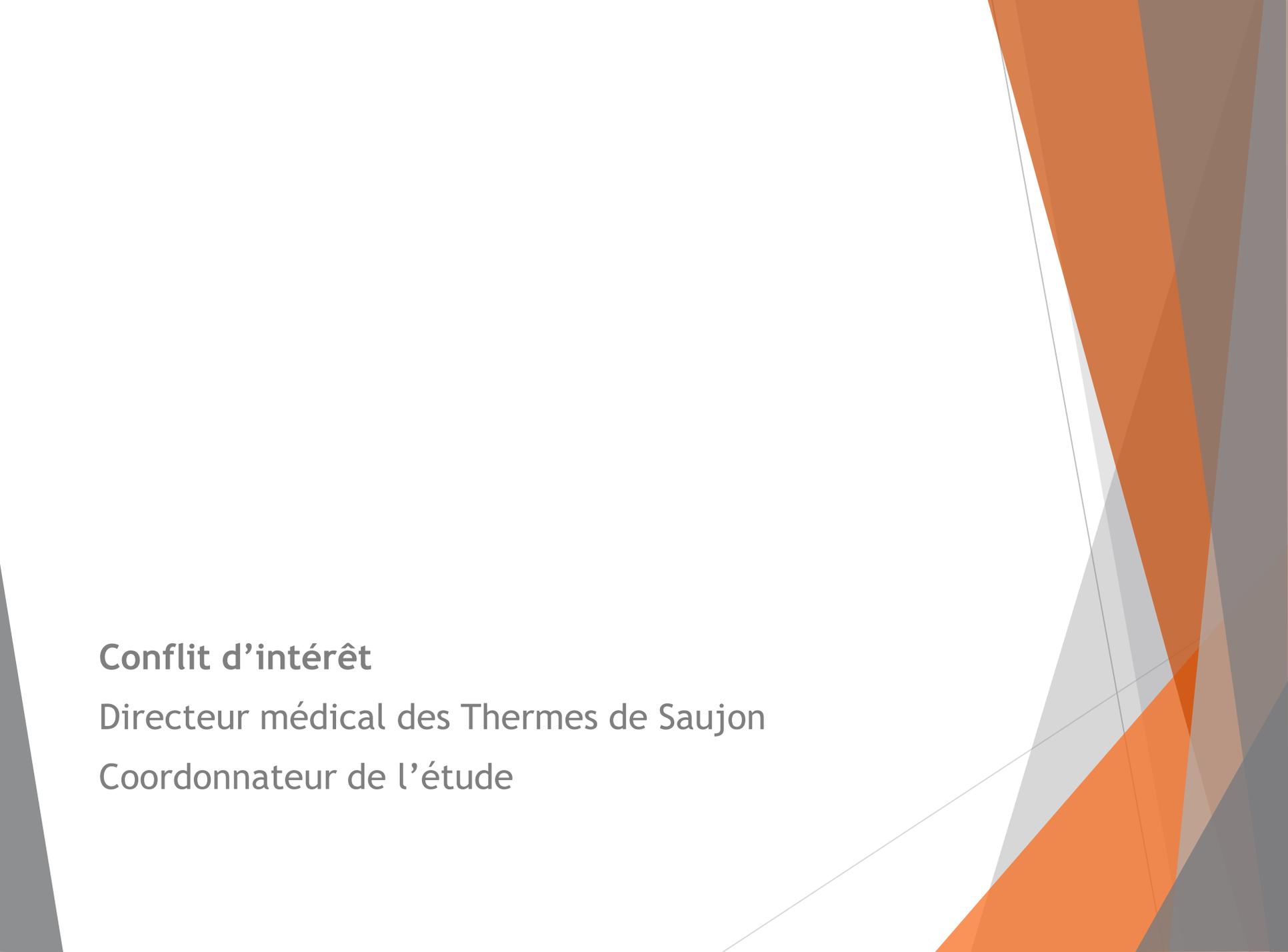


Protocole psychoéducatif en cure thermale pour sevrage de benzodiazépines : Mise en place et faisabilité

