

Prescription de la Buprénorphine BHD

Cadre de prescription

- * Traitement Substitutif aux Opiacés (TSO)
Opiacés : codéine, morphine, héroïne...
- * Ordonnance sécurisée
- * < 28 j (fractionnable par pharmacien)
- * < 16 mg / j

Recommandation AFSSAPS :

- * Désignation médecin / pharmacien
- * Rédaction formulaire 324-1 si soins > 6 mois

Cadre de prescription

- *Durée de traitement : sans limitation
- *Association avec anxiolytique non recommandée

Initiation du traitement

- * 4 mg à 8 mg/j

- * > 24 heures après dernière prise opiacée

- * ↗ 1 à 2 mg / 1 à 3 jours

- * Délivrance fractionnée

- * Information sur pharmacologie de BHD

Contrôle de la CPAM

d'après relevés semestriels

Convocation par service médical

Obligation de protocole de soins

- * Consommation > 20 mg / j
- * Prescripteurs > 3
- * Pharmaciens > 3
- * Consommation excessive de benzo

Historique

- * 1996 : mise sur le marché de la BHD
- * 2004 : conférence de consensus LYON
- * 2011 : Les TSO
 - * Favorise l'accès aux soins
 - * ↘ mortalité
 - * ↘ morbidité
 - * ↘ dommages sociaux
- * et pourtant ...
 - * Seul 25% de MG prescripteurs
 - * 50% n'appliquent pas les reco

Pourquoi les MG
se désintéressent-ils de la
prise en charge de ces
patients ?

Les arguments

- * Trop de déviances et mésusages (injections, sniff, etc...)
- * C'est une affaire de spécialiste
- * Ça ne marche pas, ils restent dépendants au traitement
- * Il n'y en a pas dans mon quartier

Les arguments (suite)

- * Pas envie d'alimenter le marché noir
- * Il n'a pas arrêté l'héroïne
- * Ce sont des menteurs, je me suis déjà fait avoir une fois, pas deux !
- * Il y a des primo dépendances

Trop de déviances ...

- * Patients injecteurs : pas d' effet psychotrope
- * Dépendance au geste : trouble comportement (TOC)
- * Excipients délétères (amidon, silice, talc) générique ?
- * Passage hépatique => moindre biodisponibilité
- * Conseils de « bonnes pratiques » d'injection
 - Limiter le risque infectieux
 - Éviter les troubles trophiques

...et de mésusages

- * Prise en sniff :

attention au talc → lavages de nez

- * Prises fractionnées : aspect comportemental

- * Surdosages : aucun danger

- * Consommations associées : BZD

C'est une affaire de « spécialiste »

Faux

- ♣ Connaissance contexte familial, social, professionnel
- ♣ Prise en charge des comorbidités
- ♣ Proximité territoriale et travail en réseau
- ♣ Coordination (hépatologue, infectiologue, psy...)
- ♣ Aspect négatif pour le MG : trop grande file active

Il n'y en a pas dans mon quartier

Statistiques OFDT

ESCAPAD juin 2009 – 48500 jeunes de 17 ans

Expérimentation de l'usage d'héroïne :

2005 : 0,8%

2008 : 1,1%

2011 : en hausse

* 1 gramme d'héroïne : 20 à 30 euros

* ↗ consommation chez les très jeunes

Je n'ai pas envie d'alimenter le marché noir

- * 6% des patients l'alimentent
- * 25% des quantités délivrées

Accès au traitement difficile

=

➔ Auto médication

Ça ne marche pas On ne peut pas arrêter le TSO

- * ↘ des doses à l'initiative du patient
- * Sevrage : un outil supplémentaire
- * Risque d'OD par diminution de la tolérance
- * Risque glissement vers autre dépendance
- * Traitement à vie ?

Sevrage de BHD plus progressif et plus long
que le sevrage héroïne

Poursuite de la consommation d'héroïne (et autres produits ...)

* A court terme :

Soulager état de manque douloureux

* A moyen terme :

Assurer gestion personnelle de la dépendance

* In fine :

Résolution complète de toute problématique de mésusage de substances psycho-active

Recommandations

conférence de consensus LYON 2004

- * Diminuer et si possible arrêter la consommation des opiacés illicites dans une perspective de réduction des risques en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance
- * Aboutir à une abstinence complète d'opiacés illicites : le traitement est conçu alors comme une étape vers le sevrage de toute substance opiacée; il peut cependant être nécessaire à long terme, voire à vie