

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

Avril 2003

N° 12

- **Etude des variations de poids sur 12 mois d'une population d'héroïnomanes substitués par le chlorhydrate de méthadone**
(Bruno RESSUCHE, Charleville)
- **Comment arrêter un traitement de substitution ?**
(Dr Alain MOREL, Boulogne Billancourt)
- **Les traitements de substitution et de sevrage en Angleterre**
(Dr Jean-Yves PANICI, Le Mans)
- **Posologie adéquate de méthadone**
(Dr Colette GERBAUD, Nice)
- **Une histoire belge qui fait réfléchir !**
(Dr Anne-Françoise VANHOENACKER, Lille)

Etude des variations de poids sur 12 mois d'une population d'héroïnomanes substitués par le chlorhydrate de méthadone

Bruno RESSUCHE, Centre Méthadone des Ardennes, Charleville

Introduction

Chez les patients héroïnomanes substitués par la méthadone, on observe des prises de poids fréquentes, voire systématiques. Celles-ci sont d'autant moins surprenantes que la dépendance à l'héroïne induit classiquement un état de dénutrition, lié au mode de vie et au niveau faible d'insertion sociale dont nos patients font état, en particulier à l'entrée des traitements méthadone. Probablement, au regard des données épidémiologiques, ce niveau d'insertion sociale est plus faible qu'à l'entrée des traitements par la buprénorphine en médecine de ville.

Cependant, certains patients se plaignent de prises de poids trop importantes et deviennent alors de véritables détracteurs de la méthadone auprès de patients en attente de traitement.

Les raisons invoquées ici et là pour expliquer ces prises de poids sont nombreuses et d'origines diverses. Il peut s'agir de consommations excessives d'alcool, de cannabis, puissant orexigène, de modifications du comportement alimentaire, de prise de médicaments, notamment neuroleptiques, voire d'une mauvaise hygiène de vie. Par ailleurs, nous ne pouvons pas, a priori, totalement écarter l'imputabilité de la méthadone, les usagers eux-mêmes, probablement trop rapidement, jugeant le « produit » responsable de leurs prises de poids.

Il nous a donc paru opportun d'entreprendre la présente étude afin de faire la lumière sur cette « fameuse » prise de poids et d'obtenir des premières indications sur les facteurs à l'origine de celles-ci. Pour cette étude, nous avons utilisé l'indice de Quételet, ou BMI (Body Mass Index) calculé comme tel : poids/taille².

Les patients maigres ont un BMI inférieur à 18,5.
Les patients dont le poids est « normal » ont un BMI entre 18,6 et 24,9.
Lorsque le BMI est supérieur à 24,9, on utilise le terme de surpoids.
Au-delà de 30, il y a obésité (morbide lorsque supérieur à 40).

Population étudiée

Nous avons analysé les données de 21 patients traités par la méthadone pour lesquels nous disposons des informations suivantes :

- Le poids à l'inclusion, à 1 mois, à 6 mois et à 12 mois, et les BMI correspondants ;
- Les consommations parallèles de substances psycho-actives ;
- Les doses de méthadone au moment des évaluations ;
- Les données recueillies lors des entretiens cliniques.

Nous étudierons plus particulièrement les évolutions de l'indice de Quételet.

Le critère d'exclusion de l'étude est la prise concomitante de SPA (Substances Psycho-Actives : alcool, benzodiazépines, héroïne, cocaïne, ecstasy) lors des 4 évaluations

consécutives. Les consommations de cannabis ont été relevées, mais n'ont pas été assimilées aux autres SPA comme critère d'exclusion.

Les consommations parallèles sont objectivées par des analyses urinaires, sauf pour l'alcool dont la consommation est évaluée lors d'entretiens cliniques. Nous qualifierons la « consommation d'alcool » lorsque celle-ci est pathologique. De la même manière, l'arrêt de la consommation d'alcool ne signifie pas systématiquement l'abstinence, mais l'arrêt d'une consommation excessive.

Résultats

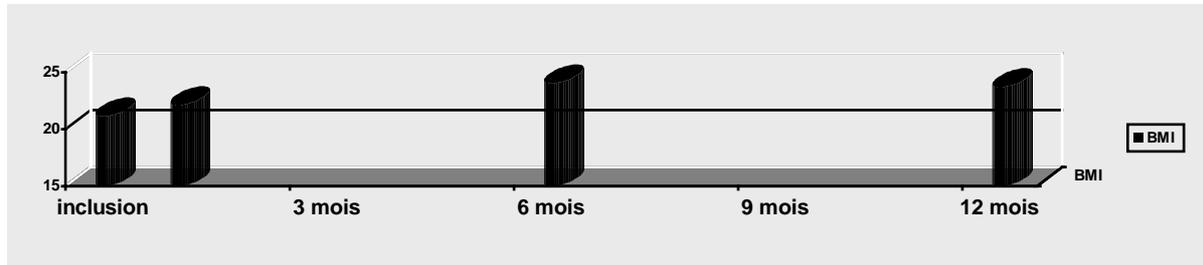


Tableau 1 – Tous patients confondus

Tous patients confondus, la progression des Indices de Quetelet (IQ) a été la suivante :

IQ à l'inclusion	21,1	
IQ à 1 mois de traitement	22,1	↪ soit une évolution de 4,7 %
IQ à 6 mois de traitement	24,0	↪ soit une évolution de 8,6 % par rapport au 1 ^{er} mois (cette évolution représente une progression mensuelle de 1,7 %)
IQ à 12 mois de traitement	23,7	↪ soit une évolution de - 1,3 % par rapport au 6 ^e mois (soit une progression mensuelle moyenne de - 0,27 %)

Analyse des résultats

La prise de poids observée généralement au cours des traitements de substitution est retrouvée dans cette étude. Elle est particulièrement visible au cours des premiers mois, puis elle se stabilise à partir du 6^e mois. Elle est certainement la conséquence de la prise en charge médico-psycho-sociale réussie et de ses retombées, notamment en terme de reprise d'une vie moins déstabilisée par les contraintes de la dépendance à l'héroïne. Cependant, au-delà des résultats de l'étude sur la globalité des patients, il nous est apparu opportun d'analyser plus finement ce qui se passe dans des sous-groupes de patients que nous avons définis comme tels :

1^{er} groupe : les patients ne présentant pas de consommations parallèles de SPA, ni de pathologie psychiatrique grave (n = 11).

