de l'Ouest et semble s'accroître. Il est aberrant de constater qu'une ordonnance médicale très élevée en benzodiazépines conduit à leur omniprésence dans les foyers, les rendant trop abordables. De plus, sans aucun doute, cela facilite leur entrée sur la scène des drogues illégales; leurs sources d'approvisionnement sont présentement de fausses ordonnances médicales volées dans des pharmacies ou importées illégalement.

Les coûts socio-économiques de l'usage prolongé d'une benzodiazépine. Les coûts socio-économiques actuels de la consommation élevée sur une longue période sont considérables, bien que difficile à mesurer. La plupart d'entre eux ont été mentionnés ci-dessus et sont résumés dans le Tableau 3. Ces conséquences pourraient être minimisées si les ordonnances pour une longue période de benzodiazépines diminuaient. Pourtant, beaucoup de médecins continuent de prescrire des benzodiazépines. Leurs patients qui souhaitent en être sevrés reçoivent très peu de conseils ou d'appui du milieu médical. Le chapitre suivant nous donne des informations pratiques sur le sevrage, lesquelles, nous espérons, seront utilisées tant par les consommateurs à long terme que par leur médecin.

Tableau 3. DES COÛTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE L'USAGE PROLONGÉ D'UNE BENZODIAZÉPINE

1. Accroissement du risque d'accidents - de circulation, chez soi, au travail.
2. Accroissement du risque de victime dû à une overdose, si mélangée à d'autres drogues.
3. Accroissement du risque de tentative de suicide surtout en état dépressif.
4. Accroissement du risque d'attitude agressive et d'attaque.
5. Accroissement du risque de vol à l'étalage et autres actions antisociales.
6. Accroissement de conflit marital et domestique et de la crise nerveuse due au déséquilibre émotionnel et cognitif.
7. Accroissement de perte d'emploi, de chômage et de perte d'emploi pour raisons médicales.
8. Coût des bilans hospitaliers, des consultations et des admissions.
9. Effets opposés au cours de la grossesse et chez le nouveau-né.
10. Dépendance et abus potentiel thérapeutique et récréatif.
11. Coûts des ordonnances médicales.

12. Coûts de litige.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

- Ashton, H. Benzodiazepine withdrawal: outcome in 50 patients. *British Journal of Addiction* (1987) 82,665-671.
- Ashton, H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs* (1994) 48,25-40.
- Ashton, H. Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use. *Psychiatric Annals* (1995) 25,158-165.
- Ashton, H. *Benzodiazepine Abuse, Drugs and Dependence*, Harwood Academic Publishers (2002), 197-212, Routledge, London & New York.

CHAPITRE II

COMMENT SE SEVRER DES BENZODIAZÉPINES APRÈS UN USAGE PROLONGÉ ?

Historique

Pourquoi devez-vous arrêter l'usage des benzodiazépines ?

Avant de commencer le sevrage des benzodiazépines

Consulter votre médecin

Assurez-vous d'avoir un appui psychologique adéquat

Ayez un état d'esprit ouvert

Ayez confiance

Soyez patient

Choisissez votre propre voie

Le sevrage

Diminution progressive du dosage

Changer à une benzodiazépine à longue demi-vie

Établir et suivre le programme de sevrage

Le sevrage chez les gens âgés

Le sevrage des antidépresseurs

Lectures supplémentaires

Programmes de sevrage lent

HISTORIQUE

En 1982, au début de mon programme personne n'avait d'expertise sur le sevrage d'une benzodiazépine. Pourtant, comme expliqué dans le [Chapitre I](#), il y avait une forte pression de la part des patients eux-mêmes pour recevoir de l'aide et des conseils sur les méthodes de sevrage. Ainsi, tous ensemble en éprouvions le besoin. Au départ, le sevrage fût un processus d'essais mutuels et aussi d'erreurs mais au cours de cette expérience des principes généraux de sevrage, ce qui fonctionnent le mieux pour certaines personnes, en émergèrent. Ces principes généraux, dérivés des 300 patients qui participèrent à ce programme jusqu'en 1994, ont été confirmés depuis durant les cinq dernières années par d'autres centaines de consommateurs de benzodiazépines avec lesquels j'ai été impliquée par le biais de groupes d'encadrement ou d'appui traitant des tranquillisants en Angleterre et à l'étranger ou par des contacts personnels que j'ai avec des patients dans de nombreux pays.

Très vite, il est devenu évident que chaque expérience individuelle de sevrage est unique en son genre. Bien qu'il existe des points communs, chaque individu a ses caractéristiques respectives de symptômes de sevrage. Elles se différencient selon le type, la qualité, la sévérité, le moment, la durée et d'autres facteurs. Une telle variété n'est pas surprenante puisque le cours de sevrage dépend de beaucoup de facteurs tels que le dosage, le type, la puissance, la durée de l'action, la durée de consommation d'une benzodiazépine particulière, la raison pour laquelle elle fût prescrite, la personnalité et la vulnérabilité individuelle du patient, son style de vie, son stress personnel, ses expériences antérieures, le taux de dépendance et le degré d'appui valable pendant et après un sevrage, pour n'en nommer que quelques-uns.

C'est pour cette raison que les conseils qui suivent, au sujet du sevrage, ne sont en fait qu'un guide général. Chaque individu se doit de rechercher la méthode propre à son cheminement. Mais ce guide contient une lueur d'espoir due aux expériences réussies de sevrage d'un grand nombre d'hommes et de femmes âgés entre 18 et 80 ans, issus de milieux divers, exerçant des professions différentes, ayant des histoires relatives aux drogues et une vitesse de sevrage différent. Le pourcentage de réussite est élevé, soit plus de 90% et ceux qui s'en sont sortis, même en ayant absorbé des benzodiazépines durant plus de 20 ans, se sentent mieux physiquement et mentalement.

Ainsi, pour ceux qui n'en sont qu'au début de cette expérience, il est bon de savoir que beaucoup d'anciens consommateurs affirmeront que presque toute personne, qui le désire vraiment, peut se sevrer complètement des benzodiazépines. Mais ne soyez pas du tout surpris si vos symptômes ou au contraire l'absence de ceux-ci diffèrent de celui ou celle qui partage la même aventure avec vous.

POURQUOI DEVEZ-VOUS CESSER L'USAGE DES BENZODIAZÉPINES ?

Comme je l'ai expliqué dans le [Chapitre 1](#), l'absorption à long terme des benzodiazépines peut amener des effets secondaires non souhaitables tels qu'une mauvaise mémoire, une cognition déficiente, de l'émotion émoussée, une dépression, une anxiété croissante, des symptômes physiques et de la dépendance. Toutes les benzodiazépines, qu'elles soient pour dormir ou pour combattre l'anxiété, peuvent produire ces effets. Les conséquences sociales et économiques de l'utilisation chronique d'une benzodiazépine sont résumées dans le [Tableau 3](#) (Chapitre I).

Par ailleurs, les témoignages suggèrent que les benzodiazépines cessent d'être aussi efficaces au bout de quelques semaines ou de mois même d'utilisation régulière. Elles perdent leur efficacité à mesure que l'habitude au médicament s'installe. Quand la tolérance se produit, les symptômes de manque peuvent apparaître même si le patient continue à utiliser régulièrement la benzodiazépine. Par conséquent, les symptômes dont souffrent les consommateurs à long terme sont un mélange d'effets contraires des drogues et des effets de manque dus en fait à la tolérance. [Le Committee on Safety Medicines](#) et le Royal College of Psychiatrists d'Angleterre ont conclu dans diverses affirmations (faites en 1988 et en 1992) que les benzodiazépines n'étaient pas recommandables pour une absorption à long terme et qu'en général, elles devraient être prescrites pour une période allant de 2 à 4 semaines seulement.

De plus, les expériences cliniques prouvent que la plupart des consommateurs à long terme d'une benzodiazépine se sentent en fait mieux après en avoir cessé l'utilisation. Plusieurs d'entre eux ont remarqué qu'après avoir cessé ces drogues que durant toutes ces années ils avaient fonctionné à un très bas niveau émotionnel. C'était comme si un rideau ou un voile se levait devant leurs yeux.

Lentement, parfois soudainement, les couleurs devenaient plus vives, l'herbe devenait plus verte, leurs pensées devenaient plus claires, les peurs disparaissaient, les sautes d'humeurs étaient pratiquement inexistantes et la vigueur physique réapparaissait.

Ce sont par conséquent de bonnes raisons pour que les consommateurs à long terme cessent d'utiliser des benzodiazépines surtout s'ils se sentent malheureux à cause de leur consommation. Beaucoup de personnes ont peur du sevrage à cause des rapports indiquant avoir à descendre aux enfers mais cela est grandement exagéré. Avec un programme individuel suffisamment progressif et structuré comme indiqué ci-dessous qui rend le sevrage supportable, parfois même facile à suivre, surtout si le patient comprend la raison et la nature des symptômes qui peuvent apparaître, cela facilite l'acceptation des symptômes et le rassure en même temps.

Beaucoup de symptômes de sevrage existent simplement par peur des symptômes ou même par peur d'en avoir. Des personnes qui ont connu ces mauvaises expériences les ont eues parce qu'elles en ont cessé l'absorption trop rapidement, bien souvent elles étaient mal conseillées par leur médecin et sans aucune explication sur leurs symptômes. À l'inverse, d'autres personnes peuvent arrêter d'absorber leurs benzodiazépines sans aucun symptôme: selon certaines autorités, ce pourcentage peut être aussi élevé que 50% même au bout d'un an d'utilisation chronique. Même si ce chiffre est exact, (ce qui doit être vérifié) il n'est pas recommandé de cesser brusquement l'absorption des benzodiazépines.

Les avantages d'arrêter l'utilisation des benzodiazépines ne signifient pas nécessairement que tous les consommateurs à long terme devraient arrêter. On ne doit ni forcer ou persuader quelqu'un de le faire contre sa volonté. En fait, les personnes qui le sont, le font souvent de la mauvaise façon. Au contraire, les chances de réussir sont très fortes pour celles qui sont suffisamment motivées. Comme nous l'avons mentionné auparavant, presque tous ceux qui veulent vraiment cesser l'absorption des benzodiazépines peuvent le faire.

AVANT DE COMMENCER LE SEVRAGE DES BENZODIAZÉPINES

Une fois que vous avez fait votre choix, vous devez prendre des précautions avant de commencer le processus de sevrage.

Consulter votre médecin. Votre médecin peut avoir des raisons pour lesquelles il est avantageux pour vous de cesser l'absorption de benzodiazépines. La contre-indication du sevrage n'est valable que dans un petit nombre des cas. Des médecins particulièrement aux États-Unis croient que l'absorption des benzodiazépines à long terme est nécessaire pour combattre des formes d'anxiété, de panique, de phobie ainsi que des conditions psychiques. Cependant, les avis médicaux diffèrent souvent et même si un sevrage complet n'est pas conseillé, il est bénéfique de réduire la dose ou d'absorber de façon intermittente des benzodiazépines.

L'accord et la coopération de votre médecin sont indispensables puisqu'il sera celui qui vous prescrira le médicament. Beaucoup de médecins ne connaissent pas le sevrage des benzodiazépines et hésitent à en prendre la responsabilité. Vous pouvez rassurer votre médecin en lui affirmant que vous avez l'intention de prendre en charge votre programme de sevrage et que vous procéderez selon le rythme qui vous conviendra afin d'atteindre un niveau confortable, bien que vous preniez en considération ses conseils au besoin. Il est important pour vous que vous preniez le contrôle de votre programme. Ne laissez pas votre médecin vous imposer une date limite. Conservez la liberté de procéder au fur et à mesure que vous avancez comme le citent les Quakers.

C'est une bonne idée de formuler un programme de dosage réduit pour les étapes initiales ([voir ci-dessous](#)) et en donner une copie à votre médecin. Vous aurez probablement besoin de mentionner l'importance de la flexibilité de manière à ce que la dose prescrite puisse être modifiée en tout temps. Il y aura peut-être même des circonstances où vous aurez besoin de cesser temporairement le sevrage rendu à une certaine étape. La reprise du programme ajusté peut se poursuivre plus tard quand vous serez prêt et votre médecin pourra continuer à vous prescrire la dose en accord avec le nouveau plan. (Tout ceci est expliqué un plus loin dans ce chapitre)

Finalement, votre médecin pourrait apprécier recevoir aussi de la documentation sur le sevrage d'une benzodiazépine comme par exemple les articles mentionnés sous la rubrique Lectures Supplémentaires plus approfondies situées à la fin des Chapitres [I](#) et [III](#) ainsi que dans [celui-ci](#).

(2) Assurez-vous d'avoir un appui psychologique adéquat. Cet appui vous sera donné par votre époux ou épouse, votre partenaire et ami, par votre famille ou par un ami proche. Si vous avez la chance d'avoir un médecin compréhensif, il sera peut-être celui qui vous pourra vous aider et vous conseiller.

L'idéal est que votre mentor soit une personne familière avec le sevrage d'une benzodiazépine ou qui soit prête à lire et à apprendre sur ce sujet. Il n'est pas nécessaire que ce soit quelqu'un qui ait passé à travers cette expérience. Parfois les anciens consommateurs ont connu une mauvaise expérience et pourraient faire peur en exposant leurs propres symptômes. Souvent l'aide d'un psychologue, d'un conseiller expérimenté ou de tout autre thérapeute est précieuse plus particulièrement pour l'enseignement des techniques de relaxation, d'exercices respiratoires profonds ou encore comment réagir lorsqu'une crise de panique survient, etc. Certaines personnes utilisent des techniques alternatives telles que l'aromathérapie, l'acupuncture ou le yoga bien que nous croyions que celles-ci n'agissent en fait que comme aide à la relaxation. D'après mon expérience, l'hypnose n'a pas été efficace chez les usagers à long terme. [Des techniques de relaxation](#) sont décrites dans le [Chapitre III](#).

Plutôt que d'employer des thérapies coûteuses, vous aurez besoin d'une personne sur laquelle vous pouvez compter et qui vous encouragera fréquemment et régulièrement, sur une longue période, à la fois pendant le sevrage et pendant les mois suivants. Des groupes d'aides bénévoles et les groupes d'entraide sont extrêmement précieux. Ils sont généralement dirigés par des personnes qui sont passées par le sevrage et par conséquent comprennent le temps et la patience requise et qui peuvent aussi offrir de l'information au sujet du sevrage des benzodiazépines. C'est encourageant de savoir que vous n'êtes pas seul et qu'il existe un grand nombre de personnes qui ont des problèmes similaires. Cependant, ne pensez pas que vous aurez tous les symptômes décrits par ici ou d'autres. Chacun est différent et certaines personnes, avec le bon programme et un support adéquat ne connaissent aucun symptôme malencontreux.

En fait plusieurs personnes ont réussi à s'en sortir toute seule sans aide extérieur.

(3) Ayez un état d'esprit ouvert.

Ayez confiance en vous. Vous pouvez le faire. Si vous en doutez, essayez pendant quelques jours de réduire d'une petite dose. Par exemple, essayez de réduire votre dose quotidienne d'un dixième ou d'un huitième; vous pouvez peut-être réaliser ceci en ne prenant que la moitié ou le quart de votre comprimé. Vous réaliserez qu'il n'y a aucune différence ou presque. Si toutefois vous êtes toujours dans le doute, viser premièrement pour une réduction de votre dose plutôt que l'arrêt brusque. Une fois commencée, vous souhaiterez probablement continuer.

Soyez patient. Il est nécessaire d'aller doucement dans votre programme de sevrage. Votre corps et votre cerveau peuvent avoir besoin d'un réajustement après des années d'absorption de benzodiazépines. Pour beaucoup de personnes, une période d'un an ou plus est requise pour compléter le sevrage. Donc ne vous pressez pas et surtout n'essayez pas d'arrêter brusquement.

Choisissez votre propre voie. N'espérez pas un "résultat rapide". Il est possible que vous soyez admis dans un hôpital ou un centre spécialisé pour désintoxication. Une telle approche comprend habituellement un sevrage généralement rapide mais sécuritaire sur le plan médical et peut exiger un appui psychologique. De tels centres peuvent être appropriés pour une minorité de personnes ayant des problèmes psychologiques. Cependant, ils éliminent souvent le contrôle du sevrage du patient et le retour à l'utilisation de la benzodiazépine est commun lors du retour en milieu familial causé par le manque de temps nécessaire au patient pour l'apprentissage des méthodes alternatives de gestion du stress. La méthode lente de sevrage effectuée dans votre environnement donne assez de temps aux ajustements physiques et psychologiques, vous permet de poursuivre une vie normale et d'adapter vos cédules de sevrage selon votre style de vie et crée des stratégies alternatives qui vous permettent de vivre sans les benzodiazépines.

LE SEVRAGE

1/ Diminution progressive du dosage. Il n'y a absolument aucun doute que pour sevrer de l'absorption à long terme des benzodiazépines on doit en réduire progressivement la dose. Un sevrage brusque ou trop rapide, surtout pour les doses élevées peut provoquer des effets secondaires sévères (convulsions, réactions psychotiques, états d'anxiété aiguë etc.) et peut augmenter le risque de symptômes de sevrage prolongés ([voir le Chapitre III](#)). Un sevrage lent signifie une diminution lente et progressive du dosage, généralement étalée sur une période de plusieurs mois. Le but est d'obtenir une diminution en douceur, régulière et lente quant à la concentration des benzodiazépines dans le sang et dans les tissus afin de permettre aux fonctions naturelles du cerveau de reprendre leur fonction normale. Tel qu'expliqué dans le [Chapitre I](#), l'absorption à long terme des benzodiazépines prend en charge plusieurs fonctions du système naturel tranquilisant de notre corps transmis par les neurotransmetteurs GABA. Il en résulte que le nombre des récepteurs GABA situés au cerveau diminuent et que les fonctions GABA décroissent. Des sevrages brusques de benzodiazépines laissent le cerveau dénudé de ses fonctions GABA, ce qui se traduit par une hyperexcitabilité du système nerveux. L'hyperexcitabilité est à la base de la plupart des symptômes de sevrage discutés dans [le chapitre suivant](#).

Cependant, une élimination suffisamment lente et douce des benzodiazépines permet aux fonctions naturelles de reprendre contrôle de leurs fonctions lesquelles ont été atténuées par la présence des benzodiazépines. Il est prouvé scientifiquement que la réintégration des fonctions du cerveau prend beaucoup de temps. La guérison suite à l'utilisation à long terme des benzodiazépines n'est pas comparable à un rétablissement progressif de l'organisme suite à une intervention chirurgicale majeure.

La guérison du corps et de l'esprit est un processus lent.

Le taux et la vitesse du sevrage sont variables à chaque individu. Le sevrage dépend de plusieurs facteurs y compris la quantité, la sorte de benzodiazépine utilisée, la durée de sa consommation, la personnalité, le style de vie, les expériences antécédentes, les vulnérabilités spécifiques et (peut-être génétiquement déterminées) et la vitesse à laquelle le système se rétablit. Habituellement, vous en êtes le meilleur juge. Vous devez avoir le contrôle et vous devez procéder à un rythme qui vous est confortable. Vous devrez aussi peut-être résister à des tentations extérieures

(cliniques, médecins) qui chercheront à vous persuader d'effectuer un sevrage rapide. Les six semaines classiques de sevrage adoptées par plusieurs cliniques et des médecins sont vraiment trop rapides pour les consommateurs à long terme. En réalité, la durée du sevrage, pourvu qu'il soit suffisamment lent, importe peu. Une période 6, 12 ou 18 mois de sevrage n'a pas beaucoup d'importance si vous avez absorbé des benzodiazépines pendant des années.

Certains prétendent que des sevrages de benzodiazépines très lents "prolongeaient simplement l'agonie" et qu'il était mieux d'en avoir fini le plutôt possible. Cependant, l'expérience démontre que beaucoup de patients prouvent qu'un sevrage lent est grandement préférable, particulièrement quand le sujet en a le contrôle. Beaucoup de patients réalisent qu'il n'y a pas ou très peu de moments d'agonie". Néanmoins, il n'existe aucun rythme ou programme magique de sevrage et chaque individu doit trouver le sien, celui qui lui conviendra le mieux. Les personnes qui ont absorbé des doses faibles d'une benzodiazépine pendant une courte durée (moins d'un an) peuvent habituellement en cesser l'utilisation rapidement. Celles qui en ont consommé de fortes doses comme le Xanax et le Klonopin (Rivotril, clonazepam) auront probablement besoin de plus de temps.

Des exemples de [programmes de sevrage lent](#) sont illustrés à la fin de ce chapitre. À titre de guide, une personne qui absorbe 40mg de diazépam par jour (ou son équivalent) pourra réduire sa dose quotidienne de 2mg toutes les semaines ou tous les 15 jours jusqu'à ce qu'une dose quotidienne de 20mg de diazépam soit atteinte. Cela prendra environ entre 10 à 20 semaines. À partir d'une dose quotidienne de 20mg de diazépam, une réduction de 1mg chaque semaine ou tous les 15 jours est préférable. Cela prendra encore entre 20 et 40 semaines ce qui fera un total de 30 à 60 semaines. Malgré cela, des patients préféreront réduire plus rapidement tandis que d'autres iront même encore plus lentement. (voir la section suivante pour de plus amples détails)

Cependant, durant un programme de sevrage, il est important d'aller toujours de l'avant. Quand vous rencontrez une période difficile, vous pouvez vous arrêter pendant quelques semaines si nécessaire, mais vous devez éviter de revenir en arrière ou d'augmenter votre dose. Des médecins approuvent l'utilisation de "pilules de secours" (une dose supplémentaire d'une benzodiazépine) en particulier durant des périodes de stress. Ce n'est sans doute pas une bonne idée car cela nuit à la baisse progressive de la concentration dans le sang et altère le processus d'apprentissage de vie sans benzodiazépine lequel joue un rôle important dans l'adaptation au sevrage. Si le sevrage est assez lent, "les pilules de secours" ne devraient pas être nécessaires.

