

**Aspects pratiques de la conduite d'un traitement
par buprénorphine ou méthadone en médecine de ville (Déc 2005)
Département d'Addictologie (Pr. M. Auriacombe), CH Charles Perrens et CHU
de Bordeaux
RENAPSUD (Dr. Dubernet, Dr de DUCLA) Bordeaux**

Principes des traitements de maintien de l'abstinence aux opiacés par buprénorphine et méthadone (encore appelés traitements de substitution)

Le but du traitement, que l'on utilise la buprénorphine ou la méthadone, est le même : permettre au patient de devenir et de rester abstinent d'héroïne.

Cet objectif doit être explicitement partagé avec le patient et nécessite de bien clarifier les malentendus possibles. Le but n'est pas du tout de substituer à l'héroïne un autre produit, comme beaucoup de professionnels de santé non spécialisés en addictologie le croient. La plupart des patients réalisent vite, s'ils ne le savent déjà, que ce n'est pas le cas, car la méthadone ou la buprénorphine ne provoquent pas une qualité d'euphorie et de stupeur comparable à l'héroïne ou d'autres substances addictives non opiacées, comme l'alcool, la cocaïne, etc. Ce que font la buprénorphine et la méthadone, c'est de supprimer, ou de réduire suffisamment l'envie irrésistible de consommer, sans que cela soit remplacé par l'envie irrésistible de consommer la buprénorphine ou la méthadone. C'est ainsi que la buprénorphine et la méthadone sont des moyens très efficaces pour permettre aux personnes dépendantes des opiacés de devenir et de rester durablement abstinentes.

La très grande majorité des patients ne nécessite la prescription d'aucun autre médicament psychotrope, à l'exception peut-être des antidépresseurs, en cas de persistance ou de survenue d'un épisode dépressif. Mais cela doit s'évaluer après plusieurs mois de traitement une fois le patient stabilisé sur le plan de son addiction.

Il n'existe aucune situation justifiant l'initialisation d'une prescription de benzodiazépines. Par contre, dans le cadre d'une dépendance avérée aux benzodiazépines préalable à la mise en place du traitement par buprénorphine ou méthadone, cela est nécessaire pour permettre le sevrage (on utilisera alors une benzodiazépine à demi vie longue, peu euphorisante (type diazepam) en une prise quotidienne sur place à l'officine, (après la stabilisation des consommations on envisagera alors une décroissance progressive). D'ailleurs, préalablement à la mise en place de ce traitement, mais aussi, tout au long du suivi il faut se préoccuper de l'existence possible d'autres dépendances aux substances (tabac, cannabis, alcool, cocaïne,...) et mettre en place les traitements appropriés.

Il est important de garder à l'esprit que ce traitement s'installe dans la durée: plusieurs années, parfois à vie. Une fois la rémission obtenue de façon durable et les problèmes associés stabilisés de façon satisfaisante, il pourra être discuté avec le patient des avantages et inconvénients de l'arrêt du traitement. Une erreur fréquente est d'arrêter prématurément le traitement.

Prise du traitement et modalités de délivrance

La venue quotidienne du patient à la pharmacie et la prise du traitement sur place sont destinées à aider le patient à résister à la tentation d'un mésusage du médicament et à renforcer sa motivation. Cela augmente aussi les chances de succès pour le patient. Elles imposent de collaborer réellement et étroitement avec le patient et impliquent fortement le pharmacien avec lequel une bonne coordination est nécessaire. En effet, le pharmacien intervient comme un collaborateur à la prise en charge, d'autant qu'il est amené à voir quotidiennement le patient et à pouvoir donc informer le médecin de son évolution au jour le jour. De ce fait, il faut encourager le patient à choisir lui-même sa pharmacie, et indiquer sur l'ordonnance le nom de cette pharmacie.

La prise quotidienne contrôlée de la buprénorphine, en une fois, à la pharmacie, par voie sublinguale, ne doit pas faire d'exception, notamment au cours des 3 premiers mois de traitement. Il est donc important de noter sur l'ordonnance « à délivrer quotidiennement et à prendre sur place ».

Le dosage urinaire (opiacés, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines, cannabis) est le seul examen complémentaire de surveillance de l'efficacité du traitement. Pour faire un parallèle avec une autre pathologie chronique, l'équivalent du dosage urinaire serait l'hémoglobine glycosylée chez le patient diabétique. Ce n'est en aucun cas un élément qui pourrait motiver l'arrêt de la prise en charge en cas de positivité puisque le patient dépendant a perdu le contrôle de sa consommation et que c'est pour cela qu'il demande l'aide d'un professionnel.

La pratique des dosages urinaires ne vise pas à un contrôle du comportement du patient, mais à une évaluation objective de la qualité du soin que l'on offre au patient, et par là à permettre un ajustement du traitement en collaboration avec le patient. C'est peut-être pour cela que parfois, les professionnels hésitent à mettre en place ces dosages par la crainte de s'auto évaluer.

En pratique la réalisation de dosage urinaire n'étant pas actuellement coté à la nomenclature des actes remboursés par l'Assurance Maladie, alors que leur réalisation fait partie des recommandations de bonne pratique (ANAES, HAS, conférence de consensus), le réseau met gratuitement à disposition des professionnels libéraux qui en font la demande des kits (récipients de recueil+ bandelettes réactives) afin que les dosages puissent être facilement réalisés au cabinet médical.

