

Apprentissage de l'élargissement des modalités de prescription de l'héroïne médicale avec le Covid-19

Dr GERARD CALZADA^a, Dre JULIE GIUSTINIANI^a, TIAGO GOIS^a, Dr ANDRÉ KUNTZ^b, Pr YASSER KHAZAAL^c et Pr DANIELE ZULLINO^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 1111-4

L'offre des traitements assistés par opioïdes pour les personnes avec dépendance à l'héroïne est particulièrement diversifiée en Suisse. Les traitements basés sur la prescription de diacétylmorphine y sont ainsi proposés depuis 1994, dont les règles de prescription et de remise au patient régies par l'Office fédéral de la santé publique sont particulièrement strictes, imposant aux patients un passage au centre de soins plusieurs fois par jour. Grâce aux modifications législatives du Conseil fédéral, permettant aux patients d'emporter le traitement pour des durées plus longues pendant la pandémie de Covid-19, les passages à la consultation ont été réduits. Cela a eu pour effet indirect de libérer du temps, qui a pu être investi dans d'autres activités, notamment le recentrage des thérapies davantage autour des projets de vie des patients.

Learning to expand medical heroin prescribing modalities with Covid-19

The choice of opioid-assisted treatments for patients with heroin dependence is particularly diverse in Switzerland. Since 1994, diacetylmorphine assisted treatments are available. The rules for prescribing and dispensing diacetylmorphine, as laid down by the FOPH, are particularly strict, requiring patients to attend the treatment center several times a day. Thanks to a legislative amendment by the Federal Council, it became possible to extend the dispensing of diacetylmorphine during the Covid-19 epidemic, allowing patients to take the treatment with them for longer periods and thus reducing the number of visits to the clinic. The time freed up could then be invested in other activities, allowing therapies to be refocused more on the patients' life project.

INTRODUCTION

La Suisse fait partie des pays où l'offre des traitements agonistes opioïdes (TAO) pour les personnes qui souffrent d'une dépendance à l'héroïne est particulièrement diversifiée. En plus des traitements classiques de méthadone, buprénorphine ou morphine retard, les traitements basés sur la prescription de diacétylmorphine ((DAM), forme pharmaceutique

de l'héroïne) sont proposés aux personnes gravement dépendantes aux opioïdes depuis 1994.¹ Dans un premier temps prescrits de façon expérimentale, les traitements avec DAM ont été inscrits dans la Loi sur les stupéfiants lors de la révision en 2011. Pour rappel, le traitement par DAM est indiqué pour des personnes majeures gravement dépendantes à l'héroïne avec des répercussions physiques, psychiques ou sociales imputables à la consommation qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante aux TAO classiques.

Si les TAO classiques nécessitent déjà des autorisations de prescription pour les médecins et un système de surveillance et de contrôle par les médecins et pharmaciens cantonaux, les prescriptions de DAM sont sujettes à des règles strictes de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et seulement les médecins très expérimentés dans les prescriptions de TAO sont autorisés à en établir. De plus, l'OFSP se charge aussi des délivrances d'autorisations aux institutions et aux patients et de leurs renouvellements réguliers.

En outre, dans le cas du programme de traitement par DAM, les règles de prescription et de remise au patient régies par l'OFSP sont plus strictes que pour les TAO classiques. En effet, pour ces derniers les premières prises sont supervisées, puis le protocole de soins peut s'assouplir en fonction de chaque situation clinique jusqu'à une prise supervisée par semaine et la remise du traitement pour les jours de la semaine restante. Le traitement pouvant s'étendre exceptionnellement jusqu'à 30 jours en cas de vacances ou autre projet empêchant temporairement un passage hebdomadaire. Lors du traitement par DAM, les prises se font systématiquement sous supervision, imposant aux patients un passage au centre de soins plusieurs fois par jour (2 à 3 en fonction des centres). Si ces multiples passages permettent aux patients de bénéficier de soins intensifs ajustés à leurs états de souffrance, ils peuvent dans un second temps être un frein aux programmes de réhabilitation psychosociale et aux activités relatives à l'inclusion sociale (par exemple, travail...). Il est ainsi possible de permettre à certains patients d'emporter une partie du traitement, jusqu'à 2 jours. Cela est seulement possible en l'absence de risque de surdosage et de détournement du traitement sur le marché illicite si certaines conditions sont remplies (durée de traitement, stabilité sanitaire et sociale, pas de risque d'abus). Comme spécifié dans le *Manuel de traitement avec prescription de diacétylmorphine* de l'OFSP, le but de ces remises à l'emporter est de permettre une reprise progressive des responsabilités individuelles et d'intégrer le traitement dans la vie quotidienne du patient.

