

## PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS À L'HEROÏNE

### Synthèse et conclusions

Jean-Pierre OLIÉ

Membre de l'Académie de médecine

Parmi les 185.000 à 320.000 patients dépendants aux morphiniques (codéine, tramadol, oxycodone, morphine, méthadone, buprénorphine et, au sommet, l'héroïne (1)), on compte entre 80.000 et 124.000 consommateurs d'héroïne, un nombre qui, avec l'augmentation de la disponibilité de la drogue, a augmenté de 20% entre 2010 et 2014, passant de 500.000 à 600.000 (2).

**Le monde médical doit redoubler d'attention quand il prescrit des morphiniques à vocation thérapeutique.** En effet, sur les 100 000 prescriptions très coûteuses de buprénorphine à haut dosage (BHD), un tiers serait détourné, avec les graves conséquences suivantes :

- grever le budget de l'assurance maladie ;
- peser lourdement sur les comptes sociaux : le coût d'un usager de drogue illicite est estimé à 29.000 euros par an, soit plus de trois fois que pour un consommateur du tabac (3) ;
- permettre, à bas prix, le recrutement des jeunes utilisateurs toxicophile, alors qu'ils étaient encore indemnes de ces drogues opioïdes, au risque de les faire tomber dans l'héroïne ;
- alimenter des réseaux mafieux qui revendent cette buprénorphine dans des pays où elle n'est pas disponible ou bien où elle coûte beaucoup plus cher qu'en France ;
- entretenir, en prescrivant le princeps( le Subutex®) l'injection intra-veineuse de cette buprénorphine, développée justement pour la voie orale afin de faire rompre l'héroïnomanie avec son comportement injecteur. En effet, il a été mis en évidence que si 46% consommaient la BHD par voie orale, ils étaient 54% à se l'injecter (4). De plus, la BHD par voie orale protège des risques infectieux associés à cette pratique, et évite le « shoot » à l'héroïne, qui joue un rôle si important dans la dépendance à cette drogue, d'autant qu'il a été établi que 2/3 des bénéficiaires d'un traitement substitutif (TSO) consomment en même temps de l'héroïne (1). Dans ce contexte, il convient de privilégier les génériques, moins facile à injecter du fait d'une matrice galénique insoluble plus importante. Mais, il faudrait surtout développer la prescription de Suboxone®, dont ne bénéficient actuellement que 4% des patients sous BHD, alors qu'elle remplit le même objectif par voie orale que le Subutex®, mais avec l'avantage de réduire la constipation opiniâtre qui en résulte et, surtout, de rendre inopérant le « shoot » par injection intra-veineuse, ce qui crée le syndrome d'abstinence tout simplement en dissuadant celui qui opère ce détournement d'utilisation de réitérer une telle injection.

**Les thérapeutes devraient, à partir d'une logique pharmacologique, aborder la substitution de l'héroïne en recourant à la méthadone, qui constitue le modèle de prise en charge le plus instructif. En agissant spécifiquement sur l'appétence, elle permet en effet de mieux comprendre ce trouble, ainsi que l'intérêt et les limites des TSO.**

La méthadone permet de clarifier l'objectif du traitement : prise en charge de l'héroïnomanie et des troubles de la personnalité et comorbidités psychiatriques associées, ou réduction des risques. La buprénorphine est une alternative utile du fait de sa moindre toxicité et d'un cadre de soins plus souple. Mais, les ambiguïtés de sa prescription entraînent des mésusages, qui exigent de prescrire avec précaution. Du fait de son action

d'agoniste morphinique partiel, elle doit être réservée à des sujets moins sévèrement atteints.

La stratégie de sevrage garde toutefois sa place avec la possibilité de prescrire de la naltrexone, un anti-morphinique à longue durée d'action, en prévention des rechutes. Une fois cette phase réussie, on peut alors envisager son remplacement par de fortes doses de buprénorphine. Ces traitements de substitution devraient toujours constituer une première étape de réduction des risques pour accompagner le patient sur le chemin de l'abstinence.