Dr Olivier DUBOIS (Saujon) - ARSPG - 31 mars/2 avril 2015



Conflit d'intérêt

Directeur médical des Thermes de Saujon

Coordonnateur de l'étude

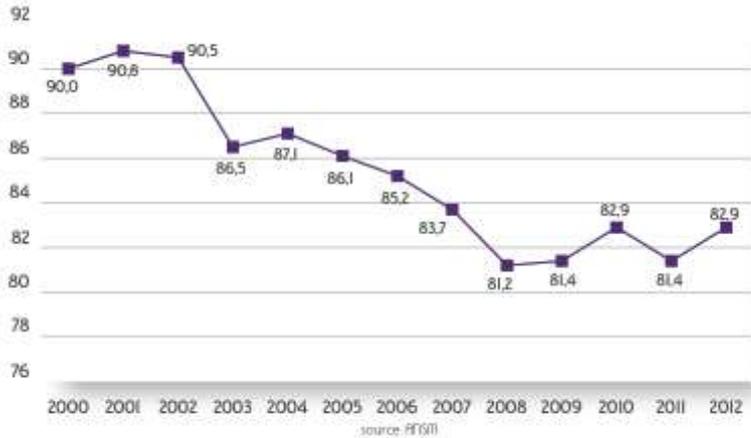
CONTEXTE

Utilisation des BZD en France*

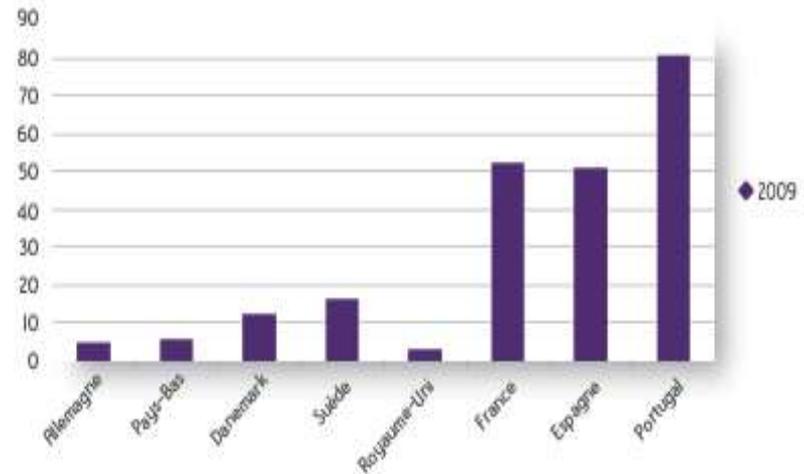
- 11,5 millions de Français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine en 2012
- 131 millions de boîtes de benzodiazépines ont été vendues en 2012
- 22 % des consommateurs ont recours à 2 benzodiazépines simultanément
- 64,2 % des consommateurs sont des femmes.
- L'âge médian des consommateurs est de 56 ans
- Environ un tiers des femmes de plus de 65 ans consomment une benzodiazépine anxiolytique et 18 % une benzodiazépine hypnotique
- Le temps d'utilisation annuel :
 - benzodiazépines anxiolytiques : 5 mois
 - benzodiazépines hypnotiques : 3,9 mois(temps plus élevé chez les plus de 65 ans)

* État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, ANSM Janvier 2014

CONTEXTE



Consommation totale de Benzodiazépines / DDJ / 1000 hab.



- **2ème pays européen** le plus consommateur d'anxiolytiques et d'hypnotiques en 2009
- Un des 5 **enjeux majeurs** de la HAS en termes de santé publique

RISQUES LIÉS A L'USAGE DES BENZODIAZÉPINES (1)

- Altération des fonctions psychomotrices pouvant survenir dans les heures suivant la prise
- Altération de l'état de conscience
 - ✓ somnolence, coma
- Confusion
- Effets paradoxaux :
 - ✓ Agitation, insomnie
- Troubles du comportement :
 - ✓ agitation,
 - ✓ agressivité,
 - ✓ impulsivité,
 - ✓ désinhibition,
 - ✓ idées délirantes,
 - ✓ hallucinations...
- Troubles mnésiques :
 - ✓ amnésie antérograde

RISQUES LIES A L'USAGE DES BENZODIAZEPINES (2)

- Risque de chute (augmenté chez le sujet âgé)
- Risque d'AVP
 - ✓ BZD et conduite automobile :
 - ✓ AFSSAPS : « augmentation hautement significative du risque d'accident »
 - ✓ FDA (janvier 2013) : « effet rémanent du Zolpidem sur la vigilance »
- Risque d'abus et de dépendance:
 - ✓ Tolérance
 - ✓ Syndrome de sevrage

3 types de populations dépendantes aux BZD

- **Les dépendants aux doses thérapeutiques** : les plus nombreux patients devenus dépendants par la prise répétée de BZD, pendant des mois ou des années à des doses thérapeutiques.
- **Les dépendants à des doses de BZD très élevées** : minoritaires, qui de leur propre initiative augmentent leur dose de BZD à des niveaux très importants, et recourent pour cela à un nomadisme médical pour augmenter les prescriptions ;
- **Les sujets qui prennent les BZD dans un contexte de toxicomanie** avec consommation de drogues multiples.

