

NOV  
24  
jeudi

SÉMINAIRE  
24 NOV. 2016 - 9H30 > 17H

L'ÉTUDE

SULFATE DE MORPHINE

QUELS SONT VOS RÉSULTATS ?

### PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE SM

Le sulfate de morphine (SdM) est un médicament opiacé qui peut être prescrit comme substitut en deuxième intention, c'est-à-dire s'il y a échec des traitements de substitution habituels (Buprénorphine Haut Dosage ou méthadone seule), en monothérapie ou en complément d'un traitement par méthadone. La prescription de SdM accompagnée en CSAPA a pour objectif d'insérer le patient dans un processus de soin adapté et stable, associé à une démarche de RdR et de réduction des dommages.



### OBJECTIFS DE L'ÉTUDE SM

Sur le marché en tant qu'antalgique opiacé puissant, le SdM a été utilisé par des médecins généralistes et des spécialistes avant la commercialisation de la BHD et de la méthadone, et il reste prescrit depuis plus de vingt ans dans certaines régions. Le SdM ne dispose pas d'une AMM en tant que TSO, mais d'une « tolérance » fragile des autorités sanitaires et des Caisses d'Assurance Maladie dont certaines remettent en cause son remboursement en tant que MSO. De ce fait, Il ne bénéficie d'aucun cadre d'utilisation officiel ni d'évaluation scientifique et fait l'objet de trafics comme produit opiacé d'effet rapide lorsqu'il est injecté. Pourtant, au regard de leur expérience loin d'être négative pour certains patients, des médecins généralistes et quelques centres spécialisés continuent de le prescrire à des consommateurs en échec d'un TSO et/ou recherchant une substitution injectable qui n'existe pas en France.

Ces dernières années, dans le cadre de certains CSAPA et des travaux de plusieurs groupes d'experts (notamment le « groupe TSO ») au titre de l'élargissement de nouvelles stratégies de substitution, est apparu nécessaire de sortir ces pratiques de la semi clandestinité dans laquelle elles restent confinées.

**INTERVENANTS**

Jérôme RAMOND, Solène SODELYS, Charlotte LECOT  
Maël PLANTARD & Arnaud PLAT

Pour cela, un groupe d'addictologue a élaboré un protocole d'utilisation du SdM en se basant sur l'expérience de deux CSAPA, celui d'Oppelia la Rose des Vents à Saint Nazaire et celui de Charonne à Paris. Ce protocole, progressivement coécrit avec les usagers, s'est donné les objectifs suivants :

- 1. Reconnaître et accompagner les personnes** ne pouvant pas ou ne souhaitant pas abandonner leur utilisation de SdM en substitution de produits opiacés non prescrits
- 2. Aider à réduire les risques liés à leurs pratiques et usages** de ce médicament, en particulier l'injection, sachant que ces pratiques demandent un accompagnement psycho-social plus intense
- 3. Accompagner de façon adaptée** et suffisamment intenses ces patients qui présentent souvent des comorbidités psychiatriques et des difficultés sociales
- 4. Favoriser d'autres modes de consommation** que la voie injectable
- 5. Favoriser l'inclusion sociale** et limiter le recours au trafic de rue
- 6. Permettre une orientation** si possible vers un TSO classique

Les deux CSAPA ont réuni un certain nombre de données sur l'utilisation de ce protocole et les ont partagées lors de ce séminaire. L'atelier composé de professionnels et d'usagers a permis de faire une analyse de ces données et d'échanger sur les expériences afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques.

## ANALYSE DES RÉSULTATS

### Les résultats du CSAPA Charonne

Le CSAPA Charonne a inclus dans l'étude **20 patients** à qui ils prescrivent du SdM (sur une file active du CSAPA d'environ 800 usagers). Les premiers usagers ont commencé un TSO par SdM il y a plus de 10 ans, mais les  $\frac{3}{4}$  de la cohorte depuis moins de 3 ans.

#### Les caractéristiques médico-sociodémographiques :

- 17 hommes pour 3 femmes
- Moyenne d'âge de 37 ans
- 6 sans couverture sociale
- 12 sans domicile fixe
- 11 consommateurs de crack
- 8 sont VHC+
- Tous présentent des pathologies psychiatriques peu/non stabilisées.