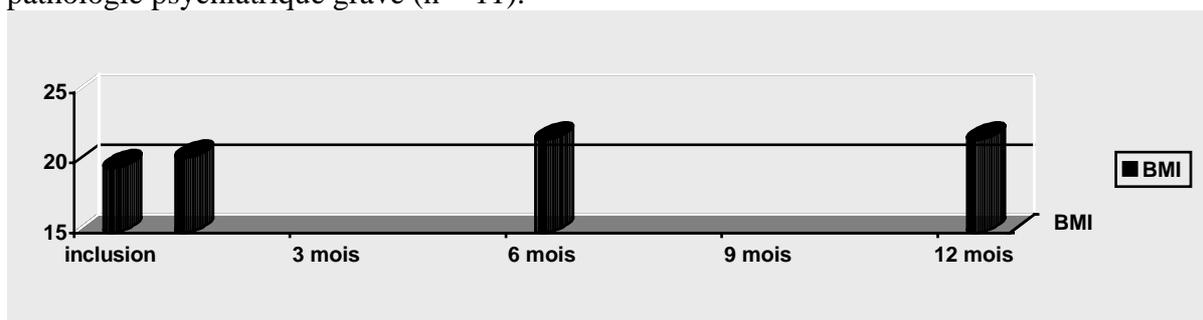


Tableau 2 – 1^{er} groupe

Dans cette population composée de 11 patients, la progression du BMI est de 3,6 % entre l'inclusion et le premier mois, et de 6,5 % du premier au sixième mois, soit une progression mensuelle moyenne de 1,3 %. Par la suite, le poids reste stable entre le 6^e et le 12^e mois (tableau 2).

Ce sous-groupe de patients présente un BMI globalement faible (19,6), inférieur à la moyenne de l'étude et très inférieur à la population générale. La progression de celui-ci amène les patients à un BMI qui reste largement dans ce que l'on qualifie de poids normal (21,6). Cette progression représente une augmentation de poids de 10 %, soit en moyenne 6 kg par rapport au poids initial moyen qui était de 60 kg.

2^e groupe : les patients ayant présenté une consommation importante d'alcool à des moments différents de l'étude (n = 5).

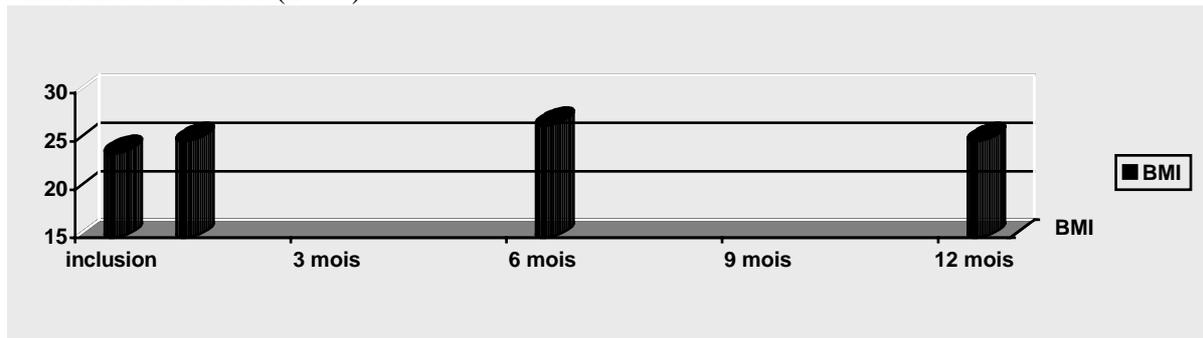


Tableau 3 – 2^e groupe

Dans cette population de patients, le BMI est sensiblement plus élevé que dans le groupe précédent et que dans l'étude (23,7). De même, la progression du BMI est plus importante dans ce groupe (12 %). Pour les 5 patients de ce groupe, la prise de poids a toujours été contemporaine d'une consommation d'alcool excessive, et surtout, il y a toujours eu une baisse de poids accompagnant l'arrêt de cette consommation excessive.

Pour les autres patients de cette étude

Insuffisants en nombre pour être inclus dans des sous-groupes, nous noterons les éléments significatifs suivants :

- Les patients 17 et 18, pesant tous les deux 73 kg à l'inclusion, vont prendre du poids. Raisonnablement pour le premier (73 à 78 kg les 6 premiers mois), et de façon plus spectaculaire pour le second (73 à 92 kg pour les 6 premiers mois). Pour les deux, une reprise de la consommation d'héroïne, respectivement à 6 et 10 mois, s'est traduite par une baisse du poids (voir tableaux 4 et 5).

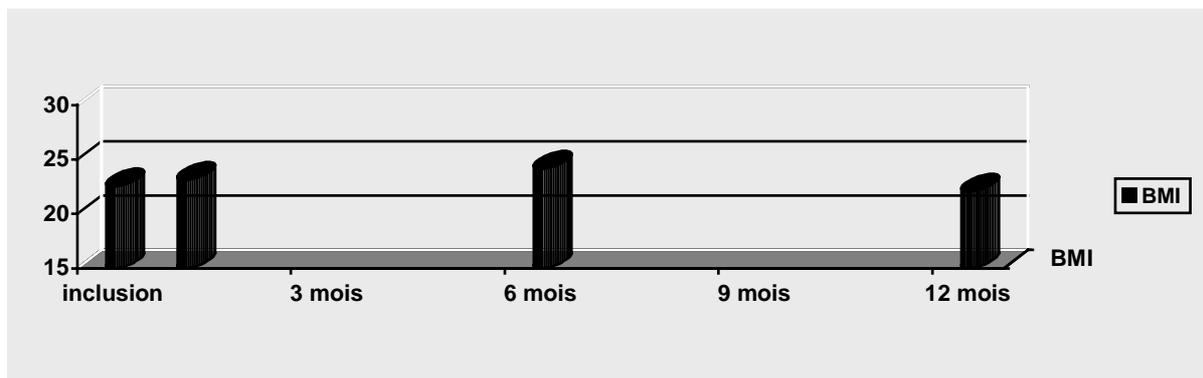


Tableau 4 – Patient 17, reprise de la consommation d'héroïne

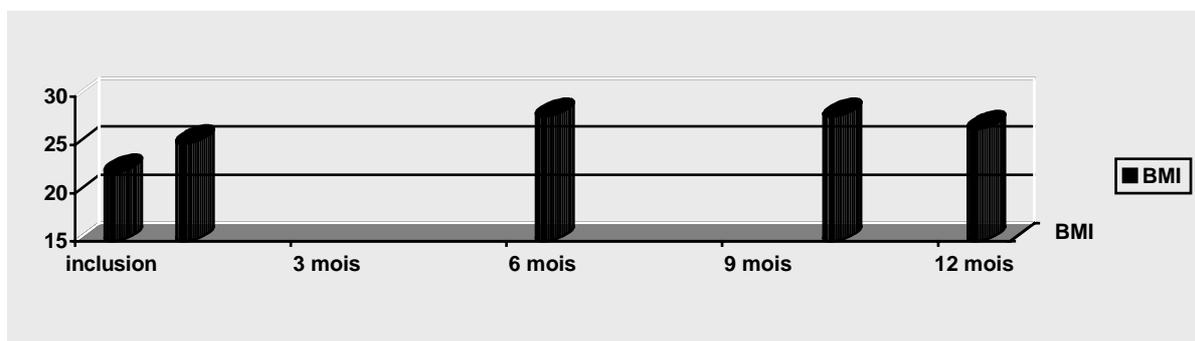


Tableau 5 – Patient 18, reprise de la consommation d’héroïne

- Le patient 20 est un homme avec une psychose et traité par un neuroleptique. Ce patient affiche une majoration de poids de 34 % sur un an (tableau 6). Ce patient déclare dormir 12 heures par jour, et avoue un comportement alimentaire de type « surconsommation ».

- Le patient 21, psychotique également mais sans traitement neuroleptique, affiche quant à lui une progression du poids et du BMI de 61 % sur un an (tableau 7). Les éléments de la clinique établissent que ce patient dort 14 heures par jour, ne fait que 2 à 3 vrais repas chauds par semaine. Il déclare également passer tout son temps devant la télévision, à manger des gâteaux.

Il nous paraît difficile d’imputer ces prises de poids problématiques qui conduisent à l’obésité, à la méthadone. La pathologie psychiatrique de ces patients et leurs excès alimentaires sont plus logiquement suspectés d’être responsables de ces variations extrêmes.

Ces deux cas nous semblent révélateurs de ce qui peut se passer dans nos centres méthadone où quelques-uns de nos patients peuvent présenter des prises de poids spectaculaires. Il est tentant, surtout pour les patients, d’incriminer spontanément le traitement qui leur est prescrit plutôt que leur comportement alimentaire et d’une façon générale, leur hygiène de vie.

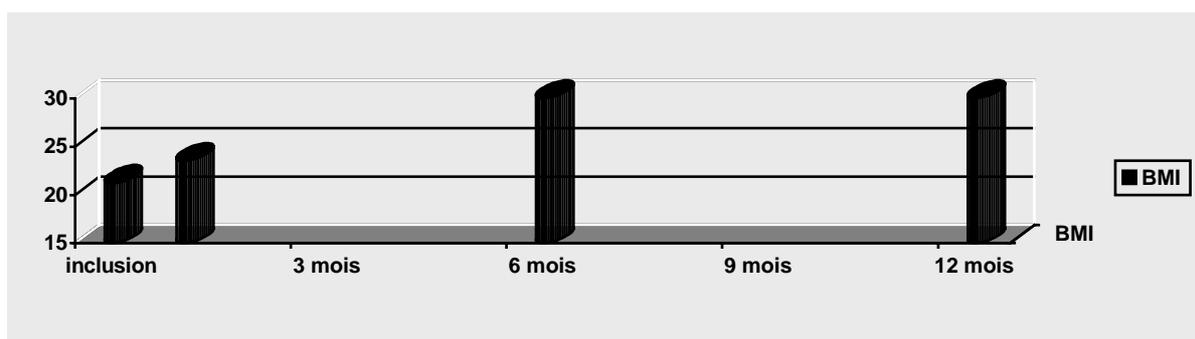
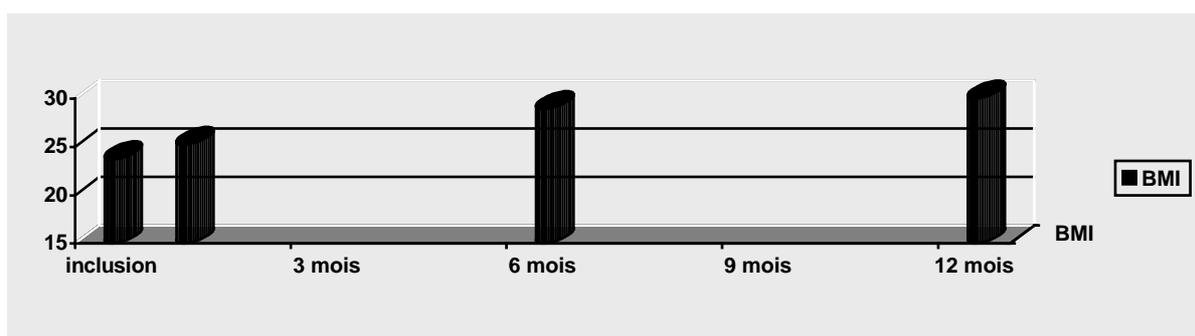


Tableau 6 – Patient 20



Conclusions

Malgré l'échantillon limité de la population de cette étude, qui ne peut par ailleurs se prévaloir de la rigueur scientifique d'études contrôlées, nous pensons pouvoir avancer quelques conclusions qui confirment nos impressions cliniques acquises depuis l'ouverture du Centre Méthadone des Ardennes :

- L'héroïnomanie génère des troubles alimentaires à type d'inappétence avec amaigrissement.
- Classiquement, l'alimentation des toxicomanes est irrégulière, déséquilibrée et à base de produits liquides, lactés et sucrés (type yaourt liquide).
- Le traitement de substitution de l'héroïne par la méthadone dans un programme global de prise en charge médico-psycho-sociale permet un rééquilibrage alimentaire et une prise de poids conséquente. Cette prise de poids est visible surtout dans les premiers mois. On observe ensuite une stabilisation du poids dans les limites raisonnables (BMI inférieur à 22).
- On n'observe pas de plaintes mais plutôt des manifestations de satisfaction de la part des patients concernant cette prise de poids.
- Lorsqu'une pathologie psychiatrique avec ou sans traitement neuroleptique est associée, il peut y avoir prise excessive de poids. Cette majoration peut être due à la concomitance de deux facteurs : surcompensation alimentaire et effet secondaire du traitement neuroleptique.
- Lorsqu'une consommation excessive d'alcool est associée au traitement méthadone, on observe également une prise de poids indésirable. Il est intéressant de noter qu'on observe une perte de poids synchrone à l'arrêt de la consommation d'alcool, le cas échéant.
- La reprise de consommation d'héroïne provoque à nouveau une rapide perte de poids.
- Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence une prise de poids anormale liée au chlorhydrate de méthadone.

Selon les résultats de ce suivi, ce n'est pas la molécule chlorhydrate de méthadone qui provoque une prise de poids mais l'arrêt de la consommation d'héroïne et l'amélioration corollaire de la qualité de vie de l'héroïnomane.

Chez des sujets ne présentant pas de trouble psychiatrique majeur, ni de consommation parallèle d'alcool, cette prise de poids reste raisonnable et se stabilise dans le temps.