RISQUES LIES A L'USAGE DES BENZODIAZEPINES (3)

- Augmentation du risque de développer la maladie d'Alzheimer (BMJ, 2014)

« La force de l'association augmente avec la durée de l'exposition et avec l'utilisation de benzodiazépines à longue durée d'action, par opposition aux benzodiazépines à courte durée d'action »

« même si le lien de cause à effet n'est pas prouvé, l'association plus forte observée avec des expositions à long terme renforce la suspicion d'un lien direct possible, même si l'usage des benzodiazépines peut également être un marqueur précoce d'un état associé à un risque accru de démence. »



BMJ 2014;349:g5205 doi: 10.1136/bmj.g5205 (Published 9 September 2014)

Page 1 of 10



RESEARCH

Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study

OPEN ACCESS

Sophie Billioti de Gage *PhD student*¹, Yola Moride *professor*^{2,3}, Thierry Ducruet *researcher*², Tobias Kurth *director of research*^{4,5}, Hélène Verdoux *professor*^{1,6}, Marie Tournier *associate professor*^{1,6}, Antoine Pariente *associate professor*¹, Bernard Bégaud *professor*¹

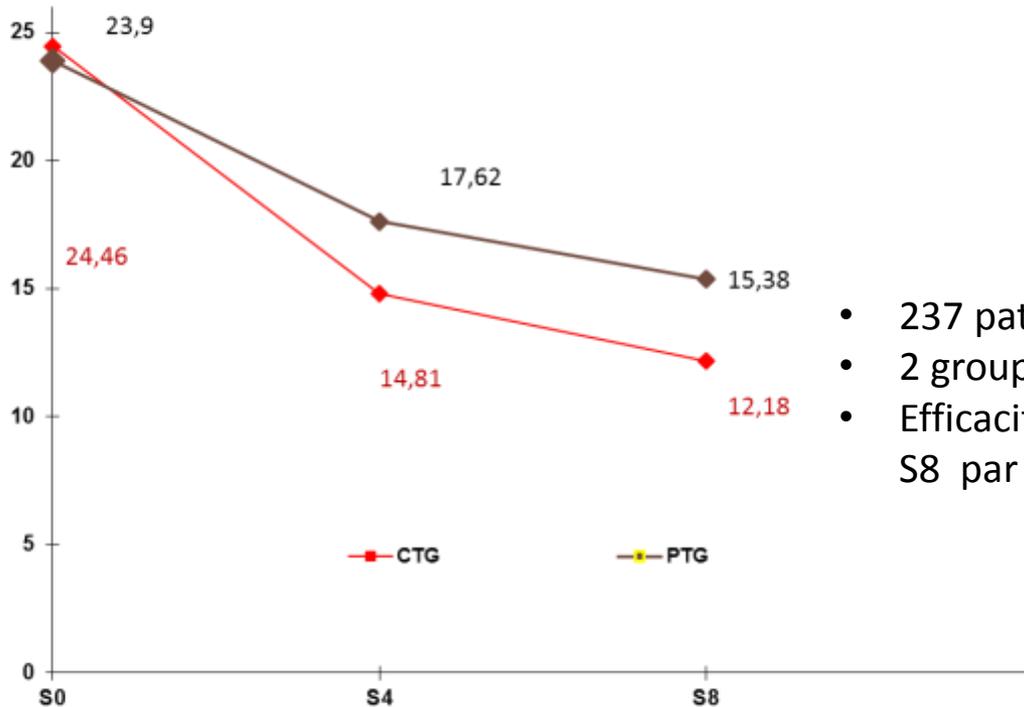
Justification de l'étude SPECTh

Sevrage Psychoéducatif en cure thermale

Atouts du thermalisme

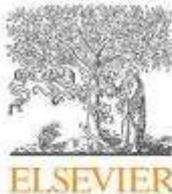
- ▶ Efficacité de la **crénothérapie** (étude STOP TAG)
- ▶ **Suivi médicalisé** pendant la cure
- ▶ Prise en charge **pluridisciplinaire**
- ▶ **Unité** de temps et de lieu
- ▶ Lieu institutionnel **moins stigmatisant et moins régressant** que l'hospitalisation

Étude STOP TAG



- 237 patients
- 2 groupes randomisés CTH / PTH
- Efficacité significativement supérieure à S8 par rapport à S4