(2) Changer à une benzodiazépine à longue demi-vie. Avec des benzodiazépines à courte-vie telles que l'alprazolam (Xanax) et le lorazépam (Ativan, Témesta) ([Tableau 1](#), Chapitre I), il est impossible d'obtenir une baisse progressive dans les concentrations sanguines et cellulaires. Ces drogues sont éliminées assez rapidement avec comme résultat des fluctuations importantes de concentrations entre chaque dose. Il serait nécessaire d'absorber les comprimés plusieurs fois par jour et beaucoup de personnes traversent des expériences de "mini-sevrage ou d'un besoin soudain entre chaque dose.

Pour les personnes qui cessent la consommation de ces drogues puissantes à courte-vie, il est conseillé de passer à une benzodiazépine à longue-vie tel le diazépam. Le transfert doit s'effectuer progressivement, habituellement par étape judicieuse, substituant une dose à la fois. Il y a plusieurs facteurs à considérer. L'un est la différence de concentration entre les benzodiazépines. Beaucoup de gens ont souffert parce qu'on les avait changés brusquement pour une benzodiazépine différente et moins forte parce que le médecin n'avait pas tenu compte du facteur important de concentration différente. Les équivalences en concentration des benzodiazépines sont indiquées au [Tableau 1](#) (Chapitre I), mais celles-ci ne sont qu'approximatives et différent à chaque individu.

Un deuxième facteur à tenir compte est la variété des benzodiazépines, bien que similaires à première vue, elles présentent des profils d'action un peu différents. Par exemple, le lorazépam (Ativan, Témesta) semble avoir moins d'activité hypnotique que le diazépam, dû probablement à son action de courte durée. Ainsi, par exemple, si une personne absorbe 2mg d'Ativan (Témesta) trois fois par jour, passe directement à 60mg de diazépam (la dose équivalente pour l'anxiété), elle deviendra extrêmement somnolente. Par contre, si elle passe soudainement à une plus petite dose de diazépam, elle ressentira probablement des symptômes de sevrage. En effectuant le changement que sur une dose à la fois, on évite ces difficultés et cela aide aussi à trouver les doses équivalentes pour chaque individu. Il est également recommandé de commencer la première substitution par la dose du soir et cette substitution n'a pas toujours besoin d'être totale. Par exemple, si pour le soir la dose d'Ativan (Témesta) est de 2 mg, elle peut, dans certains cas, être changée à 1mg d'Ativan (Témesta) plus 8mg de diazépam. Une complète substitution pour une réduction de 1mg d'Ativan (Témesta) aurait été de 10mg de diazépam. Cependant, le patient peut en fait bien dormir avec cette combinaison et il aura déjà effectué une réduction dans ces doses d'Ativan, une première étape au programme de sevrage. Des [exemples d'étapes de substitution judicieuse](#) sont illustrés dans les programmes à la fin de ce chapitre.

Un troisième facteur important est l'accès aux formules de dosage des différentes benzodiazépines. Au cours d'un sevrage, vous avez besoin d'une benzodiazépine à longue-vie qui peut être réduite en très petites doses. Le diazépam (Valium) est la seule benzodiazépine qui est idéale à cet effet puisqu'elle est fabriquée en comprimés de 2 mg lesquels sont sécables (séparés en deux au milieu) et par conséquent peuvent être pris en doses de 1mg. Au contraire, le plus petit comprimé de lorazépam (Ativan, Témesta) valable est de 0.5mg (ce qui équivaut à 5mg de diazépam; le plus petit comprimé de alprazolam (Xanax) est de 0,25mg (équivalant aussi à 5mg de diazépam). Même en coupant ces comprimés en deux la plus petite réduction que l'on puisse obtenir est l'équivalent de 2.5mg de diazépam. Des patients deviennent très doués à râper de petites portions de leurs comprimés. À cause de ces dosages limités, il devient donc nécessaire de passer au diazépam même si vous absorbez une benzodiazépine à longue-vie et de concentration relativement faible. (ex: le flurazépam [Dalmane]) Les préparations orales de ces benzodiazépines sont aussi disponibles et si l'on désire une réduction progressive, elles peuvent être réalisées en diminuant le volume de chaque dose et en utilisant une seringue graduée.

Certains médecins aux États-Unis préfèrent utiliser le clonazépam (Klonopin aux États-Unis et Rivotril au Canada) croyant que le sevrage sera plus facile qu'avec alprazolam (Xanax) ou lorazépam (Ativan). L'élimination du clonazépam dans le

système est beaucoup plus longue avec le clonazépam mais c'est loin d'être la plus efficace et la plus favorable pour le sevrage. C'est une drogue extrêmement puissante qui est éliminée beaucoup plus rapidement que le diazépam (voir [Chapitre I](#), Tableau I) et la plus petite dose disponible aux États-Unis est de 0,5mg (donc l'équivalent en Valium de 10mg) et de 0,25mg au Canada (donc l'équivalent en Valium de 5mg). De plus, il est difficile avec cette drogue d'obtenir une diminution toujours égale de sa concentration dans le sang et il y a des fortes raisons de croire que le sevrage de drogues puissantes comme le clonazépam est plus difficile. Pour certaines gens, qui semblent rencontrer plus de difficulté à transférer du clonazépam au diazépam des comprimés (gélules) à dose réduite peuvent être obtenus, ex. un huitième ou un-seizième de milligramme ou moins peut être utilisé pour que le sevrage puisse se faire directement du clonazépam.

Pour obtenir ces comprimés, une ordonnance du médecin est obligatoire. Ces comprimés peuvent être fabriqués par une pharmacie d'hôpital et par quelques chimistes au Royaume-Uni et par un pharmacien spécialisé en Amérique du Nord. Une méthode similaire peut être utilisée par d'autres utilisateurs de benzodiazépines qui trouvent difficile le transfert au diazépam. Pour localiser une pharmacie spécialisée le lien ci-après peut être très utile: www.iacprx.org. Il faut s'assurer que la pharmacie spécialisée sera capable de fournir la même qualité à chaque renouvellement. C'est une méthode toutefois plus fastidieuse qui n'est pas recommandée pour le sevrage.

(3) Établir et suivre le programme de sevrage. Des exemples de programmes de sevrage sont fournis dans les pages suivantes. La plupart d'entre eux sont des programmes actuels qui ont été utilisés et ont réussi chez des personnes qui s'en sont sorties avec succès. Chaque programme doit être établi selon les besoins individuels; deux programmes ne se ressemblent pas nécessairement. Ce qui suit est un résumé de points à considérer lors de l'établissement d'un programme.

Établissez le programme selon vos propres symptômes. Par exemple, si l'insomnie est un gros problème, prenez la majeure partie de votre dose au moment du coucher; si le fait de sortir de chez vous le matin est difficile, prenez une partie de votre dose dès le lever (mais pas en trop grande quantité, ce qui vous rendra somnolent ou réduira votre habilité à conduire).

Quand vous passez au diazépam, remplacez-le une dose à la fois, en commençant habituellement avec la dose du soir ou de la nuit, puis remplacez les autres doses une par une par intervalle de quelques jours ou d'une semaine sauf si vous commencez par de très fortes doses, il n'y a aucun besoin de songer à une réduction à ce niveau-là; visez plutôt un dosage approximativement équivalent. Lorsque vous aurez accompli cette étape, vous pourrez commencer à réduire lentement le diazépam.

Cependant si vous prenez une dose élevée telle que 6mg d'alprazolam ce qui équivaut à 120mg de diazépam, vous pouvez avoir besoin de considérer une réduction en même temps que vous transférer de drogues et vous aurez besoin de diminuer seulement une certaine quantité de la dose à la fois. (Voir le [programme 1](#)). L'objectif est de trouver une dose de diazépam qui réduira grandement les symptômes de sevrage mais qui ne sera pas pour autant si excessive qu'elle vous rendra somnolent.

Le diazépam est éliminé très lentement et a besoin d'être administré tout au plus deux fois par jour pour obtenir des concentrations sanguines égales. Si vous absorbez des benzodiazépines trois ou quatre fois par jour, il est recommandé que vous espaciez vos doses à deux fois par jour lorsque vous commencerez le diazépam. Le moins souvent que vous prenez des comprimés le moins votre journée tourne autour de votre traitement.

Plus la dose que vous prendrez initialement sera forte, plus grande pourra être la réduction de votre dose. Vous pourrez viser à réduire votre dosage d'un dixième à chaque fois. Par exemple, si vous prenez l'équivalent de 40mg de diazépam vous pourrez tout d'abord réduire de 2 à 4 mg chaque semaine ou toutes les deux semaines. Quand vous serez à 10mg, des réductions de 1 mg seront probablement conseillées. À partir de 5mg de diazépam, des personnes préfèrent réduire de 0,5mg toutes les semaines ou aux quinze jours.

Il n'est pas nécessaire de planifier votre programme de sevrage jusqu'au bout. Normalement il est important de planifier pour les premières semaines puis de le réviser et, si nécessaire, de le modifier en rapport à vos besoins. Prévenez votre médecin, afin qu'il soit flexible et prêt à ajuster à tout moment votre programme à votre rythme.

Dans la mesure du possible, ne régressez jamais. Vous pouvez rester à un même niveau de drogue et observer un temps de d'arrêt quand les circonstances se détériorent comme par exemple une crise familiale ou autre mais essayez toujours d'éviter d'augmenter vos doses. Vous ne voulez pas revenir à un niveau précédent.

En cas de stress, évitez d'absorber des doses supplémentaires. Apprenez à contrôler vos symptômes. Cela vous donnera une confiance supplémentaire, afin de vous rendre capable de vivre sans benzodiazépines. (Voir le [Chapitre III](#), les symptômes de sevrage).

Afin de compenser l'effet des benzodiazépines, évitez la consommation d'alcool, de cannabis ou de médicaments sans ordonnance. À l'occasion, votre médecin peut vous suggérer d'autres médicaments en cas de problèmes particuliers (voir le [Chapitre III](#), les symptômes de sevrage), mais ne prenez pas le somnifère zolpidem (Ambien) ou zopiclone (Zimovane) car ils ont la même action que les benzodiazépines.

Absorber le dernier comprimé: Arrêter les quelques derniers milligrammes s'avère difficile en partie due à la crainte de ne pas savoir comment vous allez réagir sans aucune drogue. En effet, la phase finale est étonnamment facile. Les gens sont généralement heureux par cette nouvelle sensation de liberté. Dans tous les cas, le 1mg ou les 0,5mg par jour de diazépam que vous absorbez à la fin de votre programme a peu d'effet si ce n'est celui de vous garder encore sous leur dépendance. Ne soyez pas tenté de réduire la dose à .25mg par mois. Faites le saut lorsque vous atteignez 0,5mg par jour; une cure complète n'est achevée que si vous avez cessé toutes vos benzodiazépines.

Que votre programme de sevrage ne devienne pas une obsession ! Faites qu'il fasse partie de votre vie quotidienne pour les quelques mois à venir. D'accord, vous êtes en

train de vous sevrer des benzodiazépines; mais vous n'êtes pas le seul, il y en a d'autres, ce n'est pas une affaire d'état.

Si pour quelque raison que ce soit, vous ne réussissez pas à votre premier essai, vous pouvez toujours essayer une autre fois. On dit qu'il faut entre 7 à 8 tentatives avant qu'un fumeur ne cesse de fumer complètement. La bonne nouvelle est que la plupart des consommateurs d'une benzodiazépine à long terme réussissent au bout du premier essai. Ceux qui nécessitent un second, ont généralement arrêté trop brusquement. Le sevrage d'une benzodiazépine lent et régulier, sous votre contrôle, est presque toujours un succès.

(4) Le sevrage chez les gens âgés. Les personnes âgées peuvent cesser l'utilisation des benzodiazépines aussi bien que les plus jeunes, même si elles ont utilisé ces mêmes benzodiazépines sur plusieurs années. Une étude récente effectuée par des médecins de médecine générale portant sur 273 personnes âgées qui ont utilisé des benzodiazépines sur plusieurs années (c.-à-d. plus de 15 ans) a démontré que la réduction volontaire et le sevrage total des benzodiazépines étaient suivis par un meilleur sommeil, par une amélioration des facultés mentales et physiques et une diminution des visites chez le médecin. Ces résultats ont été obtenus aussi dans différentes autres études sur des personnes âgées qui avaient utilisé des benzodiazépines sur une longue période.

Il y a plusieurs facteurs combinés qui supportent la cessation des benzodiazépines chez les personnes âgées parce que les gens qui avancent en âge sont plus susceptibles aux chutes avec fractures, à être confus, aux pertes de mémoire et aux problèmes psychiatriques (voir [Chapitre I](#)).

Les méthodes de sevrage des benzodiazépines chez les personnes âgées sont similaires à celles suggérées chez les plus jeunes. Un sevrage sur une plus longue période, selon mon expérience, est facilement toléré, même chez les personnes de plus de 80 ans qui ont utilisé des benzodiazépines depuis 20 ans ou plus. Ces horaires de sevrage peuvent inclure l'utilisation de préparation liquide de diazépam (Valium), si disponible et peuvent aider judicieusement à la substitution au diazépam. Évidemment, il y a une grande variation à savoir quand une personne devient plus "âgée" peut-être entre 65 et 70 ans serait l'âge que l'on retrouve dans la majorité des cas.

(5) Le sevrage des antidépresseurs. Plusieurs utilisateurs des benzodiazépines à long terme ont aussi été prescrits des antidépresseurs à cause de la dépression qui en suit l'utilisation que ce soit durant leur période d'utilisation chronique (longue période) ou durant leur sevrage. Les antidépresseurs doivent aussi être diminués graduellement car ils peuvent causer des effets secondaires indésirables (les psychiatres appellent cette période: réaction d'interruption des antidépresseurs, quel euphémisme !). Si vous utilisez les antidépresseurs et les benzodiazépines en même temps, il est recommandé de cesser l'utilisation des benzodiazépines avant de commencer la diminution graduelle des antidépresseurs. Une liste des antidépresseurs ainsi qu'une courte note sur comment en cesser l'utilisation est donnée au [programme 13](#) de ce chapitre. Certains symptômes du sevrage des antidépresseurs sont décrits au Chapitre III, [Tableau 2](#).

Les paragraphes mentionnés ci-dessus s'appliquent aux personnes qui ont l'intention de contrôler leur sevrage soit probablement la majorité des lecteurs. Ceux qui reçoivent le soutien d'un médecin ou d'un conseiller bien informé et compréhensif feront en sorte qu'ils puissent partager leur fardeau. Dans ma clinique de programme de sevrage, j'avais l'habitude d'établir un programme dont je discutais avec chacun de mes patients.

La plupart de mes patients portaient un grand intérêt au programme et y suggéraient des changements occasionnellement. Cependant, il y en avait qui préféraient ne pas trop penser aux détails, simplement suivre le programme de façon rigide jusqu'à la fin. Ce groupe réussit tout autant. Très peu, probablement 20 patients sur 300, souhaitaient ne rien savoir au sujet du programme, si ce n'étaient que les instructions: certains d'entre eux se sont joints à un programme aveugle de sevrage. Pour ce groupe, (avec leur accord) de faux comprimés remplacèrent petit à petit les benzodiazépines. Cette méthode fut aussi un succès et à la fin du processus, les patients furent agréablement surpris de découvrir qu'ils étaient sevrés complètement des benzodiazépines et que depuis les 4 dernières semaines, ils absorbaient de faux comprimés. Comme on dit souvent, il y a plusieurs chemins qui mènent à Rome.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

Ashton, H. (1994) [The treatment of benzodiazepine dependence](#). Addiction 89;1535-1541.

Trickett, S. (1998) Coming off Tranquillisers, Sleeping Pills and Antidepressants. Thorsons, London.

PROGRAMMES DE SEVRAGE LENT

Des programmes lents de sevrage de plusieurs benzodiazépines sont illustrés dans les pages suivantes. Ces programmes ont réussi avec des patients mais vous devrez probablement les adapter à vos besoins personnels. La référence au [Tableau 1](#), Chapitre I, laquelle indique les concentrations équivalentes des différentes benzodiazépines devrait vous permettre d'établir votre propre programme et de l'adapter au sevrage des benzodiazépines comme le prazépam (Centrax, Lysanxia), le quazépam (Doral) ainsi que d'autres qui ne sont pas illustrées.

Selon mon expérience, la seule exception à la règle générale d'une réduction lente est le triazolam (Halcion). Cette benzodiazépine est éliminée tellement rapidement (une demi-vie de 2 heures) que vous êtes pratiquement en manque tous les jours, au bout d'une dose prise la nuit précédente. C'est pour cette raison, que le triazolam peut être arrêté brusquement et sans substitution d'une benzodiazépine à long terme. Si des symptômes de sevrage apparaissent, vous pourrez aborder un programme à court terme de diazépam dont le dosage au départ sera de 10 mg, et diminuer le dosage comme indiqué dans le programme [#2](#). La même méthode de sevrage s'applique aussi aux non-benzodiazépines zolpidem et zaleplon lesquelles ont une courte durée active, soit de deux heures seulement.

CHAPITRE II

PROGRAMMES DE SEVRAGE LENT

Des programmes lents de sevrage de plusieurs benzodiazépines sont illustrés dans les pages suivantes. Ces programmes ont réussi avec des patients mais vous devrez probablement les adapter à vos besoins personnels. La référence au Tableau 1, Chapitre I, laquelle indique les concentrations équivalentes des différentes benzodiazépines devrait vous permettre d'établir votre propre programme et de l'adapter au sevrage des benzodiazépines comme le prazépam (Centrax, Lysanxia), le quazépam (Doral) ainsi que d'autres qui ne sont pas illustrées.

Selon mon expérience, la seule exception à la règle générale d'une réduction lente est le triazolam (Halcion). Cette benzodiazépine est éliminée tellement rapidement (une demi-vie de 2 heures) que vous êtes pratiquement en manque tous les jours, au bout d'une dose prise la nuit précédente. C'est pour cette raison, que le triazolam peut être arrêté brusquement et sans substitution d'une benzodiazépine à long terme. Si des symptômes de sevrage apparaissent, vous pourrez aborder un programme à court terme de diazépam dont le dosage au départ sera de 10 mg, et diminuer le dosage comme indiqué dans le programme #2. La même méthode de sevrage s'applique aussi aux non-benzodiazépines zolpidem et zaleplon lesquelles ont une courte durée active, soit de deux heures seulement.

1. Sevrage d'une dose quotidienne élevée de 6mg d'alprazolam (Xanax) avec une substitution au diazépam
2. Sevrage simple d'une dose quotidienne de 40mg de diazépam
3. Sevrage d'une dose quotidienne de 6mg de lorazépam (Ativan, Témesta) avec une substitution au diazépam
4. Sevrage d'une dose de 10mg, le soir, de nitrazépam (Mogadon) avec une substitution au diazépam
5. Sevrage d'une dose quotidienne de 1,5mg de clonazépam (Klonopin, Rivotril) avec une substitution au diazépam
6. Sevrage d'une dose quotidienne de 3mg de clonazépam (Klonopin, Rivotril) avec une substitution au diazépam
7. Sevrage d'une dose quotidienne de 4mg d'alprazolam (Xanax) avec une substitution au diazépam
8. Sevrage d'une dose quotidienne de 3mg de lorazépam (Ativan, Témesta) avec une substitution au diazépam
9. Sevrage d'une dose de 30mg, le soir, de témazépam (Restoril) avec une substitution au diazépam
10. Sevrage d'une dose quotidienne de 60mg d'oxazépam (Serax, Séresta) avec une substitution au diazépam
11. Sevrage d'une dose quotidienne de 75mg de chlordiazépoxyde (Librium)
12. Sevrage d'une dose quotidienne de 15mg zopiclone (Zimovane) avec une substitution au diazépam
13. Tableau des antidépresseurs et des programmes de sevrage

Programme 1. Sevrage d'une dose quotidienne (6mg) d'alprazolam (Xanax) avec une substitution au diazépam (Valium) (6mg d'alprazolam représente approximativement l'équivalent de 120mg de diazépam)

	Matin	Midi Après-midi	Soir/Nuit	Dose de diazépam équivalente
Dose au départ	alprazolam 2mg	alprazolam 2mg	alprazolam 2mg	120mg
Étape 1 (1 semaine)	alprazolam 2mg	alprazolam 2mg	alprazolam 1,5mg diazépam 10mg	120mg
Étape 2 (1 semaine)	alprazolam 2mg	alprazolam 2mg	alprazolam 1mg diazépam 20mg	120mg
Étape 3 (1 semaine)	alprazolam 1,5mg diazépam 10mg	alprazolam 2mg	alprazolam 1mg diazépam 20mg	120mg
Étape 4 (1 semaine)	alprazolam 1mg diazépam 20mg	alprazolam 2mg	alprazolam 1mg diazépam 20mg	120mg
Étape 5 (1-2 semaines)	alprazolam 1mg diazépam 20mg	alprazolam 1mg diazépam 10mg	alprazolam 1mg diazépam 20mg	110mg
Étape 6 (1-2 semaines)	alprazolam 1mg diazépam 20mg	alprazolam 1mg diazépam 10mg	alprazolam 0,5mg diazépam 20mg	100mg
Étape 7 (1-2 semaines)	alprazolam 1mg diazépam 20mg	alprazolam 1mg diazépam 10mg	Cessez alprazolam diazépam 20mg	90mg
Étape 8 (1-2 semaines)	alprazolam 0,5mg diazépam 20mg	alprazolam 1mg diazépam 10mg	diazépam 20mg	80mg
Étape 9 (1-2 semaines)	alprazolam 0,5mg diazépam 20mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	diazépam 20mg	80mg
Étape 10 (1-2 semaines)	alprazolam 0,5mg diazépam 20mg	Cessez alprazolam diazépam 10mg	diazépam 20mg	60mg
Étape 11 (1-2 semaines)	Cessez alprazolam diazépam 20mg	diazépam 10mg	diazépam 20mg	50mg
Étape 12 (1-2 semaines)	diazépam 25mg	cessez le midi diazépam; changer la dose du midi et du soir à 5mg	diazépam 25mg	50mg
Étape 13 (1-2 semaines)	diazépam 20mg	--	diazépam 25mg	45mg
Étape 14 (1-2 semaines)	diazépam 20mg	--	diazépam 20mg	40mg

Continuez comme pour le Programme 2, à partir de la réduction de 40mg de diazépam (Valium).

Programme 1, Notes:

1. Il n'y a aucune réduction de l'étape 1 à 4, seulement la substitution au diazépam, donc la substitution peut commencer à un intervalle d'une semaine. (Même si une période de deux semaines à chaque étape peut être envisagée)
2. La dose du soir de diazépam peut être prise au coucher au lieu d'avec alprazolam ou lorazépam, si celle-ci est prise plutôt habituellement.
3. Il y a une réduction des doses aux étapes 5-11 de substitution au diazépam donc à ces étapes, on peut diminuer la dose aux deux semaines si désirée. Même en réduisant la dose, le diazépam couvre les effets secondaires du sevrage de l'alprazolam à cause du laps de temps suffisant de l'utilisation du diazépam durant le jour et la nuit. Le but est d'utiliser une dose de diazépam suffisante pour couvrir les effets secondaires du sevrage tout en évitant l'excès qui peut donner l'envie de dormir.
4. À l'étape 12, il est mieux de n'utiliser que le diazépam deux fois par jour seulement. Comme c'est une drogue ayant une période active très longue, il n'y a aucun besoin de la prendre plus de deux fois par jour. Il n'y a aucune diminution de la dose totale quotidienne lors de ce changement. (Étapes 11 et 12).

**Programme 2. Sevrage simple d'une dose quotidienne (40mg) de diazépam (Valium).
(Suivez ce programme pour compléter le Programme 1)**

	Matin	Nuit	Dose quotidienne totale
Dose au départ	diazépam 20mg	diazépam 20mg	40mg
Étape 1 (1-2 semaines)	diazépam 18mg	diazépam 20mg	38mg
Étape 2 (1-2 semaines)	diazépam 18mg	diazépam 18mg	36mg
Étape 3 (1-2 semaines)	diazépam 16mg	diazépam 18mg	34mg
Étape 4 (1-2 semaines)	diazépam 16mg	diazépam 16mg	32mg
Étape 5 (1-2 semaines)	diazépam 14mg	diazépam 16mg	30mg
Étape 6 (1-2 semaines)	diazépam 14mg	diazépam 14mg	28mg
Étape 7 (1-2 semaines)	diazépam 12mg	diazépam 14mg	26mg
Étape 8 (1-2 semaines)	diazépam 12mg	diazépam 12mg	24mg
Étape 9 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	diazépam 12mg	22mg
Étape 10 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	diazépam 10mg	20mg
Étape 11 (1-2 semaines)	diazépam 8mg	diazépam 10mg	18mg
Étape 12 (1-2 semaines)	diazépam 8mg	diazépam 8mg	16mg
Étape 13 (1-2 semaines)	diazépam 6mg	diazépam 8mg	14mg
Étape 14 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 8mg	13mg
Étape 15 (1-2 semaines)	diazépam 4mg	diazépam 8mg	12mg
Étape 16 (1-2 semaines)	diazépam 3mg	diazépam 8mg	11mg
Étape 17 (1-2 semaines)	diazépam 2mg	diazépam 8mg	10mg
Étape 18 (1-2 semaines)	diazépam 1mg	diazépam 8mg	9mg
Étape 19 (1-2 semaines)	--	diazépam 8mg	8mg
Étape 20 (1-2 semaines)	--	diazépam 7mg	7mg
Étape 21 (1-2 semaines)	--	diazépam 6mg	6mg
Étape 22 (1-2 semaines)	--	diazépam 5mg	5mg
Étape 23 (1-2 semaines)	--	diazépam 4mg	4mg
Étape 24 (1-2 semaines)	--	diazépam 3mg	3mg
Étape 25 (1-2 semaines)	--	diazépam 2mg	2mg
Étape 26 (1-2 semaines)	--	diazépam 1mg	1mg

Programme 2, Notes:

1. Vous pouvez probablement accomplir les Étapes 1-5 (ou même 1-10) à une semaine d'intervalle (mais prenez 2 semaines entre les deux si vous le désirez).

2. Il est préférable d'effectuer les dernières étapes à 2 semaines d'intervalles.
3. Lorsque vous arrivez à une dose de 5mg par jour, vous pouvez commencer à diminuer en doses de 0,5mg, mais la plupart des personnes sont capables de le faire avec des réductions de 1mg.
4. Vous devrez utiliser une combinaison de comprimés de 10mg, 5mg et 2mg de diazépam afin d'obtenir les doses requises. Coupez en deux les comprimés de 2mg afin d'obtenir les doses de 1mg.
5. Si votre dose quotidienne de diazépam est de 20mg, vous pouvez débiter à l'Étape 10 mais dans ce cas vous devez réduire de 1mg seulement toutes les 2 semaines.
6. Si vous commencez à partir du Programme 1 (une dose quotidienne de 6mg d'alprazolam) continuez votre réduction en utilisant ce programme.

Programme 3. Sevrage d'une dose quotidienne (6mg) de lorazépam (Ativan, Témesta) avec une substitution au diazépam (Valium) (6mg de lorazépam représentent approximativement l'équivalent de 60mg de diazépam)

	Matin	Midi	Soir/Nuit	Dose de diazépam équivalente
Dose au début	lorazépam 2mg	lorazépam 2mg	lorazépam 2mg	60mg
Étape 1 (1 semaine)	lorazépam 2mg	lorazépam 2mg	lorazépam 1mg diazépam 10mg	60mg
Étape 2 (1 semaine)	lorazépam 1,5mg diazépam 5mg	lorazépam 2mg	lorazépam 1mg diazépam 10mg	60mg
Étape 3 (1 semaine)	lorazépam 1,5mg diazépam 5mg	lorazépam 2mg	lorazépam 0,5mg diazépam 15mg	60mg
Étape 4 (1 semaine)	lorazépam 1,5mg diazépam 5mg	lorazépam 1,5mg diazépam 5mg	lorazépam 0,5mg diazépam 15mg	60mg
Étape 5 (1-2 semaines)	lorazépam 1,5mg diazépam 5mg	lorazépam 1,5mg diazépam 5mg	Cessez lorazépam diazépam 20mg	60mg
Étape 6 (1-2 semaines)	lorazépam 1mg diazépam 5mg	lorazépam 1,5mg diazépam 5mg	diazépam 20mg	55mg
Étape 7 (1-2 semaines)	lorazépam 1mg diazépam 5mg	lorazépam 1mg diazépam 5mg	diazépam 20mg	50mg
Étape 8 (1-2 semaines)	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	lorazépam 1mg diazépam 5mg	diazépam 20mg	45mg
Étape 9 (1-2 semaines)	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	diazépam 20mg	40mg
Étape 10 (1-2 semaines)	Cessez lorazépam diazépam 5mg	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	diazépam 20mg	35mg
Étape 11 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	Cessez lorazépam diazépam 5mg	diazépam 20mg	30mg
Étape 12 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 18mg	28mg
Étape 13 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 16mg	26mg
Étape 14 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 14mg	24mg
Étape 15 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 12mg	22mg
Étape 16 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 10mg	20mg
Étape 17 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 4mg	diazépam 10mg	19mg
Étape 18 (1-2 semaines)	diazépam 4mg	diazépam 4mg	diazépam 10mg	18mg
Étape 19 (1-2 semaines)	diazépam 4mg	diazépam 3mg	diazépam 10mg	17mg

Étape 20 (1-2 semaines)	diazépam 3mg	diazépam 3mg	diazépam 10mg	16mg
Étape 21 (1-2 semaines)	diazépam 3mg	diazépam 2mg	diazépam 10mg	15mg
Étape 22 (1-2 semaines)	diazépam 2mg	diazépam 2mg	diazépam 10mg	14mg
Étape 23 (1-2 semaines)	diazépam 2mg	diazépam 1mg	diazépam 10mg	13mg
Étape 24 (1-2 semaines)	diazépam 1mg	diazépam 1mg	diazépam 10mg	12mg
Étape 25 (1-2 semaines)	diazépam 1mg	Cessez diazépam	diazépam 10mg	11mg
Étape 26 (1-2 semaines)	Cessez diazépam	--	diazépam 10mg	10mg
Étape 27 (1-2 semaines)	--	--	diazépam 9mg	9mg
Étape 28 (1-2 semaines)	--	--	diazépam 8mg	8mg
Étape 29 (1-2 semaines)	--	--	diazépam 7mg	7mg
Étape 30 (1-2 semaines)	--	--	diazépam 6mg	6mg
Étape 31 (1-2 semaines)	--	--	diazépam 5mg	5mg
Étape 32 (1-2 semaines)	--	--	diazépam 4mg	4mg
Étape 33 (1-2 semaines)	--	--	diazépam 3mg	3mg
Étape 34 (1-2 semaines)	--	--	diazépam 2mg	2mg
Étape 35 (1-2 semaines)	--	--	diazépam 1mg	1mg
Étape 36	--	--	Cessez diazépam	--

Programme 3, Notes:

1. Il n'y a pas de réduction réelle (seulement une substitution) aux Étapes 1-5 donc celles-ci peuvent être faites à des intervalles hebdomadaires. (mais vous pouvez utiliser 2 semaines si vous le préférez)
2. La dose du soir de diazépam peut être prise au coucher plutôt qu'avec le lorazépam si celui-ci est habituellement prise plus tôt. (Ne prenez pas d'autres somnifères.)
3. Certaines réductions de doses ont lieu au cours des dernières étapes du transfert au diazépam (Étapes 6-11) donc celles-ci peuvent être prises à deux semaines d'intervalles. Même à doses réduites, le diazépam devrait couvrir le sevrage du lorazépam car à cette étape-là, le diazépam a eu le temps d'agir

dans l'organisme régulièrement de jour comme de nuit. Le but est d'obtenir une dose de diazépam qui évitera les symptômes de sevrage tout en évitant de vous rendre somnolent.

4. Les doses de diazépam prises durant la journée sont diminuées progressivement (Étape 17-25); en phases successives vous n'avez besoin que de diminuer la dose de nuit de 1mg à toutes les semaines ou deux.
5. Un mélange de comprimés de 10mg, 5mg et de 2mg de diazépam sera nécessaire afin d'obtenir les doses requises. Coupez le comprimé de 2mg en deux afin d'obtenir les doses de 1mg.

Programme 4. Sevrage d'une dose, le soir, de 10mg de nitrazépam (Mogadon) avec une substitution au diazépam (Valium) (Le nitrazepam a sensiblement la même force que le diazépam)

	Dose au coucher
Dose au début	nitrazépam 10mg
Étape 1 (1 semaine)	nitrazépam 5mg diazépam 5mg
Étape 2 (1 semaine)	Cessez nitrazépam diazépam 10mg
Étape 3 (1-2 semaines)	diazépam 9mg
Étape 4 (1-2 semaines)	diazépam 8mg
Étape 5 (1-2 semaines)	diazépam 7mg
Étape 6 (1-2 semaines)	diazépam 6mg
Étape 7 (1-2 semaines)	diazépam 5mg
Étape 8 (1-2 semaines)	diazépam 4mg
Étape 9 (1-2 semaines)	diazépam 3mg
Étape 10 (1-2 semaines)	diazépam 2mg
Étape 11 (1-2 semaines)	diazépam 1mg
Étape 12	Cessez diazépam

Programme 4, Notes:

- Si vous prenez plus de 10mg de nitrazépam, remplacez chaque comprimé de 5mg de nitrazépam, une dose à la fois, par 5mg de diazépam, puis diminuez le diazépam à raison de 1mg ou 2 mg.

**Programme 5. Sevrage d'une dose quotidienne de 1,5mg de clonazépam
(Klonopin, Rivotril) avec une substitution au diazépam (Valium)
(0,5mg de clonazépam est approximativement
équivalent à 10 mg de diazépam)**

	Matin	Midi	Soir/Nuit	Dose de diazépam équivalente
Dose au début	clonazépam 0,5mg	clonazépam 0,5mg	clonazépam 0,5mg	30mg
Étape 1 (1 semaine)	clonazépam 0,5mg	clonazépam 0,5mg	clonazépam 0.25mg diazépam 5mg	30mg
Étape 2 (1 semaine)	clonazépam 0,5mg	clonazépam 0,5mg	Cessez clonazépam diazépam 10mg	30mg
Étape 3 (1 semaine)	clonazépam 0.25mg diazépam 5mg	clonazépam 0,5mg	diazépam 10mg	30mg
Étape 4 (1 semaine)	clonazépam 0.25mg diazépam 5mg	clonazépam 0.25mg diazépam 5mg	diazépam 10mg	30mg
Étape 5 (1 semaine)	Cessez clonazépam diazépam 10mg	clonazépam 0.25mg diazépam 5mg	diazépam 10mg	30mg
Étape 6 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	Cessez clonazépam diazépam 8mg	diazépam 10mg	28mg
Étape 7 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	diazépam 6mg	diazépam 10mg	26mg
Étape 8 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	diazépam 4mg	diazépam 10mg	24mg
Étape 9 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	diazépam 2mg	diazépam 10mg	22mg
Étape 10 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	Cessez diazépam	diazépam 10mg	20mg
Étape 11 (1-2 semaines)	diazépam 8mg	--	diazépam 10mg	18mg
Étape 12 (1-2 semaines)	diazépam 6mg	--	diazépam 10mg	16mg
Étape 13 (1-2 semaines)	diazépam 4mg	--	diazépam 10mg	14mg

Étape 14 (1-2 semaines)	diazépam 2mg	--	diazépam 10mg	12mg
Étape 15 (1-2 semaines)	Cessez diazépam	--	diazépam 10mg	10mg

Continuez à réduire le soir le diazépam de 1mg tous les 15 jours (voir Programme 3 Étape 26)

Programme 6. Sevrage d'une dose quotidienne de 3mg de clonazépam (Klonopin, Rivotril) avec une substitution au diazépam (Valium). (1mg est équivalent à 20mg de diazépam)

	Matin	Midi	Soir/Nuit	Dose de diazépam équivalente
Dose au début	clonazépam 1mg	clonazépam 1mg	clonazépam 1mg	60mg
Étape 1 (1-2 semaines)	clonazépam 1mg	clonazépam 1mg	clonazépam 0,5mg diazépam 10mg	60mg
Étape 2 (1-2 semaines)	clonazépam 0,5mg diazépam 10mg	clonazépam 1mg	clonazépam 0,5mg diazépam 10mg	60mg
Étape 3 (1-2 semaines)	clonazépam 0,5mg diazépam 10mg	clonazépam 0,5mg diazépam 5mg	clonazépam 0,5mg diazépam 10mg	55mg
Étape 4 (1-2 semaines)	clonazépam 0,5mg diazépam 10mg	clonazépam 0,5mg diazépam 5mg	Cessez clonazépam diazépam 15mg	50mg
Étape 5 (1-2 semaines)	clonazépam 0.25mg diazépam 10mg	clonazépam 0,5mg diazépam 5mg	diazépam 15mg	45mg
Étape 6 (1-2 semaines)	clonazépam 0.25mg diazépam 10mg	clonazépam 0.25mg diazépam 5mg	diazépam 15mg	40mg
Étape 7 (1-2 semaines)	Cessez clonazépam diazépam 10mg	clonazépam 0.25mg diazépam 5mg	diazépam 15mg	35mg
Étape 8 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	Cessez clonazépam diazépam 5mg	diazépam 15mg	30mg
Étape 9 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	diazépam 2,5mg	diazépam 15mg	27,5mg
Étape 10 (1-2 semaines)	diazépam 12mg	Cessez diazépam	diazépam 15mg	27mg
Étape 11 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	--	diazépam 15mg	25mg
Étape 12 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	--	diazépam 14mg	24mg
Étape 13 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	--	diazépam 12mg	22mg

Étape 14 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	--	diazépam 10mg	20mg
-------------------------------	---------------	----	---------------	------

Continuez à partir du Programme 5, Étape 10

Programme 6, Note:

- La petite diminution (27,5mg à 27mg) entre les Étapes 9 et 10 vous permet de vous ajuster à une dose 2 fois par jour seulement.

**Programme 7. Sevrage d'une dose quotidienne de 4mg d'alprazolam (Xanax)
avec une substitution au diazépam (Valium) (4mg d'alprazolam
est équivalent approximativement à 80mg de diazépam)**

	Matin	Midi	Après-midi	Soir	Dose de diazépam équivalente
Dose au début	alprazolam 1mg	alprazolam 1mg	alprazolam 1mg	alprazolam 1mg	80mg
Étape 1 (1 semaine)	alprazolam 1mg	alprazolam 1mg	alprazolam 1mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	80mg
Étape 2 (1 semaine)	alprazolam 1mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	alprazolam 1mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	80mg
Étape 3 (1 semaine)	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	alprazolam 1mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	80mg
Étape 4 (1 semaine)	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	80mg
Étape 5 (1 semaine)	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	80mg
Étape 6 (1-2 semaines)	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	alprazolam 0.25mg diazépam 10mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	diazépam 20mg	75mg
Étape 7 (1-2 semaines)	alprazolam 0.25mg diazépam 10mg	alprazolam 0.25mg diazépam 10mg	alprazolam 0,5mg diazépam 10mg	diazépam 20mg	70mg
Étape 8 (1-2 semaines)	alprazolam 0.25mg diazépam 10mg	alprazolam 0.25mg diazépam 10mg	alprazolam 0.25mg diazépam 10mg	diazépam 20mg	65mg
Étape 9 (1-2 semaines)	alprazolam 0.25mg diazépam 10mg	Cessez alprazolam diazépam 10mg	alprazolam 0.25mg diazépam 10mg	diazépam 20mg	60mg
Étape 10 (1-2 semaines)	Cessez alprazolam diazépam 10mg	diazépam 10mg	alprazolam 0.25mg diazépam 10mg	diazépam 20mg	55mg

Étape 11 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	diazépam 10mg	Cessez alprazolam diazépam 10mg	diazépam 20mg	50mg
Étape 12 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	diazépam 5mg	diazépam 10mg	diazépam 20mg	45mg
Étape 13 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 10mg	diazépam 20mg	40mg
Étape 14 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 20mg	35mg
Étape 15 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 15mg	30mg
Étape 16 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 12,5mg	27,5mg
Étape 17 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 5mg	diazépam 10mg	25mg
Étape 18 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	diazépam 2,5mg	diazépam 5mg	diazépam 10mg	22,5mg
Étape 19 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	Cessez diazépam	diazépam 5mg	diazépam 10mg	20mg
Étape 20 (1-2 semaines)	diazépam 4mg	--	diazépam 5mg	diazépam 10mg	19mg
Étape 21 (1-2 semaines)	diazépam 4mg	--	diazépam 4mg	diazépam 10mg	18mg
Étape 22 (1-2 semaines)	diazépam 4mg	--	diazépam 3mg	diazépam 10mg	17mg
Étape 23 (1-2 semaines)	diazépam 3mg	--	diazépam 3mg	diazépam 10mg	16mg
Étape 24 (1-2 semaines)	diazépam 3mg	--	diazépam 2mg	diazépam 10mg	15mg
Étape 25 (1-2 semaines)	diazépam 2mg	--	diazépam 2mg	diazépam 10mg	14mg
Étape 26 (1-2 semaines)	diazépam 2mg	--	Cessez diazépam	diazépam 10mg	12mg

Étape 27 (1-2 semaines)	Cessez diazépam	--	--	diazépam 10mg	10mg
-------------------------------	--------------------	----	----	------------------	------

Continuez à diminuer le diazépam de 1mg tous les 15 jours (voir Programme 3, Étape 26)

Programme 7, Note:

- La dose de diazépam du soir peut être prise au coucher, plutôt qu'avec l'alprazolam si elle est habituellement prise à un autre moment.