#### Les « profils opiacés » sont les suivants :

- 14 usagers ne prennent pas de méthadone concomitamment,
- 2 prennent le SdM uniquement per os,
- Pour 8 usagers, il s'agissait d'un relais de prescription (CSAPA ou MG),
- Une dose journalière moyenne prescrite de 477mg (ce qui ne correspond pas nécessairement à la dose injectée par jour).

## INTERVENANTS

Jérôme RAMOND, Solène SODELYS, Charlotte LECOT  
Maël PLANTARD & Arnaud PLAT

Les 20 patients sont venus chercher du matériel d'injection au sein du CSAPA, 13 ont eu au moins une séance d'accompagnement à l'injection, 12 usagers n'ont pas signé de protocole avec l'équipe du CSAPA à l'inclusion, 11 ont engagé un suivi social et 6 un suivi psychologique.

## Évolutions :

Sur les 20 « bénéficiaires », **7 sont sortis du protocole** (incarcération, exclusion disciplinaire du CSAPA, perdus de vue,...), 1 de ces patientes a arrêté les pratiques d'injection avec passage sous méthadone en soin résidentiel (Hôpital Marmottan puis SSR).

Parmi les 13 usagers restés dans le protocole, **les évolutions sont diverses** : certains sont dans des dynamiques de changement et d'amélioration de leur vie, d'autres sont stabilisés et ne souhaitent aucun changement (même si la pratique d'injections pluri quotidiennes au long cours pose des problèmes d'augmentation des posologies et dégradation de l'état veineux), d'autres encore maintiennent des comportements à risque avec une dégradation de l'état de santé. Pour ces derniers, des troubles psychiatriques et la consommation de crack sont souvent présents.

En raison du manque de recul, il n'a pas été possible d'évaluer l'évolution des pratiques (en particulier d'injection) ni les effets de la mise en place depuis moins de 6 mois d'un focus groupe.

Sans sous-estimer *les biais et défauts méthodologiques* ainsi que *les manques de données*, les résultats confirment néanmoins la possibilité **d'inclure des usagers souvent très précarisés dans un suivi protocolisé** et de **leur permettre de s'engager dans des dispositifs innovants** (type focus groupe), qui peuvent à terme, aider à la fois à leur rétablissement et à améliorer les dispositifs de soins.

La poursuite de l'étude permettra de réaliser **une meilleure adéquation entre les attentes et intentions des professionnels et celles des usagers**, de participer à la réflexion sur **un traitement opiacé injectable**, d'aider à la construction de **dispositifs intégrés** (par ex : prescription de SdM et salle de consommation à moindre risque), ainsi que de rappeler la nécessité d'un accompagnement conséquent pour les usagers qui « cumulent » les vulnérabilités.

## Les résultats et perspectives du CSAPA Oppelia La Rose des Vents

Au CSAPA La Rose des vents à St Nazaire, le protocole d'accompagnement à l'utilisation du SdM, est né en 2012 d'une volonté forte d'une équipe médico-infirmière-psycho-sociale. Depuis, l'équipe s'est renouvelée et se trouve à l'heure actuelle dans une phase de bilan et de réflexion. Un groupe de travail a été mis en place pour améliorer l'accompagnement des personnes sous SdM.

Cette réflexion va s'ouvrir en 2017 aux usagers via **des questionnaires d'auto-évaluation et des groupes d'échanges pour renforcer la collaboration.**

Certains expriment qu'ils « subissent » parfois le protocole, ils faut donc leur redonner une place d'acteur. L'équipe souhaite également développer la réduction des risques liés à l'injection via des ateliers déjà existants, mais spécifiques aux usagers sous SdM.

Il est aussi envisagé de proposer **des tables rondes/bilan de la situation avec l'utilisateur** et les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui l'accompagnent.

L'accompagnement reste global au plus près **des besoins exprimés par l'utilisateur, là où il en est et là où il veut aller.**

### Les résultats du CSAPA (les inclusions ont débuté en 2012) :

- 10 patients étaient inclus dans le protocole sulfate de morphine, 1 est décédé d'une cause indépendante du sulfate de morphine.
- Sur les 9 : 2 femmes et 7 hommes ,
- La moyenne d'âge est de 30.5 ans
- 2 SDF, les 9 ont une couverture sociale (règle de base dans le CSAPA la Rose des Vents pour avoir le sulfate de morphine qui est délivré par notre pharmacie partenaire).
- 2 ont été relayé en pharmacie, 1 seul par un médecin traitant en raison de son éloignement géographique du CSAPA.
- La dose moyenne de SM est de 395 mg par jour allant de 660 à 180 mg par jour.
- Certains ont essayés la prise par la bouche mais tous prennent le traitement IV.
- 7 prennent du SM et de la méthadone
- 2 diminuent lentement mais sûrement , 1 usager est passé de 800 mg par jour à 660 mg en plusieurs années, 1 autre essaie de prendre progressivement plus de méthadone et moins de skenan.