- Démontre l'effet anxiolytique significatif par rapport au médicament de référence



Balneotherapy versus paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder

Olivier Dubois^a, Roger Salamon^b, Christine Germain^b,
Marie-France Poirier^c, Christiane Vaugeois^d, Bernard Banwarth^e,
Fayçal Mouaffak^c, André Galinowski^{c,*}, Jean Pierre Olié^c

^a *Saujon Clinic, BP 30-17600 Saujon, France*

^b *Institute of Public Health, Epidemiology and Development "ISPED" Bordeaux University II Box, 11, rue Leo-Saignat, 146-33076 Bordeaux Cedex, France*

^c *Inserm U796, Pathophysiology of Psychiatric Disorders, University Paris Descartes, Faculty of Medicine, Sainte-Anne Hospital, 1 rue Cabanis 75014 Paris, France*

^d *Le Manoir Clinic, 09400 Ussat Les Bains, France*

^e *University Hospital Group Pellegrin-Tripode, Place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux Cedex, France*

Available online 6 January 2010

KEYWORDS

Psychic anxiety;
Somatic anxiety;
Generalized anxiety
disorder;
Balneotherapy;
Paroxetine

Summary

Introduction: Preliminary studies have suggested that balneotherapy (BT) is an effective and well-tolerated treatment for generalized anxiety disorder (GAD) and psychotropic medication withdrawal syndrome. We carried out a study in 4 spa resorts to assess the efficacy of BT in GAD.

Method: We compared BT to paroxetine in terms of efficacy and safety in a randomized multicentre study lasting 8 weeks. Patients meeting the diagnostic criteria of GAD (DSM-IV) were recruited. Assessments were conducted using the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) and other scales, by a specifically trained and independent physician. The primary outcome measure was the change in the total HAM-A score between baseline and week 8.

Results: A total of 237 outpatients were enrolled in four centres; 117 were assigned randomly to BT and 120 to paroxetine. The mean change in HAM-A scores showed an improvement in both groups with a significant advantage of BT compared to paroxetine (−12.0 vs −8.7; $p < 0.001$). Remission and sustained response rates were also significantly higher in the BT group (respectively 19% vs 7% and 51% vs 28%).

Conclusion: BT is an interesting way of treating GAD. Due to its safety profile it could also be tested in resistant forms of generalized anxiety and in patients who do not tolerate or are reluctant to use pharmacotherapies.

© 2009 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Hypothèse

- Efficacité de la cure thermique pour traiter le TAG
- Les séjours en cure thermique pourraient permettre d'obtenir le sevrage des traitements par benzodiazépines (BZD)

Programme SPECTh

Présentation

The background features abstract geometric shapes in shades of orange, grey, and white. A prominent orange shape is on the right side, with a grey shape overlapping it. The overall design is clean and modern.

Objectifs du programme

Objectif principal

- ▶ Réduction de la consommation de BZD à 6 mois

Objectifs secondaires

- ▶ Consommation aux différents stades du sevrage
- ▶ Evolution (J15, 30, 60, 90 et 180)
 - ▶ De l'anxiété
 - ▶ Du sommeil
 - ▶ De la dépendance
 - ▶ De la symptomatologie dépressive

Critères d'inclusion dans le programme

- ▶ Surconsommation de BZD ou médicaments apparentés en regard des recommandations de l'agence du médicament
- ▶ Stabilité thérapeutique depuis au moins 3 mois
- ▶ Motivation exprimée du patient (consentement au sevrage signé)
- ▶ Âge : entre 18 et 85 ans

Liste des BZD et apparentés

Vingt-deux benzodiazépines – ou apparentées – sont actuellement commercialisées en France.

Benzodiazépines et apparentées actuellement commercialisées en France :

Substance active	Nom des spécialités commercialisées
Tranquillisants	
Alprazolam	Xanax et génériques
Bromazépam	Lexomil et génériques
Clobazam ¹	Urbanyl
Clorazépate potassique	Tranxene
Clotiazépam	Veratran
Diazépam	Valium
Ethyl loflazépate	Victan
Lorazépam	Temesta et génériques
Nordazépam	Nordaz
Oxazépam	Seresta et génériques
Prazépam	Lysanxia et génériques
Hypnotiques	
Estazolam	Fluctalon
Flunitrazépam	Rohypnol, Narcozep
Loprazolam	Havlane
Lormétazépam	Fluctamide
Midazolam	Hypnovel et génériques Versed
Nitrazépam	Mogadon
Témozépam	Normison
Apparentés aux benzodiazépines	
Zolpidem	Stilnox et génériques
Zopiclone	Imovane et génériques
Musclé-relaxant	
Tétrazépam	Mylolston et génériques
Anticonvulsivant	
Clonazépam	Rivotril

