

# LE FLYER

Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et  
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et  
structures de soins auprès des usagers de drogue

Novembre 2002

N° 10

- **Médicament de substitution et prise de poids**  
*(Yasmine LIENARD, Lille)*
- **Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie**  
**(2 ème partie)**  
*(Dr Alain MOREL, Le trait d'union, Boulogne)*
- **Relais ville et pratique de 'seuil'**  
**à St-Germain en Laye**  
*(Dr Michel LYS, St-Germain en Laye)*
- **Analyse bibliographique : arrêt de la méthadone**  
*(Dr Christine RIVIERRE, Marseille et la rédaction du Flyer)*
- **Association méthadone et psychothérapie**  
*(Résumé d'étude et commentaire extraits d'EBM Journal)*

# **MEDICAMENT DE SUBSTITUTION ET PRISE DE POIDS :**

## **Des constats à l'enquête prospective 'MEPRISE'**

*(Yasmine LIENARD, Lille)*

Au cours des traitements de substitution, on observe parfois des prises de poids importantes et rapides, souvent déclarées comme un effet secondaire du médicament de substitution. C'est le cas en particulier avec la méthadone.

La littérature scientifique, notamment au niveau de la clinique, nous renseigne très insuffisamment sur ces prises de poids.

### **Des tentatives de compréhension aux idées reçues :**

Il est courant dans une population de patients usagers de drogue d'attribuer toute perturbation ou 'effet indésirable' au 'produit', plus qu'à leurs comportements alimentaires. Concernant la prise de poids excessive, les patients substitués imputent assez facilement celle-ci à la méthadone, plus qu'à leur alimentation ou à leur sédentarité. Les équipes soignantes habituées depuis de longues années aux échanges avec les usagers de drogue, où le produit est rendu responsable de tous les maux, savent faire la part des choses. Ils suscitent alors un questionnement chez l'usager pour établir la part qui revient à leurs habitudes alimentaires, leurs consommations annexes et, globalement, leur hygiène de vie.

La présentation sirop de la méthadone incite elle aussi à penser que le médicament peut être responsable des prises de poids. Or, la ration calorique de chaque flacon unidosé qui varie de 11 kcal à 45 kcal, ne peut suffire à expliquer les prises de poids que l'on relate sous méthadone.

Concernant le comportement alimentaire des patients sous méthadone, il existe une enquête australienne (1) menée auprès d'un groupe de 86 femmes suivant un traitement de substitution par la méthadone. Elle établit que celles-ci ont un apport calorique peu élevé, provenant principalement de sucres rapides, consommés plusieurs fois dans la journée (environ 6 repas par jour). A l'inverse, l'apport calorique provenant de sucres lents, ainsi que l'apport de fibres est insuffisant, ce qui conduit en réalité à un déséquilibre nutritionnel préjudiciable. Mais leur indice de masse corporelle est normal.

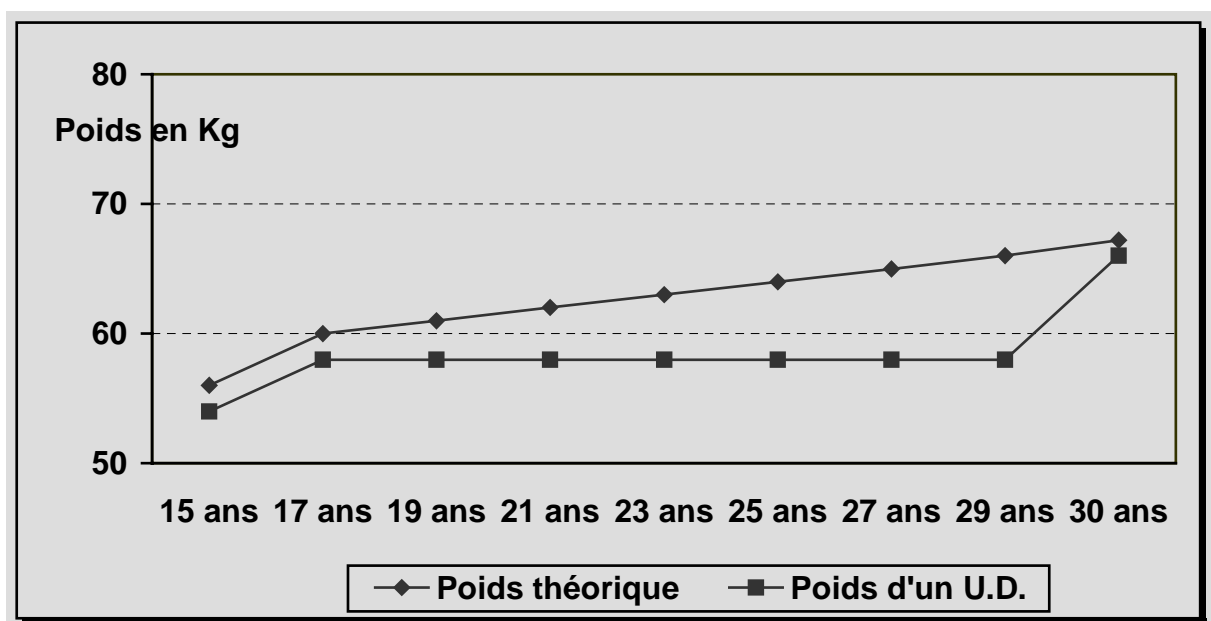
Alors, y a-t-il vraiment une prise de poids avec la méthadone ? Ou s'agit-il d'une idée reçue ? Et si elle existe, à quoi est-elle imputable ?

