



## Principes thérapeutiques dans l'héroïnomanie



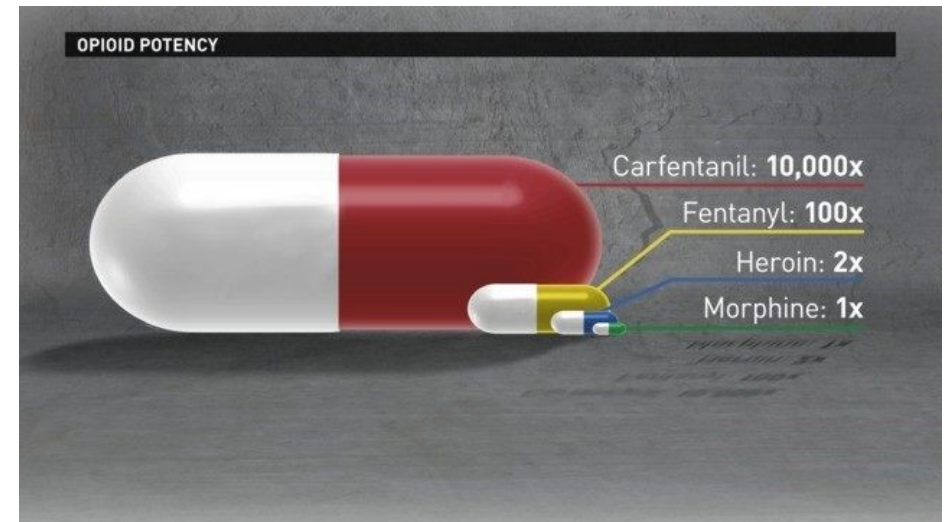
**Professeur Olivier COTTENCIN**  
*Université de Lille - CHRU de Lille*  
*Service d'Addictologie*

# Les opiacés

- Héroïne
- Médicaments : sulfate de morphine (Skenan ®, Moscontin ®) ...
- Buprénorphine (Temgésic ®)
- Traitements substitutifs opiacés :
  - chlorhydrate de méthadone ; méthadone ;
  - buprénorphine haut dosage, générique ou Subutex ® ;
  - (buprénorphine-naloxone), Suboxone ®
- Dérivés de la codéine
- Voies d'administration
  - Ingéré, intranasale, intraveineuse, inhalée (fumée)
- L'usage thérapeutique de l'opium remonte à plus de 3000 ans avant J.-C.

# Les opiacés

- Héroïne
- Médicaments : sulfate de morphine (Skenan ®, Moscontin ®) / **Fentanyl et cie (épidémie USA)**
- Buprénorphine (Temgésic ®)
- Traitements substitutifs opiacés :
  - chlorhydrate de méthadone ; méthadone ;
  - buprénorphine haut dosage, générique ou Subutex ® ;
  - (buprénorphine-naloxone), Suboxone ®
- Dérivés de la codéine
- Voies d'administration
  - Ingéré, intranasale, intraveineuse, inhalée (fumée)
- L'usage thérapeutique de l'opium remonte à plus de 3000 ans avant J.-C.



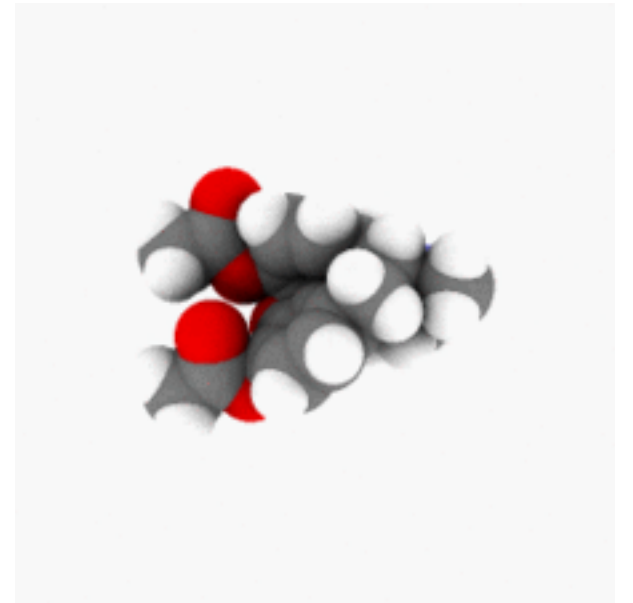
**Abstral®**  
**Actiq®**  
**Effentora®**  
**Instanyl®**

# Etat des lieux

- **Héroïne**
  - **Expérimentateurs : 0,9 % des 17 ans et 1,2% des adultes**
  - **1,3 million d'usagers problématique d'opiacés (15-64 ans) dans l'UE**
  - **62 000 personnes prises en charge pour opiacés, cocaïne/stimulants et médicaments en CSAPA**
  - **170 000 personnes sous TSO en ville et en CSAPA (120 000 BHD / 50 000 MTD)**

# Héroïne : hier

- diamorphine ou 3-6 diacétylmorphine, découvert par **Bayer**, 1874 opioïde semi-synthétique obtenu par acétylation de la morphine, principal alcaloïde issu de l'opium
- soigner l'addiction à la morphine sans accoutumance alors que la morphine était préconisée comme substitut à l'opium



1918 pb de santé publique : SDN campagne contre héroïne  
1956 usage médical interdit aux USA

Dépresseur SNC, Analgésique, Sédatif, Anxiolytique  
Addictogène +++

Poudre blanche, brune ou beige  
Explosion consommation années 60-70

# Héroïne : aujourd'hui

*Pour les uns elle augmente pour les autres elle recule mais les opiacés de synthèse sont là (et sur le Net)*



- **La production a augmenté :**
  - Afghanistan plus de 90 % du marché mondial : 8 200 tonnes d'opium en 2008 (34 % de plus qu'en 2006) ... puis Asie du Sud-est / Mexique / Colombie.
- **Le prix a baissé :**
  - 50 euros en moyenne (30 aux Pays-Bas, 40 en Belgique) => *distribution à la cuiller Porte d'Arras (Lille)*
- **Le consommateur a changé :**
  - Age de 21 à 29 ans
  - Consommation intranasale ou en fumette (alu)
  - Plus de 50% sans emploi ... puis ouvriers, employés, étudiants et lycéens (4% des consommateurs)
  - Majorité vit dans l'Est, le Nord-Pas-de-Calais et l'Île-de-France.

# Crise des opioïdes

- En 2015 : 12 millions de personnes ont reçu une prescription pour un opioïde (*European journal of pain, 2018*)
  - Nombre d'hospitalisations liés à une overdose +167% (2000 – 2017) (2600 hospitalisations en 2017)
  - Nombre de décès +146% (2000 - 2015)  
Médicaments les plus impliqués : **tramadol** (37 décès en 2016), **morphine** (22 décès), **codéine** (16 décès) et **oxycodone** (8 décès)
- **Profil des patients :**
  - Le plus souvent personnes souffrant de douleurs aiguës, chroniques, dorsalgies ou arthrose
  - Age moyen 52 ans pour les opioïdes faibles et 64 ans pour les opioïdes forts.
  - Majorité de femmes
  - Mésusage favorisé par troubles anxieux, troubles de l'humeur, traumatismes psychologiques ou atcd d'addiction

# Crise des opioïdes

- En France => **remis derrière le comptoir** :
  - limite les dégâts mais augmente nomadisme médical / falsification d'ordonnances ou commande sur Internet
  - 2 molécules : **Tramadol** (tx de prescription +168% en dix ans) et **Oxycodone** (+738%)
- Suppression du Di-Antalvic® (Dextropropoxyphène + Paracétamol) => primo-prescription d'opiacés.  
Mais beaucoup de médecins ne savent pas que le tramadol est un opioïde.
- ANSM : appel à une «vigilance» face aux mauvais usages de ces antidouleurs.
- *Chiffres français préoccupants mais moins que les USA : 60 000 décès*
  - *Exemple : Fentanyl (100 x morphine) => prescription puis achat illégal en ligne (Chine)*
  - *Nombre de décès / Fentanyl (20 100) a surpassé ceux liés à l'héroïne (15 400) et aux opioïdes obtenus sur prescription médicale (14 400) => augmentation de 450 % en trois ans.*



## **Principes thérapeutiques**

AMM 1995 !!

# Principes thérapeutiques : changement de paradigme en 1995

- **La substitution ...**

- Efficacité ?
- Humanisme ?
- Compassion ?

- **La Trouille** => le S.I.D.A.