^aService d'addictologie, Département de psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14,

^bCentre cantonal d'addictologie, Réseau fribourgeois de santé mentale, rue de Morat 8, 1700 Fribourg, ^cService de médecine des addictions, CHUV, 1011 Lausanne

gerard.calzada@hcuge.ch | julieleoniechristine.giustiniani@hcuge.ch
tiago.gois@hcuge.ch | andre.kuntz@rfsm.ch | yasser.khazaal@chuv.ch
daniele.zullino@hcuge.ch

ADAPTATION DES SOINS DURANT LA PÉRIODE COVID

La pandémie à coronavirus 2019 (Covid-19) a fait l'objet d'une préoccupation dans le monde entier depuis son apparition. La crise Covid-19, que ce soit par ses répercussions directes et indirectes (sanitaire et économique), a eu pour conséquences de fragiliser la santé mentale de la population générale et plus spécifiquement de majorer l'ensemble des troubles addictifs (de novo ou anciens). Les personnes souffrant de troubles addictifs appartiennent bien souvent à des communautés marginalisées et sont invariablement plus susceptibles de souffrir des conséquences de la pandémie.

Plus spécifiquement, il a été rapporté une majoration des situations d'urgence liées aux consommations de substances (sevrage, surdosage). Ces situations seraient les conséquences directes des difficultés rencontrées par les personnes souffrant de trouble de l'usage de substances (TUS) pour accéder aux services de santé, les incitant à se procurer des médicaments par des moyens illégaux.² Celles présentant un TUS aux opiacés ont d'ailleurs été identifiées comme particulièrement vulnérables en raison d'une plus grande marginalisation, de la difficulté d'accéder à des soins de santé spécifiques et des restrictions imposées sur les TAO. Dans ce contexte, il a été préconisé d'assouplir les restrictions concernant l'accès aux TAO.^{3,4} Ces recommandations peuvent toutefois paraître démesurées pour certains pays, les lois encadrant les soins des personnes présentant un TUS aux opiacés variant considérablement d'un pays à l'autre.²

Dès le début de la pandémie de Covid-19, le réseau suisse des spécialistes dans les traitements des personnes dépendantes aux opioïdes s'est inquiété de la prise en charge de leurs patients. Le risque d'isolement social, la crainte d'une variation de la disponibilité et des prix de la drogue, et le besoin de mettre en place des mesures facilitant l'accès aux soins ont amené les centres de soins spécialisés à adapter rapidement les pratiques pendant la période Covid.

Au Service d'addictologie des HUG et au Service de médecine des addictions du CHUV, les axes de changement ont été opérés dès la première vague, en mars 2020, avec pour objectif l'amélioration de l'accès aux soins (accélération, allègement des démarches administratives et accueil rapide des nouveaux patients), la gestion du flux des patients (intervalle augmenté des passages, adaptation des horaires) et la poursuite des entretiens cliniques (développement de la télémedecine et des visites à domicile).⁵

L'élargissement du cadre de remise des TAO durant cette période a permis aux patients d'emporter le traitement à domicile pour des durées plus longues et ainsi réduire les passages à la consultation.

- Pour les TAO classiques (méthadone, buprénorphine, morphine retard (Sevre-Long)), le traitement a été administré pour au moins 2 semaines (voire 1 mois pour les patients les plus stables).
- Pour le programme de prescription d'héroïne médicale, qui nécessite normalement 2 passages par jour, les patients sont venus au maximum 1 fois tous les 2 jours. Certains, qui étaient stables sur le plan psychosocial, géraient bien leur traitement et remplissaient les critères de l'OFSP pour

emporter les comprimés de DAM, ont emmené jusqu'à 1 semaine de traitement d'héroïne médicale au domicile.

Enfin, les patients remplissant strictement certains critères, notamment l'absence de risque de détournement du traitement, ont pu bénéficier du traitement d'héroïne médicale injectable à la maison pour une plage horaire (matin ou soir). Pour d'autres, une remise du traitement et la réalisation du soin à domicile ont été mises en œuvre.

En septembre 2020, le Conseil fédéral a adopté un projet de révision urgente de l'article 13 de l'Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants lors de sa séance du 25 septembre 2020.⁶ Cette modification, qui est entrée en vigueur le 28 septembre 2020, assoit ainsi la remise élargie de DAM pendant l'épidémie de Covid-19 sur une base légale solide.