### **En premier lieu, il faut définir ce que l'on peut qualifier de 'prise de poids'. On peut distinguer schématiquement (ou superposer) :**

**1. Les prises de poids qui relèvent d'une amélioration du statut nutritionnel profitable à la santé du patient :** celles-ci ont fait l'objet d'une étude tchèque (2) qui objective une augmentation du poids, mais surtout du statut nutritionnel, par l'amélioration significative du taux de pré-albumine, marqueur spécifique de l'amélioration du statut protéique. Ce résultat s'inscrit dans le sens des observations de tous les soignants qui assurent la prise en charge des usagers de drogue. Lorsque ceux-ci passent du statut d'héroïnomanes, marginalisés, et 'nourris' principalement de 'produits' illicites, à celui de patients suivis médicalement, entourés de soins psycho-sociaux, il n'est pas rare d'assister à des prises de poids, souhaitées

par le patient et ses soignants. Mais il est intéressant de noter que cette étude ne va pas dans le sens de l'étude australienne qui objectivait un déséquilibre nutritionnel. Il s'agit donc de données contradictoires qui méritent d'être soulignées et approfondies...

**2. Les prises de poids qui pourraient relever de la 'récupération' de la courbe de poids théorique :** peu d'individus font le même poids à 17 et 30 ans. De ce fait, l'entrée en toxicomanie à l'adolescence et pour une dizaine d'années ou plus, a souvent pour conséquence un maintien du poids stable jusqu'au moment de la sortie de la période d'usage actif. En quelques mois, le patient va prendre les quelques kilos qu'il aurait pris en plusieurs années. Dans le cas (théorique) ci-dessous, un patient substitué à l'âge de 29 ans, et qui est resté à son poids d'adolescent pendant sa période d'héroïnomanie, peut potentiellement récupérer une partie du poids qu'il aurait 'normalement' pris dans un mode de vie moins marginalisé.



**3. Les prises de poids explicables par des facteurs associés :** c'est le cas notamment lors des co-morbidités psychiatriques, traitées par des médicaments psychotropes comme les neuroleptiques et les anti-dépresseurs, dont on sait qu'ils peuvent avoir un impact sur l'appétit ou la prise de poids. Par ailleurs, la dépression non traitée, et plus généralement l'ennui, sont des situations classiques de compensation alimentaire. Les consommations annexes, comme le cannabis, puissant orexigène, pour lequel ses utilisateurs décrivent un effet vide-frigo. Les consommations d'alcool, souvent importantes, et à ce titre représentant un apport calorique considérable. Il est à cet égard assez singulier d'entendre un patient qui boit plus d'une dizaine de bières par jour dire que c'est la méthadone qui le fait grossir (!).

Certains cliniciens observent ce qui pourrait ressembler à un transfert d'addiction, d'une pratique compulsive des opiacés vers une alimentation sucrée tout aussi compulsive (barres chocolatées, bonbons, boissons très sucrées), ce que confirmerait les observations de l'étude australienne (Zador) précédemment citée.

Enfin, l'excès de sédentarité, manifeste chez beaucoup d'usagers de drogue, qui après des années d'agitation et de courses effrénées, à la recherche d'héroïne et de moyens de pourvoir à leurs besoins, entrent dans une période de 'calme' et d'inactivité, propice à une prise de poids importante.

**Dans la pratique**, il pourrait s'agir, pour beaucoup de patients, d'une superposition de différents facteurs associés, qui pourraient expliquer des prises de poids, parfois spectaculaires, pour les patients eux-mêmes, comme pour les équipes soignantes.

**4. Les prises de poids qui pourraient être liées à la méthadone** : une étude américaine (3) a exploré les modifications de fonctions neuro-hormonales. Nul doute que la méthadone modifie certaines de ces fonctions, sans pour autant qu'il soit aisé de faire une relation étroite avec des prises de poids. Pour autant, on ne peut éliminer l'idée que certains patients réagissent particulièrement à la molécule. Après avoir éliminé la présence de facteurs associés précédemment décrits, on pourrait alors parler d'effet indésirable imputable au seul médicament.

Et enfin, on sait par ailleurs que les opiacés, et ceci a été démontré chez l'animal avec la morphine, peuvent induire des comportements de craving alimentaire, même si chez l'homme, en milieu 'naturel' de celui d'un héroïnomanie, on ne note pas forcément la même chose. Et les récepteurs mu sur lesquels la méthadone agit exclusivement semblent particulièrement impliqués. Les antagonistes opiacés comme la naltrexone ont fait l'objet d'explorations pour établir leurs capacités à inhiber l'appétence aux sucres. Ces deux données approuvent la piste de l'action des opioïdes sur le comportement alimentaire et incitent à poursuivre les recherches dans ce sens.

### **L'enquête 'MEPRISE'**

Ces questions, et le manque de réponses à une partie de celles-ci, nous a conduit à élaborer un projet d'enquête prospective, baptisé MEPRISE (**ME**thadone et **PRISE** de poids). Il s'agit de suivre une cohorte de patients qui démarrent un traitement de substitution par la méthadone pendant 1 an. A 4 reprises, M0, M1, M6, M12, les patients feront l'objet de mesures anthropométriques (Poids, Pli cutané tricipital), d'un questionnaire sur leurs situations sociales, et d'un questionnaire médical et alimentaire. En même temps que ce questionnaire, chaque patient remplira un auto-questionnaire pour évaluer ses consommations d'alcool et illicites.

L'objet de cette enquête est d'établir le pourcentage de patients qui perdent du poids, qui ont un poids stable ou peu changeant, et de ceux qui prennent du poids. Elle tentera également d'établir quels sont les facteurs associés à des prises de poids importantes, et de quantifier ce qui relève de l'imputabilité de la méthadone. Dans un second temps, elle pourra conduire à émettre des recommandations à des sous-populations de patients, pour lesquels on aura identifié des facteurs associés fréquemment à des prises de poids importantes.

