

# Traiter les systèmes thérapeutiques

Marc Reisinger, Belgique

THS 11 Biarritz

8-11 Octobre 2013

# **“Connais-toi toi-même”**

**Un système de traitement ne peut être efficace s’il ne peut pas se traiter lui-même**

# Médecine-fiction

- Médicaments anti-hypertenseurs
  - Accès limité
  - Limitation des doses à emporter
  - Non-respect du régime sanctionné par l'arrêt du traitement

# Conséquences

- Marché noir à prix élevés
- Vendeurs:
  - Patients en traitement
  - Argent facile → abus d'alcool et de nourriture
  - Morbidité et mortalité accrues
- Acheteurs
  - Auto-médication
  - Sans suivi thérapeutique
  - Morbidité et mortalité accrues

# Fiction = réalité

- Cette absurdité est considérée comme normale pour les usagers d'opiacés
- Offre de soins < demande
- Marché noir
- « Scènes ouvertes »: drogues illégales, overdoses, injections, infections...
- Traitements interminables



- Diagnostic → Traitement
- Principe médical
- Principe moral : réduire la souffrance
- Pas d'exception pour les usagers de drogues

**= Valeurs fondamentales**

# Dépendance aux opiacés

$\Delta$  = Affection chronique récidivante

$\theta$  = Traitement de longue durée à dose adéquate

# Où se situe le problème ?

- Dépendance aux opiacés : diagnostic aisé
- Traitement simple à doses adéquates
- Seul problème : **obstacles au traitement**

# HEROINE : EVOLUTION

*USAGE (0-5 ans)*



*DEPENDANCE (1-5 ans)*

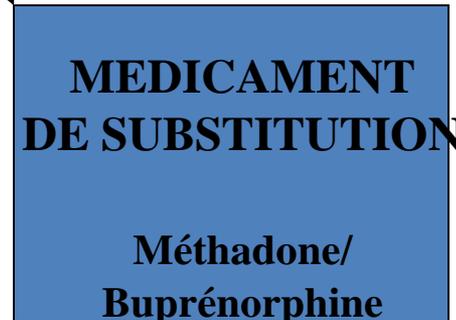


*TRAITEMENT (5-20 ans)*

Taux d'admission **5%**



**70%**



Taux de rétention 30%

70%

**Effets 1,5%**

**50%**

# Approche pragmatique

- Offre de soins = demande
  - **Pas de « listes d'attente »**
- Accès aux soins limité par le rapport coût/efficacité

# Belgique – France

- **85-90 %** des traitements en **médecine de ville**

5-10 % en centres spécialisés ambulatoires

- **90-95 %** de “**médicaments de substitution**”:  
buprénorphine (Subutex, Suboxone) ou méthadone

# Approche utopique: perfection sans disponibilité

- “Notre système est le plus cher et probablement **le meilleur du monde!**”

Jens J.Guslund, Ministère de la santé norvégien (2007)

- “Les patients de Norvège centrale ont accès à la Rolls Royce des traitements...”

Berit Nordstrand (2008)