Ces données méritent toutefois d'être confirmées par des études, amenant notamment à la recherche de facteurs associés aux prises de poids

Comment arrêter un traitement de substitution ?

Dr Alain MOREL, Le Trait d'union, BOULOGNE BILLANCOURT

Faut-il arrêter ?

Mettre fin à un traitement dépend de l'objectif qui lui est donné, non par le seul praticien ni le seul usager, mais par une entité abstraite constituée par leur colloque singulier et leur alliance, élément moteur de toute thérapeutique. En matière de substitution, la question de l'arrêt soulève celle de la diversité voire des divergences d'intentions qui peuvent la sous-tendre.

Pour les uns, il s'agira d'un traitement continu corrigeant un déficit organique définitif (sur le modèle du traitement par insuline), et l'interruption du traitement se résume alors à un défaut de compliance. Pour d'autres, il ne s'agit que d'une transition pour l'abstinence dont le terme doit être le plus rapide possible.

A notre avis, la position la plus adéquate se situe entre les deux et doit tenir compte avant tout de la dynamique propre de chaque patient et de son confort de vie.

Quels sont les résultats ?

Les quelques statistiques publiées en Amérique du Nord ou dans les pays d'Europe qui ont une longue expérience de la méthadone¹ sont le plus souvent 'déprimantes' si l'on juge l'intérêt de la substitution au nombre de sujets devenant totalement abstinents en un temps limité : 10 à 15 % au bout de 2 ans de traitement selon la plupart des auteurs².

Mais tous les paramètres influant sur ces résultats ne sont pas connus et explorés. Les chiffres nettement plus élevés parmi les femmes enceintes (40 % parviendraient à un sevrage après l'accouchement) tendent à montrer que les conditions et l'intensité de la prise en charge ainsi que les événements de vie interviennent pour une grande part.

Quels sont les facteurs favorables ?

Les cures « parfaites » (c'est à dire avec interruption de consommation de substances illicites et arrêt du traitement en moins de deux ans sans rechute) se retrouvent le plus souvent chez des personnes qui cumulent divers facteurs de bon pronostic :

- moindre sévérité de l'addiction,
- absence de psychopathologie sous-jacente,
- bonne insertion sociale, familiale et professionnelle,
- changements opérés par le sujet dans son existence (rupture avec le milieu, restauration d'un équilibre personnel et découverte de satisfactions nouvelles...).

Mais tous ces critères ne sont pas spécifiques aux traitements de substitution : ils sont les mêmes dans toute prise en charge de personnes dépendantes de substances psychoactives. Ajoutons cependant que les traitements de substitution bien conduits ont au moins deux avantages : ils donnent du temps et n'obligent pas le patient à s'éloigner de son milieu de vie habituel. Toutes choses nécessaires à bon nombre pour trouver les ressources intérieures et extérieures afin de modifier en profondeur leur mode de vie. Le traitement, son cadre et sa durée, doit donc tirer parti de ces avantages.

Comment faire ?

¹ En ce qui concerne la buprénorphine haut dosage (Subutex®), le recul est beaucoup plus réduit.

² DEGLON J.J., « Faut-il sevrer les toxicomanes de la méthadone ? », Psychotropes, 1997, 3, (1), 45-58

L'expérience permet de donner plusieurs lignes de conduite :

- d'abord, s'appuyer sur la demande du patient en s'attachant non pas prioritairement à ce qu'il ne prenne plus de médicament de substitution, mais en l'aidant à faire évoluer positivement sa vie,
- ensuite, ne pas méconnaître qu'un arrêt total – même souhaité par le patient – peut être contre-indiqué et constitue en tout état de cause un processus le plus souvent long, sans qu'il soit possible de définir la durée optimale d'un traitement.

Sauf exception, le sevrage doit donc être *très lent*. Techniquement, il est conseillé de respecter des paliers de 15 jours minimum, et de ne pas baisser la dose de plus de 5 % à chaque étape³.

Ce rythme de diminution est imposé par la pharmacobiologie de la méthadone : le cerveau réagit à retardement, quelques jours, voire une ou deux semaines après la baisse du dosage. Il est donc préférable d'effectuer de petits paliers et d'attendre afin d'observer comment réagit le patient. Une nouvelle baisse alors que le patient n'a pas encore retrouvé de stabilité augmente considérablement les risques d'échec.

Ceux-ci sont principalement liés à des décompensations dépressives parfois « insidieuses » (perte très progressive et non visible de la qualité de vie) et souvent peu sensibles aux antidépresseurs⁴.

Dans une telle stratégie de sevrage lent, une hospitalisation n'a guère d'intérêt. Dans les circonstances qui imposent un sevrage rapide (demande pressante du patient, départ à l'étranger sans relais possible, etc...) celui-ci ne devra être entrepris qu'à partir d'une dose quotidienne de moins de 30 mg. Le traitement médicamenteux de sevrage est alors identique au sevrage « classique » des opiacés (antalgiques, anxiolytiques, hypnotiques, puis éventuellement passage à la naltrexone), avec la seule particularité qu'il peut durer plusieurs semaines.

Pour ce qui est de la buprénorphine, si les règles générales que nous venons d'énoncer à propos de la méthadone sont également valables, il semble que le sevrage soit un peu plus aisé pour les raisons qui tiennent à la pharmacobiologie du produit (pas d'action euphorisante, durées d'action et de stockage dans l'organisme plus courtes) et aux indications actuellement tournées vers des sujets généralement mieux insérés. Mais dans ce domaine également, les données restent à approfondir.

Ce texte a été rédigé à partir des échanges entre praticiens réunis lors d'un séminaire européen organisé à Marseille en novembre 1999 par la Fédération Européenne de Rencontre des Intervenants en Toxicomanie (ERIT).

³ Ce qui est évidemment difficile plus la dose est basse. D'autant qu'il n'existe pas en France de présentation à moins de 5 mg de méthadone, ce qui a amené certains usagers à inventer des systèmes de dilution progressive (« méthode chinoise » qui consiste à mettre tout son traitement d'une semaine dans un même flacon et de prélever la dose quotidienne en la remplaçant à chaque fois par la même quantité de sirop) ou d'autres à proposer le recours au laudanum ou à la buprénorphine (ces protocoles n'ont cependant fait l'objet d'aucune évaluation jusqu'ici). En ce qui concerne le Subutex®, le dosage à 0,4 mg donne davantage de souplesse et les diminutions progressives sont plus aisées.

⁴ Les plus efficaces restent cependant les antidépresseurs sédatifs (type amineptine) et les IRS (type fluoxétine).