**La prise en charge initiale d'un patient dépendant aux morphiniques / héroïne devrait être réservée à un addictologue ou à un médecin généraliste ayant suivi une formation complémentaire validée en addictologie.** Il pourrait alors être prescripteur de méthadone. Ce praticien ne prendrait en charge qu'un nombre limité d'héroïnomanes en substitution, et consacrerait à chacun d'eux de longues et fréquentes consultations. Cette activité devrait bénéficier d'honoraires spécifiques, eu égard au temps requis pour prendre en charge des pathologies somatiques et psychiques plus lourdes que celles de la patientèle habituelle.

*Récemment, les USA et 10 pays de l'UE ont adopté des mesures à prendre en cas de surdose d'héroïne, pour prévenir la survenue d'un arrêt respiratoire en attendant l'arrivée des secours. Il s'agit de programmes d'éducation et de formation du public à risque à l'utilisation de kits de naloxone notamment pour administration nasale. Les résultats très encourageants des premières études ont démontré l'intérêt de tels programmes pour réduire les décès par overdose aux opioïdes au sein de communautés à risque et incité l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) à autoriser en France dans les prochains jours la commercialisation d'un spray nasal de naloxone à destination des usagers de drogues. L'Académie de médecine propose que ce spray soit aussi mis à la disposition de l'entourage des héroïnomanes et qu'il soit accessible pour tous, en cas de besoin, comme cela est déjà pratiqué dans d'autres pays, sur l'exemple des défibrillateurs cardiaques.*

**La dépendance aux morphiniques s'installe souvent sur un terrain psychologique vulnérable, dans un contexte socio-éducatif et relationnel perturbé ; la substitution, et plus encore le sevrage, appellent des soins d'accompagnement et de réadaptation appropriés à cet état.** Le sevrage médical dans des structures d'accueil et de réinsertion spécifiques est indispensable pour prendre le relais. Elles sont trop rares en France. Or, qu'elles soient de type laïque ou d'essence confessionnelle, elles peuvent occuper dans ce dispositif une grande place, à l'image, par exemple, de :

- *Espoir du Val d'Oise (E.D.V.O.)*, qui assure une prise en charge socio-éducative de l'héroïnomane sevré pour lui apprendre un nouveau mode de vie, dans un objectif de réinsertion sociale et professionnelle par le rétablissement progressif et le maintien d'une abstinence durable et acceptée de tous les produits modifiant le comportement ;

- *l'association Saint Jean Espérance*, fondée par une Communauté religieuse catholique, qui accueille des toxicomanes sevrés pour les aider à faire le choix d'une nouvelle vie sans recourir à des produits addictifs, sur la base d'un travail personnel de restructuration et à travers l'aide à une réinsertion sociale et professionnelle par le travail manuel, une vie commune intense et le développement de la vie intérieure de chacun.

De telles structures d'accompagnement reconnues dans ce domaine s'avèrent indispensables et devraient donc être subventionnées à un haut niveau. *L'intérêt des associations de patients type Narcotique Anonymes doit aussi être souligné.*

## **L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE RECOMMANDE**

1- **une prise en charge des héroïnomanes par des praticiens ayant reçu une formation spécifique en addictologie.** Dans le cas où l'abstinence n'est pas immédiatement accessible, la stratégie de réduction des risques doit privilégier la prescription de méthadone, voire de Suboxone®;

2- **une politique de large mise à disposition de spray de naloxone** pour pallier les effets d'une éventuelle surdose ;

3- **un soutien à la création sociale et professionnelle ainsi qu'aux associations de patients labellisées dans ce domaine ;**

4- **l'intensification effective d'actions d'information sur les toxicomanies**, débutant très tôt dans

## Références

---

1. Usage des substances. Rapport national 2015 à l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies par le point focal français du réseau REITOX (*Réseau européen d'information sur les drogues et toxicomanies*). 2015; 32 pp.
2. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Observatoire français des drogues et toxicomanies*. Tendances N°99. 2015; 8 pp.
3. Kopp P. Le coût social des drogues en France. *Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies*. 2015; 10 pp.
4. Cadet-Taïrou A, Saïd S, Martinez M. Profil et pratiques des usagers de CAARUD (*Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues*) en 2012. *Observatoire français des drogues et toxicomanies*. Tendances N°98. 2015; 8 pp.