

Dr Dhouha Becheikh*, Pr Rym Ghachem*, Dr Haifa Zalila*, Pr Afif Boussetta*

* Service de psychiatrie D de l'Hôpital Razi, La Manouba, Tunisie. Courriel : dhouhabecheikh@yahoo.fr
Reçu février 2007, accepté avril 2007

Mésusage de buprénorphine haut dosage

Un phénomène émergent en Tunisie

Résumé

La buprénorphine haut dosage (BHD) fait depuis peu l'objet d'une vente illégale et d'un mésusage en Tunisie. Le but de notre étude a été de connaître le contexte, les modalités et les particularités de cette consommation de BHD dans notre pays. Nous avons mené une étude rétrospective descriptive à partir de dossiers médicaux de patients hospitalisés en psychiatrie entre 1995 et 2005, ayant consommé ou consommant alors de la BHD. Nous avons recensé 33 cas successifs, le premier en 2002. Aucun cas d'usage de BHD n'a été répertorié chez les femmes. L'âge moyen de ces patients est de 33 ans, et 84,8 % d'entre eux sont des émigrés. Leur parcours toxicomane débute en moyenne à l'âge de 20 ans. Avant la première consommation de BHD, 84,8 % de ces sujets ont consommé de l'héroïne. L'âge moyen de la première consommation de BHD – qui, pour tous, a eu lieu en Tunisie – est de 30 ans. L'obtention du produit se fait au marché noir. La curiosité et la recherche de sensations sont les motivations principales qui poussent à l'usage de BHD (96,9 % des cas). La voie intraveineuse est utilisée par tous, et la première injection est décrite comme agréable. La polyconsommation est fréquente au moment de l'usage de BHD. Une attention particulière doit être portée sur ce phénomène émergent dans notre pays.

Mots-clés

Buprénorphine haut dosage – Injection – Substitution – Addiction – Opiacés.

Summary

High-dose buprenorphine misuse. An emerging phenomenon in Tunisia

High-dose buprenorphine (HDB) has recently become available on the black market and a substance of abuse in Tunisia. This study was designed to describe the context, modalities and specificities of HDB use in Tunisia. The authors conducted a retrospective descriptive study of the medical records of patients admitted to the psychiatry ward between 1995 and 2005 for HDB abuse. Thirty-three successive cases were observed; the first in 2002. No case of HDB use in women was reported. The mean age of these patients was 33 years, and 84.8% of them were expatriates. Their history of substance abuse started, on average, at the age of 20 and 84.8% of these subjects had used heroin before the first dose of HDB. The mean age at the time of first use of HDB, which occurred in Tunisia in every case, was 30 years. HDB was obtained on the black market. The main motivations for HDB use were curiosity and the search for strong sensations (96.9% of cases). All patients used the intravenous route and the first injection was described as being pleasant. Multiple substance abuse is frequent in subjects using HDB. Particular attention must be paid to this emerging phenomenon in Tunisia.

Key words

High-dose buprenorphine – Injection – Replacement therapy – Substance abuse – Opiates.

Le principe actif de la buprénorphine haut dosage (BHD) a été découvert par John W. Lewis et Alan Cowan au début des années 1970. Il s'agit d'une molécule de synthèse dérivée de la thébaine, alcaloïde de l'opium (1). La buprénorphine est commercialisée sous forme peu dosée

(Temgésic® 0,2 mg) dans les indications d'antalgie depuis le début des années 1980. La BHD a été mise sur le marché français en 1996 comme médicament de substitution en cas de dépendance sévère aux opiacés. Un grand nombre d'auteurs ont signalé les détournements d'usage de

la BHD (2-5). La Tunisie n'est pas épargnée par ce phénomène émergent. En effet, ce produit n'étant pas légalement commercialisé, il fait actuellement l'objet d'une vente illégale et d'un mésusage. Le but de notre étude a été de connaître le contexte, les modalités et les particularités de cette consommation de BHD dans notre pays.

Matériel et méthode

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive à partir de dossiers médicaux d'usagers de BHD qui ont été hospitalisés dans le service de psychiatrie D de l'Hôpital Razi (La Manouba, Tunisie) entre janvier 1995 et janvier 2005. Nous avons recensé 33 cas successifs : le premier a été hospitalisé en 2002, deux cas en 2003 et 30 cas en 2004. Nous avons inclus tous les patients ayant consommé ou consommant alors de la BHD quel que soit le motif de leur hospitalisation en psychiatrie. En revanche, nous avons exclu les usagers présentant des troubles psychiatriques graves et pour lesquels les informations précises concernant les modalités de consommation de BHD n'étaient pas mentionnées dans les dossiers médicaux vu leur incapacité à répondre aux questions. Parmi les variables étudiées, nous avons relevé les données sociodémographiques de l'usager au moment de l'hospitalisation (sexe, âge, niveau scolaire, statut matrimonial, profession, antécédents d'émigration), les antécédents judiciaires, les données relatives à l'hospitalisation en cours (motif, durée du séjour hospitalier, suivi ultérieur), le parcours toxicomaniaque avant la première utilisation de BHD, le contexte et les modalités de sa consommation. Le recueil des données a été effectué sur une fiche, puis saisi sur une base de données. L'analyse statistique (calculs de moyennes, fréquences) a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS dans sa 10^{ème} version.