Les traitements de substitution et de sevrage au Royaume-Uni

Dr Jean-Yves PANICI, LE MANS

Des contacts réguliers avec nos collègues anglais depuis 1997 nous ont permis d'approcher la démarche britannique en matière de traitement de substitution aux opiacés. Quelques éléments sont rapportés ici, permettant d'appréhender leur mode de fonctionnement. Cet article ne se veut pas exhaustif, tant la réalité de terrain est un patchwork d'expériences diverses.

Si le nombre de dépendants aux opiacés est similaire avec la France, soit environ 170 000, 90 000 personnes sont actuellement en démarche de soins Outre-Manche.

Nous passerons en revue les différents traitements de substitution et de sevrage actuellement disponibles.

Parler de traitement de substitution par méthadone relève un peu, au Royaume-Uni, du pléonasme. Pour des raisons historiques d'abord, culturelles ensuite.

La méthadone

Prescrite depuis plus de 20 ans en Angleterre, c'est le traitement de substitution de référence. Il s'appuie sur toute la longue pratique britannique en matière de Réduction des Risques et de British System, mais aussi par le support linguistique commun avec les références nord-américaines, depuis les travaux des années 1965 et australiennes, en particulier ceux de J. Ward en 1998. L'induction du traitement s'effectue :

1. Dans un centre de soins spécialisés ou 'clinics'

C'est le mode classique de prise en charge hérité des modèles des années 1970.

Une évaluation précise de l'état et de la démarche de la personne sera effectuée par l'équipe du centre. Un contrat sera alors souscrit entre le patient et le centre. Il pourra être oral ou signé, précisant les exigences de seuil décidé :

- ponctualité des rendez-vous,
- test urinaire régulièrement effectué,
- suivi de l'accompagnement psychologique et social.

La prescription supervisée de méthadone se fera suivant un protocole précis avec réévaluation régulière et une délivrance journalière.

La forme de méthadone proposée varie :

- en suspension orale, 1 mg pour 1 ml, appelée abusivement par les patients 'linctus',
- en comprimé sous forme d'unité 5 mg. Adapté si le patient travaille par exemple, ce conditionnement est réservé aux personnes sous maintenance ancienne pour éviter revente ou auto-injection,
- en ampoule injectable si la personne est encore dans une démarche d'injection (dans certains centres, à Londres notamment).

Dans une étude effectuée en centre en 1996 par Strang et al portant sur 3 593 prescriptions de méthadone :

- 80 % se présentaient en suspension orale,
- 11 % sous forme de comprimé,
- 9 % sous forme injectable.

La posologie moyenne prescrite est de 60 mg. On assisterait actuellement à une diminution

des doses de substitution prescrites, une majorité de personnes dépendantes semblant utiliser, avant mise sous traitement, une héroïne moins pure.

2. La prise en charge en médecine générale et les ‘Shared Cares’ ou ‘Soins Partagés’

C’est l’autre possibilité d’offre de soins. Elle est de plus en plus fréquente au Royaume-Uni. 25 000 patients sont traités par la méthadone dans les surgeries ou cabinets médicaux de soins primaires.

Deux possibilités :

1. Le patient décidant de faire une démarche de soins se rendra chez son médecin. Ils décideront ensemble des modalités d’une prise en charge.

2. Une toute nouvelle expérience de prise en charge s’est développée ces dernières années, elle mobilise actuellement 20 % des GP (General Practitioner), les ‘Shared Cares ou Soins Partagés’. Après consultation chez son médecin, ainsi que dans le centre social local, un débat entre les intervenants psycho-sociaux locaux des CDT (Community Drug Team), le médecin et le pharmacien, définit les termes de cette prise en charge.

La méthadone sera prescrite ensuite au patient par le médecin traitant à son cabinet. Ces ‘Soins Partagés’ qui se développent en Angleterre depuis 3 ans, sont décrits avec les nuances ‘so british’ dans l’«**Orange Book**», permettant aux différents partenaires de ce type de prise en charge (le médecin, les travailleurs sociaux, le pharmacien, et, bien sûr, le patient), un travail de concert, en fonction de l’historique et des possibilités locales :

- Le médecin généraliste est le prescripteur. Il adaptera plusieurs fois la dose au début du traitement, pour atteindre une dose efficace. La périodicité de cette prescription est ainsi variable. 2 fois par semaine au début, puis toutes les semaines.
- Le travail psycho-social est pris en charge par l’équipe du CDT (Community Drug Team), composée d’infirmières, d’éducateurs, d’assistantes sociales et de psychologues.
- Le pharmacien de ville assurant une délivrance quotidienne mais aussi un contact permanent avec le patient, permettant un retour d’informations (feedback), si des problèmes apparaissent : violence, rendez-vous manqués, ébriété, etc...
- Nous nous situons toujours en ‘haut seuil’. Des tests urinaires sont effectués de façon concertée ou aléatoire. Le patient est informé du métabolisme des drogues et de son impact sur le résultat des analyses urinaires.
- Une posologie de 60 mg de méthadone semble être la dose moyenne de référence. Souvent une dose entre 60 et 120 mg est nécessaire.

Au cours du congrès national du RCGP à Londres en Mai 2002, Bill NELLES de la «Methadone Alliance», association anglaise de patients traités par la méthadone, avance 3 arguments en faveur de cette prise en charge dans le cadre des ‘Shared Cares’ :

1. La proximité « local shop » for « local people »),
2. L’approche globale du GP assurant le traitement, mais aussi l’abord des problèmes physiques et psychologiques,
3. Un contact et des soins plus personnels, plus attentionnés (‘gentler care’).

Deux points à noter :

→Les évaluations

Les études sur les résultats de l’une ou l’autre des prises en charge (en centre spécialisé ou en cabinet de médecine générale) sont peu convaincantes, quant aux bénéfices supérieurs de l’une des deux :

- N. SEIVEWRIGHT dans sa publication parle d'un meilleur suivi en centre spécialisé,
- K. ABBA (1) dans un intéressant rapport (Avril 2002) sur la pratique en cabinet des médecins généralistes en Cheshire, rapporte l'étude nationale NTORS qui conclut, elle, au bénéfice des soins délivrés en patientèle d'un GP.

→ MMT plutôt que MRT...

Tout en tenant compte des guidelines de référence, le traitement de substitution, MMT (Methadone Maintenance Treatment), soit l'institution d'un traitement long, voire chronique, semble avoir actuellement la préférence sur le traitement de substitution MRT (Methadone Reduction treatment), qui est défini dans le temps, conduisant progressivement vers le sevrage.

Les autres traitements :

Buprénorphine Haut Dosage (BHD)

L'autorisation de mise sur le marché est tardive en Angleterre en 1999 (1995 et 1996 en France pour la Méthadone et la BHD). Le positionnement de la BHD en 'terre' méthadone est donc plus lent.