Programme 8. Sevrage d'une dose quotidienne de 3mg de lorazépam (Ativan, Témesta) avec une substitution au diazépam (Valium). (3mg de lorazépam représentent approximativement 30mg de diazépam)

	Matin	Midi Après-midi	Soir/Nuit	Dose de diazépam équivalente
Dose au départ	lorazépam 1 mg	lorazépam 1 mg	lorazépam 1 mg	30mg
Étape 1 (1 semaine)	lorazépam 1 mg	lorazépam 1 mg	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	30mg
Étape 2 (1 semaine)	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	lorazépam 1 mg	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	30mg
Étape 3 (1 semaine)	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	30mg
Étape 4 (1 semaine)	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	Cessez lorazépam diazépam 10mg	30mg
Étape 5 (1 semaine)	Cessez lorazépam diazépam 10mg	lorazépam 0,5mg diazépam 5mg	diazépam 10mg	30mg
Étape 6 (1 semaine)	diazépam 10mg	Cessez lorazépam diazépam 10mg	diazépam 10mg	30mg
Étape 7 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	diazépam 8mg	diazépam 10mg	28mg
Étape 8 (1-2 semaines)	diazépam 8mg	diazépam 8mg	diazépam 10mg	26mg
Étape 9 (1-2 semaines)	diazépam 8mg	diazépam 6mg	diazépam 10mg	24mg
Étape 10 (1-2 semaines)	diazépam 6mg	diazépam 6mg	diazépam 10mg	22mg
Étape 11 (1-2 semaines)	diazépam 6mg	diazépam 4mg	diazépam 10mg	20mg
Étape 12 (1-2 semaines)	diazépam 6mg	diazépam 2mg	diazépam 10mg	18mg
Étape 13 (1-2 semaines)	diazépam 6mg	Cessez diazépam	diazépam 10mg	16mg
Étape 14 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	--	diazépam 10mg	15mg
Étape 15 (1-2 semaines)	diazépam 4mg	--	diazépam 10mg	14mg
Étape 16 (1-2 semaines)	diazépam 3mg	--	diazépam 10mg	13mg
Étape 17 (1-2 semaines)	diazépam 2mg	--	diazépam 10mg	12mg
Étape 18 (1-2 semaines)	diazépam 1mg	--	diazépam 10mg	11mg
Étape 19 (1-2 semaines)	Cessez diazépam	--	diazépam 10mg	10mg

Continuez à diminuer le diazépam de 1mg tous les 15 jours le soir (voir Programme 3, Étape 26)

Programme 9. Sevrage d'une dose de 30mg prise le soir de témazépam (Restoril) avec une substitution au diazépam (Valium) (30mg de témazépam représentent approximativement l'équivalent de 15mg de diazépam)

	Nuit	Dose de diazépam équivalente
Dose au début	témazépam 30mg	15mg
Étape 1 (1-2 semaines)	témazépam 15mg diazépam 7,5mg	15mg
Étape 2 (1-2 semaines)	témazépam 7,5mg diazépam 12mg	15,75mg
Étape 3 (1-2 semaines)	Cessez témazépam diazépam 15mg	15mg
Étape 4 (1-2 semaines)	diazépam 14mg	14mg
Étape 5 (1-2 semaines)	diazépam 13mg	13mg
Étape 6 (1-2 semaines)	diazépam 12mg	12mg
Étape 7 (1-2 semaines)	diazépam 11mg	11mg
Étape 8 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	10mg
Étape 9 (1-2 semaines)	diazépam 9mg	9mg
Étape 10 (1-2 semaines)	diazépam 8mg	8mg
Étape 11 (1-2 semaines)	diazépam 7mg	7mg
Étape 12 (1-2 semaines)	diazépam 6mg	6mg
Étape 13 (1-2 semaines)	diazépam 5mg	5mg
Étape 14 (1-2 semaines)	diazépam 4mg	4mg
Étape 15 (1-2 semaines)	diazépam 3mg	3mg
Étape 16 (1-2 semaines)	diazépam 2mg	2mg
Étape 17 (1-2 semaines)	diazépam 1mg	1mg
Étape 18	Cessez diazépam	--

Programme 10. Sevrage d'une dose de 20mg prise trois fois par jour d'oxazépam (Serax, Séresta) avec une substitution au diazépam (Valium) (20mg d'oxazépam représente approximativement l'équivalent de 10mg de diazépam)

	Matin	Midday	Soir/Nuit	Dose de diazépam équivalente
Dose au début	oxazépam 20mg	oxazépam 20mg	oxazépam 20mg	30mg
Étape 1 (1 semaine)	oxazépam 20mg	oxazépam 20mg	oxazépam 10mg diazépam 5mg	30mg
Étape 2 (1 semaine)	oxazépam 10mg diazépam 5mg	oxazépam 20mg	oxazépam 10mg diazépam 5mg	30mg
Étape 3 (1 semaine)	oxazépam 10mg diazépam 5mg	oxazépam 10mg diazépam 5mg	oxazépam 10mg diazépam 5mg	30mg
Étape 4 (1-2 semaines)	oxazépam 10mg diazépam 5mg	oxazépam 10mg diazépam 5mg	Cessez oxazépam diazépam 8mg	28mg
Étape 5 (1-2 semaines)	Cessez oxazépam diazépam 8mg	oxazépam 10mg diazépam 5mg	diazépam 8mg	26mg
Étape 6 (1-2 semaines)	diazépam 8mg	Cessez oxazépam diazépam 8mg	diazépam 8mg	24mg
Étape 7 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	diazépam 2mg	diazépam 10mg	22mg
Étape 8 (1-2 semaines)	diazépam 10mg	Cessez diazépam	diazépam 10mg	20mg
Étape 9 (1-2 semaines)	diazépam 8mg	--	diazépam 10mg	18mg

Continuez comme au Programme 2 à partir de l'Étape 12

Programme 10, Notes:

1. L'oxazépam a un effet à court terme (demi-vie de 4 à 5 heures) donc une substitution au diazépam à long terme est recommandée.
2. Le diazépam n'a besoin d'être pris que deux fois par jour.
3. Le passage des comprimés de 5mg à ceux de 2mg de diazépam est nécessaire à partir de l'Étape 4 et des étapes suivantes.

Programme 11. Sevrage d'une dose de 25mg de chlordiazépoxyde (Librium absorbée trois fois par jour (75mg) (25mg de chlordiazépoxyde représentent approximativement l'équivalent de 10mg de diazépam)

	Matin	Midi	Soir/Nuit
Dose au début	chlordiazépoxyde 25mg	chlordiazépoxyde 25mg	chlordiazépoxyde 25mg
Étape 1 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 25mg	chlordiazépoxyde 20mg	chlordiazépoxyde 25mg
Étape 2 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 20mg	chlordiazépoxyde 20mg	chlordiazépoxyde 25mg
Étape 3 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 20mg	chlordiazépoxyde 20mg	chlordiazépoxyde 20mg
Étape 4 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 25mg	chlordiazépoxyde 5mg	chlordiazépoxyde 25mg
Étape 5 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 25mg	Cessez chlordiazépoxyde	chlordiazépoxyde 25mg
Étape 6 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 20mg	--	chlordiazépoxyde 25mg
Étape 7 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 20mg	--	chlordiazépoxyde 20mg
Étape 8 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 15mg	--	chlordiazépoxyde 20mg
Étape 9 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 15mg	--	chlordiazépoxyde 15mg
Étape 10 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 10mg	--	chlordiazépoxyde 15mg
Étape 11 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 10mg	--	chlordiazépoxyde 10mg
Étape 12 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 5mg	--	chlordiazépoxyde 10mg

Étape 13 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 5mg	--	chlordiazépoxyde 5mg
Étape 14 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 2,5mg (½ comprimé)	--	chlordiazépoxyde 5mg
Étape 15 (1-2 semaines)	chlordiazépoxyde 2,5mg (½ comprimé)	--	chlordiazépoxyde 2,5mg (½ comprimé)
Étape 16 (1-2 semaines)	Cessez chlordiazépoxyde	--	chlordiazépoxyde 2,5mg (½ comprimé)
Étape 17	--	--	Cessez chlordiazépoxyde

Programme 11, Notes:

1. Le chlordiazépoxyde a un effet à long terme il n'est donc pas nécessaire d'en absorber plus souvent que deux fois par jour (à partir des Étapes 4 et 5).
2. Parce que le chlordiazépoxyde a un effet à long terme, il n'y a pas besoin de substitution au diazépam.
3. Si vous prenez des capsules de chlordiazépoxyde, changez pour des comprimés car ceux-ci peuvent être coupés en deux pour les Étapes 14 et les étapes suivantes.

Programme 12. Sevrage d'une dose de 15mg de zopiclone (Zimovane) avec une substitution au diazépam (15mg de zopiclone représentent l'équivalent de 10mg de diazépam)

	Nuit	Dose de diazépam équivalente
Dose au début	zopiclone 15mg	10mg
Étape 1 (1 semaine)	zopiclone 7,5mg diazépam 5mg	10mg
Étape 2 (1 semaine)	Cessez zopiclone diazépam 10mg	10mg
Étape 3 (1-2 semaines)	diazépam 9mg	9mg
Étape 4 (1-2 semaines)	diazépam 8mg	8mg

Continuez ensuite en réduisant le diazépam de 1mg toutes les 1 à 2 semaines tel qu'indiqué au Programme 2

Programme 12, Notes:

1. Il est possible de se sevrer directement du zopiclone en utilisant le plus petit comprimé commercialisé (3,75mg), mais cette dose de zopiclone représente l'équivalent de 2,5 mg de diazépam faisant ainsi des diminutions brusques de dosage.
2. Cette méthode peut être aussi utilisée pour le sevrage du loprazolam et du lométazépam, 1mg de chaque comprimé représente approximativement l'équivalent de 10mg de diazépam; leur demi-vie est respectivement de 6 à 12 heures et de 10 à 12 heures.

Programme 13. Tableau des antidépresseurs et des programmes de sevrage

Nom du médicament	Formes et doses disponibles*
Tricycliques	
amitriptyline (Tryptizol, Elavil, Laroxy)	comprimés 10, 25, 50mg; liquide 25mg/5ml
amoxapine (Asendis, Défanyl)	comprimés 25, 50, 100mg
clomipramine (Anafranil)	gélules 10, 25, 50mg; sirop 25mg/5ml
dothiepin, dosulépine (Prothiaden)	comprimés 25, 75mg
doxépin (Sinéquan)	gélules 10, 25, 50, 75mg
imipramine (Tofranil)	comprimés 10, 25mg sirop 25mg/5ml
lofepramine (Gamanil)	comprimés 70mg; liquide 70mg/5ml
nortriptyline (Allegron, Pamelor, Motival)	comprimés 10, 25mg

protriptyline (Concordin, Vivactil)	comprimés 5, 10mg
trimipramine (Surmontil)	comprimés 10, 25mg

Antidépresseurs similaires

maprotiline (Ludiomil)	comprimés 10, 25, 50, 75mg
mianserin (Bolvidon, Norval)	comprimés 10, 30mg
trazodone (Molipaxin, Desyrel)	gélules 50, 100mg; comprimés 150mg; liquide 50mg/5ml
viloxazine (Vivalan)	comprimés 50mg

IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxidase)

phenelzine (Nardil)	comprimés 15mg
moclobemide (Mannerix)	comprimés 150mg
tranylcypromine (Parnate)	comprimés 10mg

IRSS (inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine)

citalopram (Cipramil, Celexa, Séropram)	comprimés 10, 20, 40mg; liquide 40mg/ml (gouttes)
fluoxétine (Prozac)	gélules 20, 60mg; liquide 20mg/5ml
fluvoxamine (Faverin, Luvox, Floxyfral)	comprimés(s) 50, 100mg
paroxétine (Seroxat, Paxil, Déroxat)	comprimés(s) 20, 30mg; liquide 20mg/5ml
sertraline (Lustral, Zoloft)	comprimés 50, 100mg
escitalopram (Lexapro, Cipralex, Sipralexa)	comprimés 5, 10(s), 20mg(s)

Autres

mirtazapine (Zispin, Remeron)	comprimés(s) 30mg
nefazodone (Dutonin, Serzone)	comprimés(s) 100, 200mg
reboxetine (Edronax, Vestra)	comprimés(s) 4mg
venlafaxine (Efexor, Effexor)	comprimés(s) 37,5, 75mg

*(s) = sécable; 5ml = 1 cuillère à thé

Programme 13, Notes:

Guide pour les utilisateurs de benzodiazépine et d'antidépresseur qui désirent se sevrer des deux médicaments

1. Terminer le sevrage de la benzodiazépine avant de commencer celui de l'antidépresseur.
2. Commencer seulement 4 semaines après la cessation complète de la benzodiazépine le sevrage de l'antidépresseur.
3. Consultez votre médecin avant de commencer le sevrage de l'antidépresseur pour déterminer un programme de sevrage.
4. Le sevrage de l'antidépresseur doit se faire graduellement pour éviter les symptômes de sevrage:
 - a. Réduire par la dose la plus petite disponible, soit en n'utilisant que la moitié du comprimé ou en utilisant une préparation liquide.
 - b. Si vous ne pouvez obtenir des doses plus petites, diminuez en prenant un comprimé à tous les deux jours, ensuite à tous les trois jours, etc.
 - c. Laissez passer une à deux semaines d'intervalle avant de réduire à nouveau.
 - d. Si les symptômes du sevrage demeurent intenses, (Chapitre III, Tableau 2) revenir à la dose précédant votre dernière réduction. Quand les symptômes se seront stabilisés, recommencer à réduire plus lentement.
5. Avec la méthode de sevrage décrite ci-dessus, les symptômes du sevrage des antidépresseurs sont quasi absents ou s'il y en a, ils sont très légers et de courte durée.

LES SYMPTÔMES AIGUS ET PROLONGÉS DU SEVRAGE DES BENZODIAZÉPINES

Les mécanismes de réactions au sevrage

Les symptômes aigus du sevrage

Les symptômes individuels, leurs causes et comment y réagir

L'insomnie, les cauchemars, le sommeil agité

Les souvenirs inopportuns

Les crises d'anxiété

Anxiété généralisée, crises et phobies

Thérapies psychologiques

Techniques complémentaires - médecine douce

Exercice et différentes techniques

L'hypersensibilité sensorielle

La dépersonnalisation, la déréalisation

Les hallucinations, les illusions et les distorsions perceptives

La dépression, l'agressivité et les obsessions

Les symptômes musculaires

Les sensations corporelles

Le cœur et les poumons

Les problèmes d'équilibre

Les problèmes digestifs

Le système immunitaire

Le système endocrinien

Les crises et les convulsions

Les médicaments supplémentaires durant le sevrage d'une benzodiazépine

Les antidépresseurs

Les bêtabloquants

Les hypnotiques et les sédatifs

Les autres médicaments

L'usage d'une benzodiazépine pendant et après le sevrage

Diète, breuvage et exercice

Fumer

Le cours du sevrage

Les symptômes prolongés du sevrage

L'anxiété

La dépression

L'insomnie

Troubles sensoriels et moteurs

Mécanismes éventuels des symptômes sensoriels persistants et moteurs

Mémoire et connaissance défaillantes

[Les benzodiazépines endommagent-elles la structure du cerveau ?](#)
[Les symptômes gastro-intestinaux](#)
[Vivre avec des symptômes prolongés de sevrage](#)
[Les benzodiazépines et leur temps résiduel dans l'organisme après un sevrage](#)

Épilogue

[Éducation](#)

[Recherche](#)

[Méthodes de traitement](#)

[Centre pour le sevrage](#)

Lectures supplémentaires

[Tableau 1. Les symptômes du sevrage d'une benzodiazépine](#)

[Tableau 2. Les symptômes du sevrage des antidépresseurs](#)

[Tableau 3. Les symptômes prolongés du sevrage d'une benzodiazépine](#)

[Tableau 4. Les causes probables des symptômes prolongés du sevrage d'une benzodiazépine](#)

Chapitre I décrit l'action des benzodiazépines sur l'organisme et comment se développe la tolérance et la dépendance. Le Chapitre II décrit la nécessité d'un sevrage lent et fournit des exemples pratiques de réduction lente de doses. Ce chapitre rapporte les effets des benzodiazépines éliminées de l'organisme au cours du sevrage et après celui-ci. L'attention est portée sur les symptômes du sevrage et comment réagir s'ils apparaissent.

On ne répétera jamais assez que les symptômes du sevrage peuvent être diminués et largement évités en suivant un programme adapté aux besoins de chaque individu pour réduire lentement la dose telle qu'expliqué au Chapitre II. Cependant des consommateurs de benzodiazépines à long terme commencent à ressentir des symptômes de sevrage même s'ils continuent à utiliser le médicament. C'est en partie dû au développement de la tolérance au médicament (Chapitre I) qui parfois amène les médecins à augmenter la dose ou à ajouter une autre benzodiazépine. Une analyse faite sur 50 patients qui participèrent à mon programme de sevrage des benzodiazépines indique que tous présentaient des symptômes de manque à leur première visite alors qu'ils utilisaient encore des benzodiazépines, on avait même prescrit deux benzodiazépines à douze d'entre eux. Leurs symptômes comprenaient presque tous les symptômes psychologiques et physiques habituellement décrits comme symptômes de sevrage des benzodiazépines. Le processus de réduction progressive de la dose de benzodiazépines ne causa chez ces patients qu'une légère augmentation de symptômes qui s'estompèrent après le sevrage.

Les personnes qui développent des symptômes sévères au cours d'un sevrage d'une benzodiazépine les ont souvent arrêtées brusquement. Un manque de compréhension de ces symptômes ajoute souvent à leur détresse et déclenche des peurs irrationnelles qui amplifient leurs symptômes telles que: "Suis-je en train de devenir fou ?" Quelques personnes à cause de ces terribles expériences ont souffert d'une condition semblable au syndrome du stress post-traumatique (SSPT). Une bonne compréhension des symptômes qui existent et la nature des symptômes qui apparaissent suffit pour éviter l'incompréhension et la crainte associée au sevrage d'une benzodiazépine et peut

Empêcher l'apparition de séquelles à long terme. Les symptômes du sevrage sont en fait une réaction normale à toute discontinuation de beaucoup de drogues chroniques utilisées incluant l'alcool, les opiacés, les antipsychotiques, les antidépresseurs et même des médicaments prescrits pour l'angine de poitrine et l'hypertension.

Les mécanismes de réactions au sevrage. En général, les réactions dues aux drogues utilisées lors d'une période de sevrage ont tendance à être représentées comme le miroir des effets produits par les drogues initiales. Dans le cas des benzodiazépines, un usage chronique de celles-ci ayant produit un sommeil sans rêve, suivi d'un arrêt brusque, peut être remplacé par de l'insomnie et des cauchemars. Une relaxation musculaire peut être remplacée par une forte tension et des spasmes musculaires; une sérénité de l'esprit par de l'anxiété et des crises d'anxiété ou tout comme aucun problème de convulsions peut être remplacé par des crises d'épilepsie.

C'est l'exposition à des adaptations brusques exigées du système nerveux qui est à l'origine de ces réactions contraires. Un arrêt trop rapide de la drogue ouvre les portes à toutes les fluctuations et le résultat est un surcroît d'activité à tous les niveaux qui, jusqu'à présent avaient été diminués par la présence de la benzodiazépine et qui, désormais, n'ont rien qui les désactive. Presque tous les mécanismes excitables du système nerveux sont en état d'effervescence et doivent se réadapter à vivre sans drogue ce qui les rend très vulnérable au stress.

Les symptômes aigus du sevrage. L'effet recherché le plus éminent des benzodiazépines est le contrôle de l'anxiété. C'est pour cette raison qu'elles furent développées en tant que tranquillisants. En conséquence, près de la totalité des symptômes aigus de sevrage sont ceux reliés à l'anxiété. On avait décrit ces symptômes chez les personnes anxieuses et qui n'avaient jamais touché à une benzodiazépine. Ils avaient déjà été reconnus comme étant des symptômes psychologiques et physiques de l'anxiété bien avant la découverte des benzodiazépines. Cependant certains groupes de symptômes sont particulièrement identifiés au sevrage d'une benzodiazépine.

Ceux-ci comprennent l'hypersensibilité aux stimuli sensoriels (le son, la lumière, le toucher, le goût et l'odorat) et les distorsions perceptives (comme par exemple l'impression de l'ondulation du plancher, la sensation de mouvement, l'inclinaison des murs ou des planchers, l'impression de marcher sur des nuages. Il y a une plus forte incidence de ces problèmes par rapport à ce qui est normalement perçue lors des états d'anxiété de dépersonnalisation, d'irréalité, de picotements et d'engourdissements. Des hallucinations visuelles, des distorsions de l'image corporelle (ma tête ressemble à un ballon de football), des impressions d'insectes se déplaçant sur la peau, des muscles qui sautent et une perte de poids sont communs dans le sevrage d'une benzodiazépine mais sont inhabituels dans les états d'anxiété.

Le Tableau 1 vous liste les symptômes qui furent décrits spontanément par des patients qui participèrent à mon programme de sevrage. C'est une liste inévitablement longue et sûrement incomplète. Bien entendu, tous les patients n'éprouvent pas tous les symptômes, tout comme pas un de ces symptômes n'est inévitable. Le sevrage semble faire ressortir les points les plus vulnérables de l'individu. Si celui-ci est sujet aux maux de tête, ceux-ci apparaissent plus intenses lors du sevrage. Si l'individu est sujet à des troubles intestinaux, ces derniers peuvent s'aggraver. De tels symptômes

sont, en général, temporaires et peuvent être minimisés. Ils sont moins effrayants et semblent moins importants ou bizarres si on en comprend leurs causes. De plus, les patients peuvent apprendre des techniques afin d'alléger ou de contrôler la plupart de ces symptômes. Il y a beaucoup de moyens disponibles pour les aider.

TABLEAU 1. LES SYMPTÔMES DU SEVRAGE D'UNE BENZODIAZÉPINE

LES SYMPTÔMES "PSYCHOLOGIQUES"

Excitabilité (sursaut, agitation)
Insomnie, les cauchemars et les autres troubles du sommeil
Augmentation de l'anxiété et des crises d'anxiété
Agoraphobie et une phobie sociale
Distorsions perceptives
Dépersonnalisation, déréalisation
Hallucinations, des manques de perception
Dépression
Obsessions
Pensées paranoïaques
Rage, agressivité, irritabilité
Mémoire et cognition faibles
Souvenirs inopportuns
Envies (rare)

LES SYMPTÔMES "PHYSIQUES"

Maux de tête (Céphalée)
Douleur/une raideur - (membres, dos, cou, dents et mâchoires)
Picotement, engourdissement, sensation altérée - (membres, visage, thorax)
Faiblesse ("jambes en coton")
Fatigue, symptômes de la grippe
Contractions musculaires, convulsions, tics, "chocs électriques"
Tremblements
Vertige, étourdissement, manque d'équilibre
Troubles de la vision/vision double, douleur ou sécheresse oculaire
Acouphène
Hypersensitivité - (lumière, son, toucher, goût, odorat)
Symptômes gastro-intestinaux - (nausée, vomissement, diarrhée, constipation, douleur, distention, difficulté à avaler)
Appétit/variation du poids
Sécheresse buccale, goût métallique, odeur inhabituelle
Bouffées de chaleur/Sueurs/Palpitations
Essoufflement
Difficulté urinaire/menstruelle
Éruption cutanée, démangeaison
Convulsions (rare)

Tous ces symptômes ont été décrits par des patients qui ont subi un sevrage d'une benzodiazépine; ils ne sont pas classés en ordre spécifique et peu d'entre eux, si ce n'est aucun, sont spécifiques au sevrage d'une benzodiazépine. Cette liste n'est pas exhaustive. Différentes personnes vivront une combinaison tout autre de symptômes. Vous ne les aurez pas tous et pas tous en même temps !

LES SYMPTÔMES INDIVIDUELS, LEURS CAUSES ET COMMENT Y RÉAGIR

L'insomnie, les cauchemars et le sommeil agité. Le sommeil engendré par les benzodiazépines, bien qu'il semble d'abord bienfaisant, n'est pas un sommeil normal. Les benzodiazépines inhibent à la fois le rêve (le mouvement rapide de l'œil, REMS) et le sommeil profond (phase lente du sommeil, SWS). Le temps de sommeil supplémentaire que les benzodiazépines offrent se déroule principalement en sommeil léger, ce qui représente la seconde phase du sommeil. REM et SWS sont les deux plus importantes phases du sommeil essentielles à notre santé. Des études sur le manque de sommeil indiquent que toute déficience est rapidement remplacée par une récupération à des niveaux supérieurs à la normale dès que les circonstances le permettent.

