

Le Courier des addictions

Directeur de la publication : Claudie Damour Terrasson

Rédacteur en chef : Dr Didier Touzeau (Bagneux)

Rédacteur en chef adjoint : Florence Arnold-Richez (Chatou)

Comité de rédaction

F. Arnold-Richez (Chatou) - Dr N. Authier (Clermont-Ferrand)
I. Berlin (Paris) - Dr R. Bertheliet (Arpajon) - Pr B. Christophorov (Paris) - Dr F. Cohen (Créteil) - Dr P. Courty (Clermont-Ferrand)
Dr A. Dervaux (Paris) - E. Fellingier (Strasbourg) - F. Noble (Paris) - Dr D. Touzeau (Bagneux).

Comité scientifique

Pr J. Adès (Colombes) - Dr M. Auriacombe (Bordeaux)
Pr A. Charles-Nicolas (Fort-de-France) - Dr J. Cornuz (Lausanne)
Pr Ph. Jeammet (Paris) Pr G. Lagrue (Créteil) - L. Lanfumey-Mongrédien (Paris) - Pr C. Lejeune (Colombes) - Pr H. Léo (Paris) - Dr M. Mallaret (Grenoble) - Pr D. Marcelli (Poitiers)
Pr R. Molimard (Villejuif) - V. Nahoum-Grappe (Paris)
Dr C. Orsel (Paris) - Pr Ph. Parquet (Lille) - Pr J. Tignol (Bordeaux) - Pr J.L. Venisse (Nantes).

Comité de lecture

Dr H.-J. Aubin (Limeil-Brévannes) - Dr N. Ballon (Fort-de-France) - Dr P. Chossegros (Lyon) - Dr D. Cœur-Joly (Malakoff)
Dr J.J. Déglon (Genève) - Dr Y. Edel (Paris) - Dr E. Imbert (Ivry-sur-Seine) - Dr L. Gibier (Tours) - Dr Ph. Jaury (Paris)
Dr G. Lazimi (Romainville) - Dr A. Mucchielli (Nice)
Dr X. Laqueille (Paris) Dr W. Lowenstein (Paris)
Dr G.H. Melenotte (Strasbourg) - Dr P. Melin (Saint-Dizier)
Dr D. Richard (Poitiers) - Dr S. Robinet (Strasbourg)
Dr J. Vignau (Lille).

Société éditrice : EDIMARK (DaTeBe Éditions)

Président-directeur général : Claudie Damour-Terrasson

Rédaction

Secrétaire générale de la rédaction : Magali Pelleau

Secrétaire de rédaction : Brigitte Hulin

Rédacteurs-réviseurs : Cécile Clerc, Sylvie Duverger, Muriel Lejeune, Philippe-André Lorin, Odile Prébin

Infographie

Premier rédacteur graphiste : Didier Arnould

Rédactrices graphistes : Mathilde Aimée, Christine Brianchon, Sébastien Chevalier, Virginie Malicot, Rémy Tranchant

Infographiste multimédia : Christelle Ochin

Dessinatrice d'exécution : Stéphanie Dairain

Responsable numérique : Rémi Godard

Commercial

Directeur du développement commercial :

Sophia Huleux-Netchevitch

Directeur des ventes : Chantal Géribi

Directeur d'unité : Béatrice Malka

Régie publicitaire et annonces professionnelles :

Valérie Glatin

Tél. : 01 46 67 62 77 - Fax : 01 46 67 63 10

Responsable abonnements : Badia Mansouri

Tél. : 01 46 67 62 74 - Fax : 01 46 67 63 09

Gestionnaire abonnements : Florence Lebreton

(01 46 67 62 87)



2, rue Sainte-Marie, 92418 Courbevoie.