Grâce à cette modification législative, les centres spécialisés n'ont plus besoin de faire une demande d'autorisation exceptionnelle à l'OFSP pour une remise élargie de DAM (comprimés ou injections intraveineuses), ce jusqu'au 31 décembre 2021. Ce sont les responsables du centre qui décident en fonction des critères définis par l'OFSP.

En plus d'autoriser l'administration à domicile sous contrôle visuel, l'ordonnance permet d'administrer jusqu'à 4 jours de traitement de DAM en comprimés aux patients qui remplissent les critères suivants:

- Patient suivi pendant au moins 6 mois sans interruption (patient régulier dans la prise de traitement, sans absences constatées les derniers mois).
- Patient avec un projet de soins qui nécessite d'emporter le traitement de DAM à domicile.
- Patient avec un état sanitaire et social suffisamment stabilisé.
- Patient ne consommant pas de stupéfiants hormis la DAM.
- Patient avec un risque d'abus très faible (sans risque de revente, ni de prise abusive du traitement administré).

De plus, l'administration jusqu'à 7 jours de traitement de DAM en comprimés est aussi possible pour les patients présentant des facteurs de vulnérabilité pour le Covid et qui remplissent les critères cités ci-dessus.

Aussi, il est stipulé que lors de remise ou d'administration élargie (4 à 7 jours de traitement), l'infirmier référent du patient garde contact au moins 2 fois par semaine avec le patient pour favoriser la rencontre clinique et accompagner la gestion du traitement.

Ces autorisations prenant fin le 31 décembre 2021, que faudrait-il envisager dans l'avenir? Qu'avons-nous appris et quelles sont les perspectives imaginables suite à cette expérience? Quelle importance faut-il donner à la remise des traitements à l'emporter?

APPRENTISSAGE DE L'ÉLARGISSEMENT DES MODALITÉS DE PRESCRIPTION DE TRAITEMENTS AGONISTES OPIOÏDES

La crise du Covid-19 nous a conduits à revoir nos pratiques et à nous questionner sur l'évolution des soins et notamment

sur la question plus spécifique des conditions d'administration. En effet, comme nous avons pu l'évoquer précédemment, le début du programme de prescription de la DAM impose aux personnes une prise de leur traitement sous supervision de manière biquotidienne.

Lors de l'entrée dans les soins, ce rythme d'administration répond à une logique sécuritaire, que ce soit de s'assurer du dosage optimal, mais aussi d'éviter tout détournement du traitement. De plus, cela correspond à un rythme de soins intensif vécu par les patients comme un soutien les aidant à structurer leurs journées en dehors des réseaux de rue et de leur donner un nouvel espace pour penser (hors des obsessions d'idéation autour de la consommation et des quêtes pour s'approvisionner en héroïne). Cependant, le constat est que si ces contraintes ont un sens thérapeutique indéniable, elles peuvent aussi constituer un frein à l'élaboration d'autres projets de vie. La pandémie de Covid-19 et les élargissements d'administration ont permis d'ouvrir une réflexion sur ce sujet.

La réduction des passages au sein de l'institution afin de limiter les risques de propagation du Covid, a eu un effet immédiat sur le temps à disposition des patients et leur ressenti quant au programme. En effet, le quotidien des patients alors ritualisé autour des passages a dû trouver un nouvel équilibre, avec de surcroît un nouveau gain de temps. Celui dévolu auparavant à la recherche du traitement (organisation, temps de transport, administration...) peut alors être investi dans d'autres activités. Les patients vivent ainsi un véritable changement dans l'élaboration de leur quotidien articulé autour de leur projet de vie et de leurs envies. En parallèle, certains ont fait le témoignage que cette mise à distance de ce lieu de soin associé au milieu des consommateurs leur a permis de prendre de la distance au profit d'autres espaces de socialisation. La création de ces nouveaux espaces de rencontre peut paraître paradoxale, dans un contexte de distanciation sociale. Même si on aurait pu craindre un retrait social majoré, la plupart des patients ont fait le constat de l'amélioration de la qualité de la relation avec leurs soignants avec moins de focalisation sur les médicaments et plus de partage sur leur vie et leurs difficultés. Cela a pu être facilité par une plus grande mobilité des équipes soignantes devenues plus proches des patients dans leur environnement naturel. Le rôle soignant, en partie défini par des contraintes de sécurité et de contrôle, a pu plus facilement s'étendre à ses autres fonctions orientées sur le rétablissement.