### **Bibliographie :**

1. *Addiction* 1996 Jul; 91(7):1053-61  
High sugar intake in a group of women on methadone maintenance in south western Sydney, Australia  
Zador D, Lyons Wall PM, Webster I
2. *Cas Lek Cesk* 1999 Nov 15;138(22):693-5  
Nutritional status of drug addicts in a methadone program  
Kabrt J, Wilczek, Svobodova J, Haluzik M, Kotrlíkova E
3. *Psychoneuroendocrinology* 1989;14(5):371-91  
Psychoneuroendocrine effects of methadone maintenance.  
Willenbring ML, Morley JE, Krahn DD, Carlson GA, Levine AS, Shafer RB

Les centres qui participent à cette enquête, et que nous remercions pour leur participation, le temps et l'énergie qu'ils y consacrent, sont :

**FST à AIX en PROVENCE**  
**Le MAIL à AMIENS**  
**CSST St-Roch à NICE**  
**GAINVILLE à AULNAY S/BOIS**  
**CSST à AUXERRE**  
**SOLEA à BESANCON**  
**CEID à BORDEAUX**  
**CADI à BREST**  
**CMA à CHARLEVILLE MEZIERES**  
**SATO à CREIL**  
**USID à DOUAI**  
**LE SQUARE à LENS**  
**B. VIAN à LILLE**  
**CEDRE BLEU à LILLE**  
**CITD à LILLE**  
**ETAPES à MAUBEUGE**  
**BAUDELAIRE à METZ**  
**La MOSAIQUE à MONTREUIL**  
**ALTERNATIVE à MULHOUSE**  
**UFATT à NANCY**  
**La FRATRIE à NANTERRE**  
**CSST à ANTIBES**  
**NOVA DONA à PARIS**  
**CSPT à RENNES**  
**La FRATERNITE à NANTERRE**  
**RIVAGE à SARCELLES**  
**CEDAT à VERSAILLES**

-----  
-----  
-----  
-----

**Responsable de la rédaction du Flyer : Mustapha BENSLIMANE**

Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés, et n'engagent que leurs auteurs.

# TROUBLES PSYCHIATRIQUES ASSOCIÉS À LA TOXICOMANIE

(Dr Alain MOREL, *Le Trait d'union*, Boulogne)

2<sup>ème</sup> partie : les complications psychiatriques directement liées à l'usage de  
drogue  
et  
les pathologies de la personnalité

## II- Les complications psychiatriques directement liées à l'usage de drogues

Nous venons de voir que toutes les substances psychoactives peuvent favoriser la survenue ou la gravité de différents symptômes psychiatriques. Il est cependant deux tableaux cliniques qui apparaissent comme directement liés à la consommation de certaines substances.

### 1) Les pharmacopsychoses

Celles-ci sont peu fréquentes relativement au nombre d'usagers mais apparemment en voie d'augmentation. Ces états psychotiques sont provoqués par les hallucinogènes ou, parfois, par des surconsommations répétées de psychostimulants (ecstasy et cocaïne notamment) associées ou pas à d'autres toxiques.

Ces pharmacopsychoses peuvent être soit d'apparition brutale et spectaculaire : bouffée délirante suite à une prise de LSD ou à des consommations intensives de cannabis, par exemple.

Soit elles s'installent progressivement, réalisant un tableau de psychose dissociative chronique surtout marqué par un syndrome de dépersonnalisation, un sentiment subjectif souvent exprimé par le patient de « ne plus être comme avant » et l'installation à bas bruit d'un vécu délirant polymorphe de type paranoïde, non structuré, et empreint d'une anxiété permanente. L'évolution est généralement favorable si l'intoxication cesse, mais, dans un certain nombre de cas subsistent des troubles du même type d'intensité variable. Des rémanences d'accès d'angoisse accompagnés d'altération des perceptions sensorielles ont été décrites chez des utilisateurs d'hallucinogènes comme le LSD, à distance plus ou moins longue de l'arrêt de toute consommation (« flash back »).

Pour les patients présentant de tels troubles et parallèlement dépendants des opiacés, les traitements de substitution par la méthadone peuvent apporter un certain soulagement de l'angoisse et une amélioration globale de l'état psychique. L'utilisation de neuroleptiques, si elle est indiquée et efficace en cas d'accès aigu (Zyprexa®, Solian®, Risperdal®...), pose, à plus long terme, des problèmes complexes d'acceptation, de suivi et d'effets secondaires qui doivent amener à collaborer avec un service de psychiatrie.

### 2) Les syndromes confusionnels

Ils associent des troubles de la vigilance, des altérations des fonctions intellectuelles, en particulier de l'attention et de la mémoire de fixation, et une incoordination motrice et idéo-verbale. Ils signent une intoxication aiguë et sont fréquents lors de poly-consommations de « cocktails » mélangeant le plus souvent des benzodiazépines, de l'alcool et, éventuellement, d'autres substances diverses (solvants, codéinés, éphédrine, etc...).

Lors de tels épisodes confusionnels, des troubles du comportement (crises clastiques, auto ou hétéro-agressivité...) peuvent se produire dont la particularité réside dans l'amnésie qui suit la crise.

C'est l'une des manifestations fréquentes de l'intoxication au Rohypnol® ou avec le Tranxène®. Ce qui justifie une extrême méfiance vis-à-vis de ces benzodiazépines.

Le traitement repose sur une hospitalisation (risque d'évolution vers un coma toxique), une réhydratation, une éventuelle sédation avec des doses faibles de calmants non benzodiazépiniques et, bien sûr, l'arrêt de l'intoxication. Se pose ensuite le problème de la prise en charge au long cours, sachant que l'apparition de tels épisodes confusionnels dans la trajectoire constitue un critère de gravité de la toxicomanie.

### III- Les pathologies de la personnalité

Il n'existe pas de troubles de la personnalité spécifiques ou prédictifs de la toxicomanie. Néanmoins, un grand nombre de travaux s'accordent pour souligner l'incidence élevée des troubles de la personnalité parmi les sujets dépendants de substances psychoactives. La personnalité « antisociale » (ou psychopathique) est celle qui apparaît la plus fréquente, mais on a aussi noté la fréquence des personnalités dites « états limites » et, dans une moindre mesure, l'existence de personnalités psychotiques.

La classification des personnalités pathologiques ou des structures de personnalité étant très directement liée à des théories du psychisme, toutes les « écoles » ne sont pas forcément d'accord sur les termes et les typologies. Celle qui est présentée rapidement ici est la plus fréquemment retenue actuellement dans le milieu psychiatrique.