Les caractéristiques respectives des différents traitements sont beaucoup discutées : sécurité d'emploi, importance comparée de la dépendance induite par les différents produits de substitution, effets euphorisants plus ou moins marqués. Le Subutex® est perçu en Angleterre comme ayant moins d'effet opiacé que la Méthadone. Cela relève semble-t-il autant du constat clinique que de l'avis des patients qui ont essayé les 2 médicaments. Les propriétés intrinsèques des deux médicaments n'y sont pas étrangères.

L'importance de l'expérience française est regardée avec beaucoup d'intérêt.

Prescrit au départ en centre spécialisé et de sevrage (Community Detox Team, cf. Orange Book, GP Shared Cares, guidelines 2002), son accessibilité en ville tend à se généraliser en pratique ambulatoire.

a) Il est encore souvent retenu dans une indication de sevrage : 10 jours de traitements sont requis.

- soit sevrage d'héroïne,
- soit en sevrage de la méthadone : 2 protocoles en fonction de la posologie résiduelle de Méthadone (20 ou 30 mg/jour), la prise de naltrexone pouvant commencer 3 jours après l'arrêt du Subutex®.

b) La BHD devient actuellement populaire en soin primaire pour son profil sécurisé ('safety profile'). Il est prescrit également comme les autres traitements de maintenance, dans une pratique plutôt 'haut seuil'.

Nos collègues anglais ne disposent pas actuellement de chiffres précis sur la répartition des patients par modalité de traitement.

L'héroïne (Diamorphine®) : un des anciens traitements de substitution hérité du 'British System' des années 20. Elle a été de 1926, date du Rollerston Act, aux années 60, le traitement de référence jusqu'à ce que la méthadone le supplante.

En 1997 le Diamorphine® restait prescrit par seulement 43 cliniciens, essentiellement à Londres, chacun ayant entre 1 et 10 patients (étude Sell et al).

Actuellement, on note un regain d'intérêt : 400 places sont disponibles. Il s'agit de personnes traitées depuis longtemps ou chez qui d'autres traitements ont échoué. Il est certain que les expériences suisses espagnoles et allemandes d'héroïne injectable sont suivies de près. Des études sur les formes inhalées ou en comprimé sont en cours.

L'objectif actuel affiché du gouvernement est d'augmenter rapidement à 1500 le nombre de personnes sous héroïne médicalisée.

Laam : la demi-vie longue de ses métabolites actifs (72 heures) impliquait une prescription chez des patients tout à fait stabilisés. L'introduction du Laam, très lente aux Etats Unis et en

Australie, a imposé Outre-Manche une réserve très britannique. L'expérience a été arrêtée récemment du fait des complications cardio-vasculaires induites.

Dihydrocodéine : prescrite dans certains cas en traitement de maintenance.

Naltrexone et Loflexidine : sont utilisés fréquemment en phase de sevrage. La proposition de sevrage fait partie du choix de départ des différents traitements proposés au patient.

Ces modalités de traitements nécessitent quelques précisions :

1) Les 'Shared Care' ont permis de modifier les pratiques de certains Médecins Généralistes isolés. Le décès de plusieurs patients en 1999 sous substitution avait été très médiatisé et commenté. Travailler en réseau permet une meilleure approche transversale de complémentarité. Ce n'est pas au Mans, où nous travaillons dans le cadre du réseau ville/hôpital, que nous dirons le contraire.

2) La Formation des médecins a été accentuée depuis 1999. Le RCGP (Royal College of General Practitioner) a mis en place récemment un certificat national validé et reconnu : « **The Management of Drug Misuse** » (équivalent du DESC en France, à ceci près que celui-ci n'est pas accessible aux médecins généralistes ?!). Organisé par des MG pour des MG, l'objectif affiché de cette formation est de recevoir 10 % des MG de toute l'Angleterre, notamment ceux qui sont les plus impliqués ». Le Dr Clara GERADA est responsable de la formation addiction du RCGP.

3) Le travail en capitation des médecins généralistes avec un forfait par type de pathologie (les anciens 'GP funds holding') assure une cohérence de la prise en charge. L'inscription sur la liste d'un médecin généraliste de 98 % des anglais limite le nomadisme médical et donc les dérives à type de prescriptions multiples.

4) Le maillage de proximité de l'offre de soin s'est amplifié, de même les médecins améliorent progressivement leur perception du patient dépendant et donc son accueil. «Si dans les années 80, 5 % des GP traitaient 50 % des usagers de drogues, une étude récente à montrer que 50 % des GP avaient vu un usager de drogue dans le dernier mois et 25 % avaient alors prescrit de la méthadone » déclare le Dr Clara GERADA, au RCGP en mai 2002.

5) Un développement de liens entre médecins :

Un site Internet du SMMGP, Substance Misuse Management in General Practice a été créé par des médecins généralistes, permettant à tout médecin anglais un support, un pôle ressource, une information, des formations possibles, un accès à des banques de données, un chat (discussion en ligne), des e-group et des réponses aux questions que le médecin du fond de la campagne anglaise peut se poser.

Un journal national est édité, créé au départ par l'équipe du Dr Chris Ford, médecin généraliste à Londres (du SMMGP et maintenant responsable du HIV Task Group), pionnière dans cette démarche.

6) Un délai pour l'induction de ce traitement (Waiting list) est possible, imposant une attente de prise en charge. Dans certaines situations locales où la file active ...et d'attente ...est longue, une personne prise en infraction et mise sous main de justice (Criminal Justice System) pourra être paradoxalement prise en charge...avant... celle qui a demandé des soins volontairement. En prison le MRT (Methadone Reduction Treatment) prévaut.

7) Le décryptage des décès par overdoses en Angleterre et de certaines personnes sous méthadone a été très poussé. La co-prescription ou co-utilisation de benzodiazépines fut très souvent retrouvée (action conjointe de 2 dépresseurs cardio-respiratoires), dans le cas

d'overdose.

8) La culture d'évaluation très britannique permet une identification des problèmes amenant des solutions ad hoc. Elle conduit à un pragmatisme quant à de nouveaux traitements.

9) Les prises en charge des patients ayant une co-morbidité psychologique voire psychiatrique, les poly consommations, en particulier l'alcool, ainsi que celles des femmes enceintes sont assurées globalement en centres spécialisés, celles-ci se faisant pour la pratique addictive et non pas 'par produit'.

En guise de conclusion...

Cette approche du British System du 21^e siècle est intéressante et remarquable du fait de l'ancienneté et de l'évolutivité de son fonctionnement.