Tél. : 01 46 67 63 00 - Fax : 01 46 67 63 10

E-mail : contacts@edimark.fr

Site Internet : <http://www.edimark.fr>

CPPAP : 0411 T 78631 - ISSN : 1294-2561

Trimestriel - Prix du numéro : 36 €

Adhérent au SPEPS - Revue indexée dans la base PASCAL (INIST-CNRS)

Les articles publiés dans Le Courier des addictions le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs. Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. © décembre 1998 - Edimark SAS - Dépôt légal à parution. Imprimé en France - EDIPS - Quéigny. Une carte "congés scolaires 2011-2013" est jetée dans ce numéro.

Huile sur toile, Anne de Colbert Christophorov.

Encore un effort... et de l'audace !

Pascal Courty*



La récente mise au point de l'Afssaps (octobre 2011) sur l'initiation et le suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par la buprénorphine haut dosage (BHD) et le communiqué des laboratoires Bouchara-Recordati du 28 septembre 2011 concernant les modifications d'AMM nous amènent à formuler plusieurs commentaires sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO) :

Il n'existe pas de traitements qui, en aussi peu de temps, ont fait entrer 140 000 personnes dans le système de soins, réduisant les contaminations virales et les overdoses, comme l'a bien constaté la conférence de consensus de juin 2004. Depuis le début, ces traitements ont été rigoureusement encadrés et on se dit que, si toutes les thérapeutiques étaient autant surveillées en France, nous aurions un système quasiment parfait. Des réadaptations successives ont permis de lutter contre les trop grands dérapages, sans pourtant les avoir éradiqués. Mais est-ce le principal problème, alors que leur bilan bénéfices/risques est si positif ? En effet, si l'on rapporte les 89 décès (DRAMES 2009) où un TSO est impliqué (et encore, pas toujours seul !) au nombre de patients traités (140 000), on obtient un taux de mortalité de... 0,00063 ! Il n'y a pas grand chose à ajouter.

La mise au point de l'Afssaps, qui rappelle les bonnes pratiques cliniques élémentaires, insiste sur l'identification "des utilisations problématiques et hors AMM de la BHD comme l'usage toxicomane, le mésusage par voie intraveineuse, le nomadisme médical et le trafic, avec des conséquences sanitaires importantes". L'autre communiqué du laboratoires Bouchara-Recordati se veut plus pragmatique et nous rappelle utilement que l'absorption de méthadone peut être mortelle pour les enfants et les personnes peu ou non dépendantes aux opiacés.

Quelles actions pouvons-nous réellement mener pour lutter contre ces "conséquences sanitaires importantes" ? Il y a peu de traitements qui soient aussi surveillés que les TSO. Ils n'entraînent pas de drames sanitaires comme d'autres médicaments (cf. l'actualité récente). Que leur reproche-t-on ? Certainement pas, comme d'aucuns, leur manque d'efficacité ! La conférence de consensus de 2004 l'a reconnue. On a vu plus haut que la mortalité à laquelle ils étaient liés est toujours bien moins importante que les overdoses dues aux autres substances.

Est-ce parce que les sujets sont d'anciens usagers de drogues qu'ils seraient moins observants que d'autres populations ?

Questionnons-nous notre patient "lambda" sur le mode : "Prenez-vous votre antidiabétique chaque jour en respectant votre régime ?" Ou encore : "Avez-vous pris votre traitement antibiotique le temps prescrit (5 ou 7 jours) et ne lavez-vous pas interrompu dès que vous n'avez plus les symptômes qui vous avaient fait consulter ?" Si l'on connaît un peu l'état chronique que représente la dépendance majeure aux opiacés (mais certains experts et conseillers semblent l'ignorer), les usagers suivent leur traitement de façon sérieuse, pour la raison bien simple que, si tel n'était pas le cas, ils en ressentiraient vite... les sérieux désagréments ! **Et si l'on sortait une bonne fois pour toute de la dialectique de la faute et de la responsabilité pour s'intéresser vraiment aux individus ?** Qu'est-ce qui manque le plus aux différents intervenants ? La réponse est simple : le temps, le temps d'attention, d'écoute, de partage, d'éducation. Or, c'est de lui dont on manque le plus à notre époque de médecine technique, tournée sur la productivité... Il faut aussi un peu plus de temps pour apprendre cette relation à l'autre. Ce temps de la formation ne doit pas être consacré aux seuls aspects techniques, pharmacologiques de la prescription, mais aussi à celui de la relation dans le suivi des états chroniques. Nous allons voir pendant des années - au minimum une fois par mois - les mêmes patients. Comme nous, ils vont changer, évoluer, et la relation thérapeutique aussi. C'est justement cet apprentissage réciproque qui est le gage de la réussite. C'est de cette relation de confiance entre l'usager et son équipe soignante qu'il faut s'enorgueillir à l'heure actuelle, en dépit du peu d'aide de l'état pour qu'elle se passe au mieux. Il coûte bien plus cher d'apprendre à gérer la chronicité, de former des thérapeutes à la psychopathologie et à l'éducation thérapeutique que de porter l'anathème et de culpabiliser dans la même formule la dyade soignant/soigné !