#### 1) La personnalité « antisociale »

Cette pathologie de la personnalité, désignée ainsi par le Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM) de l'Association Américaine de Psychiatrie mais restée souvent en France sous la dénomination de psychopathie, est marquée par une impulsivité, une instabilité comportementale et une tendance aux passages à l'acte, une labilité de l'humeur et des difficultés importantes de socialisation. Une composante dépressive est habituelle et, parmi les principaux risques évolutifs, la toxicomanie figure parallèlement à l'alcoolisme, aux états dépressifs majeurs, à la délinquance. Entre toxicomanie et psychopathie il existe une sorte de renforcement : les tendances de la personnalité portant ces sujets vers l'abus de drogues et les transgressions, et la toxicomanie accentuant en retour les conduites antisociales.

Ces sujets commenceraient plus précocement leur toxicomanie, leur niveau culturel serait plus faible, ils auraient davantage de problèmes avec la justice, rechuteraient plus facilement et leur parcours dans la toxicomanie serait plus long. Néanmoins, ils semblent évoluer relativement bien sous traitement, mais parce que la composante dépressive très fréquente est nettement améliorée par les traitements, par contre, l'aspect comportemental des troubles paraît peu sensible aux traitements quels qu'ils soient.

## 2) Les états limites

Ces personnalités, dites aussi « border-line », ont des traits plus spécifiques quant aux relations à autrui qui sont de nature anaclitique (besoin constant d'étayage) et/ou abandonnique, elles ont une forte tendance à l'anxiété et aux passages à l'acte. La dépression fait partie, là encore, des modes de décompensation, ainsi que des affections psychosomatiques graves, des maladies alcooliques et des troubles de type psychotique (dépersonnalisation).

L'association personnalité limite-toxicomanie favoriserait les passages à l'acte suicidaire.

Les étayages psychothérapeutiques et institutionnels paraissent utiles pour ces sujets qui ont besoin de prise en charge au long cours, en partant de leur relation de dépendance initiale pour les mener progressivement (mais difficilement) vers l'autonomie.

## 3) Les personnalités psychotiques

La rencontre entre toxicomanie et schizophrénie semble relativement fréquente, d'autant que ces sujets auraient une inclination prononcée à l'automédication. Ce sont des personnalités présentant une attitude générale de repli et de fuite des contacts sociaux, qui se réfugient dans un monde d'abstractions et d'idéalisme mêlé d'un certain degré de perte de contact avec la réalité. Les troubles des conduites alimentaires ne sont pas rares à l'adolescence et en début d'âge adulte.

Le repli étant douloureux et dépressif, le recours à des substances psychoactives est d'autant plus fréquent qu'il permet aussi de donner du sens au vécu d'étrangeté voire à l'apparition d'éléments délirants.

Généralement, l'évolution de la toxicomanie se fait sur un mode séquentiel et l'importance des symptômes psychopathologiques (entrée dans la schizophrénie notamment) prend le pas sur la toxicomanie en tant que telle.

Bien entendu, ces quelques descriptions sommaires des rapports entre pathologies de la personnalité et abus de drogues ne sont qu'indicatives et ne signifient pas que les autres personnalités pathologiques (hystérique, obsessionnelle, etc...) ne sont pas présentes parmi les personnes dépendantes de substances psychoactives.

Elles sont présentées rapidement ici pour souligner combien la question de la compréhension et de l'approche thérapeutique de ces troubles est complexe, qu'elle nécessite une démarche au cas par cas, et la prise en compte des mécanismes psychiques du sujet ainsi que ses interactions avec son histoire et son milieu.

## Bibliographie

- BOUCHEZ J. (1997), Toxicomanies et troubles de l'humeur : l'humeur vagabonde, *Act. Med. Int. - Psychiatrie* (14), N°199, pp. 3356-3357.
- CAER Y., ABBAR M. (1997), Toxicomanie et agressivité, *Act. Med. int. - Psychiatrie* (14), N°199, pp. 3380-3381.
- FARGES F. (1998), *Approche communautaire des toxicomanies*, Puf.
- MOREL A., FONTAINE B., HERVÉ F. (1997), *Soigner les toxicomanes*, Dunod.
- Pratiques en évolution* (1997), Fiche N° 4 : « prise en charge des troubles de l'humeur lors d'un traitement de substitution », édité et diffusé par le laboratoire Schering-Plough.
- TRIBOLET S., PARADAS C. (1993), *Guide pratique de psychiatrie*, Editions Heures de France.
- VIGNAU J. (1997), Traitements de substitution Troubles du sommeil, *Act. Med. Int. - Psychiatrie* (14), N°199, pp. 3402-3403.



## **RELAIS VILLE ET PRATIQUES DE 'SEUIL' à SAINT-GERMAIN EN LAYE**

*(Dr Michel LYS, CEDAT, S- Germain en Laye)*

En l'an 2000, le CEDAT de St-Germain en Laye, soucieux de développer et de diversifier l'accès aux traitements de substitution, a souhaité mieux définir les modalités de l'accès à ces traitements.

Nous avons alors dégagé deux priorités :

- développer le relais vers les médecins généralistes
- permettre l'accès de la méthadone dans une approche 'bas seuil' à des usagers de drogue sans 'véritable' demande de soins.

Ce sont ces deux priorités que nous avons souhaité présenter dans cet article. Nous développerons plus particulièrement la seconde. En effet, la pratique de relais des patients traités par la méthadone vers les médecins généralistes de ville ne semble plus nécessiter de présentation, tant celle-ci s'est maintenant généralisée. Pour preuve, les quelques 7 000 patients qui font aujourd'hui l'objet d'un suivi en médecine de ville et pharmacie d'officine, et qui sont supérieurs en nombre à ceux suivis en CSST (depuis quelques mois, le ratio du nombre de patients en CSST et en ville s'est inversé). Cette pratique de relais apparaît aujourd'hui plus comme une évidence pour les équipes et pour les patients, que comme un mode de fonctionnement des CSST, même s'il est clair que pour certains patients, le suivi institutionnel devra être long.