Dans le cas des personnes qui utilisent une benzodiazépine régulièrement, le REMS et le SWS ont tendance à revenir au niveau précédent l'utilisation de la benzodiazépine, à cause de la tolérance, mais la perte initiale reste la même. Durant le sevrage, même après des années d'utilisation d'une benzodiazépine, il y a une augmentation notable dans l'augmentation de REMS qui devient aussi plus profond. En conséquence, les rêves deviennent plus agités, les cauchemars peuvent apparaître et causer de fréquents réveils durant la nuit. C'est une réaction normale au manque de benzodiazépine et, bien que déplaisante, c'est un signe précurseur du début de la guérison. Quand la perte de REMS est compensée, en principe entre 4 et 6 semaines, les cauchemars deviennent moins fréquents et disparaissent progressivement.

Le retour du SWS semble être plus long après un sevrage, probablement dû au fait que les niveaux d'anxiété sont élevés, le cerveau est trop actif et par conséquent il est difficile de relaxer complètement. Les sujets peuvent éprouver de la difficulté à s'endormir et expérimentent "le syndrome des jambes agitées", des spasmes musculaires soudains (myoclonus) alors qu'ils s'allongent ou encore ils peuvent être en présence d'une hallucination subite d'un son aigu (hallucination hypnagogique) ce qui les réveille à nouveau. Ces dérangements peuvent durer parfois pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Cependant, tous ces symptômes s'apaisent avec le temps. Le besoin de dormir est si puissant qu'éventuellement un sommeil normal s'installera. Entre temps, une attention toute particulière de l'hygiène de vie sera à respecter comme éliminer la consommation du thé, du café ou d'autres stimulants et d'alcool près de l'heure du coucher. Par contre l'écoute de cassettes relaxantes, de techniques de contrôle sur l'anxiété et des exercices physiques pourront aider à dormir. Absorber toute la dose ou la majeure partie la dose d'une benzodiazépine le soir pendant la période de diminution peut aussi être efficace. On peut prescrire à l'occasion une autre drogue (voir ci-dessous la section concernant les drogues adjuvantes).

Les souvenirs inopportuns. Chez les patients en sevrage d'une benzodiazépine, le symptôme fascinant dont ils parlent souvent sont les souvenirs inopportuns. Leurs pensées évoqueront subitement un souvenir précis de quelqu'un dont ils sont sans nouvelles depuis des années. Parfois le visage d'une autre personne apparaîtra alors qu'il se regarde dans un miroir. Le souvenir semble être injustifié et peut revenir en faisant intrusion dans d'autres pensées. Ce qui est intéressant au sujet de ces souvenirs, c'est que souvent ils surviennent en même temps qu'apparaissent les rêves

agités; ils peuvent être décalés d'une à deux semaines dès que la réduction progressive de la dose commence. Étant donné qu'une étude récente sur le sommeil indique que certains paliers du sommeil (REMS et SWS) sont importants relativement aux fonctions de la mémoire, cela établirait que les rêves et les souvenirs sont liés. Dans les deux cas, le phénomène peut engendrer le début du retour des fonctions normales de la mémoire et, bien que parfois déplaisant, peut être vu comme un signe annonciateur de la guérison.

Une mémoire défaillante et une concentration faible font aussi partie du sevrage d'une benzodiazépine et sont probablement dues aux effets continus du médicament. Les mentors devraient être prêts à formuler sans cesse des encouragements, semaine après semaine étant donné que leurs conseils sont rapidement oubliés.

Les crises d'anxiété. Les crises d'anxiété peuvent apparaître pour la première fois durant la période de sevrage même si certaines personnes ont une très grande expérience avec ces crises. L'actrice Glenda Jackson, qui n'utilisait pas des benzodiazépines, les décrivait ainsi: "Mon Dieu, ces crises d'anxiété". Vous croyez que vous allez mourir; votre cœur bat si fort que vous pensez qu'il va exploser. Vous étouffez et il semble que vous ne pouvez plus respirer et tout ceci est accompagné par des tremblements et de secousses affreuses ainsi que par une sensation de froid intense" (*Sunday Times Magazine p. 15, October 17, 1999*). Ces crises sont les caractéristiques d'états d'anxiété et sont le résultat de troubles de l'hyperactivité centrale et périphérique du système nerveux. Surtout les centres qui sont normalement concernés par les réactions relatives à la peur et à la fuite face à des situations d'urgence. Les centres du cerveau qui contrôlent ces réactions de peur ont été minimisées par les benzodiazépines et peuvent être suractivés au moment du sevrage des benzodiazépines.

Aussi épouvantables qu'elles soient, les crises d'anxiété ne sont jamais fatales et ne durent habituellement pas plus de 30 minutes. Ce qui est mieux, c'est qu'il est possible d'apprendre à faire des exercices afin de les contrôler. Des approches variées telles que des techniques de relaxation, des exercices respiratoires parce que plusieurs patients hyperventilent, un entraînement afin de développer des habilités pour contrôler l'anxiété, une thérapie cognitive, des exercices physiques, des massages et du yoga aident les patients. Apprendre à contrôler une crise d'anxiété est une habilité qui s'améliorera avec l'entraînement et sur laquelle on doit travailler soi-même. Cependant, les crises d'anxiété (tout comme d'autres symptômes de sevrage) posent un défi lorsqu'elles apparaissent à des moments inappropriés et hors de chez soi. Dans de telles circonstances il est important que vous teniez bon, que vous résistiez à l'impulsion de vous enfuir. Le Dr Peter Tyrer suggère la stratégie suivante si un grave symptôme de sevrage telle qu'une crise d'anxiété apparaît alors que vous poussez un chariot dans un supermarché:

"Prenez des grandes respirations lentes et profondes afin de bien faire pénétrer l'air profondément dans vos poumons au lieu de seulement dans le haut de votre cage thoracique."

"De cette façon, vous remarquerez que vos bras et vos jambes se relaxent tellement que le blanc de vos jointures de doigts n'apparaît plus alors que vous vous agrippez à la barre du chariot."

"Ne bougez plus jusqu'à ce que vous sentiez la tension quitter vos mains. À chaque inspiration profonde, vous devriez sentir une réduction de la tension et en le faisant, vos symptômes s'amointriront ou disparaîtront."

Peter Tyrer, How to Stop Taking Tranquillisers, Sheldon Press, London 1986, p.63.

Le fait de découvrir qu'une crise d'anxiété peut être contrôlée, sans l'aide d'un comprimé, accroît la confiance en soi, tout comme le développement de nouvelles stratégies pour vivre avec le stress qui est la clé du succès du sevrage d'une benzodiazépine. Habituellement, les crises d'anxiété disparaissent au bout de six semaines de sevrage.

Anxiété généralisée, crises et phobies. Il y a plusieurs techniques de médecine douce pour aider les gens qui souffrent d'anxiété. Quelques-unes de ces techniques sont listées ci-dessous. Il faut se rappeler que nous ne pouvons ici décrire toutes les techniques en détail et que nous n'en mentionnons que quelques-unes. Aucune connaissance obligatoire de ces techniques n'est nécessaire pour arrêter de consommer ces tranquillisants mais elles peuvent aider certaines personnes lors de périodes plus difficiles.

(1) Thérapies psychologiques

Thérapie du comportement

- Vise l'apprentissage de nouveaux comportements face à une mauvaise réaction vis-à-vis une situation donnée.
- Une relaxation progressive des muscles (qui réduit la tension des muscles et l'anxiété).
- Respiration par le diaphragme (plusieurs personnes anxieuses souffrent d'hyperventilation).
- Imagerie dirigée (centrée sur des situations plaisantes et relaxantes; cassettes relaxantes de musique et de paroles calmantes peuvent aussi être utilisées à la maison).
- Une exposition graduelle à une situation créant de la peur et de l'anxiété pour permettre de diminuer cette peur incontrôlée.

Thérapie du comportement cognitif

- Permet aux patients de comprendre leur manière de penser pour réagir différemment face à des situations traumatisantes pour eux.
- Permet de mieux contrôler différentes situations en contrôlant l'anxiété, de les éviter et de mieux les contrôler lorsqu'on ne peut les éviter.
- Permet de refaire l'apprentissage pour la correction du comportement cognitif.

(2) Techniques complémentaires - médecine douce

- Acupuncture
- Aromathérapie
- Massage, réflexologie
- Homéopathie

(3) Exercice et différentes techniques

- Sports - aérobie, course, natation, "pilates" marche ou toutes autres activités récréatives
- Yoga - toutes les écoles de yoga et toutes les différentes techniques
- Méditation - toutes les écoles de méditation

Le choix et les résultats obtenus par ces différentes options dépendent des individus qui les pratiquent. Les différentes méthodes psychologiques ont été officiellement testées et donnent les meilleurs résultats à long terme. Cependant, les résultats dépendent beaucoup de l'habileté des thérapeutes, de leurs connaissances des benzodiazépines, en plus de la relation interpersonnelle qu'ils développent avec leurs clients.

Toutes les techniques complémentaires de médecine douce peuvent aider lors du traitement mais les effets demeurent de courte durée. Par exemple, tous les patients de ma clinique ayant suivi une série de 12 traitements d'acupuncture utilisant la méthode chinoise ou occidentale ont apprécié grandement la relaxation lors de ces sessions mais ils n'ont pas mieux réussi à long terme que ceux qui n'avaient pas reçu de traitements d'acupuncture.

Certaines personnes répondent mieux au yoga ou à la méditation. Un individu en particulier qui était confiné à un fauteuil roulant, souffrant d'une paralysie spasmodique et qui était aveugle, a réussi à cesser l'utilisation de toutes ces benzodiazépines à l'aide d'une technique de méditation. Le contrôle de ses spasmes s'est amélioré considérablement. Cependant, ce n'est pas tout le monde qui peut fournir un tel effort mental et physique de concentration nécessaire pour que cette technique réussisse. Par contre, l'exercice physique adapté à chaque individu est bon pour tous.

En général, chacun adapte à ses besoins les différentes méthodes proposées. Si vous pratiquez une méthode que vous connaissez et appréciez, elle sera la meilleure pour vous.

L'hypersensibilité sensorielle. Une particularité du sevrage d'une benzodiazépine est la très forte sensibilité à toutes sensations - l'ouïe, la vue, le toucher, le goût et l'odorat. Quand elles sont extrêmes, celles-ci peuvent être inquiétantes. Une femme a dû arrêter toutes les pendules dans sa maison parce qu'elle ne pouvait plus supporter le bruit du tic-tac. Plusieurs ont dû même porter des verres fumés parce que la lumière ordinaire leur paraissait éblouissante. Certains trouvent que leur peau et leur cuir chevelu deviennent tellement sensibles que cela leur semble être des mouvements

d'insectes. Les battements de cœur deviennent auditifs et il peut y avoir un sifflement ou un son de cloche au niveau des oreilles (acouphène - voir ci-dessous). Beaucoup de personnes se plaignent d'un goût métallique et plusieurs remarquent que des odeurs bizarres et désagréables semblent émaner de leur corps. Ces sensations, y compris l'odeur désagréable (qu'habituellement personne ne détecte) ont été décrites dans des états d'anxiété et en l'absence de benzodiazépines. Comme pour les insomnies et les crises d'anxiété, elles sont probablement la réflexion d'une forte activité du système nerveux central. Une telle hypersensibilité fait partie d'une peur normale et d'une réponse rapide en cas d'urgence laquelle est diminuée par les benzodiazépines mais connaît un surcroît d'activité lors du sevrage.

Ces sensations reviennent à la normale alors que le sevrage progresse et quelques personnes en sont heureuses et trouvent fascinant la clarté de leurs perceptions. Ce n'est qu'en période de sevrage qu'elles réalisent combien leurs sens avaient été atténués par les benzodiazépines. Une femme a décrit combien elle fût émue quand elle put distinguer les brins d'herbe individuels de sa nouvelle pelouse. Ce fut comme si un voile avait été enlevé devant ses yeux. Ces sensations ne doivent pas faire peur; elles doivent être vues comme les indices d'une guérison.

La dépersonnalisation, la déréalisation. On associe les états de dépersonnalisation et de déréalisation au sevrage d'une benzodiazépine, bien qu'ils apparaissent aussi pendant les crises d'anxiété. Ils apparaissent le plus souvent lors d'un sevrage ultra-rapide de benzodiazépines fortes et sont, en évidence, particulièrement remarquables dans le sevrage du clonazépam (Klonopin, Rivotril). Au cours de ces états, la personne semble se détacher de son corps et paraît presque l'observer de l'extérieur. Des situations similaires sont décrites lors d'expérience de mort éminente (EMI) alors que l'individu sent qu'il s'élève au-dessus de son corps, détaché des événements qui se déroulent en dessous. Les personnes les décrivent aussi dans des cas d'extrêmes urgences ainsi que chez des individus soumis à la torture. Ils ne sont manifestement pas spécifiques aux benzodiazépines.

De telles expériences indiquent probablement une réaction normale de défense qui protège contre une souffrance intolérable. Elles peuvent impliquer un mécanisme primitif du cerveau similaire à celui des animaux qui restent figés sur place en présence d'un danger inattendu. Comme les autres symptômes de sevrage d'une benzodiazépine, ces états disparaissent avec le temps et ne devraient pas être interprétés comme anormaux ou déplacés.

Les hallucinations, les illusions et les distorsions perceptives. Le symptôme de sevrage d'une benzodiazépine qui cause le plus de peur est celui de l'hallucination. Des hallucinations terrifiantes ont eu lieu chez des personnes qui se sevrèrent d'une forte dose rapidement ou brusquement. Le lecteur peut être réassuré que ces cas cités sont extrêmement rares lors de la diminution progressive des dosages comme souligné au Chapitre II. Si des hallucinations apparaissent, elles sont généralement visuelles. Les patients ont décrit ces hallucinations comme étant celles d'une grosse chauve-souris posée sur leur épaule ou encore celle de l'apparition de cornes sortant de la tête d'un individu mais des hallucinations auditives, olfactives et tactiles peuvent aussi apparaître. Un peu moins apeurant, sont les hallucinations de petites créatures, habituellement des insectes, qui peuvent se déplacer sur la peau (des hallucinations similaires apparaissent durant le sevrage de la cocaïne et d'une amphétamine).

Parfois, les hallucinations sont mêlées à des illusions et à de fausses perceptions. Par exemple, un manteau accroché à la porte peut donner l'illusion d'une personne. Les planchers qui semblent s'incliner et les murs qui semblent être en pente vers l'intérieur sont des perceptions visuelles.

Les mécanismes de ces symptômes bizarres sont probablement similaires à ceux qui causent le delirium tremens (les hallucinations, tel que des éléphants ou des rats roses, dans le "DTs" sevrage de l'alcool). Comme nous l'avons mentionné au [Chapitre I](#), les benzodiazépines provoquent des perturbations profondes dans tout le cerveau et un sevrage brusque (rapide) peut être accompagné d'un déclenchement de dopamine, de sérotonine et d'autres neurotransmetteurs lesquels causent des hallucinations dans les cas de maladies psychotiques tout comme dans les cas du sevrage de l'alcool, de l'abus de la cocaïne, de l'amphétamine et du LDS.

Quand les hallucinations très réelles au début sont reconnues comme n'étant que de simples hallucinations, elles font moins peur. Elles ne sont pas un signe de folie mais sont simplement des exemples que les benzodiazépines agissent au niveau du cerveau lequel devra se rééquilibrer avec le temps. Un bon conseiller est capable de rassurer et de calmer la personne qui souffre d'hallucinations amenées par le sevrage des benzodiazépines. Dans tous les cas, les risques d'hallucinations sont infimes lors d'un sevrage lent d'une benzodiazépine.

La dépression, l'agressivité et les obsessions. Les symptômes de dépression sont communs durant l'usage à long terme d'une benzodiazépine et durant le sevrage. Il n'est guère surprenant que des patients se sentent déprimés, considérant l'amalgame de symptômes psychologiques et physiques qui peut les assaillir. Parfois, la dépression devient tellement sévère qu'on peut la qualifier en terme psychiatrique de dépression majeure. Cet état peut engendrer un risque de tentative de suicide et peut demander un traitement à base de médicaments antidépresseurs et/ou une psychothérapie.

Une sévère dépression peut être le résultat de changements biochimiques au niveau du cerveau provoqués par les benzodiazépines. Les benzodiazépines sont reconnues pour réduire l'activité de la sérotonine et de la norépinéphrine, ces neurotransmetteurs que l'on sait être impliqués dans la dépression. Les médicaments antidépresseurs qui ravivent les inhibiteurs (SSRIs tel le Prozac) sont reconnus pour avoir une action qui augmente l'activité de ces dits neurotransmetteurs.

Lors du sevrage, la dépression peut se prolonger (voir la [section sur les symptômes prolongés](#)) et si la personne ne s'apaise pas en quelques semaines et si elle reste insensible à la réassurance et aux encouragements, il est impératif d'aller chercher de l'aide médicale et de prendre possiblement un antidépresseur (voir [la section sur les médicaments complémentaires](#)). La dépression au cours d'un sevrage, réagit aux médicaments antidépresseurs de la même manière que lors de dépression ordinaire sans benzodiazépines. Tel que dans la majorité des cas, un médicament antidépresseur est déjà absorbé avec la benzodiazépine, il est important de continuer de le prendre jusqu'au sevrage complet de la benzodiazépine. On pourra considérer plus tard [le sevrage de l'antidépresseur](#).

Des problèmes d'agressivité sont aussi associés à l'activité lente de la sérotonine (parmi d'autres facteurs), à l'apparition de la colère puis de l'irritabilité durant le sevrage d'une benzodiazépine ce qui peut engendrer des mécanismes similaires à ceux de la dépression. Cependant, ces symptômes disparaissent habituellement de façon spontanée et ne durent pas longtemps. Des maladies obsessionnelles (la maladie obsessionnelle compulsive, MOC) peuvent, elles aussi, réagir aux SSRIs, suggérant un mécanisme similaire. Les traits obsessionnels peuvent avoir augmenté temporairement durant le sevrage et semblent être le reflet d'un mélange d'anxiété et de dépression. Ceux-ci ont tendance à régresser spontanément alors que les niveaux d'anxiété diminuent.

Les symptômes musculaires. Les benzodiazépines sont des relaxants musculaires efficaces et on les utilise pour des conditions spasmodiques ou de désordres au niveau de la moelle épinière jusqu'à l'atroce spasme musculaire du tétanos ou de la rage. Il n'est par conséquent pas surprenant que la discontinuation au bout d'un très long usage soit associée à une augmentation importante de la tension musculaire. Cette tension trop forte fait partie des nombreux symptômes observés au cours d'un sevrage d'une benzodiazépine. Avoir une raideur musculaire qui touche les membres, le dos, le cou et les mâchoires est remarquée couramment et la tension musculaire constante justifie les douleurs musculaires qui se répartissent de la même manière. Habituellement, les maux de tête qui sont liés au genre de "mal de tête dû au stress", sont dus à la constriction des muscles situés au bas du cou, du crâne et du front souvent décrite comme si on portait un bandeau serré autour de la tête. La douleur au niveau des mâchoires et des dents est probablement due aux grincements de dents involontaires qui se produisent souvent inconsciemment durant le sommeil.

Au même moment, les nerfs des muscles sont hyperexcités ce qui amène des tremblements, des tics, des sursauts, des spasmes, des contractions et des sauts au moindre stimulus. Toute cette activité constante apporte un sentiment de fatigue et de faiblesse ("les jambes en coton"). De plus, les muscles, en particulier les petits muscles de l'œil, ne sont pas bien coordonnés ce qui peut entraîner une vision floue ou double et peut-être même des sauts au niveau de la paupière (blépharospasme).

Aucun de ces symptômes n'est alarmant et ne doit causer de craintes une fois bien compris. La douleur et la raideur musculaires sont légèrement peu différentes de ce que l'on considère comme étant normal après un exercice physique dont on est peu accoutumé et qui serait accepté positivement même chez des athlètes entraînés qui auraient couru un marathon.

Il y a plusieurs précautions à prendre pour apaiser ces symptômes, comme par exemple des exercices de réchauffement musculaire tels qu'enseignés dans la majorité des gymnases, des exercices modérés, des bains chauds, des massages et des exercices de relaxation générale. De telles précautions peuvent, au début, provoquer un bienfait temporaire mais si, pratiquées régulièrement, elles peuvent accélérer la vitesse de guérison du tonus musculaire lequel se fera éventuellement de façon spontanée.

Les sensations corporelles. Toutes sortes de sensations étranges, de membres engourdis, picotements, sensations de chocs électriques, sensations de chaud ou froid, douleurs profondes de brûlements, on se gratte constamment, sont communes

pendant le sevrage d'une benzodiazépine. Il est difficile de donner une explication exacte à ces sensations mais, tout comme les nerfs moteurs, lors du sevrage, les nerfs sensoriels deviennent, avec leurs connexions au niveau de la colonne vertébrale et du cerveau, hyperexcités. Il est possible que les récepteurs sensoriels de la peau et des muscles ainsi que les tissus qui enveloppent les os provoquent des pulsions de manière chaotique en réponse à un stimulus qui, normalement, ne les affecte pas.

Dans ma clinique, les études faites au sujet de la condition nerveuse des patients qui présentaient de tels symptômes n'ont révélé rien d'anormal. Par exemple, ils n'y avaient aucune évidence de névrites périphériques. Cependant, les symptômes furent parfois assez présents pour embrouiller les neurologues. Trois patients qui présentaient un mélange d'engourdissements, de spasmes musculaires et de vision double furent diagnostiqués comme ayant la sclérose en plaques. Ce diagnostic ainsi que tous les symptômes disparurent peu de temps après avoir cessé l'utilisation de leurs benzodiazépines.

Pourtant, ces symptômes, bien que déroutants, ne présentent habituellement aucune inquiétude. Ils peuvent persister à l'occasion (voir la section sur les symptômes persistants). En attendant, les mêmes précautions suggérées dans le paragraphe des symptômes musculaires (ci-dessus) peuvent les diminuer de beaucoup et, en général, les symptômes disparaîtront après le sevrage.