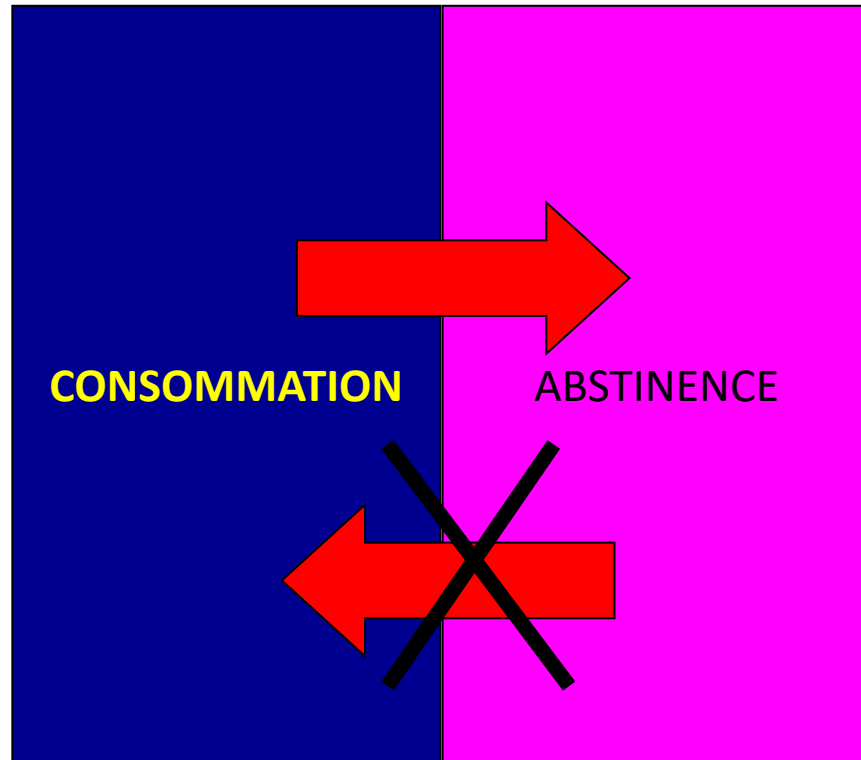
- Catastrophe de santé publique ... il faudra attendre mars-juillet 1995 (S Veil ... E Hubert) (l'épidémie a commencé en 1985)
- Arrivée de la Réduction des Risques et des Dommages (1986 1988) (culture médicosociale et moins médicale et **moins psychiatrique et encore moins psychanalytique**) (culture pragmatique anglo-saxonne) : sevrage => 90% de rechute

Michèle  
Barzach  
Insuline  
à 1 Franc

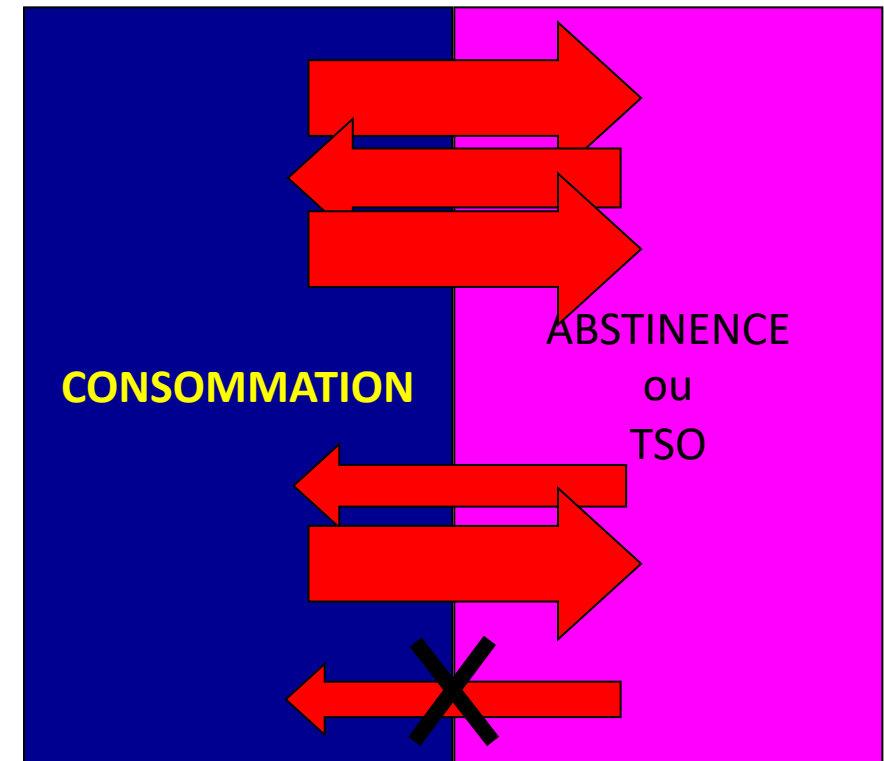
- Alors qu'on substitue en GB à l'héroïne médicalisée depuis les années 30, en Suisse depuis les années 70
- Et aux USA les TSO apparaissent dans les années 60 (programme MTD post Viêt-Nam)

# Changement de paradigme

*Objectif ... maintien d'abstinence*



*Objectif ... maintien (ou réinsertion) psychosociale*



*Bonjour ... je souhaiterais arrêter l'héroïne car je n'en puis plus d'être dépendant ... J'en suis son esclave et c'est insupportable  
J'ai 29 ans, je vais me marier, ma compagne est enceinte, j'ai trouvé un travail passionnant et je souhaite m'insérer dans ce monde merveilleux qui s'ouvre à moi ...*

# Non !!! C'est plus souvent la crise

- La demande de soins :
  - conscience de la dépendance (ou déni partiel),
  - échec professionnel ou rupture affective ou les deux,
  - conflit familial,
  - rupture sociale,
  - problématique judiciaire, "**gardav-defer**", emprisonnement ou soins obligés
  - complications ou comorbidités somatiques ou psychiatriques
- **Premier entretien : on n'a pas 2 fois l'occasion de faire une bonne 1<sup>ère</sup> impression**
  - La grille et ... pas d'étiquettes !!!
  - Évaluation des atcds addictologique, psychiatrique, médico-chirurgicaux et sociaux
  - Echelles (ou dossier type) *Addiction Severity Index (ASI)* pour évaluer le sujet de façon globale
  - Pour décider avec lui de la démarche
    - ambulatoire ou hospitalier / sevrage ou substitution / maintenant ou plus tard ...

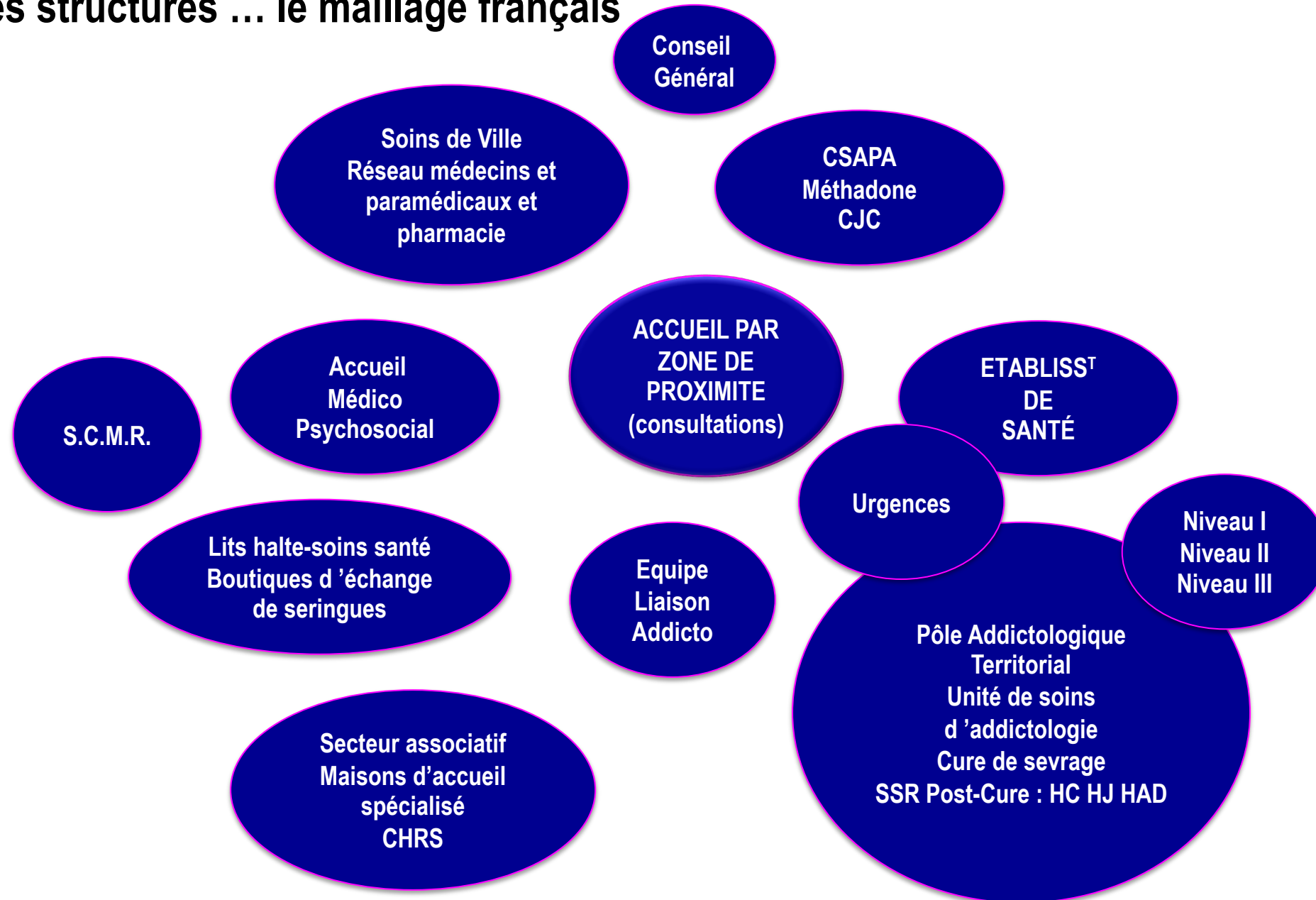
*J'en peux plus  
J'ai pas le choix  
Flics au cul  
Juge au cul  
CPAM au cul  
Il / Elle va me quitter*

*J'ai eu du mal  
à lui expliquer  
je m'y connaissais  
mieux que lui en  
médicaments*

# Non !!! C'est plus souvent la crise

- **Quelle est la priorité ???**
    - **Crise psychique, psychotique et/ou suicidaire**
      - Dispositif d'accueil et de crise (à condition de les assurer du suivi et de les aider sur les TSO)
      - Hospitalisation sans consentement (idem)
    - **Crise "simple"**
      - Pas suicidaire, pas psychose, pas dépression mélancolique
      - Alliance : veut de l'aide
      - Ambulatoire = grande aide car impression de contrôle
- => Sevrage ou Substitution ?

# Quelles structures ... le maillage français



# Les éléments de décision avec le patient

## Analyse des circonstances de consultation

Raisons personnelles

Pressions de l'entourage

Contrainte judiciaire

- **Qui demande ?**

- Chercher la contrainte
- Chercher le demandeur
- Casser le monolithe de l'étiquette pour aller sur la problématique interactionnelle (toxico / malheureux)  
=> chercher les leviers du changement

- **Pour quel problème ?**

- En quoi est ce un problème ?
- Solutions entraînant le problème
- Exceptions solutionnant le problème

- **Pour en arriver au produit ... proprement dit =>**



# Les éléments de décision avec le patient

## Le rapport aux produits :

Usage à risque ou nocif  
Dépendance

Polyconsommation

## L'environnement des patients

Exclusion  
Risque pénal  
Milieu culturel

## Les caractéristiques des usagers

Jeunes / Vieux  
Femmes enceintes  
Détenus

Tbles Psychopathologiques

## La nature des produits

Héroïne et ...

Tabac  
Alcool  
Produits illicites

# Les éléments de décision avec le patient

## Le rapport aux produits :

Usage à risque ou nocif  
Dépendance

Polyconsommation

## L'environnement des patients

Exclusion  
Risque pénal  
Milieu culturel

- La consommation actuelle, ses modalités, les signes de dépendance, arrêt possible ou non : usage / mésusage / dépendance
- Mono ou Polyconsommation
- Utilisation de TSO (légaux ou illégaux) actuel ou passé
- Traitements préalables (hospitalisation / ambulatoire / TSO / sevrage ...)
- Post cures / communautés / familles d'accueil

## La nature des produits

Héroïne et ...

Tabac  
Alcool  
Produits illicites

# Les éléments de décision avec le patient

## Examen clinique

Interrogatoire  
Plaintes spontanées  
État de vigilance  
Signes d'intoxication  
Etat général  
Etat buccodentaire  
Revêtement cutané  
Auscultation  
Palpation

## Examen clinique

Anxiété  
Dépression  
Hallus délire repli  
Troubles alimentaires  
Atcd de TS  
Atcd hospi Psychiatrique  
Conduites à risque

## Statut sérologique

VIH VHC VHB  
Derniers tests  
Sérologies à refaire  
Vaccination à faire

## Les caractéristiques des usagers

Jeunes / Vieux  
Femmes enceintes  
Détenus

Tbles Psychopathologiques

## Atcd personnels et familiaux somatiques et psychiatriques

## Enfance et Adolescence

Faits marquants  
Cursus scolaire  
Recours au syst de soins  
Prescription de psychotropes  
Atcd Psychiatriques et Somatiques

# Les éléments de décision avec le patient

- Mineur requérant un TSO hors autorisation de ses parents (L. 1111-4 et L. 1111-5 du Code de Santé Publique).

Le rapport aux produits :

Usage à risque ou nocif  
Dépendance

Polyconsommation

L'environnement des

- Il faut que le traitement en question s'impose pour sauvegarder sa santé
- Il faut que le mineur se soit expressément opposé à ce que ses parents soient au courant et souhaite conserver le secret sur son état
- Le médecin doit tout mettre en œuvre pour tenter de convaincre le mineur d'informer ses parents
- Le mineur devra impérativement se faire accompagner d'une personne majeure de son choix
- Si le mineur est en rupture avec sa famille et bénéficie à titre personnel d'une couverture sociale, il pourra consentir seul aux soins le concernant

**Les caractéristiques des usagers**

Jeunes / Vieux  
Femmes enceintes  
Détenus

Tbles Psychopathologiques

Tabac  
Alcool  
Produits illicites

# Les éléments de décision avec le patient

- Mineur requérant un TSO hors autorisation de ses parents (L. 1111-4 et L. 1111-5 du Code de Santé Publique).

Le rapport aux produits

L'environnement des patients

- Dans tous les autres cas, le praticien devra déterminer s'il s'agit de soins indispensables, insister auprès du mineur pour qu'il sollicite le consentement de ses parents et s'assurer de la présence d'une personne majeure en cas de maintien du refus du mineur.

## Les caractéristiques des usagers

Jeunes / Vieux  
Femmes enceintes  
Détenus

Tbles Psychopathologiques

Ces conditions concernent exclusivement les mineurs de 15 à 18 ans, un âge inférieur à 15 ans étant une contre-indication à l'instauration d'un traitement par la méthadone.

Produits illicites

# Les éléments de décision avec le patient

- Consommation SPA de l'entourage
- Coût / mode de financement
- Problématique judiciaire
  - Affaires en cours
  - Atcds judiciaires pertinents
  - Pour usage substance ou autres raisons
- La famille
  - Parents / Fratrie
  - Seul / En couple
  - Enfants / âge ... / placés ou non
  - Observations sur les relations avec la famille du patient

## L'environnement des patients

Exclusion  
Risque pénal  
Milieu culturel

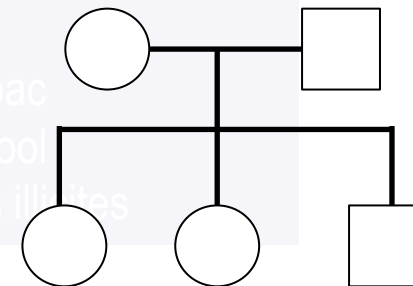
## La nature des produits

Héroïne et ...

Tabac

Alcool

Produits illégaux



# Les éléments de décision avec le patient

- Place dans la société
  - Suivi social actuel
  - Protection sociale actuelle
  - Activité professionnelle
  - Durée la + longue de travail à TP
  - Principales ressources
  - Logement
  - Loisirs sport activités artistiques
  - Remarques sur la vie sociale et relationnelle

## L'environnement des patients

Exclusion  
Risque pénal  
Milieu culturel

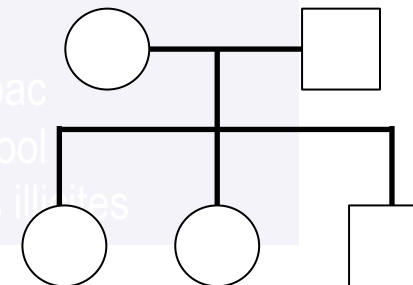
## La nature des produits

Héroïne et ...

Tabac

Alcool

Produits illégaux



# Les éléments de décision avec le patient

- Pour quelle substance demande-t-il de l'aide ?
- Listing ... Tabac / Alcool / Cannabis (tiercé)
- **Héroïne**, Cocaïne, Amphétamines et dérivés, Psychotropes
- Histoire : 1<sup>ères</sup> expériences, quel âge, produits, voies d'administration, contexte
- Héroïne : voie IV maintenant ou dans le passé /sniff / fumette / autres
- Expériences marquantes de la consommation / début de la consommation problématique

## Les caractéristiques des usagers

Jeunes / Vieux  
Femmes enceintes  
Détenus

Tbles Psychopathologiques

## L'environnement des patients

Exclusion

Milieu culturel

## La nature des produits

Héroïne et ...

Tabac  
Alcool  
Produits illicites



# Projet thérapeutique

- Evaluation complémentaire (psychologique, neuropsychologique, social, sommeil, médecine spécialisée)
- Examens paracliniques (biologie, imagerie, électrophysiologie)
- Partenaires à contacter (vaccinations à (re)faire, travailleurs sociaux ...)
- Notes

Le rapport des produits  
Usage à risque ou nocif  
Dépendance  
Polyconsommation

L'environnement des patients  
Exclusion  
Risque pénal  
Milieu culturel

Les caractéristiques des usagers  
Jeunes / Vieux  
Femmes enceintes  
Détenus  
Tbles Psychopathologiques

La nature des produits  
Héroïne et ...  
Tabac  
Alcool  
Produits illicites

# Motivé, motivé ... il faut être motivé ...

- **La contrainte est aussi une chance (Ph Jeammet)**
  - Les soins obligés ou ordonnés sont une motivation et la chance de mettre un pied dans le soin ... à respecter
  - L'alliance thérapeutique moyenne a de meilleurs résultats que la bonne alliance ou la mauvaise alliance (*JN Despland*)
- Les CSAPA, les MG, les SMPR (principaux prescripteurs) **ne sont pas des distributeurs de cachets**  
=> soin éducatif, psychothérapeutique, social, environnemental, cadrant et entourant
- Prévoir des **protocoles pour les services d'urgences**
  - Semaine => orientation CSAPA
  - WE => bcp refusent de donner un substitut même ponctuellement

**Alors ... sevrage ou substitution ???**

## Le sevrage ... la clinique

- Dysphorie (tristesse/anxiété/insatisfaction/tension/irritabilité/indifférence/agitation/agressivité)
- Nausées et/ou Vomissements
- Myalgies
- Larmolement
- Rhinorrhée
- Bâillements
- Mydriase
- Sueurs
- Diarrhée et douleurs abdominales
- Fièvre
- Insomnie
- Incapacité sociale ou professionnelle
  
- Apparition : 6 heures après l'arrêt
- Durée : 1 semaine avec acmé 3<sup>ème</sup> jour

# Le sevrage thérapeutique en opiacés

- Indications ... rare
  - Aujourd'hui principalement la demande du patient ... car **il n'y a pas de CI à être substitué**
  - Harm reduction : réduction des dommages
- Contre-indications au sevrage
  - Grossesse : en particulier au 1<sup>er</sup> trimestre (risque de mort *in utero*)
- Ambulatoire ou hospitalier ?
  - Conditions de vie et état du patient
  - Besoin de cadre ou non
  - Ambulatoire ... c'est compliqué mais faute de mieux (RDD)

# Le sevrage thérapeutique en opiacés

- Indications ... rare
  - Aujourd'hui principalement la demande du patient ... car **il n'y a pas de CI à être substitué**
  - Harm reduction : réduction des dommages
- Contre-indications au sevrage
  - Grossesse : en particulier au 1<sup>er</sup> trimestre
- Ambulatoire ou hospitalier ?
  - Conditions de vie et état du patient
  - Besoin de cadre ou non
  - Ambulatoire ... c'est compliqué mais

## CI au sevrage d'héroïne ambulatoire

- Histoire peu claire
- Poly dépendance
- Contexte social défavorable
- Isolement social ou familial
- Co morbidité
- Antécédent d'épilepsie
- Antécédent d'échec de sevrage ambulatoire

## Traitement symptomatique du sevrage : le listing

- **Antalgiques** non opiacés (dextropropoxyphène retiré => paracétamol)
- **Spasmolytiques** (phloroglucinol)
- **Antinauséux** (dompéridone, métoclopramide)
- **Antidiarrhéiques** (lopéramide)
- **Anxiolytiques** non benzodiazépiniques (hydroxyzine voire cyamémazine)
- **Benzodiazépines à éviter sauf contrôle de la délivrance**
- **Pas d'hypnotiques bzd** : miansérine pour tbles du sommeil
- **$\alpha 2+$  centraux** (guanfacine ou clonidine) contre le syndrome adrénérgique noradrénérgiques mimétiques présynaptiques
  - Milieu hospitalier => surveillance pouls, TA
  - TA > 120 : ½ cp 5 x j
  - 110 < TA < 120 mm Hg : ½ cp 4 x jour
  - 100 < TA < 110 ½ cp 3 x jour
  - TA < 100 : différer à la prise suivante
  - dose maximale est de 1,2 à 1,5 mg/j (0,15 mg/2h avec report à 2h si TA < 10
- Accompagnement **psychothérapeutique**

Réduction progressive  
d'½ à partir du 4<sup>ème</sup> jour  
puis tous les 2 jours => arrêt

**Méthadone**  
**Buprénorphine**  
**Buprénorphine + Naloxone**

## **La substitution**

### ***Contre la substitution***

- *Injections de Subutex et détournement de la méthadone*
- *Dérive des concepts de base de la "Harm Reduction"*
- *Politisation et militantisme*
- *Psychanalystes*



## Pourquoi choisir la substitution ?

- Parce qu'on observe des **taux de rechute allant jusqu'à 95%** après un sevrage
  - sevrage long, difficile, émaillé de ruptures et d'actes médicolégaux, vécu dans une dimension punitive et dont la désocialisation mène à la rechute
- Parce que **chaque tentative de sevrage échouée rend la tentative ultérieure plus difficile**, avec de plus une dégradation de l'état de santé

- **La méthadone : une alternative au sevrage et à l'idéal d'abstinence**

- Années 60 – Premières expérimentations à New-York de la méthadone par Dole, Nyswander & Kreek

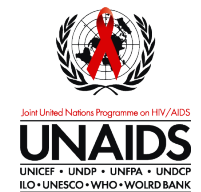


***La méthadone se destine aux personnes  
n'ayant pu arrêter l'héroïne par elles-mêmes !***

# Pourquoi choisir la substitution ?

- Parce que les objectifs de la substitution ne sont pas l'abstinence mais bien la **réduction des dommages** dans des objectifs de santé publique et de médecine personnalisée.

- ⇒ Diminution de la **mortalité et des overdoses**, d'un facteur 3 à 7...
- ⇒ Réduction des **pratiques à risque** (injection...)
- ⇒ Réduction des **séroconversions** (VIH, VHC...)
- ⇒ Amélioration de la **santé mentale et physique**
- ⇒ Diminution de la **consommation de substances illicites**
- ⇒ Réduction de **l'activité criminelle**
- ⇒ Diminution des **coûts pour la société**



# Pourquoi choisir la substitution ?

- Parce que les...  
l'abstinence n...  
des objectifs...

⇒ Dimi

⇒ Rédi

⇒ Réduction des **séroconversions** (VIH, VHC...)

⇒ Amélioration de la **santé mentale et physique**

⇒ Diminution de la **consommation de substances illicites**

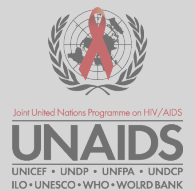
⇒ Réduction de **l'activité criminelle**

⇒ Diminution des **coûts pour la société**

## En pratique

**Les TSO donnent du temps aux patients (et aux soignants).  
permettent un suivi au long cours plus aisé.**

**Les patients meurent moins, améliorent leur santé et leur bien-être  
tout en répondant aux impératifs de **santé publique** (prévention du VIH, de  
l'hépatite C, réduction des coûts d'hospitalisation...)**



# Pourquoi choisir la substitution ?

Parce que le sevrage rend plus vulnérable au risque d'overdose

---

Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient  
opiate detoxification: follow up study

John Strang, Jim McCambridge, David Best, Tracy Beswick, Jenny Bearn, Sian Rees, Michael Gossop

BMJ

**137** personnes inscrites dans un programme de sevrage  
(recevant ou non un traitement par méthadone)

**37** parvenus à une abstinence totale

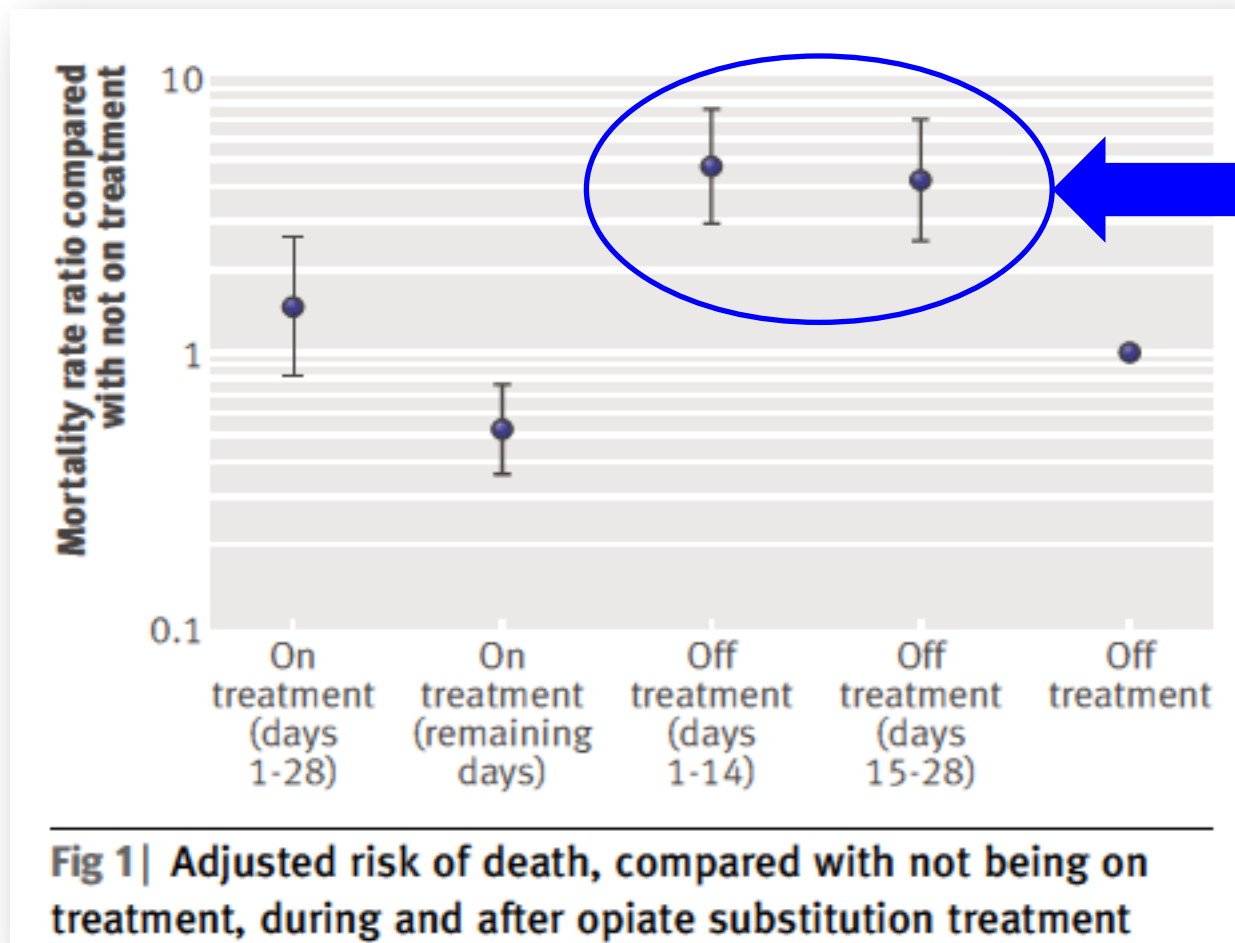
**5/37 (13,5%)** sont décédés

(**aucun décès** chez les patients toujours sous TSO)

*Les patients considérés comme "guéris" c-à-d devenus abstinentes,  
sont ceux qui ont le risque de mortalité par overdose le plus élevé  
lors d'une reconsommation*

# Pourquoi choisir la substitution ?

Parce qu'il y a une mortalité post-sevrage supérieure à celle d'un usager d'héroïne  
(Cornish et al. – Etude sur plus de 5000 patients)



Mortalité multipliée **par 4** dans les semaines suivant l'arrêt du traitement !

Une mortalité supérieure à celle liée à la consommation d'héroïne !

Cornish et al. Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *BMJ* 2010

# Pourquoi choisir la substitution ?

*"L'évolution extrêmement fréquente vers un éthylysme sévère parmi les patients prétendument "désintoxiqués" des opiacés, héroïne ou méthadone ..."*

*Jean-Pierre Jacques*

## **Alcohol use disorder and past heroin addiction. A successfully treated 'masked heroinism' patient**

Angelo Giovanni Icro Maremmani <sup>1,2</sup>, Giuseppe Quaranta <sup>1</sup>, Silvia Bacciardi <sup>1</sup>,  
Luca Rovai <sup>1</sup>, Fabio Rugani <sup>1</sup>, Matteo Pacini <sup>1,3</sup>, Cristiana Nisita <sup>1</sup>, and Icro Maremmani <sup>1,2,3</sup>

*1 V.P. Dole Dual Diagnosis Unit, Department of Neurosciences, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Italy, EU*  
*2 Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims (AU-CNS), Pietrasanta, Lucca, Italy, EU*  
*3 G. De Lisio Institute of Behavioural Sciences Pisa, Italy, EU*



Discussion autour du cas d'un patient  
ayant développé une **alcoolo-dépendance majeure**  
après **arrêt de tout prise d'opiacé** (héroïne et méthadone).

Les **prises d'alcool** ont totalement régressé  
après **réintroduction d'une substitution opiacée**

**Méthadone ou Buprénorphine ?**

*Demandez donc au patient ... pour une fois*

## MTD ou BHD ?

- Le patient a déjà son idée !!
  - Il a déjà une bonne ou une mauvaise expérience
    - Il n'aime pas
    - Il a rechuté
    - Il a fait des overdoses
    - Il a fait des accidents
    - Il se défonce avec la BHD
    - Il préfère le subu à la subo
  
- Le médecin a déjà son idée !!
  - Il a déjà une bonne ou une mauvaise expérience
  - Il est en CSAPA ou en ville
  - Il a écouté son patient ou il sait mieux que le patient ce qui est bon pour lui
  - Il a en mémoire les expériences antérieures du patient

*En théorie le médecin choisi  
En pratique c'est un dialogue*



## MTD ou BHD ?

- MTD :
  - CSAPA => effet protocole contraignant
  - Meilleure satisfaction du patient, mais risque de surdose
  - Interactions médicamenteuses à respecter
- BHD ou BHD+NLX
  - Possibilité d'injection IV
  - Moindre risque de surdose, mais moindre satisfaction du patient
  - Avec risque de consommations associées
  - Association dangereuse BZD à fortes doses surtout si injection de la BHD
- Préférer Suboxone pour une primoprescription (?)
  - *NLX : antagoniste au même récepteur m que BHD*  
*En prise sublinguale, NLX pas absorbée => effet du traitement = celui de la BHD*  
*En cas de mésusage (IV) NLX limite la fixation de la BHD sur les récepteurs m => censé diminuer effet addictogène et réduire mésusage*

## MTD ou BHD ?

	<b>Méthadone</b>	<b>Subutex / Suboxone</b>
<b>Prescription</b>	Début CSAPA => relais en ville 14j max	Par tout médecin 28j max
<b>Délivrance</b>	Quotidienne puis fractionnée max 7j 7j en pharmacie de ville (désignée par le médecin)	Pharmacie libre / Hebdomadaire déconditionnement
<b>Suivi Médical</b>	Quotidien puis hebdomadaire Bimensuel exceptionnel	Hebdo puis mensuel
<b>Contrôle</b>	Entretien et <b>analyse d'urine</b>	Entretien
<b>Suivi Psycho Socio Educatif</b>	Au centre puis en réseau	En réseau
<b>Galénique</b>	Sirop / gélules	Cp en sublingual
<b>Effets secondaires</b>	Constipation / Sueurs abondantes / Insomnie / Somnolence / Baisse appétit / / Nausées / Nervosité / Céphalées / Baisse libido / Trouble orgasme	Constipation / Sueurs / Insomnie / Asthénie / Somnolence / Nausées / Vomissement / Sensation de vertige

## MTD ou BHD ?

	<b>Méthadone</b>	<b>Subutex / Suboxone</b>
<b>Protocole Initialisation</b>	<p><b>J0</b> : commencer à 20 mg puis adapter 1 fois/sem</p> <p><b>Analyse d'urine</b> tous les 2 jours la 1<sup>e</sup> semaine</p> <p>Puis ponctuellement : opiacés, métha, OH, benzo, barbiturique, cannabis, amphétamines</p> <p><b>Surveillance</b></p> <p>ECG 1f/sem pendant 1 mois puis 1/mois si métha &gt; 100 mg/j</p> <p>+/- méthadonémie si difficulté d'adaptation des doses</p> <p>bilan thyroïdien à 6 mois (TSH)</p>	<p><b>J0</b> : Introduction par palier de 2 mg en prise unique par voie sublinguale</p> <p>Evaluation tous les jours la 1<sup>ère</sup> semaine puis 1 fois / semaine pendant 1 mois</p> <p>1 fois / mois par la suite</p>
<b>Délai substitution</b>	<p>Arrêt prise de produits avant le début du ttt par méthadone</p> <p>Héroïne : 12h</p> <p>Subutex : 18h mini</p> <p>Morphine LP : 24h (avec diminution préalable des doses à 100 mg/j)</p>	<p>Héroïne : 4h</p> <p>Codéine : 4h</p> <p>Méthadone : 24h</p> <p>Morphine LP : réduction à 180 m/j puis transition à 4 mg</p>