* Psychiatre, SATIS, pôle de psychiatrie, CHU Gabriel-Montpied, 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1.

Alors que faire pour dépasser les gémissements auxquels nous incite la coercition ?

Innov, sans doute. Il aurait été intéressant que l'Afssaps se penchât sur **des sujets du quotidien** : la définition de la notion de maintenance, de dose efficace, la place que chacun peut jouer dans le suivi et l'accompagnement des usagers (outre les pharmaciens et médecins, les infirmiers et éducateurs, "counsellors"), en un mot la rénovation et l'adaptation des pratiques dans un véritable partenariat.

Nous aurions souhaité également que soient abordés dans ces mises au point **la véritable qualité de vie des patients**. C'est bien de ne pas mourir de l'abus d'opiacés, mais vit-on si bien quand on est en surpoids, constipé, que l'on sue de façon abondante ? Nos patients sont-ils avertis de tous les effets indésirables et, s'ils l'étaient, "rentre-iraient-ils" dans les traitements que nous leur proposons ?

Contrairement à ce que beaucoup pensent encore, la dépendance

majeure aux opiacés est bien un problème de santé, une maladie du cerveau qui a des conséquences sociales et non pas un problème de société qui a des conséquences sur la santé.

Notre modèle est un bon modèle qui a fait ses preuves. Il permet la re-socialisation. Le patient ne peut être tenu responsable des mauvaises pratiques professionnelles et l'on doit se sortir du modèle accusatoire pour évoluer vers un modèle de codécision qui permettent l'information du patient et l'éducation thérapeutique.

Les pouvoirs publics, s'ils veulent retrouver ou mériter la confiance, doivent innover, anticiper et ne pas se contenter de jouer les suiveurs grognons qui, faute d'avoir été en première ligne, trouveront toujours quelque chose à critiquer.

Émanciper les usagers, c'est prendre le risque de la discussion, du désaccord et, éventuellement, de la dispute. Cela vaut toujours mieux que pas de dialogue. Ou que la dictature de l'injonction !

Brevés

TSO : LES RECOMMANDATIONS DE L'AFSSAPS AUX MÉDECINS

La buprénorphine haut dosage (BHD) a été mise sur le marché en 1996, quelques mois après la méthadone, dans le traitement de substitution de la dépendance aux opiacés. La mise à disposition de ces traitements a rapidement montré des résultats positifs incontestables avec une diminution de la mortalité par overdose, une amélioration de l'accès aux soins et des conditions de vie des toxicomanes ainsi qu'une réduction des transmissions virales quand ces traitements étaient pris correctement. En 2009, environ 130 000 personnes ont bénéficié en France du remboursement d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Il s'agissait de la BHD pour 80 % d'entre eux. Mais l'Afssaps a identifié des utilisations problématiques et hors autorisation de mise sur le marché (AMM) de la BHD avec des conséquences sanitaires importantes : usage toxicomane, mésusage par voie intraveineuse, nomadisme médical et trafic.

Un certain nombre d'actions ont été mises en place par les autorités sanitaires. Les différents bilans réalisés régulièrement indiquent que même si les problèmes de mésusages et de détournement ont diminué, ils subsistent cependant.