### **Développer le relais vers les médecins généralistes**

Cette priorité est d'abord un choix, afin d'éviter la chronicisation des patients dans notre CSST. Par ailleurs, celle-ci nous a été imposée par l'impossibilité de pouvoir prolonger, pour la majorité des patients, un suivi du traitement de substitution dans le CSST. La raison principale étant qu'après plusieurs mois, cette majorité de patient est stabilisée, et qu'il ne nous paraît pas envisageable ni souhaitable pour les patients dont le projet est l'insertion en milieu ordinaire, de maintenir les prescriptions de méthadone en CSST, et par là une fréquentation assidue du même CSST.

Nous avons donc réalisé en l'an 2000, 73 relais vers des confrères médecins généralistes, soit 43 % des patients reçus pour un traitement de substitution en l'an 2000.

Concernant plus particulièrement la méthadone, parmi les 51 patients inclus en l'an 2000, 18 ont été orientés vers un médecin de ville. Les patients dont nous assurons la continuité du suivi sont majoritairement ceux qui présentent des troubles graves de la personnalité, notamment états limites, voir des psychoses actives, en rupture de prise en charge de leur pathologie psychiatrique.

Pour ceux que nous avons orientés vers la ville, leurs médecins et pharmaciens nous positionnent toujours comme 'pôle ressource' après le relais, et une intervention de notre part est toujours envisageable.

## **Permettre l'accès de la méthadone dans une approche 'bas seuil'**

La politique de réduction des risques, appliquée à la substitution opiacée, a montré qu'il existait un besoin réel d'accès à des produits de substitution, y compris pour des usagers de drogues actifs, non (encore) demandeurs de soins. Il nous a semblé qu'il était possible d'adhérer à cette pratique dite de bas seuil, en dehors de dispositifs d'exception comme les 'bus méthadone' qui circulent à Paris ou Marseille. Nous avons donc organisé un mode d'accès spécifique pour ces usagers de drogues actifs, non demandeurs de soins. Cette absence de demande de soins ne signifie pas, dans la majorité des cas, l'absence de demande d'aide. Il s'agit de patients souhaitant gérer leur consommation, sans l'interrompre, utilisant le substitut, en l'occurrence la méthadone, comme volant de régulation. Nous faisons le pari qu'au travers de cette expérience de régulation, ils entrent progressivement dans une phase de traitement, à laquelle ils ne seraient pas parvenus avec une offre classique et son corollaire d'exigences immédiates, même lorsqu'elles sont à-minima. **Et tout ceci au contact constant d'une structure d'aide**, par opposition à l'auto-substitution par la codéine, ou bien sûr, pire encore, dans le cas de la fourniture de l'opiacé par des revendeurs peu préoccupés par la santé de l'utilisateur (!), quel que soit l'opiacé qu'ils lui fourniront (héroïne, buprénorphine, méthadone, ...).

### En pratique :

Nous proposons à tout patient demandeur d'un traitement par la méthadone, 2 modes d'admission :

### **Soit un mode bas seuil, inspiré par une démarche de réduction des risques et d'accès plus facile aux soins**

Dans ce cas, nous lui délivrons 50 mg de méthadone par jour pour une semaine. Cette prescription délivrance est quasiment immédiate, après avoir vérifié la présence d'opiacés dans les urines (c'est un protocole équivalent à celui des Bus méthadone). Les usagers associant de manière massive l'alcool ou les benzodiazépines sont exclus de cette modalité de traitement. Il n'y aura aucune adaptation de la posologie qui ne dépassera jamais 50 mg/jour. Aucune prescription de chevauchement ne sera faite.

Chaque mois, une évaluation de toutes les consommations des patients est réalisée sur la base d'entretiens, sans vérification par des analyses urinaires, et l'évolution de ces consommations est appréciée. Au cours de ces entretiens, nous avons la possibilité de diffuser des messages de prévention efficaces et de mettre en garde les patients sur les co-consommations préjudiciables à leur santé. La possibilité de 'glisser' vers un cadre plus thérapeutique (nous considérons que celui-ci l'est déjà) est offerte au patient à tout moment.

### **Soit un mode haut seuil, caractérisé par la mise en place d'un cadre thérapeutique**

Si le patient est à la recherche d'une abstinence à l'héroïne et d'une palette de soins plus large, il adhère alors à cette modalité de traitement. Ce cadre de traitement, dont on sait qu'il est favorable à la réussite des soins médico-psycho-sociaux, consistera à une délivrance quotidienne (qui pourra bien sûr évoluer vers un espacement), des analyses urinaires régulières, et une adaptation de la posologie quotidienne au plus près des besoins du patient.

## Dans la pratique

Actuellement, la plupart des ‘candidats’ à la méthadone sont souvent dans une situation d’échec à la buprénorphine, et la gestion de la consommation, ils connaissent déjà. C’est exprimé clairement par : “ ça, j’ai déjà donné”, lorsqu’on leur propose la modalité ‘bas seuil’. Ils sont alors d’emblée demandeur du cadre thérapeutique, pour lequel ils ont poussé la porte de notre CSST, sachant comme pour tout usager dans tous les départements de France, ce qui se passe à l’intérieur du CSST du coin.

Pour les autres, ceux les moins nombreux qui accèdent à la méthadone par le bas seuil, dans leur majorité, ils vont rapidement être demandeur du cadre thérapeutique. La frustration liée à l’absence d’un cadre thérapeutique et le fait de percevoir rapidement la nécessité d’adapter la posologie quotidienne, les précipitent assez vite d’une ‘modalité d’entrée’ vers une modalité de soins. Les autres, qui continueront à bénéficier du ‘bas seuil’, sont souvent des usagers qui sortent de prison ou présentant des conduites anti-sociales, et pour lesquels, à court terme, une perspective de soins n’est pas envisageable.

## Conclusion

Ce choix entre les deux modalités d’accès à la méthadone permet de lever bien des ambivalences et de clarifier la relation du centre avec le patient. L’absence de culpabilisation du recours à la méthadone, comme gestion d’un usage de drogue, crée le plus souvent une relation de confiance. Nous n’avons pour l’heure enregistré aucun débordement du cadre proposé. Il n’y a pas d’exclusions du centre, pour des raisons de non-respect du cadre fixé, puisque celui-ci est librement choisi, puis consenti par l’usager. Nous ne renvoyons pas de patients non admis chez nous vers nos confrères généralistes, sous prétexte que leurs demandes ne correspondent pas à notre offre de soin. Cette attitude de renvoi de patients non conformes a pour principal inconvénient d’orienter vers la ville des patients difficiles que les médecins généralistes auront du mal à gérer. Et surtout, le choix par le patient du cadre auquel il va adhérer, permet, quel que soit son choix, de conclure un première alliance thérapeutique non conflictualisée.

Le seul écueil que nous percevons dans cette pratique, se situe dans la revente ou le partage de méthadone non utilisée pouvant mettre en danger des usagers non informés. Cependant, en limitant la délivrance à 50 mg/jour pour une semaine, nous limitons ce risque. Le bénéficiaire de cette délivrance aura vite la sensation qu’il n’en aura jamais trop (plutôt pas assez), et s’il se prive de sa méthadone, il sait qu’il ne bénéficiera d’aucune prescription/délivrance de chevauchement. Par ailleurs, nous savons aussi que ce risque est le même pour les prescriptions dans un cadre thérapeutique où l’adaptation de la posologie conduit les patients à disposer de plusieurs flacons par jour. Il est alors plus aisé de se séparer d’un ou deux de ces flacons. Et enfin, quel que soit le cadre, nous savons la fréquence des ‘économies’ faites par les patients stabilisés, thésaurisant de la méthadone, « au cas où ».

Le CEDAT de St-Germain en Laye ne délivre pas de méthadone dans ses murs. A l’instar d’autres structures (cf. FLYER 6 – Le trait d’union à Boulogne), toutes les délivrances sont effectuées par des pharmaciens d’officine, quel que soit le cadre choisi par les usagers de drogue substitué, sans que cela ne pose de problème. Pas plus aux pharmaciens d’officine qu’aux usagers eux-même. Il nous semble par ailleurs que le cadre que nous proposons est applicable partout en France. Nous sommes à la fois une ville d’Ile-de-France de près de 40 000 âmes, mais plutôt éloignée de Paris, et dans un cadre de vie et d’espace sanitaire plus provincial que parisien.

## **Analyse bibliographique : Arrêt de la méthadone**

### **Withdrawal from Methadone Maintenance Treatment**

*Arto J. Hiltunen, Calle Eklund, Eur Addict Res 2002;8:38-44*

#### **Introduction :**

Bien que l'arrêt de la méthadone soit prôné par le programme suédois, seulement 10 % des patients optent pour cette solution, et parmi eux seulement la moitié y parviennent. Le concept d'arrêt progressif de la méthadone est diversement étayé, avec des pourcentages d'échec plus ou moins élevés rapportés dans la littérature. La question se pose alors de savoir pourquoi certains patients totalement stabilisés tentent d'arrêter leur traitement par la méthadone alors que d'autres ne le désirent pas. Si certains facteurs pouvaient être mis en évidence et démontrés comme jouant un rôle dans la décision prise par les patients, il serait alors possible d'aider de manière plus ciblée les patients qui désirent arrêter leur traitement par la méthadone.

#### **Matériel, méthode et résultats**

Les candidats : Deux groupes similaires et homogènes (en âge, sexe, durée du traitement méthadone) de 25 individus stabilisés et tous volontaires ont été formés, différant par leur volonté (groupe 1) ou non (groupe 2) d'arrêter la méthadone.

#### La procédure d'investigation :

Un entretien a été réalisé permettant de situer chaque individu d'un point de vue social (situations familiale et professionnelle, logement, loisirs, « implication dans la culture drogue », usage ou non de 7 types de drogue dont l'alcool, et le degré de satisfaction de chaque individu vis-à-vis de ces paramètres) pendant un an avant l'arrêt du traitement pour le groupe 1 et la période correspondante pour le groupe 2.

Résultats : Les patients qui ne désirent pas arrêter la méthadone (groupe 2) pensent qu'ils en ont besoin, redoutent les éventuels symptômes liés à l'abstinence, et ont connu des personnes pour lesquelles cet arrêt de la méthadone s'est soldé par un échec.

De plus, la comparaison des réponses entre les 2 groupes permet d'établir quelques différences statistiquement significatives : les patients ne désirant pas arrêter la méthadone ont une meilleure situation par rapport aux loisirs, ils sont également plus impliqués dans 'la culture drogue' et semblent plus satisfaits de cette implication que les membres de l'autre groupe. Les patients du groupe 2 sont également plus satisfaits de leur situation par rapport à l'usage de la drogue que les patients du groupe 1.

Il n'a pas été démontré de différence significative entre les 2 groupes pour le reste des paramètres étudiés.

D'autres facteurs plus spécifiques quant à la situation par rapport à la drogue ont été étudiés : implication éventuelle de la famille ou de relations dans la décision, symptômes d'abstinence, durée de l'usage des drogues avant le traitement par la méthadone, nature et éventuelle diversité des drogues utilisées, nombre d'analyses urinaires positives l'année avant l'arrêt de la méthadone, et pendant toute la période de traitement, problème d'alcoolisme, dose de méthadone, degré de motivation personnelle.

Parmi ces paramètres, certains d'entre eux présentent une différence statistiquement significative entre les 2 groupes : par rapport aux individus du groupe 1, les individus du groupe 2 n'ont reçu aucune pression/influence extérieure les sommant d'arrêter, ont un passé plus chargé d'usage d'opiacés et d'autres drogues, prennent une dose de méthadone plus élevée, ont un plus faible taux de symptômes d'abstinence.

**Discussion** : Cette étude a été réalisée dans le but de cibler certains paramètres pouvant différencier les individus ne désirant pas arrêter la méthadone de ceux qui le désirent, afin de pouvoir aider ces derniers dans leur démarche.

Il ressort tout d'abord de l'étude que la principale raison pour laquelle les patients ne désirent pas suspendre leur traitement à la méthadone est qu'il ne leur était jamais venu à l'idée qu'ils seraient en mesure de pouvoir le faire et de se passer un jour de méthadone. La peur de retomber dans l'usage de la drogue, et les peurs associées au sida, à l'échec, à la mort en étaient d'autres raisons fréquentes. Ces patients sont également convaincus de leur besoin physiologique de méthadone et redoutent les crises d'abstinence, comme déjà rapporté par plusieurs études.

D'un point de vue « contexte social », il existe peu de différence entre les patients du groupe 1 et ceux du groupe 2, si ce n'est par rapport aux loisirs. Il ressort donc de ces résultats qu'une situation sociale stable et satisfaisante n'est pas une condition nécessaire à la motivation de l'arrêt d'un traitement méthadone. En revanche, la situation par rapport à la drogue (usage, 'implication dans la culture drogue') est un facteur qui joue un rôle dans la décision d'arrêter ou non la méthadone.

Le fait que les individus du groupe 2 soient moins influencés par l'entourage peut être interprété de deux façons : la plus probable est celle d'une pression exercée par les autres qui agit comme un facteur amenant à la décision d'arrêter la méthadone, l'autre fait intervenir le personnel des centres qui ne proposerait cette option qu'à un échantillon d'individus choisis selon des critères non examinés ici.

Il peut tout d'abord paraître surprenant que les patients du groupe 2 redoutent plus les symptômes d'abstinence que ceux du groupe 1. D'une manière générale, la peur de l'abstinence est un facteur important qui s'oppose à toute décision d'arrêt de traitement. Il est possible que les individus du groupe 1 aient pleinement imaginé ces potentiels symptômes d'abstinence dans l'optique d'un arrêt de la méthadone, alors que ceux du groupe 2 ont envisagé ces symptômes dans un contexte différent (sans concevoir l'arrêt du traitement).

Les patients du groupe 2 qui, par définition, ne désirent pas arrêter la méthadone, ont un passé d'usage de la drogue plus 'chargé' que les patients du groupe 1 : un temps plus long leur est peut-être nécessaire afin d'envisager l'arrêt de la méthadone ; ils en seront peut-être d'ailleurs de futurs candidats.

Ces mêmes patients du groupe 2 prennent une dose plus élevée de méthadone, ce qui peut d'ailleurs en partie aller à l'encontre d'une décision d'arrêter ; en effet, plus la dose est faible, plus on se sent proche de la fin du traitement.

**Conclusion** : Les patients qui n'essaient pas d'arrêter la méthadone sont moins concernés par les symptômes d'abstinence que les autres, sont moins influencés par des sommations extérieures, reçoivent en général des doses de méthadone plus élevées, ont un passé d'usage de la drogue relativement long et qui inclut l'usage de différents types de drogues.

La peur de l'échec du sevrage et une situation personnelle satisfaisante par rapport à la drogue sont également des facteurs déterminants dans la volonté de continuer la méthadone. Les auteurs concluent : « Il nous paraît important que ces patients, qui désirent continuer leur traitement, soient autorisés à le faire. De la même manière, ceux désirent le suspendre doivent être pris en charge et aidés par le personnel des centres afin de réussir dans cette optique ».

*Dr Christine RIVIERRE (Marseille) et la rédaction du Flyer.*

# L'association d'un programme de soutien modéré au traitement substitutif par la méthadone est d'un bon rapport coût-efficacité

*Kraft MD, Rothbard AB, Hadley TR, et al. Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective ? Am Psychiatry 1997;154:1214-9.*

## Objectif

Déterminer le rapport coût-efficacité de trois niveaux de soutien en complément du traitement substitutif par la méthadone.

## Plan expérimental

Analyse du rapport coût-efficacité à partir des données d'un essai contrôlé randomisé d'une durée de 24 semaines et avec une durée de suivi de 6 mois.

## Cadre

Centre de traitement substitutif par la méthadone d'un hôpital des *Veterans Affairs* à Philadelphie, en Pennsylvanie (Etats-Unis).

## Patients

100 patients admis dans le centre de traitement substitutif par la méthadone (âge moyen : 43 ans ; hommes : 85 % ; durée moyenne de la toxicomanie à l'héroïne : 16 ans). Tous les patients ont été suivis pendant 6 mois après les 24 semaines d'essai.

## Intervention thérapeutique

Tous les patients ont reçu la méthadone, à une posologie comprise entre 60 et 90 mg/jour, et ont été assignés à l'un des trois niveaux de soutien suivants : programme minimal (méthadone et une séance d'assistance psychologique par mois ; n = 31), programme méthadone et psychothérapie (méthadone, 3 séances d'assistance psychologique par semaine et interventions comportementales ; n = 36) ou programme renforcé (méthadone, 7

séances d'assistance psychologique par semaine, offre élargie de soutien médical, psychiatrique, professionnel et familial, sur place ; n = 33). Pendant les 6 mois de suivi, le programme méthadone et psychothérapie a été appliqué à tous les patients.

## Principaux coûts et critères de jugement

Besoins médicaux, dépendance à l'aide sociale, jours d'activité illégale, revenus illégaux, problèmes psychologiques, consommation de drogues et amélioration de la situation d'emploi. Le rapport coût-efficacité a été calculé en utilisant les chiffres de rémunération du personnel soignant, la durée moyenne des contacts par séquence thérapeutique, le nombre et le type de contacts par patient, et les critères de jugement relatifs au patient. Les coûts étaient exprimés en dollars américains.