Le cadre créé pour ce type de prise en charge est, et reste un haut seuil, ce qui est différent de notre expérience française, qui est d'accepter la personne dans sa démarche et parfois ses tâtonnements avec des seuils d'exigence plus souples.

L'expérience anglaise, 'Subutex® en centre spécialisé et méthadone en ville' est, pour des raisons historiques, culturelles et chronologiques, le contraire de la nôtre en France. Cette situation «en miroir» est à noter. Dans les 2 pays, la tendance est vers un rééquilibrage dans la disponibilité respective des 2 traitements principaux.

Dr Jean-Yves PANICI.

Médecin Généraliste

AMGÉSIT LE MANS

E-mail : amgesit@wanadoo.fr

Nous remercions J. Barnard et JC. Barjolin (SMMGP) pour leur aide, et le Dr Chris Ford pour son accueil.

Références bibliographiques :

1. Abba K. Evaluation of a programme of drug training for primary care practitioners in Merseyside and Cheshire. April 2002
2. Dyer O. Doctors should do more for drug addicts, committee says. BMJ 2002 ; 324 :1295 (1 june)
3. Gerada. C. Drug misuse and primary care in the New NHS. Drugs : education, prevention and policy. Vol. 7 . N° 3, 2000
4. Gossop M. Patterns of improvement after methadone treatment by NTOR. Drug and Alcohol Dependence 60 (2000) 275-286.
5. Orange Book GP Shared cares guidelines 2002.
6. Royal College of General Practitioner. Certificate in the Management of Drug Misuse 2001
7. Royal College of Psychiatrist. Drugs: Dilemmas and choices. Gaskell. London. 2000
8. Metrebian Nicky in CRIPS-lettre Info n°56 page 1-4. Déc 2000.
9. Seivewright Nicholas. More than Methadone. Cambridge University Press. 2000

INFO CONGRES DERNIERE MINUTE :

La Clinique de la Charité (CHRU Lille) organise les II^o Journées Lilloises d'Addictologie, les 22 et 23 Mai 2003. Au programme, plusieurs interventions autour des thèmes 'PHARMACOLOGIE ET ALCOOLODEPENDANCE', 'TOXICOLOGIE OBJECTIVE', 'FOIE ET ADDICTIONS', et deux symposia satellites sur les thèmes de l'anorexie mentale, et du réseau de suivi des populations à risques et de traitement de l'hépatite C (organisé par Schering-Plough).

Pour vous inscrire, utilisez le site www.santexcel.com/addicto, ou appeler Fanny Boy au 03 20 62 11 43, ou la contacter par mail : fboy@santexcel.com

Posologie adéquate de méthadone

Dr Colette GERBAUD, CSST, CHU de NICE

Depuis le début des traitements de maintenance à la méthadone, la question de l'impact des doses de méthadone sur l'efficacité du traitement, en terme notamment de taux de rétention et de pourcentage d'urines positives aux opiacés illicites, est discutée de manière récurrente. Très rapidement, différents auteurs mettent en relation la persistance d'usage d'opiacés illicites, voire la consommation excessive d'alcool, avec l'utilisation de posologies trop faibles, et plus précisément de taux sériques de méthadone trop bas. Plus récemment, les hollandais démontrent que l'adaptation à la hausse de la posologie de la méthadone est étroitement corrélée avec une baisse de la pratique de l'injection, faisant ainsi de la dose de méthadone, un outil de réduction des risques de transmission virale (1). Cependant, la définition même de ce qu'est un haut dosage ou un bas dosage varie d'un auteur à un autre, et au fil du temps. Ainsi Strain et coll. (2) définissent dans une étude comparative et de façon un peu arbitraire 40 à 50 mg/jour comme une posologie modérée, et 80 à 100 mg comme une posologie haute (high-dose). De façon tout aussi arbitraire, les posologies supérieures à 60 mg sont parfois considérées comme hautes (par rapport à cette posologie dite moyenne). En d'autres lieux, c'est la barre des 100 mg quotidiens, qui une fois franchie, fait parler de haut dosage ! Les travaux de Shinderman à Chicago ont contribué à explorer ces 'hauts dosages'.

Ils se sont intéressés à un groupe de 164 patients qui, malgré des doses élevées de méthadone (jusqu'à 100 mg/j), continuaient à se fournir en opiacés de manière importante. Ces patients furent assignés dans un groupe « haut dosage » (HD) et ont reçu des posologies de méthadone de plus en plus élevées (120 à 780 mg/j- moyenne 211). Ce groupe a été comparé à un groupe contrôle de patients sélectionnés de manière aléatoire et recevant une posologie de 69 mg/j.

Deux éléments majeurs ont permis de différencier ces 2 groupes de manière statistiquement significative : avant le début de l'étude, les patients du groupe HD prenaient plus de médicaments à effet psychotrope et leur dépendance était plus importante (notamment avec des doses d'héroïne plus élevées). Dans le groupe HD, les analyses d'urine positives aux opiacés dans 87 % des cas lors d'utilisation de faibles posologies furent encore positives dans 3 % après augmentation de la dose. Pour comparaison, dans le groupe contrôle, en revanche, une diminution (seulement) de 55 % à 36 % est observée.

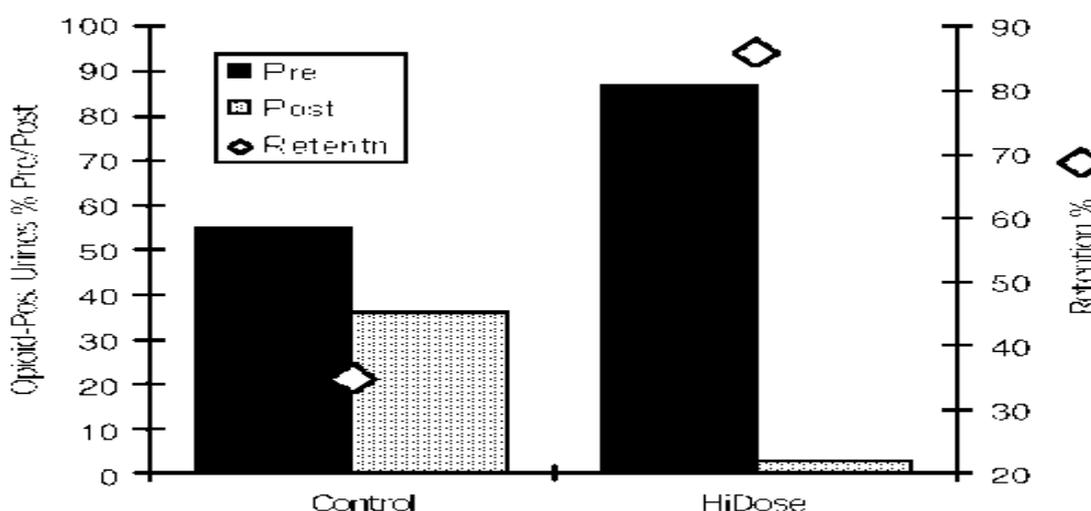


Figure 1

De plus, le taux de rétention à un an ou plus était de 86 % dans le groupe HD contre seulement 35 % dans l'autre groupe (*voir aussi FLYER 7, analyse bibliographique des études 'méthadone haut dosage'*).