L'élargissement des prescriptions a permis notamment à certains patients, qui s'étaient ritualisés autour des injections, d'envisager la possibilité de passer à la forme orale en y percevant un véritable intérêt. À cela s'ajoute la question du poids de la stigmatisation et surtout de l'autostigmatisation⁷ ressentie par les patients face à ce type de programme renvoyant à une addiction «plus grave». D'ailleurs, la stigmatisation de la problématique addictive et de ces traitements constitue un des freins à l'adhésion aux programmes de substitution.⁸

Dans une logique économique, les temps de soignants qui n'étaient plus dévolus à la supervision des prises de traitement ont été attribués à la réalisation d'entretien, de temps d'échange, d'accompagnement vers des projets de réhabilitation psycho-

sociale et de psychothérapie. La réduction des passages n'est ainsi plus une perte mais une opportunité pour les soignants de rencontrer autrement leurs patients.

En sortant de cette logique sécuritaire du soin centré sur l'administration du traitement et en remettant plus de traitements à l'emporter aux patients, l'approche a basculé vers le renforcement de l'empowerment et de la responsabilisation des patients dans la gestion de leur traitement et vers une confiance mutuelle. Les patients, acteurs de leurs soins au travers des entretiens et en dépit de leurs ambivalences, sont en mesure de faire part de leurs besoins et de discuter de manière transparente des risques auxquels ils sont confrontés.

Certains patients, à qui un élargissement avait été octroyé, ont pu faire la demande de revenir aux modalités d'administration sous supervision, exprimant une crainte de revenir à l'ancien schéma. Nous faisons le constat quotidiennement que le cadre de soins et les modalités d'administration ne sont aucunement immuables et, grâce au partenariat avec les patients, il est possible de s'ajuster au plus près de leurs besoins tant ceux ressentis à un moment présent que ceux reliés à leur vision d'une vie qui fait sens pour eux.

Allégée de l'obsession réglementaire, la relation de soins se structure autour d'un partenariat dans lequel un rapport de confiance s'instaure et où les décisions sont prises de manière partagée avec le patient, en accord avec les développements récents de la médecine qui mettent l'emphase sur la décision partagée. Ce type de relation thérapeutique et la valeur ajoutée qu'elle apporte dans la qualité des soins sont éprouvés depuis longtemps, notamment dans la prise en charge des TUS.⁹ Ce partenariat engagé depuis longtemps s'est vu renforcé par les expériences imposées par la pandémie.

La crise nous a contraints ainsi à revoir nos pratiques et à questionner les limites de celles-ci. Nous avons alors pris conscience des limites de cette logique instaurée de longue date autour de l'administration des traitements et à nous intéresser au-delà des réglementations dictées par les politiques au réel sens clinique de nos interventions. Il s'agit en effet de placer le TAO au service d'un projet de vie, d'éviter et de mobiliser l'ensemble des ressources dans un système où la remise du traitement est une finalité en soi.¹⁰

Les élargissements de la délivrance de la DAM et les modifications apportées afin de faciliter et d'accélérer l'entrée dans les soins ont eu un intérêt certain pour l'ensemble de nos patients. Ces élargissements ont toutefois été accompagnés de quelques difficultés. La persistance de consommations annexes a pu générer chez certains patients des difficultés de gestion du traitement. Si cela a pu être compliqué, compromettant temporairement le programme chez certains d'entre eux, cela a surtout été une opportunité pour travailler sur les consommations persistantes et la problématique addictive.

S'agissant des accélérations des procédures d'accès au traitement de DAM, cela a permis aux patients d'accéder en dépit de la crise sanitaire à des soins intensifs et ajustés à leur problématique. Cette facilitation de l'accès à l'héroïne médicale a pu conduire certains patients à sous-estimer l'engagement associé à cette démarche, confondue avec une approche de

réduction des risques isolée. Il nous a cependant toujours semblé possible d'utiliser cet accès au patient pour faciliter un processus de changement plus global connecté à ses espoirs et à sa vision de ses priorités au-delà des obstacles liés aux addictions.

CONCLUSION

Le système sanitaire suisse a, nous semble-t-il, eu l'intelligence de réagir à la crise Covid-19, en intégrant 2 priorités, celle de la réduction des risques épidémiques et celle du maintien des soins nécessaires. Les besoins des personnes avec addictions ont été considérés lors de ces adaptations. Nous ne pouvons que saluer ce mouvement qui a tenu compte des patients concernés et su prendre le risque d'assouplir ses règles.

