

Essai de protocole de sevrage ambulatoire de l'heroine par l'utilisation de la Buprenorphine ou de la Méthadone

Plan

Qui peut en bénéficier ??

Comment explorer la demande ??

Modalités pratiques du sevrage ??

Risques, incidents ??

Suivi apres sevrage ??

Qui peut en bénéficier ??

Une precision importante= il s'agit bien du sevrage de l'Heroine chez une personne dependante de ce produit. Ceci exclut donc (du present protocole) les personnes prenant un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), seul ou associé à une consommation d'heroine, qui relevent d'une prise en charge différente.

Nb= La consommation d'heroine seule correspond le plus souvent à trois typologies =

- les usagers « jeunes » = avec une consommation d'heroine relativement recente (quelques mois à 2 ans). Le plus souvent le questionnement sur le sevrage se situe dans une alternative sevrage/ debut d'un TSO, face à une « impasse » de la consommation d'heroine (d'origine financiere, judiciaire ou psychologique). Le TSO est souvent vu comme un « piege » au long cours et les personnes cherchent une alternative. Toutefois ce n'est pas la preuve d'une veritable motivation pour le sevrage, cela peut refleter simplement un rejet a priori du TSO.
- Les usagers plus âgés ayant une consommation pure d'heroine, mais des experiences anterieures de TSO. Souvent il s'agit de personnes ayant fait un sevrage du TSO et presentant une rechute. La demande de sevrage correspond à un désir de mettre fin rapidement à la rechute. Dans ce cas le demandeur est plus averti des enjeux et des risques du sevrage et de la rechute.
- Tous les autres cas.....

Les questions que l'on peut se poser sont =

- Le demandeur est il bien consommateur ?? Bien qu'il soit assez improbable qu'une personne voulant une « ordonnance » se presente avec une demande de sevrage, c'est une eventualité qu'il faut savoir éliminer, surtout en rapport avec les risques de la prescription initiale des TSO chez le patient non toxicomane (même en courte durée). Un test urinaire, de confirmation, peut etre indiqué dans certains cas mais ne doit pas etre systématique.

- Le demandeur est-il vraiment dépendant ?? Certains consommateurs ne sont pas dépendants et peuvent arrêter leur consommation sans aucun symptôme physique (l'exploration des antécédents le met en évidence). Dans ce cas, le protocole de sevrage est inutile. Toutefois l'exploration de la motivation et le suivi peuvent s'inspirer de ce protocole.
- Le demandeur veut-il vraiment se sevrer ?? C'est le point le plus important. Beaucoup de demandes de sevrage résultent d'un « ras le bol » ponctuel mais l'analyse des motivations fait apparaître une demande mal motivée (notamment antécédents d'échecs antérieurs dans la même situation, non préparation de la situation « sans drogue », impossibilité « de se voir sans drogue »). Toutefois l'existence d'expériences antérieures de sevrage suivi de rechute n'est pas nécessairement négative. Elle permet d'explorer les motivations, les risques, les écueils et, en général, une meilleure prise de conscience des enjeux.
- Le demandeur veut-il LIBREMENT se sevrer ?? Évidemment beaucoup de demandes de sevrage sont faites « sous pression » (sociale, familiale, judiciaire) . Il importe donc d'explorer la vraie demande de la personne et de pouvoir l'aider à trouver une alternative (TSO le plus souvent) si elle n'est pas réellement demandeuse. Toutefois l'existence de pressions n'est pas nécessairement une contre-indication absolue au sevrage. Le plus souvent le demandeur est dans l'ambiguïté par rapport à ces pressions et il est important de travailler sur ce point (qui n'exige pas toujours d'ailleurs la levée de l'ambiguïté).
- Le demandeur veut-il se sevrer MAINTENANT ?? Un demandeur peut être volontaire « en général » mais penser que c'est pas possible maintenant. Un suivi peut donc être entrepris à la recherche du bon moment.

Comment explorer la demande ??