Posologies habituelles et initiation du traitement

La dose moyenne quotidienne efficace de buprénorphine est de 8 à 16 mg, en une seule prise. Peu de patients tire bénéfice d'un traitement à moins de 6mg/j. Par contre, un certain nombre nécessite 16 mg, parfois plus. Cependant au-delà de 32 mg/j, les bénéfices possibles sont réduits et en cas d'inefficacité persistante, il faut réviser l'indication et remettre en cause l'adéquation de la prise en charge. Cela peut-être l'occasion de demander l'avis d'un spécialiste addictologue. La dose efficace permet au patient d'être « normal » sans effet sédatif ou euphorisant. Pour la méthadone, la dose moyenne efficace est de 80 à 200 mg, en une seule prise. Peu de patients tire bénéfice d'un traitement à moins de 60mg/j. Par contre, un certain nombre nécessite plus de 300 ou 400mg/j. Comme pour la buprénorphine, l'augmentation des posologies sans association d'un bénéfice thérapeutique patent, doit amener à réviser le traitement et l'indication.

La posologie est bien adaptée si le patient ne ressent pas de signes de sevrage opiacé (courbature, larmoiement, rhinorrhée...), s'il ne ressent pas l'envie impérieuse de consommer des opiacés et si les consommations associées (alcool, tabac, cannabis, cocaïne...) sont stables ou ont diminué. Dans le cas contraire, et notamment en cas d'augmentation des consommations associées et tout particulièrement l'alcool et le tabac, il faut ajuster la posologie à la hausse (palier de 2 à 4 mg/sem pour la buprénorphine, 5 à 10 mg/sem pour la méthadone) jusqu'à disparition de ces critères. Une adaptation de la posologie peut-être nécessaire à tout moment du traitement et plus particulièrement lors de l'introduction de nouveaux traitements (interféron, antirétroviraux...). Dans ce dernier cas, il faudra aussi être vigilant sur l'apparition de signe de surdosage (sédation, somnolence..) et adapter la posologie à la baisse.

Initiation d'un traitement par buprénorphine et méthadone en ville

La méthadone et la buprénorphine peuvent être délivrées et sont disponibles sans difficulté dans toutes les pharmacies. La buprénorphine peut-être prescrite en primo-prescription par tout médecin, y compris non spécialisé en addictologie. Compte tenu du nombre considérable de patients potentiels, tout médecin devrait avoir quelques patients. Du fait des propriétés agonistes-antagonistes de la buprénorphine, il faut encourager le patient à ne pas consommer d'opiacés dans les heures/jours qui précèdent la première prise de buprénorphine, notamment pour les opiacés de durée d'action prolongée comme les sulfates de morphine, la codéine et ses dérivés. L'idéal est que le patient commence à ressentir quelques signes de sevrage avant la prise du traitement le premier jour. Si cette précaution n'est pas prise, il y a un risque que la première prise de buprénorphine s'accompagne du déclenchement de signes de sevrage, ce qui peut éloigner le patient du traitement et de ses bénéfices potentiels. Cet élément est important à discuter avec les patients. On débute par une dose initiale de 2 à 4 mg, que l'on pourra augmenter de 2 à 4 mg/j tous les deux jours pendant la première semaine. Après la première semaine, les modifications de dose ne se feront, si besoin, que tous les 10 à 15 jours, par palier de 2 à 4 mg.

Pour la méthadone, vous n'avez pas la possibilité de rédiger une première prescription chez quelqu'un qui n'en bénéficie pas déjà. Votre première prescription sera donc en relais d'une prescription initiée par un autre médecin. Le plus souvent, il s'agit d'un médecin travaillant dans un Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, agréé par l'Etat (CSST) et souvent spécialisé en addictologie, ou plus rarement d'un médecin hospitalier non spécialisé en addictologie.

La situation est donc beaucoup plus simple puisque vous prenez la suite d'une prescription en cours. La coordination avec le médecin initiateur du traitement est très importante.

Que faire en cas d'échec ? La demande d'avis à l'addictologue.

Les données de la littérature médicale montrent sans ambiguïté que la prise en charge de patients héroïnomanes par traitement par buprénorphine ou méthadone est très efficace. Il faut garder cela en permanence à l'esprit. Ainsi, si après trois mois de prise en charge, le résultat n'est pas satisfaisant, nous conseillons de demander un avis auprès d'un spécialiste de ce type de traitement, en adressant le patient en consultation pour un avis ou en téléphonant.

Références

Auriacombe M, Franques P, Martin C, Grabot D, Daulouède J, Tignol J. Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne. Bases scientifiques du traitement et données évaluatives de la littérature. L'expérience et la pratique du groupe de Bordeaux et Bayonne. In: Guffens J ed. Toxicomanie, Hépatites, SIDA. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond; 1994: 173-198

Auriacombe M, Tignol J. Buprénorphine et traitement de substitution en médecine de ville. Est-ce possible ? A quelles conditions ? *Dépendance* 1995;9:14-16

Auriacombe M, Fatséas M, Franques-Rénéric P, Daulouède J-P, Tignol J. Thérapeutiques de substitution dans les addictions. *Revue du Praticien* 2003;53:1327-1334

Auriacombe M. Quoi de neuf pour le traitement de la dépendance aux opiacés en France ? Quelques spéculations. In: Reynaud M, Venisse J, Bailly D ed. Addictions. Paris: Masson; 2005: