

# LES TSO CHEZ LES PATIENTS DÉPENDANTS DES OPIACÉS: ACTUALITÉS DE LA PRESCRIPTION

Dr Pascal COURTY  
SATIS CHU G.MONTPIED CLERMONT-Fd  
[p\\_courty@chu-clermontferrand.fr](mailto:p_courty@chu-clermontferrand.fr)

Assemblée générale COREVIH Mardi 13 décembre 2011

# SATIS (Soins Accompagnement Traitements Information Substitution)

- ⊙ Ancienne Unité méthadone (créée en 1995, une des 20 premières en France). Centre de référence départemental Unité ambulatoire
- ⊙ Depuis 1996, prescription de BHD (Subutex®)
- ⊙ Principalement, patients dépendants des opiacés +/- Comorbidités psychiatriques
- ⊙ Mais également, consommateurs de cannabis à (gros) problèmes
- ⊙ File active 566 patients dont 120 patients sous méthadone (3571 consultations médicales)

# SATIS Mobile

- ⦿ Un des trois « Bus méthadone » en France
- ⦿ Unité Bas seuil avec accès aux soins et aux TSO ( Méthadone quotidienne  $<$  ou  $=$  40 mg et ordonnance hebdomadaire de BHD)
- ⦿ « Bobologie » (soins principalement en lien avec l'injection ex: abcès)
- ⦿ Réduction des risques(distribution de matériel stérile et récupération matériel usagé)
- ⦿ Education thérapeutique (mésusage, overdose, etc.)

# Être usager de drogue en 1995

- Usage d'héroïne au moins
- Co morbidités psychiatriques (anxiété, dépression, psychose)
- VIH
- VHC

=> Patients difficiles, Nombreux décès

# Progrès depuis 15 ans

- TSO (méthadone, BHD, Suboxone)
  - RdR: PES +++
  - Tmt Psy: IRS, antipsychotiques
  - VIH: quadrithérapie
  - VHC: Tmt à proposer systématiquement
- => Patients dans le système de soins

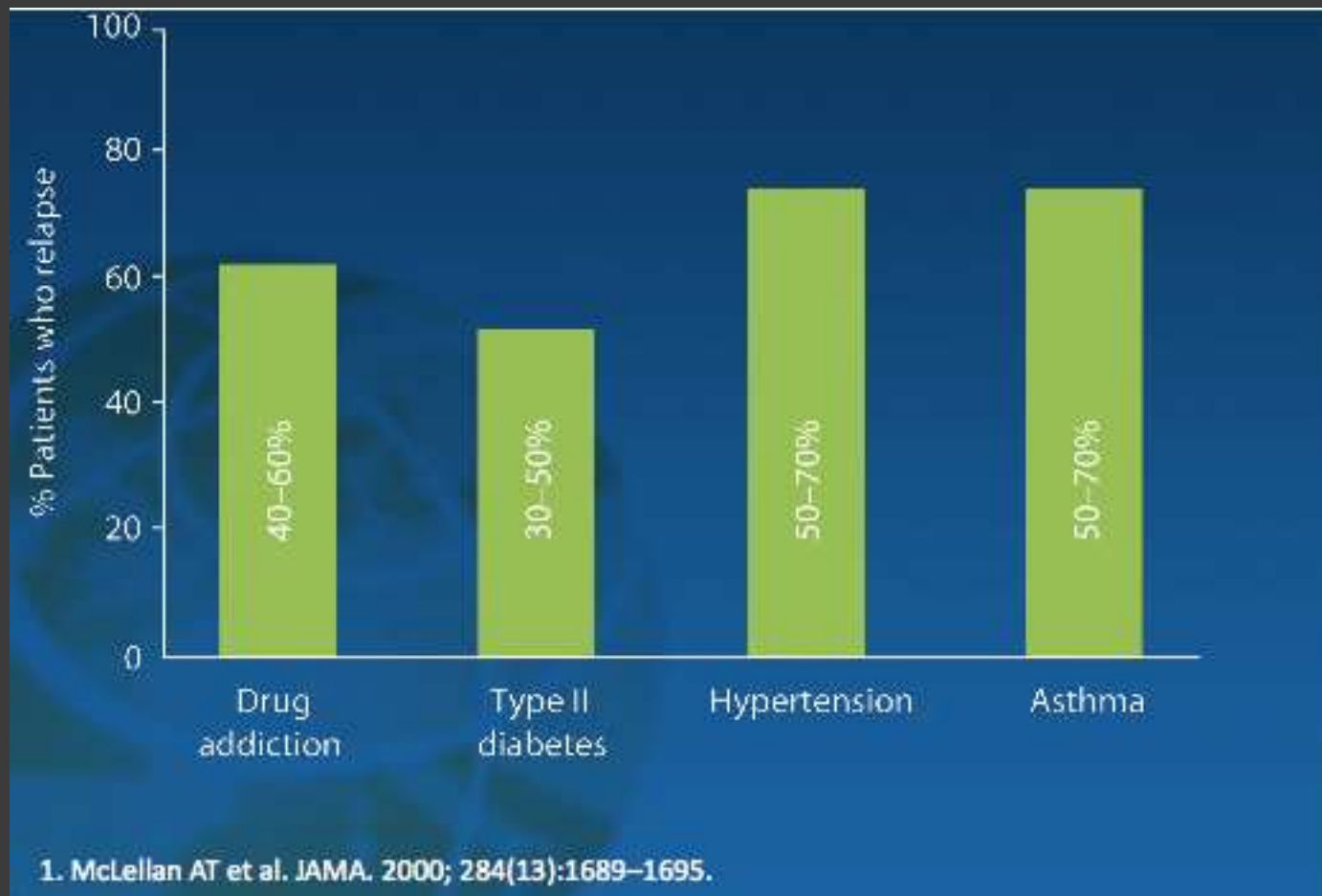
# Changement de modèle

- ⦿ Pourquoi pas de valorisation ?
- ⦿ Pourquoi pas de changement des RS alors que les UD (PES) et aussi les MG ont changé leur regard?(S'en débarrasser ou s'en embarrasser?)

Difficile d'imaginer **UD = malades comme les autres**

Et qui en plus s'en sortent (même dilemme par rapport aux diabétiques/ sucre, hypercholestérolémie/grasses, HTA/sel) et d'imaginer **la dépendance majeure aux opiacés comme un état chronique**

# Les taux de rechutes authentifient l'état chronique



# La dépendance majeure aux opiacés: Un état chronique

- ⊙ Le **sevrage** n'est que **peu efficace (2 à 5 %)**
- ⊙ Les rechutes sont fréquentes (60 % ) identiques à ce qu'on retrouve dans diabète, HTA, etc.
- ⊙ ∃ des traitements efficaces (EBM), un engagement des UD prouvé (RDR) et des MG malgré tout.
- ⊙ Les TSO permettent de traiter les maladies virales et les comorbidités psychiatriques des patients

# Evolution des concepts

- Notion de maladie chronique => PEC longue  
=> champ de l'ETP
- Modification dans le futur DSM V: disparition  
de l'abus et dépendance au profit d'un  
continuum de gravité de la consommation =>  
notion d'apprentissage de maîtrise de la  
consommation => validation de la notion de  
réduction des risques

# Entrées dans la toxicomanie

- Nouvelles trajectoires? Patients plus jeunes
- Utilisation détournée des traitements de substitution
- *Tenir compte*
  - 1) *du développement personnel (maturité, âge)*
  - 2) *Usage des produits (TSO, RDR)*

# Les TSO

- Chlorhydrate de Méthadone (1974 puis 1994): Conditions de prescription stricte, 40000 patients
- BHD (Notamment Subutex® 1996) Tout médecin, souplesse de prescription 100000 patients
- SUBOXONE® Janvier 2012 Avantages de la la BHD, produit plus sûr, moindre valeur marchande

# Traiter des patients sous TSO

- Les doses de Méthadone et de buprénorphine doivent être des doses « réputées » thérapeutiques
- La méthadone: « start low, go slow »

≠

- La buprénorphine: atteindre la dose efficace de façon rapide

# Le chlorhydrate de méthadone

- **Induction lente et progressive**
- Une dose de 20 à 40 mg peut tuer un enfant
- Des doses répétées de 30 à 40 mg peuvent tuer un adulte (naïf en opiacés)
- Une dose de 70 mg peut tuer un adulte (naïf en opiacés)
- Le plus grand risque se situe dans les deux premières semaines

# La buprénorphine haute dose (BHD)

- Objectif: contrôler le manque
- Moindre risque d'overdose (=0 si seule)
- **Dose initiale** quand le patient a des signes de manque: **8 mg** (ou 4 mg si patient moins dépendant)
- Augmentation rapide dose pour atteindre
- **J 2–3: Dose d'équilibre** pour la plupart des patient **12–16 mg**

# INDUCTION D'UN TSO

	Méthadone	BUP OU BUP/NX
BUT	Éviter la toxicité	Éviter le manque induit
Première dose: Quand ?	Patient non intoxiqué	Patient en manque
Première dose: Combien ?	Commencer bas ( 20 à 30 mg)	8 mg
Adaptation de dose	Augmentation lente et progressive – Dose atteinte en 2 à 4 semaines	Augmentation rapide après la dose test – Dose atteinte en 2 à 3 jours
Dose de maintenance finale	60-120 mg	12-24 mg

# Petit rappel en forme d'aphorisme

*Tout symptôme de nature psychique (insomnie, anxiété, nervosité et quelquefois délire ou dépression) chez un patient sous TSO doit être traité D'ABORD par l'adaptation du TSO (souvent une ↗) avant de prescrire un traitement psychotrope.*

## Un état chronique=> Champ de l'éducation thérapeutique

- ⊙ Pb identique pour la douleur: le problème d'une dose adaptée
- ⊙ Dilemme entre le soignant et le soigné
- ⊙ Nécessité de s'adapter l'un à l'autre
- ⊙ Reconnaître l'expertise des patients
- ⊙ Compétences pour la RDR
- ⊙ Eduquer les médecins (acquisition de connaissances) car demeurent malgré tout le pilier du soin

# Perspectives

- ⊙ Etablir les compétences minimales pour les médecins pour prescrire les TSO (certificat, nb limité de patients)
- ⊙ Etablir un référentiel minimum pour la RDR pour les intervenants
  - ⇒ Explications données au patient et confrontation à leur expertise
  - ⇒ Adaptation de l'expertise aux connaissances et à l'état actuel du patient