## Principaux résultats

Après 24 semaines, les patients ayant bénéficié du programme renforcé présentaient de meilleurs résultats que ceux des 2 autres groupes, pour tous les critères de jugement. Cependant, après 12 mois, les patients ayant initialement bénéficié du soutien renforcé ne présentaient des résultats supérieurs que pour le taux de sevrage de l'héroïne ( $p = 0,02$ ). L'analyse de coût a montré que le programme méthadone-psychothérapie présentait le meilleur rapport coût-efficacité pour le sevrage de l'héroïne et de la cocaïne. Le coût annuel par patient abstiné était de 16 485 \$ pour le programme minimal, de 9 804 \$ pour le programme méthadone-psychothérapie et de 11 818 \$ pour le programme renforcé.

## Conclusion

Un programme de 24 semaines associant un traitement de substitution par la méthadone, des séances de psychothérapie tri-hebdomadaires et des interventions comportementales s'avère d'un meilleur rapport coût-efficacité que des programmes de soutien d'un niveau supérieur ou inférieur, d'une même durée.

*Source de financement : Department of Veterans Affairs. Tirés à part : Dr M.K. Kraft, Robert Wood Johnson Foundation, College Road East, P.O. Bos 2316, Nf 08453-2316, États-Unis. Fax : 609-514-5451.*

---

*Abstract et Commentaire publiés dans Evidence-Based Medicine 1998 ;3 (3) :94 et Evidence-Based Mental Health, mai 1998.*

---

## Commentaire

Cette étude de Kraft *et al.* est importante en raison du faible nombre de travaux publiés sur cette question pourtant pertinente. Les bénéfices du traitement substitutif par la méthadone sont aujourd'hui admis de façon quasi-consensuelle et des preuves raisonnables plaident en faveur d'une fourchette posologique allant de 60 à 90 mg par jour. Mais peu d'études ont porté sur la fréquence d'administration, l'effet des interventions psychosociales et le cadre de délivrance du traitement substitutif.

L'étude originale de McLellan *et al.* (1) est souvent citée et fournit des arguments en faveur de l'assistance psychologique et d'autres interventions, mais c'est la seule du genre. De plus, dans un contexte où les besoins excèdent largement l'offre thérapeutique, la demande insistante d'interventions psychosociales par les soignants a été critiquée.

En fait, ce débat a été trop polarisé. Le vrai défi est que nous parvenions à proposer à la vaste population de toxicomanes un traitement efficace et de bonne qualité, selon un niveau d'exigences élevé. Les auteurs ont évalué, dans le cadre d'un programme des *Veterans Affairs*, le coût de trois niveaux de soutien à une population de toxicomanes à l'héroïne de longue date et d'âge moyen, avec comme principal critère de jugement, l'abstinence d'héroïne. Ce contexte expérimental limite peut-être la transposition des résultats à d'autres cadres. L'observation probablement la plus importante, et qui mérite des évaluations complémentaires, est le fléchissement des résultats avec le programme renforcé : le programme de soutien modéré a présenté le meilleur rapport coût-efficacité à 12 mois, alors que le programme renforcé a coûté plus cher pour des gains supplémentaires minimes.

Comme le souligne l'étude, il reste à établir des critères de coût-efficacité en matière de traitement substitutif par la méthadone. Eu égard à son caractère multidimensionnel complexe, faisant intervenir des coûts de natures diverses (autres soins médicaux, frais de justice et autres coûts sociaux...), les prochaines études sur le rapport coût-efficacité global devront utiliser toute une palette de critères d'évaluation.

*Michael Farrell, Rachel Churchill, John Strang  
Institute of Psychiatry, Londres, Angleterre, Royaume-Uni*

### Référence :

1. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, *et al.* The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993;269:1953-9.

Cet article et son commentaire, publié dans le N° 16 de Mai 1999 de l'EBM Journal, est reproduit ici avec l'autorisation aimable de la société RanD, responsable de l'édition française de l'EBM Journal.

# PROGRAMME DE FORMATION METHADONE

FORMATION DESTINÉE AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET  
PHARMACIENS D'OFFICINE IMPLIQUÉS DANS UNE PRATIQUE DE  
RELAIS APRÈS PRIMO-PRESCRIPTION EN SERVICE SPÉCIALISÉ

BOUCHARA-RECORDATI met à la disposition du corps médical et pharmaceutique, un outil complet de formation sur la prescription de la méthadone et de son environnement. Il est composé d'un jeu de 45 transparents, disponible également sous format Power Point. Une brochure de cent pages complète cet outil.

Cette brochure a pour vocation d'être remise à chaque participant à la formation. Elle développe les thèmes abordés dans le diaporama et inclue des analyses bibliographiques et des articles de fond sur la prise en charge des patients pharmaco-dépendants, notamment par la méthadone.

Elle a également été conçue dans l'idée d'être mise à disposition des centres de soins spécialisés, services hospitaliers et réseaux ville/hôpital, pour être diffusée auprès de ceux, médecins et pharmaciens, qui assurent le relais méthadone en ville de patients initiés en service spécialisé, hospitalier ou CSST.

Le diaporama, ainsi que les textes qui l'accompagnent, reflètent l'expérience de ses concepteurs, ainsi que les acquis de l'expérience internationale de la pratique de la méthadone. Les experts qui ont participé à ce projet ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de suivi des patients pharmaco-dépendants aux opiacés.

Les experts-concepteurs : Dr C. GERBAUD, Dr L. NACACHE, Dr K. BARTOLO, Dr C. JUBINEAU, Dr D. FREMAUX, Dr J. HARBONNIER, Dr S. ROBINET.

Comité scientifique de validation : Dr W. LOWENSTEIN, Dr A. MOREL, Dr C. JACOB.

Experts conseil : Pr C. LEJEUNE, Dr P. BEAUVERIE.

*Pour vous procurer le diaporama et les brochures, appeler aux coordonnées suivantes :*

Thierry KIN, Chef de projet méthadone, tél : 01 45 19 10 59

ou par E.mail : [t.kin@bouchara-recordati.fr](mailto:t.kin@bouchara-recordati.fr)