Résultats

Données sociodémographiques

La population étudiée est composée exclusivement d'hommes ; aucun cas d'usage de BHD n'a été répertorié chez les femmes. L'âge moyen est de 33 ans. Le niveau d'instruction n'a pas dépassé l'enseignement primaire dans 69,6 % des cas. Concernant le statut matrimonial, 66,6 % sont célibataires. La majorité est sans emploi (72,7 %). Nous avons noté que 84,8 % des patients étaient des émigrés (60,6 % en Italie, 18,1 % en France et 6,06 % dans ces deux pays), le motif de cette émigration étant la recherche d'un travail dans 84,8 % des cas. L'âge moyen était de 21 ans lors du

départ vers l'étranger et la durée moyenne du séjour de sept ans. Par ailleurs, 75,7 % avaient des antécédents d'incarcération dont le tiers pour usage de drogues.

Données relatives à l'hospitalisation en cours

Le motif de l'hospitalisation en psychiatrie est dans 75,7 % des cas une demande spontanée de cure de sevrage à la BHD ; 6,06 % sont hospitalisés pour tentative de suicide, les autres cas étant en placement d'office pour hétéro-agressivité. La durée moyenne du séjour hospitalier est de neuf jours et demi. 93,9 % des patients ont présenté des signes de sevrage au cours de leur hospitalisation, faits de rhinorrhée, tremblements, douleurs abdominales, fièvre, lombalgie, diarrhée et larmoiement. Après leur sortie, tous ces patients ont été perdus de vue, aucun d'entre eux ne s'étant présenté à la consultation.

Parcours toxicomaniaque, contexte et modalités de consommation de BHD

Avant la première consommation de BHD, le parcours toxicomaniaque débute en moyenne à l'âge de 20 ans et 84,8 % des usagers ont déjà consommé de l'héroïne, 60,6 % étant consommateurs de cocaïne et 6,06 % d'ecstasy. Soulignons que 15,2 % des usagers de BHD n'ont jamais consommé d'opiacés auparavant.

L'âge moyen de la première consommation de BHD – qui, pour tous, a eu lieu en Tunisie – est de 30 ans, soit dix ans après la première consommation de drogue. L'information concernant l'existence de ce produit est dispensée par des usagers de drogues, son obtention se fait au marché noir, le prix du comprimé variant entre 15 et 20 dinars tunisiens (1 dinar tunisien ≈ 0,56 euro). La curiosité et la recherche de sensations sont les motivations principales qui poussent à l'usage de BHD (96,9 % des cas). Dans tous les cas, la voie intraveineuse est utilisée – le comprimé est écrasé, dissous dans l'eau, chauffé puis injecté en intraveineux – et la première injection est décrite comme agréable, ce qui a motivé les récidives. La polyconsommation est fréquente au moment de l'usage de BHD : l'alcool (93,9 %) et le cannabis (90,9 %) sont les produits les plus utilisés (tableau I).

Discussion

Le détournement d'usage de la BHD par les usagers de drogue ou son utilisation dans le but d'un autosevrage, qui sont retrouvés dans notre étude, sont connus de longue

Tableau 1 : Polyconsommation au moment de l'utilisation de BHD, avec possibilité d'association de plusieurs produits chez le même consommateur

	N = 33	%
Alcool	31	93,9
Cannabis	30	90,9
Artane® (trihexyphénidyle)	29	87,8
Tranxène® (clorazépate dipotassique)	28	84,8
Temgésic® (buprénorphine à faible dosage)	26	78,7
Rivotril® (clonazépam)	6	18,1
Colle forte	2	6,06
Calmatux ® (codéine + codéthyline + espèces pectorales)	2	6,06
Valium® (diazépam)	2	6,06

date (6). Ce phénomène, découvert ici pour la première fois en 2002, tend à s'aggraver. Dans la majorité des cas (84,8 %), les usagers sont d'anciens émigrés consommateurs d'héroïne qui, dès leur retour en Tunisie où cet opiacé n'est pas à leur disposition, utilisent comme substitutif le Temgésic® (buprénorphine à faible dosage) et s'injectent, de manière plus récente, de la BHD.

Étant donnée l'absence de commercialisation légale de ce produit dans nos territoires, tous les usagers sont "abuseurs", avec une surreprésentation des usages par voie intraveineuse. Ces données diffèrent des chiffres rapportés dans le rapport annuel de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies publié en 2004. Selon cette étude qui portait sur différentes catégories d'usagers et intégrait aussi bien des personnes en traitement (usage de la voie sublinguale) que des "abuseurs", la voie d'administration était orale dans 63 % des cas, injectable pour 46 %, sniffée pour 24 % et inhalée pour 2 % d'entre eux (3). En Tunisie, le développement de l'utilisation de BHD dans la rue, achetée au marché noir et sa consommation en dehors de tout suivi psychomédical favorisent le recours à la voie intraveineuse et la recherche d'effets renforçant ou d'une autosubstitution à doses trop faibles, celle-ci incitant à utiliser des voies d'administration plus incisives et à associer des benzodiazépines. En effet, nous avons relevé une association au Tranxène® (clorazépate dipotassique) dans 84,8 % des cas, au Valium® (diazépam) pour 6,06 % et au Rivotril® (clonazépam) pour 6,06 % d'entre eux.

La dangerosité de la consommation de BHD par voie intraveineuse et son association avec les benzodiazépines n'est plus à démontrer (7), et des cas de surdosage de BHD, dont certains en association aux benzodiazépines, ont également été rapportés (8). L'injection peut aussi être source de phlegmons, d'abcès et de nécrose cutanée (9, 10). Des risques encourus, les usagers de BHD de notre étude ne

semblent avoir aucune connaissance, ni même des dosages des comprimés qu'ils utilisent, ou de l'histoire de cette molécule, ou encore de la possibilité de son utilisation sous prescription médicale dans certains pays.

Enfin, notre étude comporte des limites. Notre population a une représentativité limitée puisque nous avons inclus des usagers de drogue vus dans un contexte d'hospitalisation dans un service de psychiatrie générale, ce qui peut ne pas être représentatif de l'ampleur de ce phénomène dans notre pays. Par ailleurs, notre étude s'est basée sur l'étude rétrospective de dossiers médicaux, et certaines données précises concernant le contexte ou les complications de la consommation de BHD n'étaient pas mentionnées, certainement du fait d'un manque de connaissances et d'information des praticiens sur ce phénomène.

Conclusion

Ces résultats nous conduisent à penser qu'une attention particulière doit être portée sur ce mésusage de BHD, phénomène émergent dans notre pays. Il paraît impératif de mener des enquêtes à l'échelle nationale, d'œuvrer pour la formation et l'information de toutes les structures concernées, tant médicales que sociales, et de réfléchir à une législation de la prescription des traitements substitutifs de la dépendance aux opiacés, dans l'objectif de mieux contrôler ces mésusages. ■

D. Becheikh, R. Ghachem, H. Zalila, A. Boussetta
Mésusage de buprénorphine haut dosage. Un phénomène émergent en Tunisie

Alcoolologie et Addictologie 2008 ; 30 (1) : 25-28

Références bibliographiques

- 1 - Davids E, Gastpar M. Buprenorphine in the treatment of opioid dependence. *Eur Neuropsychopharm* 2004 ; 14 : 209-216.
- 2 - Bello P, Toufik A, Gandilhon M. Tendances récentes. Rapport TREND. Paris : OFDT, 2001 : 167.
- 3 - Escots S, Fahet G. Tendances récentes : usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage. Rapport TREND. Paris : OFDT, 2004.
- 4 - Lert F. Les traitements de substitution par buprénorphine haut dosage des usagers d'héroïne en France. *Courrier des addictions* 1999 ; 1 : 56-60.
- 5 - Gasquet I, Lancon C, Parquet P. Facteurs prédictifs de réponse au traitement substitutif par buprénorphine haut dosage : étude naturaliste en médecine générale. *Encéphale* 2000 ; 25 (6) : 645-651.
- 6 - Arditti J, Bourdon J, Jean P et al. Déviation d'utilisation de la buprénorphine dans une série de 50 toxicomanes hospitalisés au CHR de Marseille. *Thérapie* 1992 ; 47 (6) : 561-562.
- 7 - Tracqui A, Tournoud C, Flesch F et al. Intoxication aiguë par le traitement substitutif à base de buprénorphine haut dosage : 29 observations cliniques, 20 cas mortels. *Presse Méd* 1998 ; 2 : 557-613.
- 8 - Reynaud M, Petit G, Potard D, Courty P. Six deaths linked to concomitant use of buprenorphine and benzodiazepines. *Addiction* 1998 ; 93 : 1385-1392
- 9 - Obadia Y, Perrin V, Feroni L et al. Injecting misuse of buprenorphine among French drug users. *Addiction* 2001 ; 96 (2) : 267-272.
- 10 - Decocq G, Fremaux D, Smail A et al. Complications locales après injection intraveineuse de comprimés dissous de buprénorphine. *Presse Méd* 1997 ; 26 : 1433.

ANNONCES

Clinique des Essarts

CLINIQUE MÉDICALE DES ESSARTS

Centre Gilbert RABY

Gestion associative

Médecin-Chef : Dr A. SARDA – Directeur : B. TRANCHANT

Établissement de soins pour malades alcooliques,
mixte de 18 à 60 ans, dont :

- 50 lits de Cure (sevrage et accompagnement postsevrage)
- 60 lits de Postcure (maintien de l'abstinence et aide à la prévention de la rechute)

Agréé S. Sle et Mutuelles.

Château de Thun

2, Avenue du Maréchal Joffre – 78250 MEULAN

Tél. : 01 30 99 96 00

Fax administratif : 01 34 92 91 84 – Fax médical : 01 30 22 08 53