À la lumière de ces changements, annoncés comme transitoires, de nouveaux possibles sont révélés et les lacunes des systèmes en place s'en trouvent dévoilées. L'élargissement du cadre de prescription de la DAM a permis d'ajuster le programme de soins aux différentes situations cliniques rencontrées, mais surtout de sortir d'une logique de pouvoir où le patient n'a d'autres choix que celui d'obéir aux injonctions. La substance, qu'il s'agisse de la méthadone ou de la DAM, est un traitement autour duquel soignants et patients collaborent pour un projet de vie qui fasse sens.¹⁰ La prescription de DAM n'est donc qu'une étape facilitatrice de rétablissement.

La dynamique soignant-soigné reconstruite autour des nouvelles directives renforce nos valeurs fondamentales que sont le partenariat, la collaboration et l'empowerment. Elle représente l'évolution naturelle du courant de pensée qui a donné vie à nos programmes de soins, il y a un quart de siècle. Elle est un pas supplémentaire pour outrepasser les fantasmes et les représentations sociétales qui stigmatisent, aujourd'hui encore, la population souffrant d'addiction et ses traitements.

Ces mesures et l'adaptation induite chez les professionnels ont permis la démonstration grandeur nature que le meilleur outil de contrôle des stupéfiants délivrés par des centres médicaux n'est pas la supervision des prises de traitements à un moment donné mais bien l'élaboration et la construction d'un projet de vie permettant à l'individu de s'accomplir comme un membre à part entière de la société. Sont-elles le signal que la DAM devrait être traitée comme un médicament «normal» ou au moins comme les autres TAO?

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'élargissement du cadre de remise des traitements agonistes opioïdes, qui permet aux patients d'emporter le traitement à domicile pour des durées plus longues, a permis de revoir certaines pratiques cliniques, passant d'une logique plutôt sécuritaire vers une pratique davantage structurée autour du projet de vie
- La mise à distance du lieu de soins associé au milieu des consommateurs permet à certains patients de prendre de la distance au profit d'autres espaces de socialisation
- La relation avec leurs soignants était moins marquée par une focalisation sur les médicaments et plus par des partages sur la vie du patient et ses difficultés
- Le rôle du soignant, auparavant fortement défini par des contraintes de sécurité et de contrôle, a pu plus facilement s'étendre à ses autres fonctions orientées sur le rétablissement
- La crise a ainsi contraint les cliniciens à revoir leurs pratiques et à questionner les limites de celles-ci

1 Pernerger TV, Giner F, del Rio M, Mino A. Randomised Trial of Heroin Maintenance Programme for Addicts Who Fail in Conventional Drug Treatments. *BMJ* 1998;317:13-8.

2 Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and Addiction. *Diabetes Metab Syndr* 2020;14:817-23.

3 Becker WC, Fiellin DA. When Epidemics Collide: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and the Opioid Crisis. *Ann Intern Med* 2020;173:59-60.

4 Vecchio S, Ramella R, Drago A, et al. COVID19 Pandemic and People with Opioid Use Disorder: Innovation to Reduce Risk. *Psychiatry Res* 2020;289:113047.

5 *Calzada G, Bervini A, Zullino D, Corte-Real S, Khatcherian E. Comment adapter les traitements par agonistes opioïdes (TAO) et la prescription d'héroïne médicale en temps de crise ? *Dépendance* 2020;68:6-8.

6 OFSP OFDLSP. Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres

troubles liés à l'addiction (Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants, OASTup; RO 2020 3829). 2020.

7 Matthews S, Dwyer R, Snoek A. Stigma and Self-Stigma in Addiction. *J Bioeth Inq* 2017;14:275-86.

8 Goodyear K, Chavanne D. Sociodemographic Characteristics and the Stigmatization of Prescription Opioid Addiction. *J Addict Med* 2020;14:150-5.

9 Joosten EA, de Jong CA, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CP. Shared Decision-Making Reduces Drug Use

and Psychiatric Severity in Substance-Dependent Patients. *Psychother Psychosom* 2009;78:245-53.

10 *Manghi R, Soullignac R, Zullino D. Substitution aux opiacés: programme de la dernière chance ou pari sur la qualité de vie. *Rev Med Suisse* 2013;9:1669-71.

* à lire absolument
** à lire absolument