Le cœur et les poumons. Les palpitations, les battements forts, le pouls rapide, les bouffées de chaleur, les sueurs et le manque de souffle représentent les signes accompagnateurs des crises d'anxiété bien qu'elles puissent survenir sans celles-ci. Ils ne signifient pas une maladie cardiaque ou pulmonaire mais simplement l'expression d'une réaction excessive du système nerveux autonome. Des respirations lentes et profondes en plus d'une relaxation, telles que décrites dans le paragraphe des crises d'anxiété, peuvent contrôler beaucoup de ces symptômes. Ne vous en inquiétez pas. Ils seraient acceptés comme étant normaux si vous aviez couru pour attraper un autobus et ils ne vous feraient pas plus de mal que si vous le faisiez en réalité !

Les problèmes d'équilibre. Durant un sevrage, des personnes notent qu'elles ressentent un sentiment d'instabilité sous leurs pieds. Parfois, il leur semble qu'elles soient poussées d'un côté ou qu'elles se sentent étourdies, comme si ce qu'il y avait autour d'elles se mettait à tourner sans cesse. L'organe important qui contrôle la stabilité motrice et qui maintient l'équilibre est situé dans une partie du cerveau appelée le cerebella. Cet organe est rempli de GABA et de récepteurs de benzodiazépine (voir le Chapitre I) et est donc le site principal des réactions aux benzodiazépines. Des doses excessives de benzodiazépines, telles que l'alcool, provoquent une instabilité dans une démarche gauchère, une mauvaise articulation et une mauvaise coordination générale, y incluant une impossibilité de marcher en ligne droite. Cela peut prendre du temps aux systèmes cérébraux de se stabiliser à nouveau après le sevrage d'une benzodiazépine et les symptômes peuvent durer jusqu'à la fin du processus. Des exercices comme se mettre sur une jambe, d'abord avec les yeux ouverts puis avec les yeux fermés peuvent accélérer la guérison.

Les problèmes digestifs. Il y a des personnes qui ne ressentent aucun problème digestif pendant ou après le sevrage il arrive aussi qu'elles puissent mieux goûter leur nourriture. D'autres, peut-être plus sujettes par nature, se plaignent d'une série de symptômes associés au "syndrome des troubles digestifs". Ceux-ci peuvent comprendre la nausée, les vomissements, la diarrhée, la constipation, les douleurs abdominales, la flatulence, les distensions gazeuses et les brûlures d'estomac. Plusieurs patients ont trouvé ces symptômes tellement inconfortables qu'ils en ont éprouvé le besoin d'avoir recours à des examens gastro-intestinaux au cours desquels aucune anomalie n'a été décelée. Les symptômes peuvent être dus en partie à une réaction excessive du système nerveux autonome lequel contrôle la mobilité et les sécrétions intestinales qui sont très sensibles au stress y compris le stress encouru lors du sevrage d'une benzodiazépine. De plus, il y a des récepteurs de benzodiazépines dans les intestins. On ne connaît pas encore tout à fait la nature et la fonction de ces récepteurs, la façon dont ils sont affectés par les benzodiazépines ou par le sevrage de ces dernières, mais d'éventuelles altérations à leur niveau peuvent jouer un rôle dans le développement de l'irritabilité intestinale.

Pendant le sevrage, une perte de poids considérable peut se produire (8 à 10 livres ou plus). Ceci est peut-être dû à l'effet opposé de l'appétit étant donné que les benzodiazépines ont montré une augmentation de l'appétit chez les animaux. Par contre, il y a des personnes qui prennent du poids durant le sevrage. Dans tous les cas, les changements au niveau du poids ne sont pas assez sévères pour être inquiétants et un poids normal revient assez tôt une fois le sevrage complété. Un petit nombre de personnes a du mal à avaler la nourriture, la gorge semble se resserrer surtout lors d'un repas entre convives. C'est habituellement un signe d'anxiété ce qui est bien connu dans les états d'anxiété. La pratique de la relaxation, de manger seul, d'avalier de petites bouchées, bien mâchées accompagnées d'une gorgée de liquide ainsi que de ne pas se presser semblent faciliter les choses et apaisent les symptômes tandis que les niveaux d'anxiété diminuent.

La plupart des symptômes digestifs s'améliorent après le sevrage mais chez quelques individus ils persistent et se transforment en un symptôme prolongé, soulevant des inquiétudes laissant penser à une allergie à un aliment ou une infection de type candida. Ces questions seront discutées plus loin dans la section relatant des symptômes prolongés.

Le système immunitaire. "Pourquoi j'attrape autant d'infections ?" Cette question est souvent posée par des patients qui subissent un sevrage de benzodiazépines. Ils semblent sujets aux rhumes, aux sinusites, aux otites, aux cystites, aux infections orales et vaginales (candida) ainsi qu'à d'autres infections de la peau et des ongles, aux lèvres gercées, aux aphtes et à la grippe. Toutes aussi communes sont les plaintes aux diverses réactions des antibiotiques utilisées lors du traitement des infections bactériennes.

Il n'est pas évident la relation de l'augmentation des infections chez les personnes qui subissent le sevrage d'une benzodiazépine parce qu'aucune comparaison n'a été établie avec d'autres patients similaires mais qui n'ont pas été exposés aux benzodiazépines. Cependant, beaucoup de facteurs affectent le système immunitaire. L'un d'entre eux est le stress accompagné d'une augmentation de la production de l'hormone de stress, le cortisol, lequel inhibe les réactions immunitaires. Un autre

facteur est la dépression, liée aussi au stress et associée à une augmentation de la sécrétion de cortisol. Des niveaux élevés de cortisol peuvent diminuer la résistance aux infections et causer des infections soudaines. Le sevrage d'une benzodiazépine peut être très stressant mais, curieusement, chez les patients que j'ai vérifiés, les concentrations de cortisol dans le sang étaient faibles. Donc, ce sujet reste un mystère et requiert certainement d'autres recherches plus avancées. Le message adressé aux personnes qui subissent le sevrage d'une benzodiazépine est d'essayer d'avoir une hygiène de vie saine incluant une alimentation équilibrée, beaucoup d'exercices et de repos et le soin d'éviter autant que possible tout stress supplémentaire. Une diminution progressive des doses (Chapitre II) est la meilleure façon de réduire le stress lié au sevrage.

Le système endocrinien. Les benzodiazépines affectent sûrement aussi le système endocrinien mais aucune étude n'a été faite sur les humains que ce soit durant l'utilisation des benzodiazépines ou durant la période de sevrage. Plusieurs femmes se plaignent de douleurs menstruelles mais comme l'on retrouve ces plaintes parmi toute la population féminine en général, il n'y a aucun rapport évident attribuable directement aux benzodiazépines. Plusieurs femmes ayant utilisé des benzodiazépines sur une longue période ont subi une hystérectomie, mais même là, il n'y a aucun rapport à long terme directement relié à leurs utilisations. À l'occasion, cependant, des hommes et des femmes prenant des benzodiazépines se sont plaints du gonflement de leurs seins ou d'enflure, donc nous croyons possible que les benzodiazépines provoquent une augmentation de l'hormone prolactine. Les problèmes endocriniens provoqués par la prise de benzodiazépines cessent à l'arrêt de ces tranquillisants.

Les crises et les convulsions. Les benzodiazépines sont des anticonvulsifs puissants. Ils peuvent sauver la vie en cas d'états épileptiques (crises répétées l'une après l'autre) et en cas de crises causées par le surdosage de certains médicaments (par exemple, les antidépresseurs tricycliques). Cependant, un sevrage brusque (rapide), surtout de benzodiazépines puissantes, peut précipiter des crises d'épilepsie comme un retour de la réaction. Une telle situation est extrêmement rare lors d'une élimination lente des benzodiazépines (ex le diazépam) ou lors d'une diminution lente et progressive du dosage. Si, dans ces circonstances, une crise se déclenche, il s'agit seulement d'une crise unique qui ne cause aucun dommage permanent. On a noté d'autres phénomènes tels que des symptômes psychotiques, une sévère confusion et un delirium lors d'un sevrage rapide mais une fois de plus, ces derniers n'apparaissent pas au cours d'une diminution lente et progressive du dosage. En suivant les étapes listées dans le Chapitre II, vous pouvez être sûr d'éviter ces complications.

LES MÉDICAMENTS SUPPLÉMENTAIRES DURANT LE SEVRAGE D'UNE BENZODIAZÉPINE

Cependant, il existe des drogues qui peuvent contrôler des symptômes particuliers du sevrage et qui demandent à être considérées dans certaines situations bien que non recommandables pour un usage régulier. Habituellement, elles ne seront administrées que temporairement mais elles peuvent parfois faciliter une situation difficile et permettre au patient de poursuivre le programme de sevrage.

Les antidépresseurs. Les antidépresseurs sont les drogues les plus importantes à ajouter durant un sevrage. Comme mentionné auparavant, la dépression peut devenir un problème réel au cours du sevrage et peut parfois être si sévère, qu'elle peut poser un risque de suicide, bien que ce soit rare lors d'une diminution lente et progressive. Comme dans toute dépression, la dépression lors du sevrage réagit aux médicaments antidépresseurs et est probablement causée par les mêmes modifications chimiques du cerveau. Ensemble, les antidépresseurs "ancienne mode" (doxépine [Sinéquan], amitriptyline [Elavil]) et les inhibiteurs du rebond de la sérotonine sélective (SSRIs; fluoxétine [Prozac], paroxétine [Paxil, Déroxat]) peuvent être efficaces et un médicament antidépresseur peut être prescrit si la dépression est sévère. Il existe une école de pensée, surtout parmi les anciens ex-utilisateurs des tranquillisants, qui est opposée à l'absorption de d'autres médicaments pendant le sevrage. Mais on a enregistré des suicides lors de plusieurs essais cliniques du sevrage d'une benzodiazépine. Si une dépression est diagnostiquée sévère au cours du sevrage d'une benzodiazépine comme dans toute autre situation, cela serait de la folie de ne pas la traiter.

Cependant, il y a des désavantages avec les antidépresseurs. Le premier est que cela prend entre 2 à 3 semaines ou plus, pour qu'ils deviennent vraiment efficaces. Ceci signifie que le patient et son mentor, doivent rester sur leurs gardes en cas de dépression afin qu'un traitement, s'il est conseillé par un médecin, puisse commencer le plus tôt possible. Le second inconvénient est que l'anxiété peut s'aggraver temporairement au début du traitement que ce soit avec des tricycliques ou des SSRIs. Cela peut représenter un risque particulier durant le sevrage d'une benzodiazépine là où le niveau d'anxiété est habituellement élevé. Pour éviter une aggravation en ce qui concerne l'anxiété, il est important de démarrer avec la plus petite dose possible d'antidépresseur et de l'augmenter doucement sur une période de deux à trois semaines. Ne vous laissez pas persuader par votre médecin de commencer immédiatement par la dose thérapeutique du traitement de la dépression. Il existe aussi des craintes que les antidépresseurs comme le Prozac puissent chez certains patients déclencher, au début du traitement, un état agité, violent ou suicidaire; un faible dosage et une surveillance étroite peuvent éviter ce risque.

Il est habituellement possible de continuer la diminution lente et progressive d'une benzodiazépine alors que l'on commence un traitement aux antidépresseurs, bien que certains préfèrent cesser leur sevrage pendant 2 à 3 semaines jusqu'à ce que l'antidépresseur soit totalement efficace. Il faut s'assurer d'éviter d'augmenter la dose de benzodiazépine. Non seulement les antidépresseurs calment la dépression mais ils ont, au bout de 2 à 3 semaines, des effets anti-anxiolytiques. Ils sont en fait un meilleur traitement à long terme pour l'anxiété, les crises d'anxiété et les phobies. Ils peuvent de plus aider activement dans le processus de sevrage d'une benzodiazépine.

Une fois l'absorption d'un antidépresseur commencée pour traiter une dépression, le traitement devrait se poursuivre pendant plusieurs mois (6 mois habituellement) afin d'éviter une récurrence de celle-ci. La diminution progressive de la benzodiazépine peut continuer durant ce temps et les antidépresseurs agiront parfois comme une protection bienvenue lors des dernières étapes du sevrage. Il est important de finir le sevrage de la benzodiazépine avant de débiter celui de l'antidépresseur. Très souvent, les personnes qui absorbent des benzodiazépines à long terme prennent

simultanément des antidépresseurs. Dans ce cas, elles devraient continuer ceux-ci jusqu'à ce que le sevrage des benzodiazépines soit complété.

Un autre inconvénient des antidépresseurs est qu'ils causent eux aussi, des réactions de sevrage s'ils sont interrompus subitement, un fait qui n'est pas toujours considéré par les médecins. Les symptômes de sevrage comprennent une anxiété grandissante, des troubles du sommeil, des symptômes semblables à ceux de la grippe, des symptômes gastro-intestinaux, de l'irritabilité et des crises de larmes, en fait peu différent des symptômes du sevrage de benzodiazépine. Ces réactions peuvent être empêchées par une diminution lente et progressive du dosage d'antidépresseur pendant une période variant de 1 à 3 mois (Voir le Tableau 2). La majorité des personnes qui ont été sevrées des benzodiazépines seront des expertes en matière de diminution progressive des dosages quand le moment viendra d'arrêter l'antidépresseur et seront capables de trouver un rythme de sevrage qui leur conviendra.

Mis à part leurs effets thérapeutiques au cours de la dépression et de l'anxiété, certains antidépresseurs ont un effet sédatif pour certains patients souffrant d'insomnie qui s'est avéré salutaire. Des doses faibles (10 à 50 mg) d'amitriptyline (Elavil) ou de doxépine (Sinéquan) sont remarquablement efficaces pour glisser dans le sommeil si absorbé au moment du coucher. Ceux-ci peuvent être absorbés pendant de courtes périodes d'une semaine et peuvent être arrêtés en réduisant prudemment le dosage ou en prenant le médicament à toutes les deux nuits. Le sevrage n'est pas un problème lorsque de petites doses sont absorbées durant de courtes périodes ou par intermittence.

TABLEAU 2. LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE DES ANTIDÉPRESSEURS

SYMPTÔMES PHYSIQUES

Gastro-intestinal: douleurs abdominales, diarrhée, nausée, vomissements

Symptômes de la grippe: fatigue, maux de tête, douleurs musculaires, faiblesses, sueurs et frissons

Problèmes de sommeil: insomnie, rêves très réels, cauchemars

Problèmes sensoriels: tête qui tourne, difficulté à se concentrer, vertige, picotements et sensations de choc électrique

Troubles de motricité: tremblements, perte d'équilibre, rigidité des muscles et mouvements non contrôlés

SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES

Anxiété, énervement

Période de larmes

Irritabilité

Hyperactivité

Agressivité

Dépersonnalisation

Problèmes de mémoire

Confusion

Morale à la baisse (déprimé)

Les bêtabloquants. Dans un petit peu de cas, de sévères palpitations, des tremblements musculaires ou des sursauts se développent durant le sevrage d'une benzodiazépine lesquels entravent le progrès du sevrage. Ces symptômes peuvent être contrôlés ou améliorés grâce à des médicaments que l'on nomme les bêtabloquants comme le propranolol (Indéral). Les drogues de ce type peuvent inhiber les effets du surplus d'épinéphrine et de norépinéphrine libéré par un système nerveux qui réagit trop. Ils ralentissent le rythme cardiaque et empêchent toute activité musculaire excessive. Bien qu'ils n'aient qu'un petit effet sur les symptômes psychologiques, ils peuvent briser le cercle vicieux dans lequel les palpitations ou les tremblements créent une anxiété qui entraîne elle-même encore plus de palpitations. Il y a des personnes qui lors du sevrage d'une benzodiazépine ne prennent que de petites doses de ce médicament (10 à 20 mg d'Indéral, trois fois par jour) régulièrement, tandis que d'autres les gardent au cas où les symptômes physiques d'une crise d'anxiété sembleraient incontrôlables. Ils ne sont pas une panacée mais parfois ils aident des personnes à surmonter une situation difficile. On utilise les bêtabloquants en plus fortes doses dans les cas de tension artérielle élevée et d'angine de poitrine, mais de telles doses ne sont pas conseillées lors du sevrage d'une benzodiazépine. Ils ne doivent pas être absorbés par une personne atteinte d'asthme car ils peuvent causer la constriction des bronches. Si on a utilisé des bêtabloquants pendant un certain temps, on devrait les arrêter progressivement en diminuant la dose, vu qu'eux aussi peuvent provoquer une réaction de sevrage qui se traduit par un rythme cardiaque élevé et des palpitations.

Les hypnotiques et les sédatifs. La plupart des hypnotiques et des sédatifs agissent de façon similaire aux benzodiazépines, y compris les barbituriques, les dérivés chlorés (Noctec) l'ethchlorvynol (Placidyl), le zopiclone (Zimovane, Imovane), le zolpidem (Ambien), le zaleplon (Sonata) et, incidemment, l'alcool. Aucune de ces drogues ne devrait être utilisée comme somnifère alternatif ou comme potion pour le sommeil durant le sevrage d'une benzodiazépine. Elles peuvent toutes causer une sorte de dépendance similaire et de plus, certaines sont plus toxiques que les benzodiazépines.

Si dormir devient un vrai problème, une petite dose d'antidépresseurs tricycliques ayant des effets sédatifs (voir les antidépresseurs ci-dessus) est une solution à envisager. Alternativement, une antihistamine ayant des effets sédatifs (ex: la diphenylhydramine [Bénadryl], la prométhazine [Phénergan] peut être absorbée temporairement. Ni les antidépresseurs, ni les antihistamines réagissent de la même manière que les benzodiazépines.

Quelques drogues relatives aux tranquillisants majeurs présentent des effets sédatifs et sont aussi utilisées pour combattre la nausée, le vertige et le mal du transport. Elles sont parfois prescrites durant le sevrage, en particulier la prochlorpéthazine (Compazine). Cependant de telles drogues peuvent avoir des effets secondaires sérieux (des troubles moteurs comme ceux de la maladie de Parkinson) et ne sont pas recommandées pour un usage à long terme ou comme remplaçant des benzodiazépines.

Les autres médicaments. On a testé plusieurs drogues lors des études du sevrage d'une benzodiazépine afin de voir si elles pouvaient accélérer le processus, prévenir ou diminuer les symptômes ou encore améliorer le pourcentage de succès à long

terme. Beaucoup de ces études portaient sur ce que l'on appelle ici un sevrage ultra-rapide. Par exemple, une étude récente faite aux États-Unis sur le sevrage d'une benzodiazépine de consommateurs à long terme, *Rickels, Schweizer et al.* *Psychopharmacology* 141,1-5,1999, a analysé les effets de l'antidépresseur sédatif (Trazodone, Désyrel) et de l'anticonvulsif (valproate de sodium, Dépakote). Ni l'un, ni l'autre de ces médicaments n'a eu un effet sur la sévérité des symptômes de sevrage, mais le taux de diminution progressive était de 25% de la dose hebdomadaire de benzodiazépine - un sevrage plutôt rapide ! On a découvert d'autres drogues de faible valeur, voire même nulle, lors des essais de sevrage allant de 4 à 6 semaines. Celles-ci incluent le buspirone (BuSpar, une drogue qui combat l'anxiété), la carbamazépine (Tégrétol, un anticonvulsif), la clonidine (Catapres contre l'anxiété et parfois utilisée lors d'une désintoxication à l'alcool), la nifédipine (Adalat) et l'alpidem.

Certains rapports indiquent que le médicament gabétin (Neurotonin) tiagabine (Gabitril) et peut-être aussi pregabalin (en attente de licence) aiderait les problèmes d'insomnie et d'anxiété durant la période de sevrage. Donc aucune de ces drogues ne peut être recommandée. Avec une diminution très progressive selon le rythme de l'individu, comme indiqué au Chapitre II, les drogues supplémentaires ne sont pas nécessaires puisque des symptômes importants apparaissent rarement. Seulement lors de situations spéciales, comme décrites ci-dessus, il peut y avoir une place pour un antidépresseur, un bêtabloquant ou une antihistamine sédatrice. Il n'est pas nécessaire d'éviter médicaments contre la douleur comme le Tylénol, Feldène etc... en présence de maux de tête et de douleurs ordinaires.

L'USAGE D'UNE BENZODIAZÉPINE PENDANT ET APRÈS LE SEVRAGE

Qu'arrive-t-il si une personne en cours de sevrage d'une benzodiazépine ou qui vient d'achever avec succès son sevrage a besoin d'une opération chirurgicale ? Les benzodiazépines sont utiles comme prémédication avant toutes opérations majeures pour leurs fonctions amnésiques et sédatives lors des procédures chirurgicales mineures. Malgré cela, beaucoup d'ex-consommateurs sont terrifiés à l'idée que si on leur administre une benzodiazépine pour ces raisons, ils ont peur d'en devenir à nouveau dépendant. Ils doivent se rassurer une dose unique de benzodiazépine administrée en vue d'une opération ne peut en aucun cas faire ressurgir la dépendance et les symptômes de sevrage ne réapparaîtront pas. Les symptômes notés dans ces circonstances sont plutôt le résultat d'une peur et non d'une réaction de la benzodiazépine. Beaucoup de patients que j'ai observés personnellement ont reçu des doses répétées de midazolam (Versed, Hypnovel, Dormicum), une benzodiazépine de courte action, pour des procédures dentaires (la phobie du dentiste est commune lors d'un sevrage) ainsi que d'autres benzodiazépines y compris le diazépam pour des opérations mineures et majeures, et ils s'en sont remis sans complications.

Bien des personnes qui ont repris l'usage des benzodiazépines parce qu'ils avaient échoué au premier sevrage peuvent très bien avoir autant de succès que les ceux qui débutent au sevrage progressif.

DIÈTE, BREUVAGE ET EXERCICE

Il y a un intérêt de plus en plus marqué afin de savoir si une diète spéciale doit être suivie lors du sevrage des benzodiazépines, particulièrement en Amérique du Nord. Quelle nourriture ou breuvage prendre ou exclure ? Quels suppléments alimentaires à ajouter ? Ce sont les questions les plus fréquemment posées. Selon moi, il n'y a aucun besoin spécifique à ce sujet. Il y a des gens qui disent que la caféine et l'alcool ne devraient pas être pris durant cette période. Cependant, le but est d'amener les gens à diminuer graduellement leur dose de benzodiazépines à la maison pour qu'ils puissent s'habituer à vivre normalement sans aucune drogue et sans avoir à changer leur manière de vivre. D'après moi, une tasse de café ou de thé en modération (deux tasses par jour à peu près) ou une quantité raisonnable de chocolat ou soda est tout à fait acceptable durant le sevrage des benzodiazépines. À l'exception de quelques individus qui sont particulièrement vulnérables à la caféine ou ceux qui ont un niveau très élevé d'anxiété. Il est évident que l'on ne devrait pas boire de café en soirée ou boire du café ou thé non décaféiné au milieu de la nuit en période d'insomnie. Je crois qu'interdire le café au déjeuner est en général trop sévère et inutile. On essaie de redevenir normal en société et sociable, pas difficile.

La même chose avec l'alcool, un verre ou deux de vin est tout à fait correct et même souhaitable pour certaines personnes pour une meilleure santé. Il est important de ne pas substituer une augmentation d'alcool pour compenser la diminution dans la dose de benzodiazépines prises. À part cela, je ne vois pas de raison de se priver des petits plaisirs de la vie. La modération est la clef en tout.

Le même principe s'applique à la nourriture. L'humanité s'est bien adaptée à toutes les phases de son évolution pour obtenir toutes les substances nutritives nécessaires malgré les différentes manières de s'alimenter dans les différentes cultures. Une diète bien équilibrée incluant des portions de fruits et de légumes et une source de protéines et de gras provenant de la viande ou de légumes, presque ou aucun sucre ou "junk food" fournit toutes les substances nutritives dont une personne a besoin. Il n'y a aucun besoin pour des suppléments alimentaires, vitamines, minéraux ou des mesures de désintoxication. Cela pourrait même être dangereux si exagéré. Il est parfois recommandé de couper les farines blanches, le sucre blanc, etc. pour certaines personnes mais une diète trop sévère peut amener des effets négatifs. D'autres gens ont déclaré se sentir beaucoup mieux après un changement de diète - c'est à se demander ce qu'ils mangeaient auparavant !

Certains individus deviennent intolérants ou très sensibles à certaine nourriture sans que ce soit une allergie déclarée. Dans ce cas, le gros bon sens veut que l'on évite cette nourriture pour un temps. En cas de doute, obtenez l'avis d'une nutritionniste avertie mais en général une bonne nutrition est suffisante. Avant que les nouvelles diètes soient à la mode, des milliers de gens ont réussi à cesser l'utilisation des benzodiazépines dans différents pays ayant une diète très différente sans aucune restriction. Cela est toujours vrai encore aujourd'hui.

Une diète normale comprend toujours une bonne quantité de liquide à boire. Les besoins d'eau et de sel peuvent varier avec la stature et poids, le climat et la quantité d'exercice pratiquée, etc. donc on ne peut la définir pour chaque individu. Cependant, il n'est pas nécessaire de boire plus en période de sevrage pour se nettoyer des

toxines. Notre organisme réussit très bien à se nettoyer tout seul même avec un minimum de liquide absorbé et le surplus d'eau est éliminé inutilement.

L'exercice physique régulier et modéré est recommandé pendant le sevrage car il aide à garder la forme, élève le degré d'endurance et la circulation sanguine au cerveau, aux muscles et au niveau de l'épiderme en plus d'aider à la stabilité émotionnelle. Il n'y a aucune raison de pratiquer un sport que vous détestez car nous voulons vivre une vie plus équilibrée ce qui par définition inclut de faire ce que nous apprécions.

Fumer. Je me dois de mentionner le fait de fumer la cigarette même en considérant l'attitude devant cette très mauvaise dépendance, mais pour ceux de nous qui sommes fumeurs c'est probablement trop demander d'arrêter de fumer et de cesser en même temps les benzodiazépines. Plusieurs personnes ont mentionné qu'il est plus facile de cesser de fumer lorsque qu'elles n'utilisent plus de benzodiazépines car le besoin de drogue peut diminuer. En général, s'en faire au sujet de nos mauvaises habitudes, diète incluse, s'additionne inutilement aux stress du sevrage. Il est mieux de prendre cela tranquillement, une chose à la fois.

LE COURS DU SEVRAGE

Durant le sevrage d'une benzodiazépine, les symptômes croissent et diminuent d'une manière caractéristique, variant au quotidien selon la sévérité et le type, semaine après semaine et même au cours d'une même journée. Des symptômes vont et viennent. D'autres peuvent les remplacer. Il n'y a aucune raison de se laisser décourager par ces vagues de récurrences. Avec le temps, les vagues de symptômes deviennent moins fortes et moins fréquentes. Typiquement "la fenêtre" de la normalité, quand vous vous sentez bien pendant quelques heures ou quelques jours, apparaît au bout de quelques semaines; graduellement "la fenêtre" devient plus fréquente et dure plus longtemps, tous les malaises s'estompent.

Il est impossible d'établir une durée exacte des symptômes du sevrage. Cela dépend à quel moment vous commencez, de combien d'appui vous avez besoin et recevez, comment vous contrôlez votre diminution progressive de dosage ainsi que beaucoup d'autres facteurs. Avec une diminution lente, des consommateurs à long terme ont virtuellement éliminé tous leurs symptômes au moment d'absorber leur dernier comprimé et les symptômes disparaissent au bout de quelques mois pour la majorité d'entre eux. Être vulnérable à un stress supplémentaire peut selon le cas durer plus longtemps et un cas de stress sévère peut temporairement faire ressurgir des symptômes. Peu importe la nature de vos symptômes, il est mieux de ne pas s'y attarder. Après tout, des symptômes ne sont que des symptômes et durant le sevrage la plupart d'entre eux ne sont pas le signe d'un malaise mais au contraire celui d'une guérison. En plus, tandis que votre esprit s'éclaircit, vous pouvez vous exercer à faire face à eux de différentes façons afin qu'ils deviennent de plus en plus légers.

Ce qui est rassurant c'est qu'on a trouvé, lors d'études cliniques, que le succès éventuel d'un sevrage ne dépend pas de la durée de l'utilisation, du dosage ou de la sorte de benzodiazépine, de la vitesse du sevrage, de la sévérité des symptômes, du diagnostic psychiatrique ou des essais de sevrages antérieurs. Par conséquent, à partir de n'importe quel point, un consommateur à long terme motivé peut y arriver s'il entreprend le traitement de bon cœur.

LES SYMPTÔMES PROLONGÉS DU SEVRAGE

Une minorité de personnes sevrée des benzodiazépines semblent souffrir d'effets à long terme, appelés symptômes prolongés qui ne disparaissent pas au bout de quelques mois, voire même quelques années. On estime que peut-être entre 10 et 15 pour cent de consommateurs à long terme d'une benzodiazépine développent "un syndrome post-sevrage". Plusieurs d'entre eux ont absorbé des benzodiazépines pendant 20 ans ou plus et quelques-uns ont connu des mauvaises expériences de sevrage. L'incidence de symptômes prolongés chez ceux qui ont suivi une diminution progressive sous leur propre contrôle est certainement beaucoup plus basse.

Le Tableau 3 indique les symptômes qui peuvent durer. Ils comprennent l'anxiété, l'insomnie, la dépression, les symptômes variés sensoriels et les symptômes moteurs, les dérangements gastro-intestinaux ainsi qu'une mémoire et une cognition défaillante. Les raisons pour lesquelles ces symptômes persistent chez certaines personnes ne sont pas encore claires. Il est fort probable que beaucoup de facteurs y soient impliqués, certains liés directement à la drogue et d'autres indirectement ou encore ne sont que des effets secondaires (Voir le Tableau 4).

TABLEAU 3. LES SYMPTÔMES PROLONGÉS DU SEVRAGE D'UNE BENZODIAZÉPINE

Symptômes	Cours habituel
Anxiété	- Diminue progressivement au bout d'un an.
Dépression	- Peut durer quelques mois et réagit bien aux antidépresseurs.
Insomnie	- Diminue progressivement sur une période allant de 6 à 12 mois.
Symptômes sensoriels: Acouphène, picotement, engourdissement, douleur profonde ou sensation de brûlure dans les membres, sensation de tremblement ou de vibration intérieure, sensations cutanées bizarres.	- Diminuent progressivement mais peuvent durer au moins un an, voire parfois plusieurs années.
Symptômes moteurs: douleur musculaire, faiblesse, crampes douloureuses, convulsions, sursauts, spasmes, crises de tremblement	- Diminuent progressivement mais peuvent durer au moins un an, voire parfois plusieurs années.

Mémorisation et cognition faibles

- Diminuent progressivement mais peuvent durer au moins un an, voire parfois plusieurs années.

Symptômes gastro-intestinaux

- Diminuent progressivement mais peuvent durer au moins un an, voire parfois plusieurs années.

TABLEAU 4. LES CAUSES PROBABLES DES SYMPTÔMES PROLONGÉS DU SEVRAGE D'UNE BENZODIAZÉPINE

Causes possibles	Effets
1. Le manque de stratégies de gestion du stress bloqués durant l'usage des benzodiazépines apparaît lors du sevrage.	Anxiété, vulnérabilité au stress
2. Altération de la mémoire causé par les benzodiazépines qui empêchent la résolution des conflits normaux lesquels ressurgissent en période de sevrage.	Anxiété, dépression
3. Expériences traumatisantes vécues lors d'un sevrage précédent	Troubles du stress post-traumatiques
4. (?) Changements biochimiques causés par les benzodiazépines (sérotonine, norépinéphrine [noradrénaline], hormones de stress)	Dépression
5. Hyperexcitabilité du système nerveux due aux changements constants qui se produisent dans les récepteurs de GABA/benzodiazépine.	Symptômes sensoriels et moteurs, anxiété, insomnie.
6. (?) Dommage structurel ou fonctionnel au niveau des tissus du cerveau	Trouble de mémoire, perception
7. (?) Dommages au niveau du système intestinal et immunitaire	Symptômes gastro-intestinaux

8. (?) Rétention prolongée des benzodiazépines dans les tissus de l'organisme

Hyperexcitabilité prolongée du système nerveux

(?) Indique des causes possibles pour lesquelles actuellement, il n'existe aucune preuve scientifique

L'anxiété. L'anxiété qui persiste après une phase aiguë du sevrage peut être due en partie à un défaut d'apprentissage causé par les benzodiazépines. Les benzodiazépines diminuent l'apprentissage de nouvelles habiletés y compris celles qui concernent les stratégies de gestion du stress. De telles habiletés évoluent normalement sans cesse depuis l'enfance jusqu'à l'âge mûr ou plus tard, au fur et à mesure que les expériences de la vie s'accumulent. Leur développement peut être bloqué pendant une période allant jusqu'à plusieurs années durant lesquelles on a utilisé des benzodiazépines. Après le sevrage, l'ex-consommateur est laissé dans un état vulnérable avec une habileté diminuée à faire face aux situations difficiles. Une guérison complète peut demander plusieurs mois d'apprentissage de nouvelles stratégies de gestion du stress pour compenser le manque durant les années où elles furent altérées par les benzodiazépines.

Deuxièmement, le sevrage d'une benzodiazépine peut faire surgir des problèmes graves qui jusque-là n'avaient jamais été pleinement résolus. Par exemple, les troubles de la mémoire causées par les benzodiazépines peuvent empêcher la résolution normale d'un stress personnel vécu lors d'un décès ou d'un accident. De telles expériences partiellement oubliées ou éloignées peuvent ressurgir après le sevrage et faire prolonger à la fois l'anxiété et la dépression. Il n'est pas rare pour un veuf ou une veuve de s'être vu prescrire des benzodiazépines au moment du décès du conjoint, d'avoir à vivre pour la première fois, le processus du deuil après le sevrage, même si l'enterrement a eu lieu des années auparavant.

Un troisième facteur peut apparaître chez des individus qui ont connu des expériences effrayantes durant le sevrage. Ce n'est pas rare pour ceux qui ont connu un sevrage rapide sans aucune explication adéquate, souvent en milieu hospitalier ou dans des centres de désintoxication, mais aussi parfois chez eux quand leur médecin a cessé toutes prescriptions. De telles personnes peuvent développer des malaises dus au syndrome du stress post-traumatique (SSPT) au cours desquels leurs expériences sont constamment revécues comme des retours en arrière ou des cauchemars et, par conséquent, prolongent l'anxiété.

De plus, beaucoup de consommateurs à long terme de benzodiazépines, bien qu'ils n'y soient absolument pour rien, sont des personnes fortement tendues, ayant très peu d'estime de soi et dont les problèmes d'anxiété les ont amené à se faire prescrire tout d'abord des benzodiazépines et par la suite à cause de leur anxiété continue, a amené le médecin à leur en prescrire continuellement. Cela peut prendre plus de temps pour ces personnes à retrouver ou à atteindre une entière confiance en elles.

Malgré ces facteurs, les symptômes prolongés d'anxiété, y compris l'agoraphobie et les crises d'anxiété, ont tendance à diminuer progressivement et ne durent rarement pas plus d'une année. Le processus peut être amélioré grâce à un bon appui

psychologique et par les mesures décrites sous le paragraphe traitant des symptômes aigus d'anxiété. Croyez-le ou non, certaines personnes ont plus de confiance en elle après un sevrage qu'elles ne l'étaient avant l'utilisation des benzodiazépines.

Dépression. La dépression peut être causée ou aggravée par l'absorption chronique d'une benzodiazépine mais elle est aussi une caractéristique du syndrome de sevrage. Les symptômes dépressifs peuvent apparaître pour la première fois après un sevrage, parfois au bout d'un délai de quelques semaines et ils peuvent être sévères et prolongés durant des mois. On ne sait pas encore si les personnes qui ont fait une dépression antérieurement ou quand les dépressions sont courantes dans leur famille sont plus sujettes à cette complication et les causes de la dépression sont encore inconnues. Comme nous l'avons discuté dans les Chapitres I et II, les benzodiazépines dérangent la fonction de nombreux neurotransmetteurs et hormones et la dépression peut en être le résultat, comme par exemple, celui d'une activité faible de la sérotonine combinée au stress du sevrage. Si elle s'avère assez sévère pour nécessiter un traitement, la dépression durant le sevrage réagit aux antidépresseurs avec ou sans thérapie cognitive et diminue habituellement régulièrement sur une période allant de 6 à 12 mois.

Insomnie. Le manque de sommeil accompagne communément l'anxiété et la dépression. Dans l'anxiété, il y a typiquement une difficulté à s'endormir tandis que dans la dépression les réveils matinaux tout comme ceux de la nuit s'avèrent fréquents. L'insomnie est aussi commune au symptôme aigu de sevrage et est accompagnée de cauchemars et de d'autres troubles du sommeil. De temps en temps, l'insomnie accompagnée ou non du syndrome des jambes agitées ou avec sursauts musculaires ou les deux persiste comme un symptôme isolé et peut durer plusieurs mois, alors que les autres ont disparu. Cependant, il faut rassurer les insomniaques qu'un sommeil régulier et suffisant revient pour tous. Il existe des mécanismes naturels puissants dans notre corps qui s'assurent que le cerveau ne deviendra pas gravement privé de sommeil.

Troubles sensoriels et moteurs. Il ne fait aucun doute qu'après le sevrage d'une benzodiazépine, le système nerveux est extrêmement sensible à tous stimuli sensoriels et moteurs. Habituellement, tout se calme en quelques semaines mais des sensations étranges peuvent persister occasionnellement.

L'un des symptômes sensoriel le plus perturbant est l'acouphène, soit un son de cloche ou un sifflement constant dans les oreilles lequel a été remarqué lors de plusieurs études sur le sevrage d'une benzodiazépine. Une femme a décrit son acouphène comme étant "une aiguille du son" strident, perçant profondément sa tête. **L'acouphène** est souvent accompagné d'un degré de perte de l'ouïe et il n'est pas rare de rencontrer des personnes souffrant d'une surdité partielle nerveuse, n'ayant jamais absorbé de benzodiazépines. Néanmoins, l'acouphène fait souvent sa première apparition lors du sevrage d'une benzodiazépine chez des individus qui ont subi une perte de l'ouïe depuis des années. Elle peut être unilatérale ou localisée de façon précise, même pour ceux qui présentent une surdité bilatérale symétrique. Il se peut que les personnes qui ont absorbé une benzodiazépine à long terme soient particulièrement sujettes à l'acouphène et, si c'est vrai, cela reste à prouver. Cet acouphène peut durer plusieurs années et ne réagit pas nécessairement aux traitements habituels réservés à l'acouphène (masques etc.); il n'est pas plus soulager

par la reprise d'une benzodiazépine. Cependant, tous les gens qui ont un problème persistant après un sevrage devraient consulter un spécialiste des oreilles et auront peut-être la chance de trouver une clinique spécialisée pour ce symptôme.

Un nombre de sensations corporelles déplaisantes peut persister après un sevrage comme le picotement, l'engourdissement ou des endroits endoloris sur le torse, le visage, les membres et les doigts. Elles peuvent être accompagnées par des sensations de brûlure ou par des douleurs aux muscles ou aux os qui semblent profondes. D'autres personnes se plaignent d'un "tremblement interne" ou d'une sorte de vibration alors que d'autres décrivent des sensations bizarres comme si de l'eau ou un liquide visqueux coulait le long de leur corps ou encore les contorsions d'un reptile sur leur crâne. Les symptômes moteurs qui peuvent persister comprennent la tension musculaire, la faiblesse, les crampes, les sursauts, les spasmes et les crises de tremblements.

Mécanismes éventuels des symptômes sensoriels persistants et moteurs. Bien que les symptômes décrits ci-dessus soient souvent aggravés par le stress, ils ne sont en aucun cas simplement dus à l'anxiété. Ils semblent indiquer un mauvais fonctionnement du parcours moteur et sensoriel au niveau de la moelle épinière ou de la moelle épinière et du cerveau. Un indice possible de leur mécanisme fut trouvée lors d'une expérience avec un flumazénil (Anexate, Romazicon) qui est un récepteur de benzodiazépine antagonique, publié par Lader et Morton (Journal de la Psychopharmacologie 1992, 6 357-63). Cette drogue, lorsqu'elle est injectée par voie intraveineuse, a apporté un soulagement rapide des symptômes prolongés post-sevrage (tension musculaire, engourdissement, faiblesse, crampes ou sursauts musculaires, brûlure, tremblements) qui étaient présents, chez 11 patients, sur une période de 5 à 42 mois. Les symptômes se sont améliorés de 27 à 82% et le plus fort résultat s'est vu chez les patients qui avaient le plus bas niveau d'anxiété. Il n'y a eu aucune réaction suite aux infusions de solution saline.

On pense que le flumazénil agit en améliorant les récepteurs GABA/benzodiazépines (voir au Chapitre I) de manière à ce qu'ils deviennent plus réceptifs aux actions inhibitrices des GABA. Les résultats indiquent que les symptômes prolongés sont causés par l'échec des récepteurs à revenir à leur état normal après être devenus insensibles au GABA, dû au développement de la tolérance (voir Chapitre I). La réaction au flumazénil démontre aussi que les benzodiazépines peuvent causer des effets pharmacologiques qui durent plus longtemps que ce que l'on croyait auparavant.

Malheureusement, le flumazénil ne présente pas actuellement une cure pratique pour les symptômes prolongés. La drogue doit être administrée par voie intraveineuse et son temps d'action est si court que l'apaisement des symptômes est seulement temporaire. La drogue ne peut pas être absorbée par une personne qui utilise des benzodiazépines car elle précipite une réaction aiguë de sevrage. Cependant, bien que ces symptômes sensoriels et moteurs prolongés puissent parfois sembler devenir permanents, en fait, leur sévérité décroît au fil des années, même sans l'aide du flumazénil et ainsi ne signifient donc pas la présence d'une maladie neurologique majeure. De tels symptômes peuvent être apaisés partiellement grâce à des techniques de relaxation, quelques systèmes moteurs et sensoriels peuvent être aidés par la carbamazépine (Tégrétol) et d'autres symptômes moteurs peuvent être aidés par le propranolol (Indéral).

Mémoire et connaissance défaillantes. Bien que l'on sache que les benzodiazépines affaiblissent la mémoire ainsi que certaines fonctions cognitives, en particulier la capacité de pouvoir retenir l'attention, des consommateurs à long terme se plaignent d'une perte continue et ce, de façon persistante, des habilités intellectuelles après un sevrage. Plusieurs études à ce sujet ont démontré que l'amélioration est très lente. Les plus longues études thérapeutiques s'étendent seulement sur une période de 6 mois après le sevrage. Une détérioration cognitive, bien qu'elle se soit améliorée lentement, a persisté au moins pendant cette durée et n'était pas du tout reliée à des niveaux d'anxiété (Tata et al. *Psychological Medicine* 1994, 24, 203-213). Des études sur des individus suédois indiquèrent une détérioration intellectuelle entre 4 et 6 mois après le sevrage d'une benzodiazépine, mais on n'a pu clairement en conclure que l'usage de l'alcool en était un facteur supplémentaire.

Les benzodiazépines endommagent-elles la structure du cerveau ? Ces résultats ont amené cette question au sujet d'éventuel dommage que peuvent causer les benzodiazépines sur la structure du cerveau. Comme l'alcool, les benzodiazépines sont des graisses solubles et sont assimilées par les membranes graisseuses (les lipides) des cellules du cerveau. On a mentionné, que leur utilisation s'étalant sur une période de plusieurs années pouvait causer des changements physiques tels qu'un rétrécissement du cortex cérébral, comme cela a été prouvé chez des alcooliques chroniques, et, que de telles transformations peuvent être seulement partiellement réversibles après un sevrage. Cependant, malgré plusieurs études faites sur les scanographes tomographiques (CT), on a conclu qu'aucun signe d'atrophie encéphalique n'avait été décelé de manière concluante chez les consommateurs à dose thérapeutique et, même chez ceux qui en absorbaient une forte dose, les résultats n'ont guère été concluants. Il est possible que les benzodiazépines puissent causer des changements subtils lesquels ne peuvent pas être détectés par les méthodes actuelles, mais d'après les données disponibles, il n'y a aucune raison de penser que de tels changements soient permanents.