# Réduction de la mortalité

= Bénéfice le plus évident des traitements

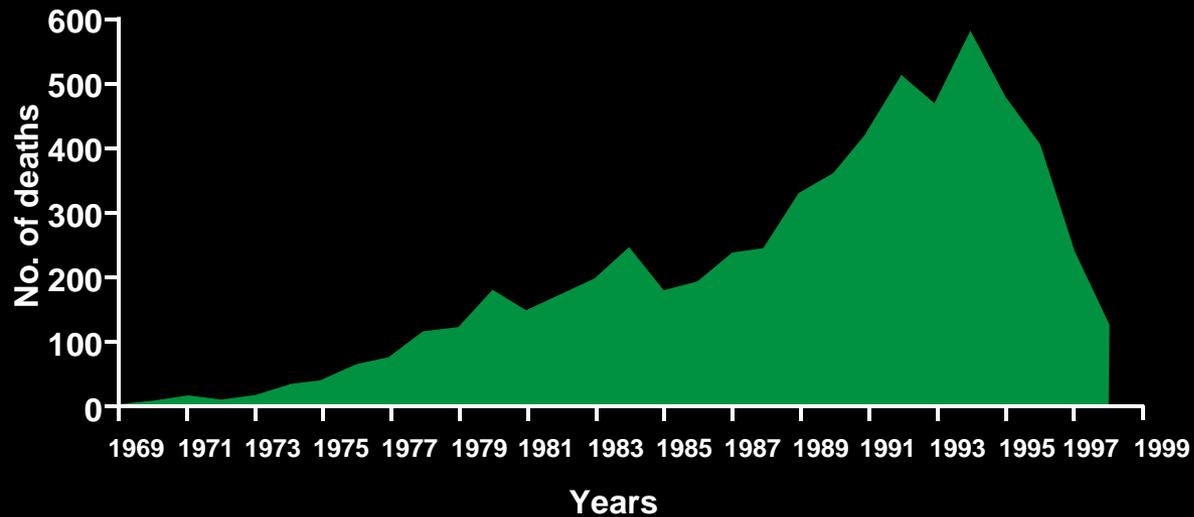
**Pragmatisme** : décès par OD ↓

**Utopie** : décès par OD ↑

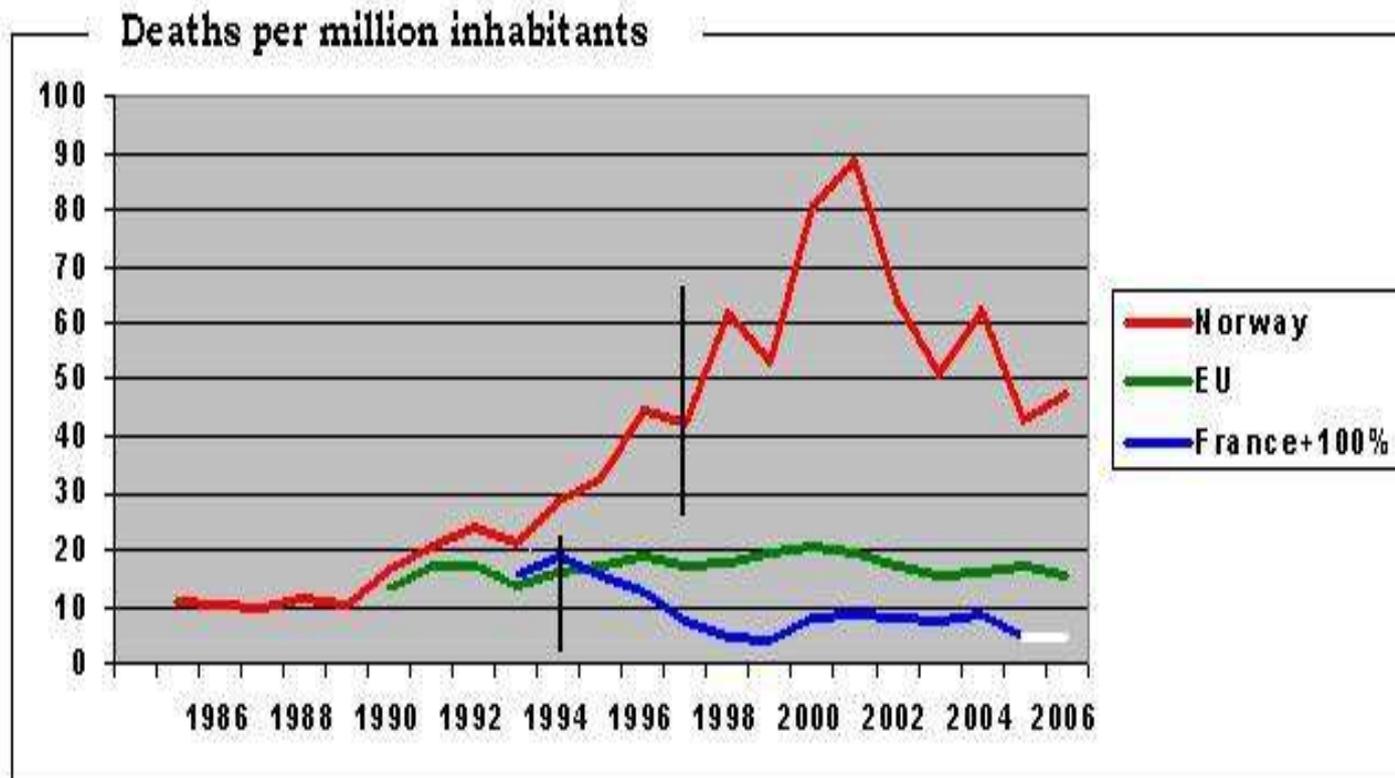
# Réduction de la mortalité en France

## Overall Overdose Mortality

French population in 1999 = 60,000,000



Rapport OCRTIS, 1998



Lignes verticales = France 1995, Norvège 1998. (Martin Haraldsen, Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:16)

**Placebo-controlled study of high dose buprenorphine in opiate dependents **waiting for medication** assisted rehabilitation in Oslo (Waal H et coll.2002)**

- « Les patients en attente d'un traitement global bénéficient d'un *traitement intérimaire* à la buprénorphine »
