

LE SEVRAGE AMBULATOIRE D'OPIACÉS

PAR BARBARA BROERS, JEAN-PIERRE VOEGELI

RÉSUMÉ

Le sevrage d'opiacés en ambulatoire constitue souvent la première demande de prise en charge. Les objectifs de sevrage ambulatoire sont: attirer précocement des toxicodépendants dans le réseau, améliorer leur rétention dans le réseau sanitaire, prévenir les problèmes somatiques et psychosociaux, et conduire à l'abstinence d'opiacés les patients prêts à l'atteindre. Le sevrage peut se faire au cabinet médical et doit toujours comporter une prise en charge globale du patient: la prescription d'une substance pour soulager les effets de manque (de préférence la méthadone ou la buprénorphine) doit impérativement être accompagnée de services médico-psycho-sociaux pour optimiser les chances de réussite du sevrage et diminuer les risques de rechute. Des détails pratiques pour effectuer un sevrage d'opiacés au cabinet médical sont présentés.

INTRODUCTION

Le sevrage d'opiacés est un des traitements de la dépendance le plus fréquemment demandé. Dans le cadre du sevrage ambulatoire, il constitue souvent la première demande de prise en charge. Il s'agit donc en général de toxicomanes jeunes, chez lesquels un important travail de prévention primaire et secondaire est à faire, tant sur le plan psychologique, que médical et social.

Les objectifs du sevrage ambulatoire à la Division d'abus de substances sont les suivants:

- 1) Attirer précocement des toxicodépendants dans le réseau.
- 2) Améliorer leur rétention dans le réseau sanitaire.

- 3) Prévenir les problèmes somatiques et psychosociaux.
- 4) Conduire à l'abstinence d'opiacés les patients prêts à l'atteindre.

Les études sur le sevrage montrent que de 0 à 81% (en moyenne 20%) des patients terminent le sevrage ambulatoire, et que 60 à 100% ont rechuté dans une dépendance aux opiacés après six mois. Pour le sevrage hospitalier ces chiffres sont un peu meilleurs: 52 à 88% terminent le traitement, et les taux de rechutes à six mois varient de 9 à 75%. Même si ces résultats semblent peu encourageants, il ne faut pas oublier que les rechutes font partie du «processus thérapeutique», de l'acceptation de la dépendance comme un problème nécessitant une

prise en charge thérapeutique à long terme.

En ce qui concerne les facteurs de pronostic des résultats thérapeutiques: la présence d'une polytoxicomanie (notamment produits stimulants) ou d'un «sick role attitude» (le patient ne se considère pas responsable de sa dépendance), et l'absence de facteurs de protection (travail, domicile, soutien social) sont des facteurs d'un pronostic négatif. L'âge, le sexe, l'état civil, la quantité d'opiacés utilisée, ou les années de toxicomanie ne sont pas des facteurs prédictifs. La présence de problèmes légaux, d'une psychopathologie associée, ou d'une pression familiale et sociale pour la demande du traitement sont des facteurs pronostiques contradictoires dans la littérature.

Les caractéristiques de programme de soins corrélés à de meilleurs résultats sont: sevrage pratiqué dans une unité spécialisée (par opposition à la psychiatrie générale), information détaillée sur le sevrage donnée au patient, et utilisation de méthadone ou de buprénorphine au lieu d'alpha-agonistes.

Le but du sevrage est évidemment l'arrêt complet des opiacés, mais les différentes définitions de sevrage montrent des disparités importantes en ce qui concerne sa durée. Aux USA on distingue une désintoxica-

tion courte (5-30 jours) versus une désintoxication longue (max. 180 jours). En Angleterre on parle de sevrages rapides (quelques semaines) et de sevrages progressifs (quelques mois). Plus récemment s'y sont ajoutés les sevrages ultra-rapides (moins de 24 heures) et rapides (quelques jours). En bref le sevrage s'oppose à la «cure de maintenance à la méthadone» pour une longue durée.

Nous préférons la définition de sevrage de Alling (1992): «... *the detoxification is a treatment process used to eliminate a substance from someone who is psycho-actively dependent on it by means of the gradual tapering off of that substance, or a cross-tolerant substance, so as to alleviate significant subjective discomfort, minimize observable or measurable withdrawal signs, or prevent health risks that might occur if the substance was discontinued abruptly...*».

En général un sevrage ne devrait pas dépasser une durée de trois mois. Il doit toujours comporter une prise en charge *globale* du patient: la prescription d'une substance pour soulager les effets de manque doit impérativement être accompagnée de services médico-psycho-sociaux pour optimiser les chances de réussite du sevrage et diminuer les risques de rechute.

LE SEVRAGE

Les agents thérapeutiques actuellement utilisés lors du sevrage sont:

- des agonistes purs en doses dégressives: méthadone (recommandation de l'Association Américaine de Psychiatrie, APA), morphine, tramadol, codéine,
- un agoniste-partiellement antagoniste à doses dégressives: buprénorphine,
- des alpha-agonistes: clonidine, lofexidine,

Tableau I. — Sevrage ambulatoire ou hospitalier?

Ambulatoire	Hospitalier
<i>Subjectif:</i> Désir du patient	<i>Subjectif:</i> Désir du patient
<i>Objectif:</i> Dépendance récente	<i>Objectif:</i> Sevrage ultra-rapide Préparation au centre résidentiel
Absence de polytoxicomanie Contexte médico-psycho-social favorable	Polytoxicomanie Présence d'une comorbidité psychiatrique ou médicale Désinsertion sociale et familiale

- des neuroleptiques,
- des benzodiazépines,
- des associations (par ex. clonidine + naltrexone, utilisées lors du sevrage ultra-rapide sous anesthésie ou sédation profonde).

Un sevrage peut se faire en milieu hospitalier ou ambulatoire. Les critères pour déterminer le lieu de choix sont résumés dans le tableau I (ce choix est aussi influencé par le dispositif de soins disponible localement). Il est également important de juger si le patient bénéficiera plus d'un traitement de maintenance que d'un sevrage (tableau II).

Dans la Division d'abus de substances, à Genève, nous avons une troisième option: le «programme

préparatoire»; pendant un mois le patient reçoit un traitement de substitution à la méthadone, avec un dosage ne dépassant pas 50 à 60 mg, sans exigence d'abstinence. Pendant ce temps le patient et le médecin se rencontrent régulièrement et décident ensemble d'un sevrage ou d'une substitution à long terme. Le médecin au cabinet pourrait proposer ce traitement «préparatoire».

Les risques du sevrage d'opiacés sont les suivants: overdose due à une perte de tolérance, décompensation psychiatrique, fausse couche en premier trimestre de grossesse ou accouchement prématuré dans le dernier trimestre; et risque d'échec ou de rupture thérapeutique. Chez la femme enceinte il convient de pro-

Tableau II. — Sevrage ou traitement de substitution?

Sevrage	Maintenance
Désir du patient	Echecs répétés de sevrages
Dépendance récente	Dépendance longue, polytoxicomanie, utilisation i.v.
Jeune âge	Grossesse
Bonne intégration socio-professionnelle	Situation psycho-sociale précaire

Tableau III. — Le sevrage d'opiacés au cabinet médical: conseils pratiques et différentes propositions du traitement médicamenteux.

Début du sevrage	Suite du sevrage
Confirmation dépendance Exclusion des contre-indications Sevrage en début de semaine	Visites journalières au cabinet/ pharmacie pour la prise du médicament
<i>Méthadone:</i> Matin: patient à convoquer, si possible en état de manque, donner 20-30 mg Après-midi: 10-20 mg si signes de manque	<i>Méthadone</i> Augmentation de 10 mg méthadone/j Plateau (max. 50 mg) pdt 1-2 sem. Diminution de 10%/semaine Fractionner si dose journalière < 10 mg
<i>Buprenorphine:</i> Matin: patient à convoquer <u>absolument</u> en état de manque, donner 2 mg s.l. Donner 2 x 2 mg au patient, à prendre si signes de manque	<i>Buprenorphine:</i> Augmenter par 2 mg Plateau (max. 16 mg) pdt qq jours Diminuer par 2 mg/1-3 jours
<i>Tramadol:</i> Jour 1-3: 100 mg/6 heures	<i>Tramadol:</i> Jour 4-6: 100 mg/8 heures Jour 6-9: 50 mg/8 heures Jour 10-11: 50 mg/12 heures, j 12: fin
Prévoir rdv après 24-48 heures Explications des risques Si possible activer le réseau (rdv psychologue, assistance sociale, etc.)	Evaluation régulière de la situation socio-professionnelle et financière Contrôles d'urines Vaccination hépatite B?

poser le sevrage au deuxième trimestre de grossesse si le contexte est favorable (soutien familial et social disponible, contrôle médical régulier possible, etc.) mais si le risque de rechute est important, un traitement de maintenance s'impose.