Les éléments indispensables à explorer sont

- Un interrogatoire médical minimal (affections médicales et chirurgicales, antécédents de traitements, antécédents d'allergies et d'incompatibilités avec les traitements)
- Un bilan des prises de psychotropes (au sens large) , y compris drogues « légales », en insistant sur les prises dans les derniers jours.
- Une exploration détaillée des essais et périodes de sevrage, s'il y en a eu, même si elles n'ont pas pu être menées à bien (notamment pourquoi elles avaient été tentées, qu'est-ce qui avait marché ou pas marché, comment était ressentie la période de sevrage total=angoisse, manque ou au contraire impression de mieux être, comment est survenue la rechute et éventuellement pourquoi etc..)
- Une exploration détaillée de la motivation (pourquoi ? pourquoi maintenant ? est-ce librement ? correspond-elle à une évolution longue et progressive ou au contraire à un revirement brutal ? quels en sont les facteurs importants ? s'il y en a plusieurs les prioriser ? etc..
On peut notamment explorer (selon la technique de l'entretien motivationnel)
- les avantages du non-changement

- les risques du non changement
- les risques du changement
- les avantages du changement

En distinguant bien dans le changement ce qui relève du moment du changement (le sevrage) et ce qui relève de l'état après changement (être sevré)

Enfin en explorant l'avis sur le moment du changement (maintenant ? plus tard ? un jour ?)

- Une exploration détaillée de ce que peut être la vie une fois sevrée (en développant autour des risques et des avantages du changement vus + haut), notamment comment peut s'organiser la vie sans produit, comment le demandeur peut-il la percevoir etc.. ?? On peut envisager que l'essai de sevrage soit repoussé dans l'attente de changements indispensables ou de la mise en place d'alternatives au produit (post cure par exemple).
- Une exploration de la possibilité d'échec du sevrage. Que faire alors ? = s'engager dans un TSO ? revenir au statu quo antérieur ?
- Une exploration des éléments de choix de la méthode (hospitalier, ambulatoire) notamment expériences préalables du demandeur, éléments socio professionnels imposant des contraintes, couverture sociale etc..

Les éléments de la décision sont

- Le maintien de la demande par le demandeur après exploration de tous ces éléments
- La faisabilité générale (pharmacien, pas de contraintes sociales ou de travail,).
- Le choix du sevrage ambulatoire vs hospitalier = étant donné le peu de recul sur le sujet, s'il est possible d'affirmer la faisabilité du sevrage ambulatoire (littérature médicale, témoignages) il est impossible de définir les cas où il doit être préféré. On peut proposer qu'il soit mis en œuvre quand=
 - le demandeur refuse tout autre mode de sevrage mais persiste à souhaiter un sevrage
 - des contraintes sociales, professionnelles ou familiales rendent le sevrage hospitalier impossible ou difficile
 - le demandeur a une expérience personnelle de la méthode et la demande spécifiquement.

Modalités pratiques du sevrage

Il est difficile de définir des protocoles précis, toutefois =

- Il semble que le changement d'opiacés facilite en général le sevrage (buprenorphine à la place de méthadone et vice versa, buprenorphine à la place de l'héroïne). Si ce n'était pas le cas, le sevrage d'héroïne pourrait se faire « simplement » en diminuant l'héroïne. L'observation montre que cette technique est rarement efficace.
- La Buprenorphine et la Methadone ont été utilisées. Un consensus semble s'être établi pour favoriser la Buprenorphine en première ligne. La Methadone serait réservée aux demandeurs qui ne souhaitent pas de Buprenorphine (notamment détournement d'usage non contrôlable)..
- Quand la prise de Buprenorphine est inférieure à 15 jours, il s'agit d'un sevrage de l'héroïne aidé par la Buprenorphine (donc sans sevrage de la Buprenorphine). Au-delà il

y a deux sevrages, de l'Héroïne, puis de la Buprenorphine. Les temps de sevrage complet sont alors plus longs. Toutefois des personnes motivées parviennent le plus souvent à ce sevrage complet en 3 à 6 mois environ.