- “**Les toxicomanes ne doivent pas mourir dans la file d'attente**” (2004) Bjarne Hakon Hanssen, ex-Ministre de la Santé norvégien

« **Time-limited** buprenorphine  
replacement therapy »(2007)

Hege Kornor, Helge Waal, Leiv Sandvik

5 sur 75 patients **décèdent**  
en 24 mois (6.6%)

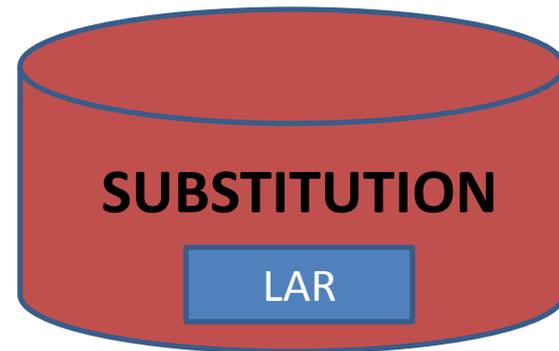
# Mourir sur la liste d'attente

- **Décès par overdoses**

**1.9%** par an en attendant un traitement

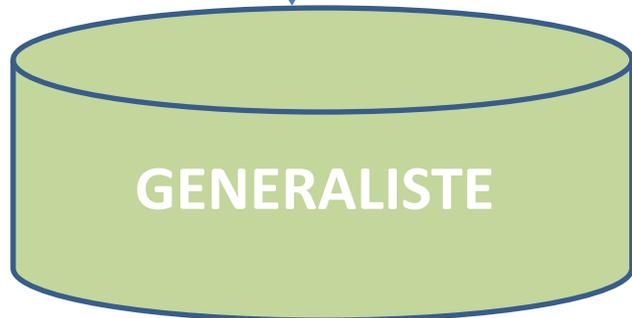
**0.4%** en traitement

(Clausen, Anchersen, Waal, 2008)



## Usagers exténués

”Lotterie systémique” (Dr Dalaker)



# Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment

Grönbladh L, Öhlund LS, Gunne LM. Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment.  
Acta Psychiatr Scand 1990; 82: 223-227.