**Le focus groupe** a été présenté par Maël Plantard, éducateur spécialisé au CSAPA Charonne et au CAARUD Sida Paroles. Les échanges dans ce groupe portent non seulement sur le SdM mais aussi sur des projets, des résultats et des perspectives, avec l'ambition de construire un programme de formation innovant, des usagers vers les soignants.

Un ancien usager rappelle que l'utilisation du « sulfate de morphine » et l'expression des usagers existent depuis longtemps, mais de **manière informelle**. Il ajoute qu'il est regrettable que l'on soit amené à prescrire à des injecteurs un médicament qui n'est pas adapté à cette pratique. Il évoque une tendance chez les usagers **à surestimer leurs compétences et sous-estimer les risques**, et la tendance, chez les professionnels, à avoir **un seuil d'exigence trop élevé** (en termes de rdv, de séances d'accompagnement) qui amène les usagers à quitter le protocole.

Il souligne également **le paradoxe de prescrire du SdM sans permettre l'injection sur place ce qui renvoie les usagers à leur conditions habituelles** (consommer dans des lieux publics ou autres lieux non adaptés). Il suggère de développer un plaidoyer vers les médecins pour mieux faire accepter les usagers et leurs pratiques.

D'autres usagers et anciens usagers évoquent le problème de la revente du SdM et qu'ils auraient apprécié d'être suivis ainsi en CSAPA, plutôt que de devoir utiliser le marché parallèle. La majorité confirme l'intérêt de pouvoir être accompagné dans ces pratiques.

Maël Plantard insiste sur **l'intérêt d'intégrer les usagers pour mieux connaître leurs pratiques** et reconnaît que le dispositif présenté n'a rien inventé mais cherche à mieux accompagner ce qui peut être un traitement. Le focus groupe permet de faire remonter les bénéfices pour les usagers de se faire prescrire le SM (quitter l'inégalité, améliorer les perceptions de l'entourage) et les problèmes qu'ils rencontrent mais n'a pas vocation à être homogène et représentatif des usagers.

Les Docteurs Pequart et Morel rappellent **l'historique du protocole et son intentionnalité d'amélioration comme de sécurisation** vis-à-vis des tutelles. Par ailleurs ils donnent les éléments de contexte de sa mise en place ainsi que la mise en place prochaine, en parallèle, d'un essai clinique **d'un traitement de substitution injectable avec de la buprénorphine**. L'équipe du CSAPA « La Rose des vents » fait part de son positionnement sur la possibilité de préparer leur injection au sein du CSAPA/CAARUD et la nécessiter d'avoir **un accord institutionnel avant d'entériner ce type de nouvelle pratique au sein de l'établissement**.

Le médecin fait part de l'inquiétude générée par ce protocole au sein de l'équipe ainsi que la difficulté de « cadrages » récurrents envers les usagers pour « ne pas sortir du protocole ».

Le Dr Morel explique **le contexte du plaidoyer** pour une substitution injectable, les avantages et inconvénients, l'absence de familiarisation du corps médical pour ce concept, la difficulté de pouvoir copier l'exemple suisse (par exemple) dont le protocole d'héroïne médicalisée est cadré et restrictif, **les avantages de la buprénorphine** réputée moins dangereuse que les agonistes purs, mais aussi ses limites. Un ancien usager regrette qu'on ne puisse pas, en France, copier ce qui se fait ailleurs et les doutes qui existent autour du risque de médicalisation et d'une tendance à normaliser les usagers et les usages.

Le Dr Pequart rappelle quelques limites et perspectives de travail pour améliorer l'accompagnement des prescriptions de SdM :

- Intégrer la dimension « psy » et le travail social (sortir du tout médical)
- La question de la revente
- La capacité des équipes et des institutions à intégrer les nouvelles pratiques