- La dose initiale de Buprenorphine est difficile à évaluer puisqu'elle doit dans un temps très court permettre l'induction ET le sevrage. La dose initiale ne doit pas évidemment entraîner un risque d'overdose mais doit être suffisante pour calmer les symptômes de manque. Un suivi quotidien est donc souhaitable.
- De ce fait il paraît peu adapté de pratiquer ce protocole quand la dose initiale de Buprenorphine doit dépasser 8 mg. Une diminution préalable de la consommation d'Héroïne peut alors être mise en place. Toutefois des consommations fortes d'Héroïne (5 g/jour) sont en pratique compatibles avec des doses initiales de Buprenorphine de 8mg et moins, du moins chez certains patients (importance de la connaissance des antécédents, même de sevrages non réussis).
- La possibilité d'un échec doit être prévue ainsi que ses conséquences (poursuite par un TSO ou non, notamment).
- La Buprenorphine ne doit pas être donnée sur une « imprégnation » opiacée, au risque de déclencher une crise de manque (effet antagoniste). S'il y a eu prise d'Héroïne quelques heures avant, on doit attendre des signes de manque pour donner la Buprenorphine. En général 12 heures après la dernière prise d'héroïne sont largement suffisantes (nb= avec la Méthadone il faut environ 72 h).
- La Suboxone pourrait présenter un intérêt spécifique en prévenant un usage détourné de la Buprenorphine.
- Toute autre médication associée doit être examinée avec attention. Le risque de prise d'alcool doit être évalué. (ainsi que d'autres produits)

On peut donc proposer le schéma suivant comme point de départ, mais à ne pas hésiter à adapter au cas par cas,

Premier jour

Après une période suffisante d'arrêt de l'Héroïne (6 à 12 h) donner une dose « de sécurité de premier jour » de Buprenorphine ou de Méthadone.

Pour la Buprenorphine on peut l'évaluer à 8mg le premier jour en deux prises au moins (une première prise de 4 mg au maximum doit être suivie d'une période d'observation de 2 heures au moins, éventuellement par le patient lui-même).

Pour la Méthadone 40 mg le premier jour en deux prises au moins (une première prise de 20 à 30 mg suivie d'une période d'observation).

La prescription d'antalgiques de niveau I (paracétamol) et éventuellement d'autres traitements symptomatiques (Spasfon) sera systématique sauf contre indications.

Deuxième jour et suivants

Si les signes de manque ne sont pas suffisamment calmés, augmentation de la dose comme dans les inductions de TSO (généralement 12mg de Buprenorphine et 50 mg (60 mg ?) de Méthadone au maximum). Le maximum devrait être atteint en 3 jours au maximum, suivis d'une

diminution rapide. Si celle-ci n'est pas possible, il faut envisager la « conversion » en induction de TSO, éventuellement suivie d'un sevrage semi rapide (ou semi lent).

Si les signes sont « tout juste » calmés , poursuivre les doses du jour , diminution des que possible . Si celle-ci n'est pas possible, il faut envisager la « conversion » en induction de TSO, éventuellement suivie d'un sevrage semi rapide (ou semi lent).

S'il n'existe pas de signe de manque insupportable (selon la mesure du demandeur, pas selon l'avis du soignant) , une premiere diminution peut etre amorcée. Le but est un arret de la Buprenorphine ou de la Methadone en 10 jours environ. D'importantes variations individuelles dans l'aptitude à diminuer les doses sont constatées.

Si le traitement dépasse 15 jours, le sevrage total est souvent repoussé à quelques semaines, voire quelques mois.

En cas de sevrage retardé la « méthode chinoise » peut etre utilisée (Avec la Methadone dilution progressive d'un flacon initial).