LE SEVRAGE D'OPIACÉS AU CABINET MÉDICAL

Pour le premier entretien avec un patient dépendant qui demande un sevrage d'opiacés il faut prévoir

assez de temps pour explorer sa demande, connaître son contexte médico-socio-professionnel, et confirmer sa dépendance (éventuellement sa polytoxicomanie à d'autres substances psychotropes) par l'anamnèse, le status (traces d'injection, signes d'intoxication ou de manque), les urines, et éventuellement une salivette à la recherche des psychotropes. Ceci doit permettre d'exclure des contre-indications formelles (grossesse, décompensation psychiatrique aiguë, maladie soma-

tique grave). En même temps on peut proposer un bilan hépatique, ainsi que les sérologies HIV/ hépatites A, B et C et un test à la tuberculine (Mantoux).

Après avoir posé l'indication au sevrage, il est important de clarifier avec le patient le but, la méthode, la durée et les conditions de ce sevrage. Nous conseillons au médecin praticien d'utiliser pour le sevrage, soit de la méthadone, soit de la buprénorphine (Temgésic® ou Subutex®) en doses dégressives. Le tramadol peut être une alternative si les deux autres médicaments ne sont pas disponibles (tableau III). Les avantages de la buprénorphine sont le moindre risque d'overdose (dû à son effet partiellement antagoniste) et la brièveté du traitement; le désavantage est le risque plus élevé d'échecs thérapeutiques au début du traitement, probablement dû à des symptômes de manque plus marqués. Il convient d'administrer la première prise de buprénorphine lorsque le patient est vraiment en état de manque pour ne pas induire des symptômes de sevrage (tableau III). La prise du traitement doit se faire sous supervision, soit au cabinet, soit à la pharmacie. Les patients compliants peuvent prendre leurs doses du week-end à domicile.

Les schémas de traitement proposés dans le tableau III sont à titre indicatif et doivent s'adapter aux besoins du patient, ou aux habitudes du prescripteur.

FIN DU SEVRAGE

A la fin du sevrage le patient doit être au courant du risque d'overdose en cas de reprise d'opiacés. On lui propose, s'il est motivé mais fragile, un soutien pharmacologique par un antagoniste pur (naltrexone = Nemoxin®) pendant quelques mois; 2 cp les lundi, mercredi et vendredi). La prévention de la rechute peut se faire

en psychothérapie de groupe ou individuelle. Il convient toujours de proposer un rendez-vous ultérieur au patient, ceci peut être également l'occasion de compléter la vaccination contre l'hépatite B.

Mots-clés

Toxicomanie • opiacés • sevrage ambulatoire • traitement de la toxicomanie.

BIBLIOGRAPHIE

Alling A.F.: *Detoxification and Treatment of Acute Sequelae*. In: J.H. Lowinson. *Substance Abuse, a comprehensive textbook*, 2nd edition, Williams & Wilkins, 1992.

Giner P.: *Désintoxication hospitalière de la dépendance aux opiacés: étude de suivi à 1 et 6 mois*. Thèse de médecine, Faculté de médecine de l'Université de Genève, 1997.

Krokar M.: *Résultats à court terme d'un programme de sevrages ambulatoires*. Thèse de médecine, Faculté

de médecine, Université de Genève, 1996. -

Gossop M., Green L., Phillips G., Bradley B.: *Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment: a prospective follow-up study*. *British Journal of Psychiatry*, 154: 360-363, 1989.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, France: *Rapport de Conférence de Consensus sur «Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés»*, 1998.

Adresse:

D^r Barbara Broers, Médecine Communautaire et Division d'abus de substances, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 2, rue Verte, 1205 Genève.

D^r J.-P. Voegeli, rue du Valentin 18, 1400 Yverdon-les-Bains.