Critères d'excès de consommation des BZD

Consommation chronique

- ▶ Consommation quotidienne depuis plus de 3 mois

Consommation excessive

- ▶ Consommation quotidienne d'au moins 2 BZD différentes

Programme SPECTh pluridimensionnel

- ▶ Balnéothérapie
- ▶ Suivi médical -3 consultations
- ▶ Suivi psychologique (individuel) - 2 entretiens
- ▶ Ateliers psycho-éducatifs (groupes) - 6 ateliers
- ▶ Relaxation - 4 séances

Programme balnéothérapeutique

- ▶ Bains bouillonnants
- ▶ Massages sous l'eau
- ▶ Douches thermales
- ▶ Piscine

Consultations médicales

- ▶ Entretiens évaluatifs hebdomadaires
- ▶ Informations à visée psycho-éducative (traitement et sevrage médicamenteux)
- ▶ Commentaires sur autoévaluations et agendas
- ▶ Programmation du projet de réduction thérapeutique

Règles de réduction Consignes de rythme de réduction

- × S'assurer que les doses actuelles sont stabilisées depuis au moins 15 jours.
- × Planifier la réduction
 - sur 4 à 6 semaines (posologie faible / dépendance moyenne)
 - sur 8 à 12 semaines (posologie élevée / dépendance forte)
- × Homogénéiser le traitement si possible à l'aide d'une monothérapie
- × Se servir des règles d'équivalence (annexe II)
- × Tendre progressivement vers une seule dose quotidienne de prescription
Le médicament de référence pour entamer le sevrage pourrait être le **CLAZEPAN** ou **VALIUM**.
Glisser progressivement vers l'unité par équivalence à ce produit, puis dans un second temps vers un dosage de 10mg, puis 5, puis 2 avant d'arrêter.
Possibilité de passer à la voie buccale, Benzodiazépines à suspension buvable pour une réduction plus progressive (Anzapam, Clazepam, ...)
- × Tendre vers une prescription d'un lot national
- × Favoriser la substitution par un analogue à fréquence d'usage élevée (annexe II)
(Pré: Roche et al. - Effets et dosage des anticonvulsifs Anti-Convulsifs - 1990 - 47 889 907)
- × Envisager la substitution par l'**ATAPAX** qui ne crée pas de dépendance
- × Conserver si besoin un neuroleptique léger à visée hypnotique: Privilégier alors **THEPÉLENE** en remplacement d'une Benzodiazépine
- × Remise d'agenda thérapeutique national (annexe I3) et agenda du sommeil (annexe II4) pour assurer le suivi

Début de la réduction thérapeutique à J6

	Sevrage sur 7 semaines		Sevrage sur 1 mois	
Pendant la cure	J6	diminution de 25 %	25 %	
	J12	diminution de 25 %	25 %	
	J18	diminution de 12,5 %	25 %	
Après la cure	J24	diminution de 12,5 %	12,5 %	
	J30	diminution de 6,25 %	ARRÊT	
	J36	diminution de 6,25 %		
	J42	diminution de 6,25 %		
	J48	ARRÊT		

A remplir quotidiennement

Agenda Sommeil / Eveil pendant la cure

	Hypnotique (X si prise)															Qualité du sommeil	Qualité de l'éveil	Remarques
		19 h	21 h	23 h	1 h	3 h	5 h	7 h	9 h	11 h	13 h	15 h	17 h					
lun																		
mar																		
mer																		
jeu																		
ven																		
sam																		
dim																		
lun																		
mar																		
mer																		
jeu																		
ven																		
sam																		
dim																		
lun																		
mar																		
mer																		
jeu																		
ven																		
sam																		
dim																		

Comment compléter les cases :

- ↓ Heure d'extinction de la lumière
- ↑ Heure du lever
- Fatigue
- ★ Envie de dormir

- Périodes de sommeil (griser)
- Périodes d'éveil nocturne ou diurne (ne rien mettre)
- sieste involontaire
- ⊙ sieste volontaire

Noter de 1 à 10
(1 très mauvaise qualité - 10 très bonne qualité)

A remplir quotidiennement

Calendrier de suivi de l'arrêt de BZD (1 fiche par médicament)

Nom du produit à arrêter :

Posologie initiale :

Dose finale attendue :

Date début de sevrage

Durée prévisible du sevrage 7 à 8 semaines

	Date	Consultation Médicale	Dose programmée	Dose réelle prise	Remarques / Observations*	
lundi						semaine 1
mardi						
mercredi						
jeudi						
vendredi						
samedi						
dimanche						
lundi						semaine 2
mardi						
mercredi						
jeudi						
vendredi						
samedi						
dimanche						
lundi						semaine 3
mardi						
mercredi						
jeudi						
vendredi						
samedi						
dimanche						

*Case pour noter un événement inhabituel pendant la période de réduction de la posologie ou pour que le médecin note un traitement ponctuel ou tout autre événement.