## Vous voulez (devez) faire un relais MTD => BHD ou BHD => MTD ?

	Méthadone => BHD	BHD => Méthadone
Relais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diminuer jusqu'à 30 mg</li><li>• Intervalle de 24h</li><li>• Début de la BHD sur 1<sup>er</sup> signes de manque par 2 mg</li><li>• Augmentation progressive selon la clinique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pas de diminution</li><li>• Intervalle de 16h</li><li>• Débuter la Méthadone sur 1<sup>er</sup> signes par des faibles doses</li><li>• Augmentation progressive selon la clinique</li></ul>
Indication	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abstinence sous méthadone</li><li>• Insertion sociale et professionnelle</li><li>• Motivation perso, projet de vie</li><li>• Réduction de l'appétence aux opiacés</li><li>• Alléger la prise en charge</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Appétence forte aux opiacés</li><li>• Traitement par BHD détourné (IV /snif /multiprise, normalisme médical)</li><li>• Difficulté psychosociale</li><li>• Nécessité d'un étayage fort</li><li>• Comportement à risque</li></ul>

## **Situations particulières**

**Comorbidités somatiques et psychiatriques**

**Patient algique sous TSO**

**TSO et Benzodiazépines**

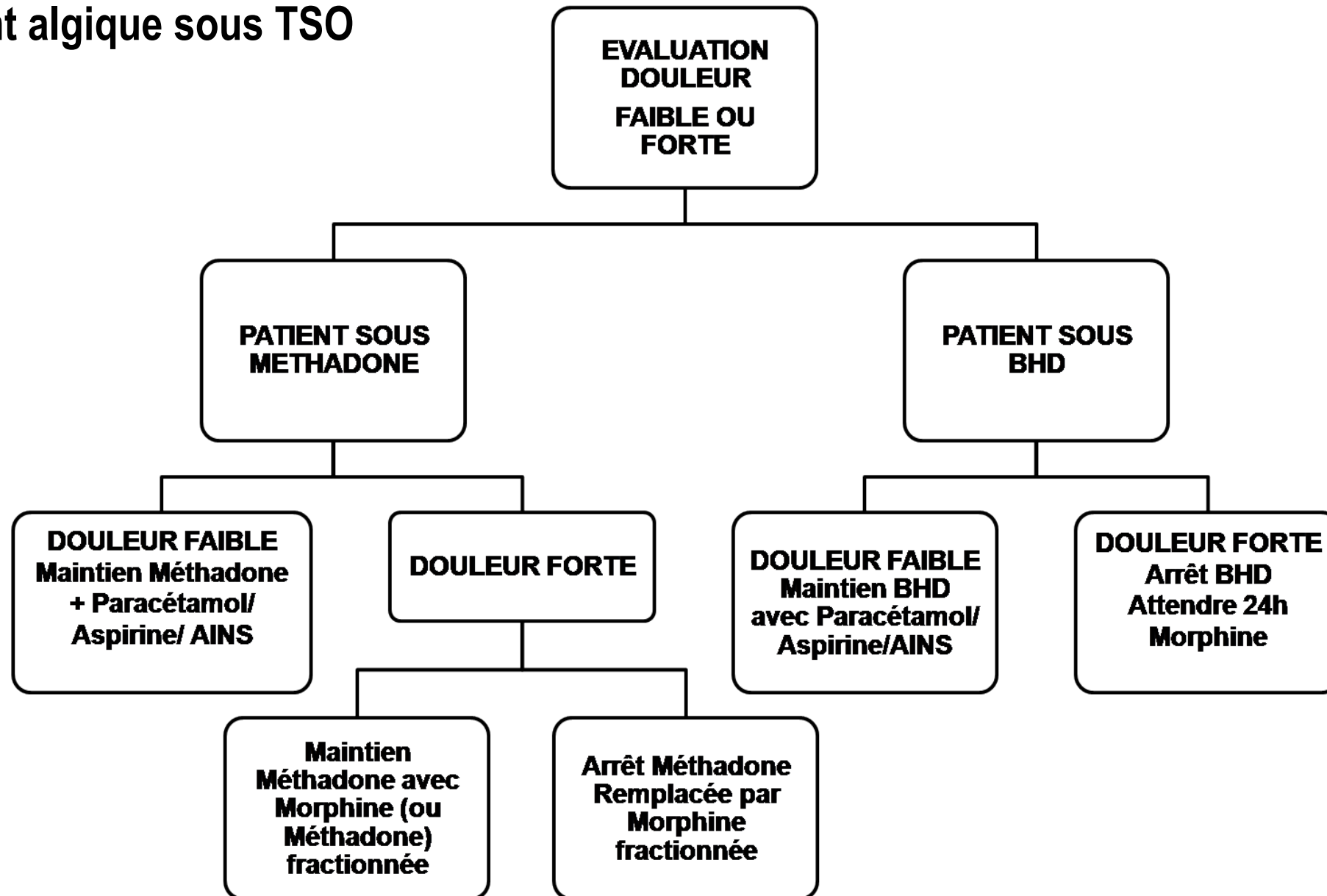
**TSO et Alcool**

# Comorbidités somatiques et psychiatriques

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES AVEC LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION OPIACES

- Anti-rétroviraux : ↑ ESI donc surveillance ++++
- OH : ↑ toxicité de la Méthadone
- Benzodiazépines : risque de dépression respiratoire
- ~~Antalvic (Dextroproxyphène) : CI avec Buprénorphine~~
  
- Mdt ↑ concentration Méthadone :
  - Floxyfral, Tagamet, Azantac, Ramiplex, Soddactane
- Mdt ↓ concentration Méthadone :
  - Rifadine, Rimactan, Tégrétol, Laroxyl, Barbiturique (Gardénal)

# Patient algique sous TSO



# TSO et Benzodiazépines

- **Pas de prescription systématique** sans indication médicale
- **Pas de refus systématique** de prescription
  
- **Définir l'indication**
  - Indications thérapeutiques ou sevrage progressif chez des patients dépendants
- **Se fixer des objectifs réalistes**
  - réduction de la consommation ou abstinence
  
- Mesurer les **risques d'overdose** et **adapter** les modalités de **prescription** et de **délivrance** en conséquence
- **Stabiliser** au préalable le **traitement de substitution opiacée**
  - médicament adapté, posologie adéquate



# TSO et Alcool

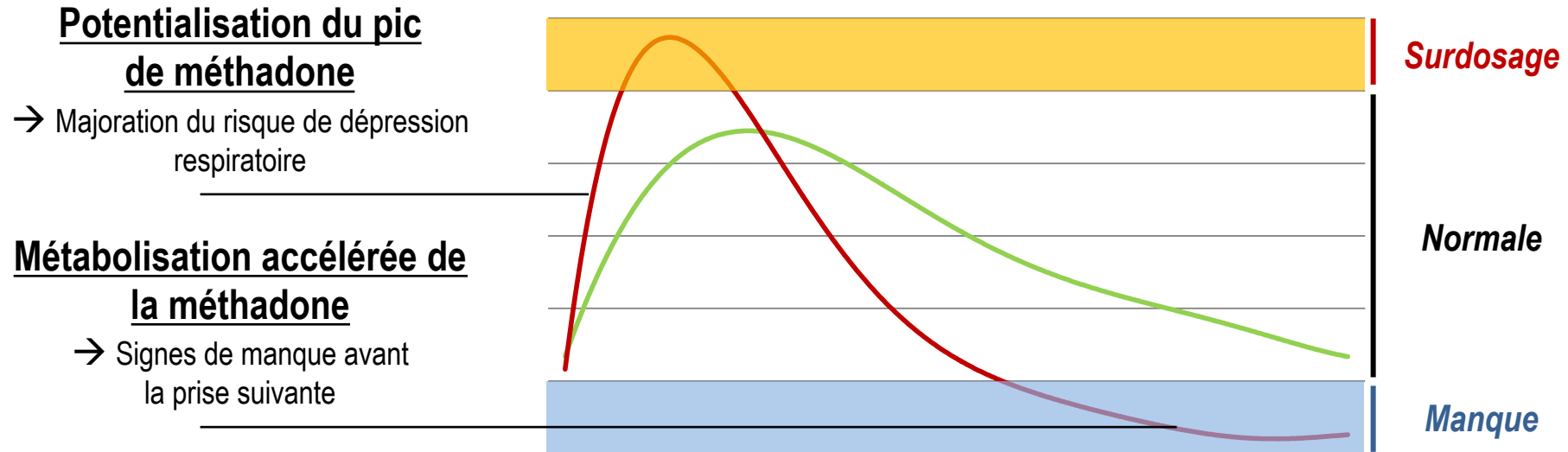
- La méthadone, en tant que telle, **n'accroît pas la consommation d'alcool**
- 3 raisons principales d'une alcoolisation pendant un traitement par TSO
  - **Alcoolisation liée à une posologie insuffisante**
  - **Recherche d'ivresse ou de sensation**
  - **Dépendance à l'alcool préexistante, transfert d'addiction (?)**
- Apporter réponse spécifique à chaque patient car raisons et modalités de consommation d'alcool multiples
- L'alcool influence la pharmacocinétique de la méthadone
  - Potentialisation de l'effet pic
  - Diminution de la métabolisation en cas d'alcoolisation aiguë
  - Augmentation de la métabolisation en cas d'alcoolisation chronique