Afin d'améliorer encore l'efficacité et la sécurité d'emploi du traitement par BHD et de diminuer son mésusage, l'Afssaps, en collaboration avec des professionnels de santé de terrain spécialisés dans le domaine des addictions, a rédigé une mise au point destinée plus particulièrement aux médecins généralistes, principaux prescripteurs de BHD. En bref, à retenir :

- La BHD est indiquée dans le traitement substitutif de la dépendance avérée aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique. Le traitement est réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans, volontaires pour recevoir un traitement de substitution. Pour être efficace, ce traitement doit s'inscrire dans le long terme. De manière habituelle, un traitement de substitution se poursuit pendant plusieurs années. Quand l'évaluation clinique et le souhait du patient amènent à envisager son interruption, celle-ci doit être réalisée avec précaution.

- La BHD ne doit pas être utilisée dans le traitement des dépendances à des produits non opiacés (cocaïne, cannabis, alcool...), elle peut être utilisée dans les cas de co-addiction incluant un opiacé.

- La posologie maximale recommandée dans l'AMM est de 16 mg/jour.

- La voie sublinguale constitue la seule voie efficace et bien tolérée

pour l'administration de ce produit. Les comprimés ne doivent pas être avalés. Il est nécessaire d'attendre leur dissolution complète sous la langue.

- En dehors de la phase d'initiation, le traitement par BHD sera pris quotidiennement en une seule fois à heure fixe. Les comprimés ne sont pas sécables.

- Dans l'intérêt du patient, celui-ci doit avoir un seul prescripteur et un seul dispensateur pour son traitement de substitution.

- Afin de ne pas engager un patient naïf aux opiacés dans ce traitement et d'objectiver la réalité de la consommation antérieure d'opiacés, il peut être utile d'effectuer, en accord avec le patient et avant l'instauration du TSO, une recherche urinaire de produits opiacés (morphine, héroïne, opium, codéine, pholcodine, buprénorphine et méthadone).

- La posologie de stabilisation est destinée à supprimer le syndrome de sevrage mais aussi à réduire l'appétence aux opiacés (*craving*). Elle est généralement comprise entre 8 et 12 mg par jour ; elle est atteinte en 1 à 2 semaines.

- Une réévaluation de la prise en charge du patient (traitement des comorbidités, changement de molécule, etc.) est nécessaire dans les situations suivantes : absence de stabilisation à la posologie maximale de 16 mg, mauvais usage, comorbidité psychiatrique ou difficultés sociales. En cas de difficultés pour obtenir une stabilisation ou en cas de période de crise avec déstabilisation, il est recommandé au médecin généraliste de rapprocher les consultations et les prescriptions. Il pourra éventuellement solliciter l'avis d'un addictologue, contacter les réseaux de santé ou orienter le patient vers une structure spécialisée : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou consultation hospitalière.

- La prescription est faite sur ordonnance "sécurisée". Pendant le premier mois de traitement, il est recommandé de prescrire pour une durée maximale de 7 jours. Progressivement, la durée de prescription pourra atteindre 28 jours au vu de l'observance et de l'absence de signes de mésusage.

- Depuis l'arrêt du 1^{er} avril 2008, le prescripteur doit mentionner sur l'ordonnance le nom de la pharmacie choisie par le patient pour assurer la délivrance. De plus, il est de bonne pratique de contacter le pharmacien choisi avec le patient pour l'en informer et d'organiser avec lui la prise en charge du patient.

Pour télécharger la version intégrale de la mise au point : www.afssaps.fr > Infos de sécurité > Recommandations. [http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Initiation-et-suivi-du-traitement-substitutif-de-la-pharmacodependance-majeure-aux-opiacés-par-buprenorphine-haut-dosage-BHD-Mise-au-point/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Initiation-et-suivi-du-traitement-substitutif-de-la-pharmacodependance-majeure-aux-opiacés-par-buprenorphine-haut-dosage-BHD-Mise-au-point/(language)/fre-FR)