Sevrage total

Il peut etre accompagné d'une prescription « facilitatrice » de psychotropes mais le risque de création d'une autre accoutumance doit etre serieusement gardé en mémoire. Notamment la prescription de Benzodiazepine, si elle est necessaire, sera strictement limitée dans le temps. A signaler que l'utilisation de l'Atarax a été décrite dans le sevrage ambulatoire des opiacés selon des modalités proches (300 mg le premier jour puis diminution en 5 jours). Ce pourrait donc etre une prescription logique, en attendant des essais specifiques.

Le plus important est qu'il soit accompagné d'un soutien psychologique et social approprié. C'est une periode difficile qui doit etre accompagnée.

Il est important aussi d'explorer les facteurs de risque de rechute rapide (restes de produit à la maison, frequentation de dealers) et de prendre les mesures preventives necessaires.

Enfin il est important de considerer tous les problemes de santé associés. Il arrive souvent que l'arret des opiacés « révèle » des problèmes dentaires jusque là anesthésiés, ou des symptomes d'une hépatite connue mais négligée. Il est preferable que leur prise en charge ait été prévue et programmée.

Risques et Incidents

Bien qu'en principe les doses initiales soient plutot inferieures aux doses habituelles d'induction de TSO on sait que le risque d'overdose est plus de 10 fois plus fort à l'initiation du traitement que par la suite. Les precautions habituelles pour l'induction des TSO sont donc à reprendre totalement.

Le risque de « desequilibre » menant à une baisse de la vigilance doit etre évalué et des mesures prises, notamment chez les conducteurs et les metiers à risque.

Ce « desequilibre » peut etre lié à une sur dose relative de produit mais aussi à une insomnie ou une irritabilité en cas de signes de manque mal contrôlés. Il peut aussi etre lié à la prise « anarchique » de produit en cas d'echec du sevrage.(le patient n'ayant pas l'experience des associations de produits qu'il manipule)

En cas de rechute (surtout si elles ne sont pas immédiates) la dose doit être soigneusement « titrée » pour éviter les overdoses. L'utilisation de doses « standard » de la période de consommation est la cause principale des overdoses. Le patient devra donc en être soigneusement prévenu.

Suivi après sevrage

En principe ce suivi devrait être prolongé. L'expérience montre qu'il est souvent écourté par les patients eux même.

Ce point devrait donc faire l'objet d'un protocole à part.

En attendant, on peut recommander l'une et/ou l'autre des solutions suivantes=

- Un suivi ambulatoire médico psycho social , au moins proposé.
- Des activités de type Narcotiques Anonymes ou équivalents (auto support)
- Un suivi de réinsertion socio professionnel
- Un séjour en post cure, communauté thérapeutique ou équivalent
- Une hospitalisation pour prise en charge de problèmes somatiques.
- Quand ce n'est pas trop destabilisant une redéfinition importante des habitudes sociales (notamment évitement des dealers et de certains « amis »).

On peut proposer des recherches sur

- Les groupes de prévention de la rechute avec animateur professionnel (les NA ont déjà été cités mais relèvent plutôt de l'auto support))
- La mise en place de techniques de promotion de la santé (donc en principe non spécifiques à la toxicomanie)
-
-
-

Méthadone :

- 1▣ dose initiale : 10 à 40 mg/j ;
- 2▣ paliers d'augmentation 5 à 10 mg maximum par paliers de 1 à 3 jours, en fonction de la clinique, sans jamais excéder par semaine 50 % de la dose initiale ;
- 3▣ prise quotidienne unique **orale**.

BHD :

- 1▣ dose initiale : 4 mg à 8 mg/j au vu des pratiques professionnelles (doses supérieures à celles de l'AMM, qui justifient d'être validées par des études cliniques spécifiques) ;
- 2▣ respecter un délai de 24 heures après la dernière prise d'opiacé pour éviter le syndrome de manque dû aux propriétés antagonistes de la buprénorphine ;
- 3▣ paliers d'augmentation de 1 à 2 mg par paliers de 1 à 3 jours, en fonction de la clinique, jusqu'à la dose optimale