Les symptômes gastro-intestinaux. Les symptômes gastro-intestinaux peuvent se prolonger après un sevrage, habituellement chez les individus qui avaient, dans le passé, des troubles digestifs. De telles personnes peuvent apparemment développer une intolérance à certains aliments, bien que des tests d'allergie sérieux à ces aliments (ex: les anticorps contre les composants d'un aliment spécifique) sont pour la plupart du temps toujours négatifs. Néanmoins, beaucoup de malades pensent qu'ils ont un trouble du système immunitaire ou bien qu'ils ont le candida. À présent, il n'existe aucune évidence scientifique claire sur ces sujets, bien que, comme nous l'avons mentionné auparavant, les récepteurs des benzodiazépines sont présents dans les intestins et que l'usage ou le sevrage d'une benzodiazépine peut affecter les réactions immunitaires. Il existe des preuves qu'une hyperventilation chronique provoque une libération d'histamine (une substance libérée lors des réactions allergiques) et que l'incidence à l'intolérance ainsi que les réactions "pseudo-allergiques" seraient chroniquement élevées chez les hyperventilés. Des conseils diététiques, respiratoires ainsi que dans le cas d'infections de type candida sont donnés dans les livres écrits par Shirley Trickett dont les références sont indiquées à la fin de ce chapitre. Il est en général contre-indiqué de se maintenir à un régime d'exclusion stricte; en suivant un régime équilibré et normal et en prenant des mesures saines d'hygiène de vie comprenant une activité physique régulière, les symptômes gastro-intestinaux dus au sevrage, devraient diminuer progressivement.

Vivre avec des symptômes de sevrage prolongés. Plusieurs personnes ont mentionné leur peur que certains symptômes puissent être permanents, dont elles ne guériraient pas complètement, surtout des symptômes associés au fonctionnement cognitif comme la mémoire et le raisonnement en plus des autres problèmes comme la douleur musculaire et les problèmes gastro-intestinaux.

Vous pouvez être réassuré. Tout tend à prouver que les symptômes diminuent régulièrement presque toujours après le sevrage même si parfois une période assez longue peut être nécessaire, voire plusieurs années dans certains cas. La majorité des gens voient une diminution marquée avec le temps, habituellement loin des symptômes endurés au début du sevrage et qui vont presque tous disparaître. Toutes les études démontrent une grande amélioration dans les fonctions cognitives et tous les symptômes physiques. Même si les études n'ont pas dépassé une année, les résultats suggèrent une amélioration continue. Il n'y a absolument aucune évidence qui démontre que les benzodiazépines peuvent causer des dommages permanents au cerveau, au système nerveux ou à tout notre organisme.

Les gens qui doivent endurer des symptômes prolongés peuvent s'aider en prenant soin d'eux. Par exemple, ils peuvent:

1. **Faire de l'exercice physique:** L'exercice physique améliore la circulation sanguine par tout l'organisme, incluant le cerveau. Il faut trouver ce que l'on aime, commencer doucement et augmenter au fur et à mesure que l'on s'améliore. De plus, il faut s'exercer régulièrement car l'amélioration de tout notre organisme aide à combattre la dépression, à diminuer la fatigue et à obtenir une meilleure forme physique.
2. **Activer leur cerveau:** Il faut utiliser son cerveau en appliquant des méthodes qui améliorent l'efficacité de celui-ci: faire des listes, faire des mots croisés, et surtout trouver ce qui nous dérange le plus car nous pouvons toujours améliorer une situation dérangeante temporairement. Cette manière de fonctionner permet de compenser pour les manques cognitifs temporaires.
3. **Augmenter son intérêt:** Chercher à apprendre quelque chose de nouveau qui oblige le cerveau à travailler en augmentant la motivation et l'intérêt pour autre chose tout en vous distrayant de vos symptômes.
4. **Se calmer:** Il faut surtout éviter de s'en faire. S'inquiéter, avoir peur et être nerveux augmente les symptômes de sevrage. Plusieurs de ces symptômes sont dus à l'anxiété seulement et non à des problèmes au cerveau ou du système nerveux. Les gens qui ont peur du sevrage ont parfois une plus grande intensité de symptômes que ceux pour qui le sevrage se vit au fur et à mesure des jours sans s'en faire et qui ont confiance dans leur guérison.

Les benzodiazépines et leur temps résiduel dans l'organisme après un sevrage. Les individus présentant des symptômes prolongés posent souvent cette question. Est-il possible qu'une des causes des symptômes prolongés soit le fait que les benzodiazépines restent dans le système après plusieurs mois, cachées peut-être dans des tissus tels que ceux du cerveau et des os ? Une élimination lente provenant de ces sites maintiendrait-elle la continuation des symptômes de sevrage ?

Comme c'est le cas pour beaucoup d'autres inconnues concernant les benzodiazépines, les réponses à ces questions sont encore incertaines. Les

concentrations sanguines de benzodiazépine ont été mesurées et ont indiquées qu'elles atteignaient des niveaux indétectables 3 ou 4 semaines après la cessation de leur utilisation chez des individus sevrés pour des doses cliniques. Il est difficile d'obtenir de l'information sur les concentrations de benzodiazépines au niveau du cerveau ainsi que dans les autres tissus, en particuliers chez les humains. Nous sommes certains que les benzodiazépines pénètrent le cerveau et aussi qu'elles se dissolvent dans tous les tissus gras (contenant des lipides) y compris les dépôts dans tout notre corps. Il est possible qu'elles se cachent dans de tels tissus pendant une certaine période de temps et qu'elles soient devenues indétectables au niveau sanguin. Cependant, la plupart des tissus du corps sont en équilibre avec le sang, qui les alimente sans cesse et il n'existe aucun mécanisme qui indiquerait, que les benzodiazépines seraient "bloquées" dans les tissus tels que ceux du cerveau. Il n'existe aucune donnée sur combien de temps les benzodiazépines restent dans les os, lesquels ont une concentration de graisse plus faible mais aussi un cours plus lent de recouvrement cellulaire.

Néanmoins, la concentration en benzodiazépines, restant dans les tissus de l'organisme après un sevrage, doit être très faible autrement, les drogues se retrouveraient à nouveau dans le sang en quantités perceptibles. Il est difficile d'imaginer que de telles concentrations seraient suffisantes pour provoquer des effets cliniques ou encore que des effets directs puissent durer pendant des mois, voire des années. Cependant, il n'est pas concevable que même des concentrations faibles soient assez efficaces pour empêcher le retour à l'état pré-benzodiazépine normal des récepteurs de GABA/benzodiazépine dans le cerveau. Si c'est le cas, les récepteurs pourraient continuer à être résistants aux actions de nature calmante des GABA (voir le [Chapitre I](#)) et l'effet serait de prolonger l'état d'hyperexcitabilité du système nerveux. Les facteurs possibles qui contribuent aux symptômes prolongés sont indiqués dans le [Tableau 4](#).

[Cette monographie se termine sur beaucoup d'inconnues: le sevrage d'une benzodiazépine reste une histoire inachevée. Nous espérons que les expériences, de nombreux patients, décrites dans ce livre aideront à amener une sensibilisation au niveau de la profession médicale et des problèmes publics associés à l'usage prolongé d'une benzodiazépine ainsi qu'à son sevrage.]

ÉPILOGUE

Cette étude se termine sur plusieurs questions dont les réponses sont encore inconnues. Le sevrage des benzodiazépines demeure un rapport à terminer. Plusieurs aspects ont besoin d'une attention spéciale comme:

1/ Éducation. Tous les médecins et les gens du milieu paramédical devraient acquérir une meilleure connaissance afin de prescrire les benzodiazépines sur une très courte période seulement. Ils devraient connaître aussi l'effet de dépendance associée aux benzodiazépines et les méthodes de sevrage (un sevrage en douceur sur une longue période et un support constant aux personnes concernées). Tout ce protocole devrait être enseigné aux médecins de famille, psychiatres et autres spécialistes, au personnel des unités de désintoxication, aux pharmaciens, aux psychologues et autres thérapeutes incluant aussi les infirmières et le personnel médical du milieu

communautaire. Il faut augmenter la prise de conscience générale à ce sujet par des pressions du public pour accélérer l'établissement de ces mesures.

2/ Recherche. Plus de recherches sont nécessaires sur les effets secondaires de l'utilisation prolongée des benzodiazépines. L'étude devrait porter particulièrement sur la structure du cerveau en utilisant les techniques modernes de résonances magnétiques et de la circulation sanguine au cerveau (MRI) combinée à des tests neurologiques. Plus de recherches sont nécessaires sur les glandes endocrines, sur le système gastro-intestinal, le système immunitaire et la prise de benzodiazépines.

3/ Méthodes de traitement. De meilleures techniques pour traiter l'insomnie et l'anxiété doivent être développées. Je doute fort qu'une nouvelle drogue puisse guérir l'anxiété ou l'insomnie mais il doit être possible de développer des agents pharmacologiques moins dommageables et avec moins d'effets secondaires. Par exemple, les rats traités avec le flumazénil et une benzodiazépine ne développent pas de tolérance aux benzodiazépines tout en ayant quand même l'effet anxiolytique désiré. Une telle combinaison pourrait peut-être fonctionner chez l'humain mais n'a pas encore été testée car aucun comprimé de flumazénil que l'on peut avaler n'est disponible. De même, les égalisateurs d'humeur anticonvulsifs comme gabapentin, tiagabine et pregabalin peuvent peut-être aussi remplir ses promesses car leur mode d'efficacité est différent des benzodiazépines. En même temps, les thérapies psychologiques pour le traitement de l'anxiété et l'insomnie peuvent être améliorées et mieux enseignées à tous. Il est sûrement possible de développer de nouvelles méthodes différentes de celles prescrites dans ce document pour le sevrage des gens dépendants des benzodiazépines.

4/ Centre pour le sevrage. Des centres spécialisés en sevrage pour ceux dépendant de l'alcool ou des drogues fortes récréatives ne répondent pas au besoin des gens dépendant des benzodiazépines qui le sont devenus par ordonnance médicale. Ces places qui détachent le monde très rapidement et selon une méthode rigide sont tout à fait inadaptées dans la désintoxication des benzodiazépines. Il y a un besoin urgent de cliniques spécialisées dans le sevrage des benzodiazépines où les patients pourraient recevoir l'aide individuelle et personnalisée (souple, compréhensive et nécessaire), en plus du support par une thérapie appropriée. Pour le moment, il y a trop peu d'endroits ou de groupes bénévoles qui supportent les gens dans leur sevrage avec des moyens financiers on ne peut plus précaires. Un financement approprié fournirait aussi la possibilité d'organiser le sevrage à la maison où les patients en crises pourraient obtenir des périodes d'aide sporadiques dans les pires moments dans une ambiance d'entraide et familial.

Finalement, c'est encore une grande tragédie qu'au 21^{ème} siècle des millions de personnes dans le monde doivent souffrir des effets secondaires des benzodiazépines seules. Près de 50 ans après l'apparition des benzodiazépines et de leur utilisation comme médicament dans les années 50, il y a encore sûrement un besoin pour une monographie comme celle-ci. Cependant, j'espère que l'expérience décrite dans celle-ci, acquise auprès de nombreux patients, aidera à conscientiser tous les professionnels de la santé ainsi que le publique en général aux problèmes associés à l'utilisation prolongée des benzodiazépines et du problème de sevrage.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

- Ashton, H. (1994) Benzodiazepine withdrawal: unfinished story. British Medical Journal 288,135-40.
- Ashton, H. (1991) Protracted withdrawal syndromes from benzodiazepines. Journal of Substance Abuse Treatment 8,19-28.
- Ashton, H. (1995) Protracted withdrawal from benzodiazepines: The post-withdrawal syndrome. Psychiatric Annals 25,174-9.
- Ashton, H. (1994) The treatment of benzodiazepine dependence. Addiction 89,1535-41.
- Trickett, S. (1998) Coming Off Tranquillisers, Sleeping Pills and Antidepressants. Thorsons, London.
- Trickett, S. (1994) Coping with Candida. Sheldon Press, London 1994.
- Tyrer, P. (1986) How to Stop Taking Tranquillisers. Sheldon Press, London.

DÉNI MÉDICAL

Ce déni médical devrait être lu en association avec les [Termes et Conditions](#) de l'utilisation du site www.benzo.org.uk.

Le matériel publié dans ce site est pour l'information générale du public seulement. L'auteur et l'éditeur ne sont aucunement impliqués dans les avis médicaux sur la santé, les conseils psychologiques ou services personnels ou professionnels contenus sur ce site.

Le matériel contenu dans ce texte est incomplet et ne couvre pas toutes les maladies, conditions physiques et leurs traitements. L'information sur les médicaments contenus sur ce site est de nature générale. Tous les usages possibles, précautions, effets secondaires et interactions des médicaments mentionnés ne sont pas tous contenus dans l'article.

L'information ne doit pas être utilisée pour le traitement des problèmes de santé. Ceci n'est pas un substitut aux soins professionnels et ne doit pas servir d'avis médical pour évaluer les risques et bienfaits d'un médicament en particulier. Il est important de consulter un professionnel de la santé.

L'auteur et l'éditeur de ce site n'assument aucune responsabilité pour les inexactitudes et omissions ou pour les conséquences dues à l'utilisation de l'information obtenue sur ce site. Ils rejettent particulièrement toute responsabilité de dégradations ou risques personnels ou autres qui pourraient advenir en conséquence directe ou indirecte de l'utilisation de tout matériel contenu dans ce site.

Il est recommandé aux lecteurs de consulter d'autres sources d'information et de ne pas hésiter à prendre conseil auprès de leur médecin lorsqu'il s'agit de prendre une décision liée à leur état de santé. Si vous suspectez ou pensez avoir un problème de santé, vous devez d'abord consulter un professionnel de la santé. Le matériel de ce site n'a en aucun cas l'ambition de se substituer aux recommandations médicales offertes par des médecins ou à l'historique et à l'examen médical fait par un médecin.

Dans tous les cas avant d'adopter quelques recommandations que se soient de ce rapport ou d'en tirer une conclusion, vous devriez consulter votre médecin.

Elli Oxtoby (Avocat)
Research & Innovation Services
University of Newcastle Medical School
Téléphone: 0191 222 5508

The Ashton Manual
Professor C Heather Ashton

Professor C Heather Ashton, DM, FRCP
Emeritus Professor of Psychopharmacology
Academic Psychiatry, Wolfson Research Centre,
Institute of Neuroscience, Newcastle University,
Newcastle upon Tyne, NE4 5PL, England, UK



THE ASHTON MANUAL IN OTHER LANGUAGES

- Please be advised that Professor Ashton is now fully retired and no longer based at Newcastle University. She is therefore unable to deal with personal email enquiries with regard to benzodiazepine-related problems. Please also note that Professor Ashton does not support or endorse any internet support group.
- Metabolism of benzodiazepines, The Ashton Manual Supplement, Professor C Heather Ashton, added November 21, 2013.
- Benzodiazepines: Risks and benefits. A reconsideration (Baldwin et al.), A Review by Professor C Heather Ashton, November 2013.
- Testimonials in recognition of the work of Professor C. Heather Ashton, DM, FRCP (Recovery Road).
- Addiction to Prescribed Drugs, Professor C Heather Ashton, BMA Meeting, January 22, 2013.
- The Ashton Manual in Japanese. Launched August 19, 2012. PDF File.
- Comments on the latest draft of the DoH consensus statement, Professor C Heather Ashton, May 15, 2012.
- Letter from Professor C Heather Ashton to Anne Milton MP, Public Health Minister, April 24, 2012.
- Nutritional Supplements, The Ashton Manual Supplement, Professor C Heather Ashton, added April 12, 2012.
- The Bridge Project, Bradford - Speech by Professor C Heather Ashton, December 2011.
- Response to Dr Heath, President of the RCGP, Professor C Heather Ashton, August 2, 2011.
- Comments on the NTA/NAC reports, Professor C Heather Ashton, June 8, 2011.
- The Ashton Manual Supplement, Professor C Heather Ashton, April 7, 2011.
- Benzodiazepines and Coming off Medication (video), Professor Heather Ashton, Dr. Joanna Moncrieff, Prof. David Healy and Adam Jhugroom, APRIL conference, November 2008. More April videos.
- Prescribing Influences in Mental Health (video), Professor Heather Ashton, APRIL conference, November 2008. More April videos.
- Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: cost-effectiveness, Christine Godfrey, Nick Heather, Alison Bowie, Jennifer Brodie, Steve Parrott, Heather Ashton & Brian McAvoy, August 2008 (PDF).
- Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: outcome of intervention, Nick Heather, Alison Bowie, Heather Ashton, Brian McAvoy, Ian Spencer, Jennifer Brodie, David Giddings, April 2004 (PDF).
- High frequency localised "hot spots" in temporal lobes of patients with intractable tinnitus: A quantitative electroencephalographic (QEEG) study, Heather Ashton et al., August 2007.
- The role of the pharmaceutical companies in the treatment of mental ill health, Professor C Heather Ashton, Durham, May 18, 2007.
- Reply to Health Minister Rosie Winterton, Professor C Heather Ashton, January 9, 2007.
- Benzodiazepines: Problems & ? Solutions, All-Party Action Group on Tranquilliser Addiction, House of Commons, London, November 7, 2006.

- [The diagnosis and management of benzodiazepine dependence](#), Professor C Heather Ashton, 2005.
- A [DVD](#) of Professor C. Heather Ashton's lecture on April 4, 2006, Vancouver B.C. is now available. For more details and ordering information please visit this [web site](#). Preview on [YouTube](#).
- [Overprescribing of Benzodiazepines: Problems and Resolutions](#), 3rd Annual Benzodiazepine Conference in Bangor, Maine, October 11, 2005.
- [History of Benzodiazepines: What the Textbooks May Not Tell You](#), 3rd Annual Benzodiazepine Conference in Bangor, Maine, October 12, 2005.
- [Bristol Tranquilliser Project AGM Lecture](#), Professor C Heather Ashton, October 2005.
- [Protracted Withdrawal Symptoms from Benzodiazepines](#), Professor C Heather Ashton, 2004.
- [Benzodiazepines: The Skeleton in the Cupboard](#), Professor C Heather Ashton, Beat The Benzos Conference, Avant Hotel, Oldham, April 23, 2004. [[Version française](#)] [[Dansk version](#)]
- [Reply to Health Minister Rosie Winterton](#), Professor C Heather Ashton, January 30, 2004.
- [Department of Health Submission and Correspondence](#), Professor C Heather Ashton, 2003-2004.
- [Benzodiazepines: How they Work & How to Withdraw \(The Ashton Manual\)](#), Professor C Heather Ashton, 2002.
- [The Ashton Manual in other languages: French, German, Spanish, Italian, Polish, Finnish, Danish, Swedish, Dutch, Japanese](#).
- [Professor Ashton's Curriculum Vitae](#).
- [Benzodiazepine Abuse](#), Professor C Heather Ashton, 2002.
- [Benzodiazepines & Older People](#), Professor C Heather Ashton, March, 2002. [[Dansk version](#)]
- [A View from the Shoulders of Giants. A Review of David Healy's "The Psychopharmacologists III"](#), Professor C Heather Ashton, September 2001.
- ["Chemical Imbalance"](#), Professor C Heather Ashton, August 28, 2001.
- [Benzodiazepine Equivalence Table](#), Professor C Heather Ashton, June 2001.
- [Reasons for a diazepam \(Valium\) taper](#), Professor C Heather Ashton, April 2001.
- [All benzodiazepines are non-selective](#), April 2001.
- [No evidence that benzodiazepines are "locked up" in tissues for years](#), March 2001 - [Clarification about brain damage](#), Professor C Heather Ashton, August 29, 2002.
- [Benzodiazepines: The Still Unfinished Story](#), Beat The Benzos Conference Speech, Professor C Heather Ashton, London, November 1, 2000.
- [Benzodiazepine Tranquillisers and Hypnotics](#). Evidence submitted to the House of Commons Health Committee 1999, sixth report (Revised October 2002) Professor C Heather Ashton.
- [Guidelines for Withdrawal of Antidepressant Drugs](#), Professor C Heather Ashton, January 2001.
- [SSRIs, Drug Withdrawal and Abuse: Problem or Treatment?](#) C. Heather Ashton and Allan H. Young, 1999.
- [Benzodiazepine Dependency](#), Professor C Heather Ashton, 1997.
- [Long-Term Effects of Benzodiazepine Usage: Research Proposals](#), Professor C Heather Ashton, 1995-96.
- [Protracted Withdrawal From Benzodiazepines: The Post-Withdrawal Syndrome](#), Professor C Heather Ashton, March 1995. [[Dansk version](#)]
- [Toxicity and Adverse Consequences of Benzodiazepine Use](#), Professor C Heather Ashton, March 1995.
- [The Treatment of Benzodiazepine Dependence](#), Professor C Heather Ashton, 1994.
- [Guidelines for the Rational Use of Benzodiazepines, When and What to Use](#), Professor C Heather Ashton, 1994.
- [Protracted Withdrawal Syndromes from Benzodiazepines](#), Professor C Heather Ashton, 1991.
- [Helping patients come off benzodiazepines](#), The Pulse, July 22, 1989.
- [Anything for a quiet life?](#) Professor C Heather Ashton, May 6, 1989.
- [Risks of dependence on benzodiazepine drugs: a major problem of long term treatment](#), Professor C Heather Ashton, January 1989.
- [A problem with lorazepam?](#) Professor C Heather Ashton, 1988.
- [Doctors turn to more addictive short-acting benzodiazepines](#), Professor C Heather Ashton, Druglink 1988.
- [Benzodiazepine Withdrawal: Outcome in 50 Patients](#), 1987.

- Dangers and medico-legal aspects of benzodiazepines, Professor C Heather Ashton, 1987.
- Adverse Effects of Prolonged Benzodiazepine Use, Professor C Heather Ashton, June, 1986.
- Drug Newsletter, Benzodiazepine dependence and withdrawal: an update, Professor C Heather Ashton, April 1985.
- Benzodiazepine overdose: are specific antagonists useful? Professor C Heather Ashton, March 16, 1985.
- Benzodiazepine Withdrawal: An Unfinished Story, Professor C Heather Ashton, April 14, 1984.
- Pharmacology and effects of cannabis: a brief review, The British Journal of Psychiatry, Professor C Heather Ashton, February 2001.
- Cannabis News Stories.