Entretiens psychoéducatifs et motivationnels individuels

- ▶ Réalisés par le psychologue à J1 et J18
- ▶ Remise des documents d'information avec commentaires
- ▶ Recherche d'alliance thérapeutique
- ▶ Motivation
Bénéfices / risques concernant BZD

Auto évaluation à J1 et J19

- ▶ Listes des échelles
 - ▶ ECAB (Cognitive scale for benzodiazepine attachment)
 - ▶ Échelle d'évaluation du sommeil
 - ▶ Échelle d'évaluation de la douleur (EVA)
 - ▶ HAD
 - ▶ BDI (inventaire de Beck-13 items)

Ateliers thérapeutiques

- ▶ Groupes de 6 à 12 patients
- ▶ Ateliers psychoéducatifs (APE), 6 thèmes de 1h30
- ▶ 4 ateliers de relaxation
(respiration abdominale, avec comptage, en créneaux - Jacobson - Schultz)

Programme (1^{ère} partie)

Consultation médicale N° 1

- ▶ Entretien évaluation psychologique / motivationnel N° 1
- ▶ **APE 1 Mécanismes d'action et prévention de la dépendance** (risques pour la santé)
 - ▶ *Relaxation N° 1*
- ▶ **APE 2 Arrêt des Benzodiazépines** (conditions d'arrêt, aspects physiologiques et psychologiques du sevrage, moyens pour y faire face, évaluation bénéfices/risques de la surconsommation)

Programme (2^{ème} partie)

- ▶ **APE 3 Comprendre le stress et l'anxiété** (mécanismes d'action, conséquences et comment y faire face)
 - ▶ *Relaxation N°2*

Consultation médicale N°2

- ▶ **APE 4 Les maladies secondaires au stress** (attaques de panique, troubles du sommeil, troubles liés à la consommation de substances, troubles somatoformes, dépression)
 - ▶ *Relaxation N°3*

Programme (3^{ème} partie)

- ▶ **APE 5 Les alternatives aux Benzodiazépines (TCC, méthodes psychocorporelles, crénothérapie)**
 - ▶ *Relaxation N° 4*
- ▶ **APE 6 Les techniques de gestion du stress (relaxation, organisation du temps...)**
- ▶ **Entretien évaluation psychologique/ motivationnel N° 2 (bénéfices de la prise en charge, objectifs gestion du stress et du sommeil, utilisation des techniques apprises)**

Consultation médicale N° 3 - Sortie/poursuite du programme de sevrage

Suivi post cure - SPC

- ▶ Dates du suivi post cure
J15 - J30 - J60 - J100 - J180
- ▶ Suivi par entretiens téléphoniques (psychologue)
- ▶ Accompagnement et soutien des patients

Résultats préliminaires

- ▶ 70 patients dans 4 stations thermales (orientation psychosomatique)
- ▶ 79% de femmes
- ▶ Moyenne d'âge 54 ans 9 mois
- ▶ 94 % des participants se sont estimés satisfaits
- ▶ 93% jugent le programme efficace

Étude SPECTh

Sevrage de Psychotropes par Éducation psychothérapique en Cure Thermale

- Promoteur :
AFRETh (Association Française pour la Recherche Thermale)
- Conseil scientifique :
Pr Philip Gorwood - Pr Jean Pierre Olié – Pr Jean Pierre Lépine – Dr André Galinowsky - Mr
Thierry Herguetta
Pr Roger Salamon - Dr Olivier Dubois

Étude SPECTh

Objectifs

- Étude de l'efficacité du sevrage de benzodiazépines par un programme psychoéducatif à base de TCC au cours d'une cure thermale de 3 semaines
- Faisabilité du programme

Étude SPECTh

Méthode

Étude de cohorte, prospective, multicentrique

4 centres de balnéothérapie

Cure thermale de 3 semaines

Suivi médical

Programme de psychoéducation

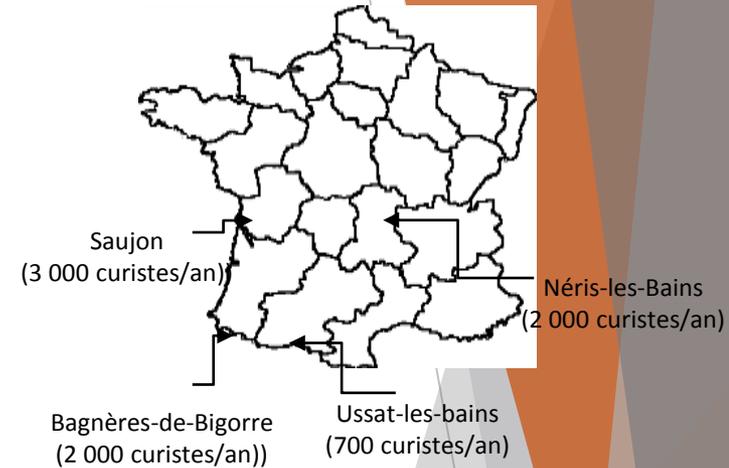
Relaxation

Suivi post-cure: J15, J30, M2, M3, M6

Calendrier de suivi de l'arrêt de BZD

Prescription actuelle de BZD

ECAB / HAD



Critères de jugement

- **Critère de jugement primaire**

- ↳ *Pourcentage d'arrêt (défini par le maintien de l'arrêt de consommation de bzd maintenue à 3 et 6 mois)*

- **Critères secondaires**

- ↳ *Évaluation de la consommation de BZD 6 mois après la fin de la cure, comparativement à la consommation initiale*

- ↳ *Évolution de la consommation de BZD en fin de cure et à chaque autoévaluation*

- ↳ *Évolution de la symptomatologie anxieuse, dépressive, de la dépendance et de la qualité du sommeil*

Critères d'inclusion

- Surconsommation de BZD (**AMM**)
 - Consommation constante \geq à 3 mois
 - 2 BZD \neq consommées quotidiennement
- **Stabilité thérapeutique** depuis au moins **3 mois**
- **Motivation exprimée** du patient
(consentement au sevrage signé)
- **Échec antérieur** à tentative d'arrêt des BZD
- **Âge** : entre 18 et 85 ans

Pathologies contre indiquées

- Psychopathie
- État limite
- Psychose Chronique
- Schizophrénie
- Alcoolodépendance
- Toxicomanie régulière

Résultats

9 groupes: 1 à Bagnères de Bigorre (8 patients)
2 à Nérès les Bains (13 patients)
4 à Saujon (39 patients)
2 à Ussat les Bains pour un total (10 patients)

- 3 patients préinscrits n'ont pas suivi le protocole
- 4 patients ont arrêté le protocole en cours de cure et n'ont pu faire l'objet du suivi évaluatif
- Au total, 73 patients ont été présélectionnés et 70 ont été intégrés et ont suivi le protocole.
- 66 patients ont été évalués à toutes les visites jusqu'à la visite de 6 mois.

Données socio-démographiques

La population d'étude est composée de 70 patients.

Les femmes représentent 78,57% (55/70). L'âge moyen est de 54 ans 9 mois avec un écart type de 10 ans et 5 mois.

Situation familiale	Marié(e)	41	(58.57%)
	Célibataire	15	(21.43%)
	Divorcé(e)	11	(15.71%)
	Veuf (ve)	2	(2.86%)
	Pacs	1	(1.43%)
	Total	70	(100.00%)
Profession	Retraités	23	(33.82%)
	Sans activité professionnelle	20	(29.41%)
	Employés	19	(27.94%)
	Cadre, profession libérale	5	(7.35%)
	Ouvriers	1	(1.47%)
	Total	68	(100.00%)

Caractéristiques des consommations de benzodiazépines

Consommation de benzodiazépines à l'inclusion						Benzodiazépines consommées à l'inclusion		Patients
		Fréquence	%	Freq cumul	% cumul			
Type de benzodiazépine à l'inclusion	Anxiolytique(s) et hypnotique(s)	31	44.29	31	44.29	Anxiolytiques à l'inclusion		
	Anxiolytique(s) seul(s)	34	48.57	65	92.86	XANAX : alprazolam		23
	Hypnotique(s) seul(s)	5	7.14	70	100.00	LEXOMIL : bromazépam		21
Nombre de molécules de benzodiazépine différentes à l'inclusion	1	38	54.29	38	54.29	LYSANXIA : prazépam		7
	2	25	35.71	63	90.00	TEMESTA : lorazépam		5
	3	6	8.57	69	98.57	RIVOTRIL : clonazépam		4
	4	1	1.43	70	100.00	SERESTA : oxazépam		3
	5	1	1.43	70	100.00	VALIUM : diazépam		2
Nombre de molécules de benzodiazépine-anxiolytique différentes à l'inclusion	0	5	7.14	5	7.14	MYOLASTAN : tétrazépam		2
	1	59	84.29	64	91.43	TRANXENE : clorazépate dipotassique		2
	2	5	7.14	69	98.57	VERATRAN : clotiazépam		1
	3	1	1.43	70	100.00	NORDAZ : nordazépam		1
Nombre de molécules de benzodiazépine-hypnotique différentes à l'inclusion	0	34	48.57	34	48.57	Hypnotiques à l'inclusion		
	1	33	47.14	67	95.71	STILNOX : zolpidem		20
	2	3	4.29	70	100.00	NOCTAMIDE : lormétazépam		9
Durée de prise avant inclusion	≥ 3 ans	53	80.30	53	80.30	IMOVANE : zopiclone		7
	≥ 1 an	6	9.09	59	89.39	HAVLANE : loprazolam		3
	≥ 6 mois	5	7.58	64	96.97	NORMISON : témazépam		1
	entre 3 et 6 mois	2	3.03	66	100.00			

Pourcentage de patients ayant arrêté totalement les BZD

Arrêt des benzodiazépines	%	Nb*
Oui	41,42	29
Non	58,58	41

Un patient est classé en arrêt dès lors qu'il n'a plus pris de BZD à la visite du 3ème et 6ème mois

41,4 % ont arrêté leur consommation de BZD de manière stable à compter du 3ème mois

Baisse de la quantité de benzodiazépines

	Nombre de patients	Début de la cure (mg équivalent de diazépam)	A 6 mois (mg équivalent de diazépam)	Réduction en équivalent de diazépam
Anxiolytiques	61	678 mg	139 mg	79,50 %
Hypnotiques	34	396 mg	126 mg	68,20 %
Total	70	1074 mg	265mg	75,33 %

6 mois après la fin de la cure, l'ensemble des patients a réduit de 75.32 % sa consommation globale de benzodiazépines dont 79.50 % pour les anxiolytiques et 68.20 % pour les hypnotiques

Évolution clinique (dépendance, anxiété, dépression)

Résultats par échelle	Arrêt des BZD à 6 mois (pts)	BZD non totalement arrêtées à 6 mois (pts)
Score HAD total J0	23,8	20,38
Score HAD total à 6 mois	11,89 (-50%)	15,40 (-24,4%)
Score échelle de Beck J0	15	10,78
Score échelle de Beck à 6 mois	6,22 (-58%)	7,93 (-26%)

- ↳ Les deux groupes de patients sont globalement améliorés cliniquement.
- ↳ 2 fois plus d'amélioration pour le groupe « arrêt total ».

Évolution clinique (sommeil)

	Arrêt des BZD à 6 mois	BZD non totalement arrêtées à 6 mois
Score moyen échelle du sommeil à J0	5,55	4,99
Score moyen échelle du sommeil à 6 mois	4,05 (-27 %)	4,59 (-8 %)

+ le score est élevé, + la performance est mauvaise

- ↳ Amélioration globale du sommeil, plus importante dans le groupe « arrêt total »

Conclusion

Faisabilité du protocole en station thermale à orientation psychosomatique

- Compétences médicales
- Techniques psychocorporelles éprouvées (étude STOP TAG)
- Spécialisation de l'institution

Pluridisciplinarité

Sociothérapie

Homogénéité des pathologies

Unité de temps et de lieu

- Thérapies cognitives et comportementales
- Lieu institutionnel moins stigmatisant que l'hôpital

Perspectives pour le sevrage des BZD en station thermale

- **Potentiel de réponse thérapeutique** face à un problème de santé publique sans solution adaptée aujourd'hui.

- Diffusion de l'information

Article en cours de soumission à la revue « *Complementary therapies in medicine* »

Benzodiazepine withdrawal program managed by psychoeducation during balneotherapy

De Maricourt P^{bc}, Gorwood P^c, Hergueta Th, Galinowski A, Salamon R^d, Diallo A, Vaugeois C^e, Lépine JP, Olié JP^{bc}, Dubois O^a

- Conforter la preuve de son efficacité thérapeutique (**essai clinique contrôlé et randomisé ?**)