L. Grönbladh, L. S. Öhlund,  
L. M. Gunne  
Department of Psychiatry, Ulleråker, Uppsala,  
Sweden

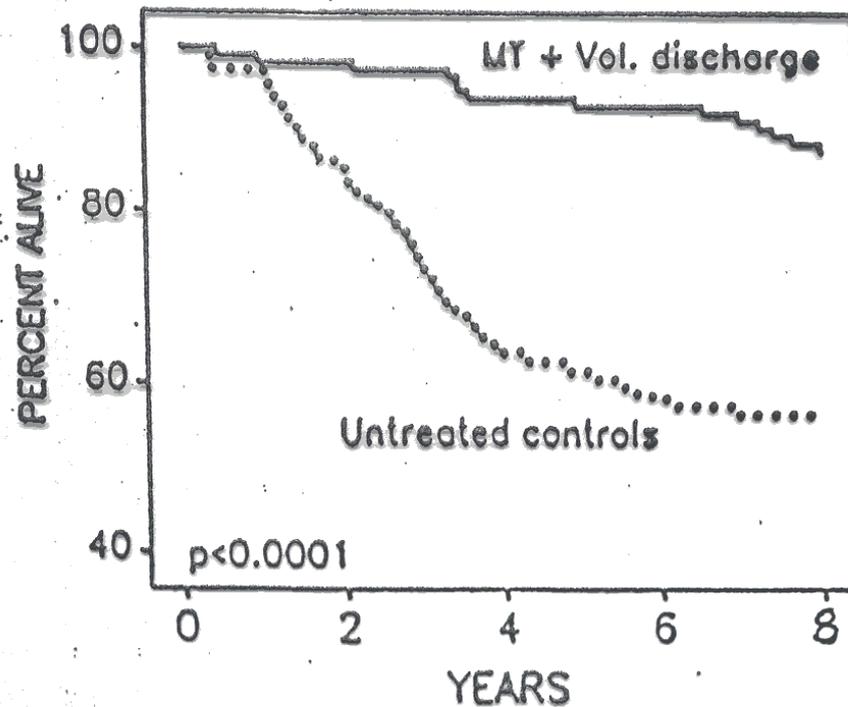


Fig. 2. Survivors in cohorts 1 + 2 (solid line) compared with controls (dotted).

# Suède après 1990

**Traitements de longue durée à la méthadone**

**→ Traitements rigides de courte durée**

- Arrêts de traitement pour raisons disciplinaires
- Mortalité élevée chez les patients rejetés
- Peu de réinsertion

Gunne (2009)

# TSO et HIV

## Am J Public Health, 2009

| PAYS             | DISPONIBILITE TSO | INCIDENCE HIV |
|------------------|-------------------|---------------|
| Australie        | 50 %              | 1.4           |
| Union Européenne | 33 %              | 5.9           |
| Canada           | 26 %              | 7.3           |
| USA              | 25 %              | NA            |
| Russie           | 0 %               | 79            |
| Ukraine          | 1 %               | 153           |

# Traiter ou dissimuler le problème?

Traiter les usagers de drogues: option que certains pays

(A) n'ont pas choisie,

(B) n'assument pas complètement

A) Russia: « Vous parlez de patients, nous les appelons ***citoyens perdus..*** »

B) Norvège : si l'objectif est de dissimuler le problème, les morts par OD contribuent au but. Réapparaissent dans les statistiques : « *La Norvège présente un taux de mortalité par OD élevé dans les rapports de l'Observatoire Européen des Drogues* » (Gjersing, Clausen, 2013).

# Diagnostic du système de soins

- Disponibilité des TSO
  - Nombre de patients en traitement
  - Options thérapeutiques
  - Flexibilité ou rigidité ?
  - Stigmatisation des traitements
- Temps d'attente avant traitement
- Scènes ouvertes

# Traiter le système

- Traitement disponible pour ceux qui en ont besoin : pas de listes d'attente
- Traitements de première ligne (médecine générale)
- Excès de règlements et de contrôle contre-productif:
  - ↑ règles
  - ↓ traitements
  - ↑ décès