# TSO et Alcool

- Recherche d'effet psychotrope / ivresse

Effet turbo recherché  
Prise de méthadone et d'alcool simultanée

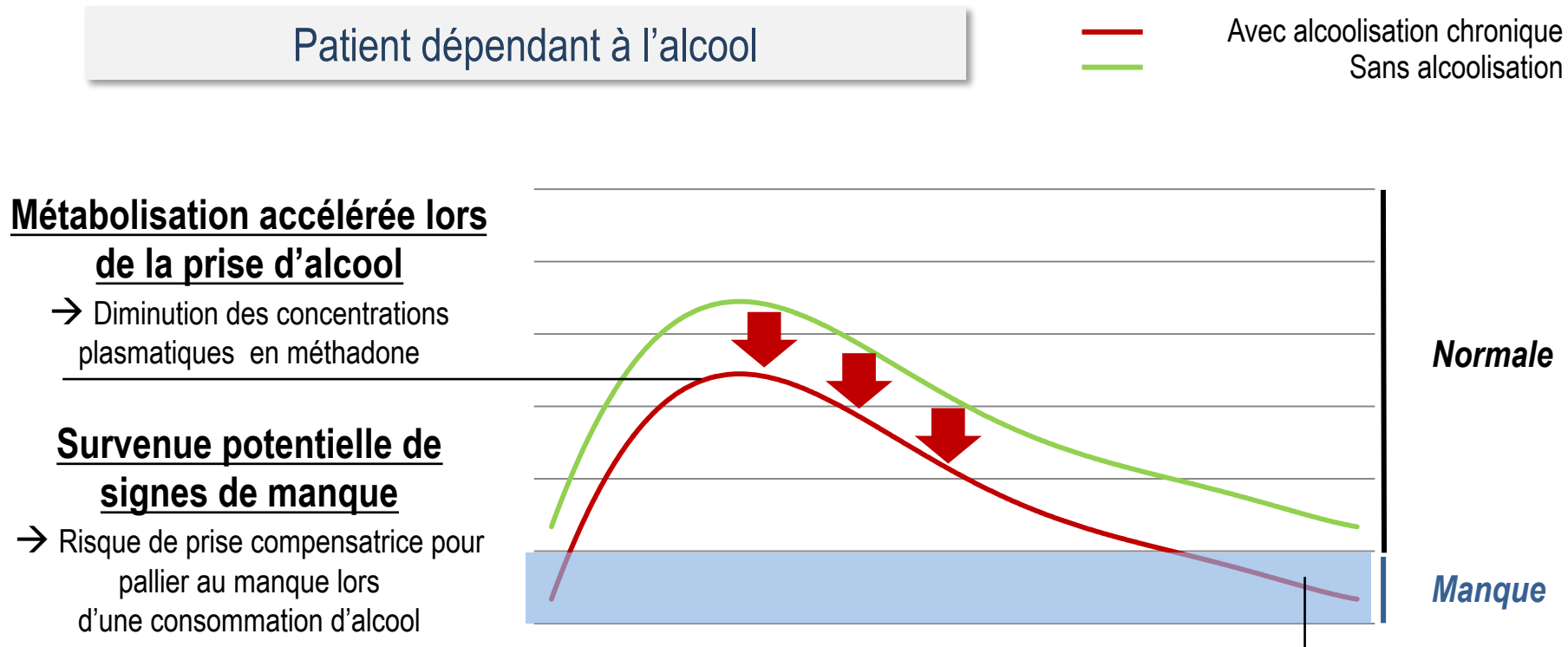
— Avec alcoolisation aiguë  
— Sans alcoolisation



**Majoration au pic du risque d'overdose !**

# TSO et Alcool

- Dépendance à l'alcool comorbide (parallèle à la dépendance opiacée)



**Risque de sous-dosage et de prise compensatrices!**

**(Quand) (faut-il) arrêter la substitution ?**

# Faut il arrêter la substitution ? => 2 positions extrêmes .... Jamais / Toujours

« Les opinions sont contrastées, ... imbroglio entre les critères scientifiques et les considérations basées sur les valeurs morales prioritaires »

Jean-Pierre Jacques – Flyer n°16

- **Deux positions extrêmes**

- **Traitement à vie (ex. du diabète)**

- Une comparaison peu pertinente en addictologie  
Depuis toujours, des personnes mettent fin à leur dépendance (tabac, alcool, opiacés...) avec ou sans suivi médical
    - Une vision stigmatisante et peu aidante pour s'affranchir de sa dépendance
    - Une position idéologique (substitution pour faire chier le médical)

- **Traitement provisoire (à arrêter le plus vite possible)**

- Une position idéologique (abstinence sinon rien)  
L'arrêt est réalisable pour certains,  
mais n'est pas un objectif réaliste pour tous !

# Quand arrêter la substitution ?

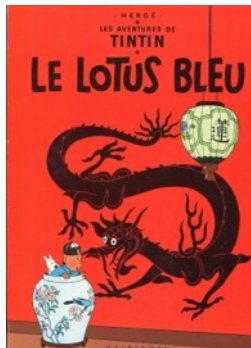
L'arrêt doit s'appréhender sous l'angle de la Réduction Des Risques et des Dommages (RDR&D)

***Le souhait du patient est la priorité !***

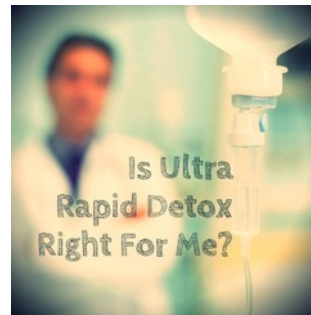
- Une demande d'arrêt doit être **entendue** (sinon elle se fera sans accompagnement)
- L'arrêt ne doit **pas** être **motivé** par la pression **sociale** (donner de la drogue aux drogués), d'un **proche** (arrêtez cette saloperie) ou d'un **professionnel** de santé (normatif et catégoriel)
  - *Mais il faut entendre la pression sociale, la pression des proches et des professionnels de santé*

## L'arrêt des TSO en pratique ...

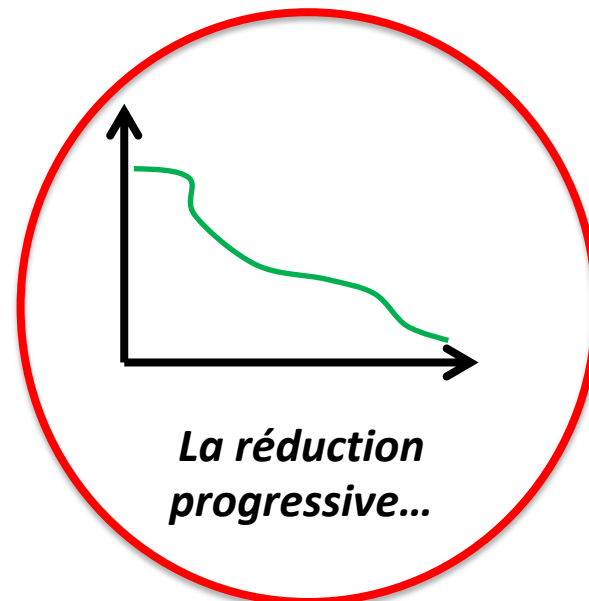
- Il n'y a **pas de recette miracle** !!!
- Il n'y a **pas de consensus sur le moment** à partir duquel on peut arrêter le TSO
- Le bon sens nous fait dire que l'arrêt doit probablement s'envisager quand le **risque de reconsommation** et donc d'**overdose**, est le plus **faible**
- De nombreuses méthodes, non validées, sont évoquées par les usagers (forums), dans la littérature scientifique, dans les médias ...



*La méthode  
chinoise*



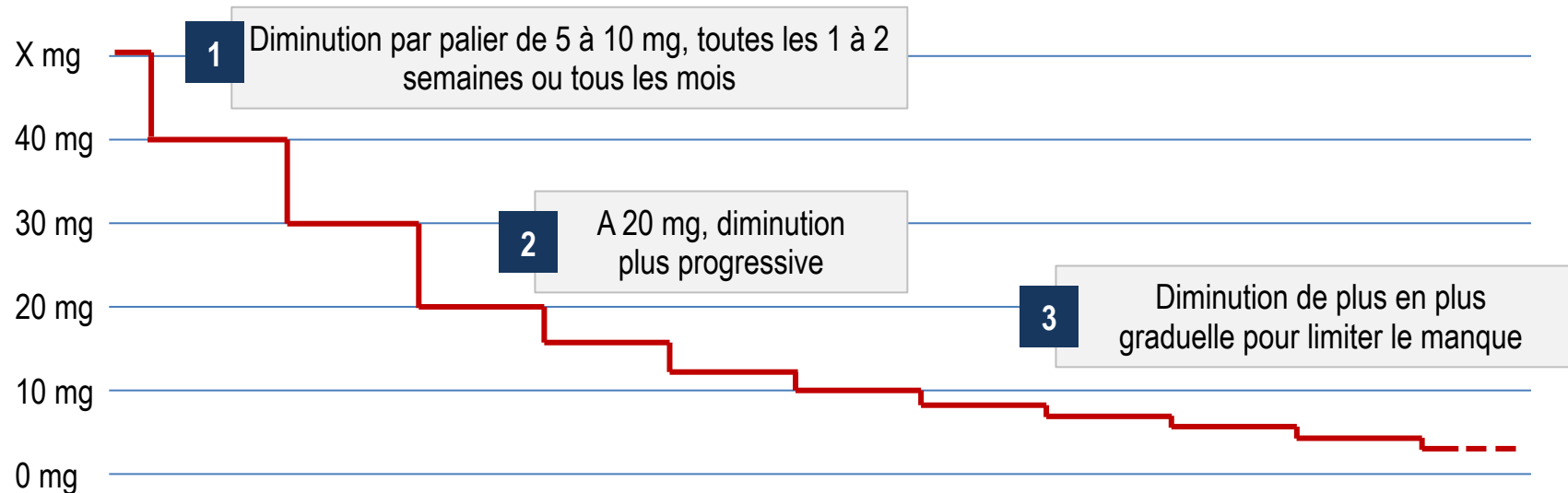
*L'Ultra  
Rapid Detox*



*La réduction  
progressive...*

## L'arrêt des TSO en pratique ...

- La diminution graduelle semble être la méthode la plus efficace, la plus sûre ...
  - Il n'y a pas d'urgence à l'arrêt
  - Une diminution graduelle évite les signes de manque subjectifs et objectifs et permettrait de limiter le risque de rechute ... par exemple ... ci dessous



**Lorsque la posologie est la plus basse :**

*Risque de survenue de signes de manque (douleurs, insomnies...)*

*=> C'est à ce moment que les facteurs **environnementaux** doivent être considérés*

*=> Il est nécessaire que le **patient** soit pleinement **informé***



## L'arrêt des TSO en pratique ...

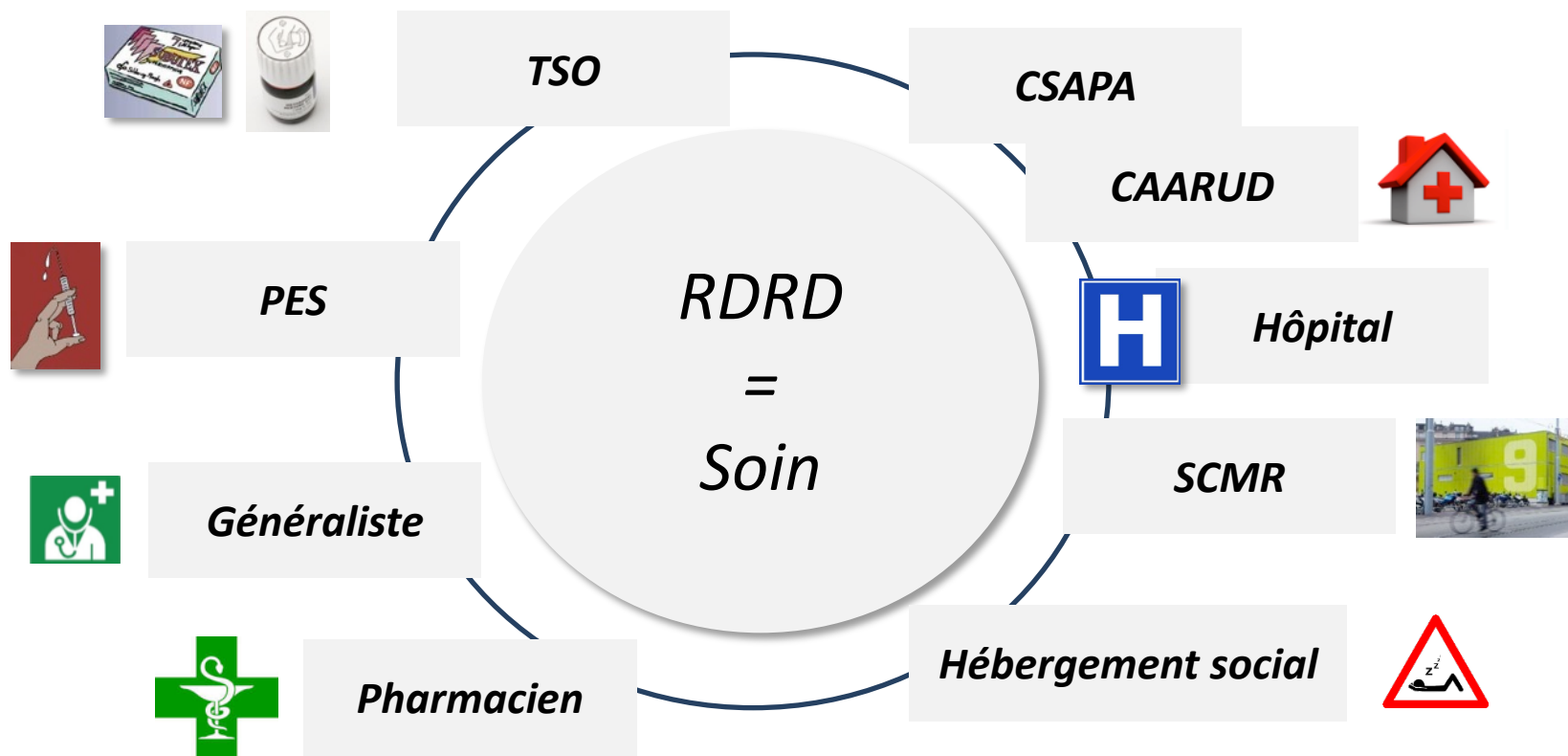
- L'arrêt du TSO, comme sa mise en place est une **indication médicale** qui nécessite le **consentement éclairé du patient** et la **connaissance de son véritable désir**
- **Ni promouvoir, ni dissuader ... ECOUTER**
- 4 messages pour **le patient**
  - Le 1<sup>er</sup> mois après l'arrêt du traitement expose au **risque d'overdose**
  - L'arrêt du TSO ne signifie **pas l'arrêt du suivi dans sa globalité**  
=> Le suivi médico-psycho-social peut (doit) être poursuivi après le sevrage !
  - La **reprise du TSO n'est pas un échec**,  
d'autant plus si elle permet d'éviter une rechute dangereuse !
  - **Prise compensatoire** d'alcool et/ou de benzodiazépines

## L'arrêt des TSO en pratique ...

- L'arrêt du TSO, comme sa mise en place est une **indication médicale** qui nécessite le **consentement éclairé du patient** et la **connaissance de son véritable désir**
- **Ni promouvoir, ni dissuader ... ECOUTER**
- 4 messages pour **l'équipe**
  - Connaître sa **capacité à accompagner sans TSO**
  - Faire le **deuil de la substitution** (c'est le patient qui est le Patron)
  - Travailler avec **l'environnement**
  - **Reconnaître, Accepter**, pour mieux **Utiliser** les ressources du patient

# L'arrêt des TSO en pratique

**NE TRAVAILLEZ PAS SEULS !!!!**





## Principes thérapeutiques dans l'héroïnomanie



**Professeur Olivier COTTENCIN**  
*Université de Lille - CHRU de Lille*  
*Service d'Addictologie*