Il apparaît donc que l'on pouvait prévoir que les patients du groupe HD nécessiteraient des doses plus élevées en connaissant leur statut antérieur de consommateurs d'héroïne. La prise concomitante de psychotropes chez ces mêmes patients a également probablement contribué à accélérer le métabolisme de la méthadone et, de ce fait, à en décroître le taux plasmatique.

Maxwell et Shinderman ont donc proposé le concept que « l'évaluation médicale à l'aide de critères objectifs et de symptômes subjectifs (syndrome d'abstinence) est un moyen fiable, sensible et rentable de détermination de la dose de méthadone à prescrire ». De plus, les auteurs insistent sur le fait que tant que le patient ne manifeste pas de signe de surdosage (par la méthadone), la posologie de méthadone peut être augmentée (*si cela répond aux besoins du patient pour être bien, et, abstinent aux opiacés*).

D'autres éléments appuient ces propositions

Récemment, Maremanni et coll (4), en Italie, ont décrit le cas de 90 patients dépendant aux opiacés. Environ la moitié ont dû prendre des posologies de méthadone de plus de 110 mg/jour, et un quart d'entre eux 160 mg/jour, voire plus. Les doses les plus élevées étaient retrouvées chez les patients avec des co-morbidités psychiatriques.

Les auteurs se sont rendus compte que les doses efficaces en cas de co-morbidité psychiatrique étaient supérieures à 200 mg/jour et dépassaient parfois 400 mg/jour. Ceci est important à prendre en considération, puisque des déséquilibres psychiques sont retrouvés jusqu'à parfois 90 % des patients en traitement de substitution, selon les endroits (5).

Byrne (6) décrit 56 patients non stabilisés (utilisant toujours des opiacés illicites) malgré des posologies de méthadone de 150 mg/jour. La méthadonémie chez ces patients (résiduelle) fluctuait entre 35 ng/ml et 330 ng/ml. L'augmentation des doses de méthadone jusqu'à 350 mg/jour a considérablement amélioré l'état des patients, notamment en réduisant les prises d'héroïne et en accroissant leur 'bien être'.

Adelson et coll (7) ont décrit 212 cas de patients en 'Maintenance' dans une nouvelle clinique en Israël. La dose moyenne de méthadone atteignait 114 mg/jour en fin d'étude. Plus de la moitié des patients ont reçu des posologies supérieures à 100 mg/jour.

Un taux de 72,5 % de rétention à un an et un taux d'abstinence de 71,2 % ont été atteints. Cependant, et d'après les auteurs des études mentionnées ci-dessus, il est possible que si l'on avait administré des doses encore supérieures à ces patients, les résultats auraient été encore meilleurs.

La pratique des méthadonémies, comme support à la clinique

La méthadonémie peut être mesurée en laboratoire et s'exprime en nanogrammes par millilitre (ng/ml). Une méthadonémie de 400 ng/ml (mesure réalisée juste avant la prise et appelée «méthadonémie résiduelle») est considérée comme nécessaire par beaucoup pour permettre une stabilisation efficace des patients en MMT. Cependant, ceci n'a été validé par aucun essai clinique, même si cela relève de l'expérience partagée des praticiens qui pratiquent ces méthadonémies.

En Suisse, Eap et coll (8) se sont penchés sur 180 patients en MMT afin d'évaluer ce problème d'une part, et également de démontrer que c'est la forme R-méthadone du mélange qui est la plus active. Ils ont ainsi étudié les différences existant dans les traitements reçus par les patients stabilisés et ceux qui ne l'étaient pas. La stabilisation (ou réponse au traitement) étant définie par la négativité du test détectant la présence illicite d'opiacés dans les urines sur 2 mois. Ces chercheurs ont démontré qu'une méthadonémie de 400 ng/ml (250 ng/ml si l'on recherche uniquement le taux de R-méthadone) était la plus adéquate dans l'obtention d'une

réponse favorable au traitement. Cependant, à cause des différences de métabolisme de la molécule d'un individu à l'autre, **les doses journalières de méthadone requises s'échelonnaient entre 55 et 921 mg.**

Pour obtenir une réponse favorable chez les patients non stabilisés (pour lesquels les urines étaient positives aux opiacés), des doses bien supérieures à 100 mg/jour étaient d'ailleurs requises. De même, chez les patients recevant d'autres médicaments en plus de la méthadone, il y avait une grande disparité entre les différentes méthadonémies efficaces requises, avec un facteur de plus de 40 entre le taux le plus élevé et celui le plus bas. Il est intéressant de remarquer que chez ces patients, un taux de positivité de 100 % était obtenu lorsque le taux plasmatique de R-méthadone atteignait 400 ng/ml. Positivité signifiant que ces patients avaient complètement arrêté la consommation d'opiacés.

Quels sont les facteurs à prendre en compte dans la définition de la posologie ?

Nous avons vu que **les comorbidités psychiatriques** sont généralement des situations associées à des posologies de méthadone plus élevées qu'en leur absence.

La co-prescription de médicaments anti-retroviraux ainsi que celle des anti-tuberculeux peut considérablement accélérer le métabolisme de la méthadone, avec comme conséquence, l'apparition brutale de signes de manque, y compris chez des patients stabilisés depuis longtemps à des posologies dites élevées.

Le poids des patients (et leurs masses graisseuses) intervient lui aussi de façon évidente dans la dose nécessaire pour avoir des concentrations plasmatiques efficaces (9).

Des facteurs génétiques et environnementaux déterminent en partie l'activité des cytochromes P 450 qui interviennent dans le métabolisme de la méthadone.

La consommation d'alcool, qui a pour conséquence une accentuation de la pente d'élimination, non sans avoir au préalable permis une augmentation du pic (effet turbo recherché par certains patients à la recherche de 'sensations', ou effet compensateur de courte durée recherché par des patients sous-dosés).

L'hépatite C semble, elle aussi, associée à la nécessité d'augmenter les posologies de méthadone. Okruhlica et Klempova (10) apportent la confirmation que dans un programme sans dose limite de méthadone, les patients HCV+ ont en moyenne une posologie de 30 mg supérieure aux patients HCV-.

Et enfin, **le niveau de dépendance** acquis par l'utilisateur de drogue, niveau de dépendance pouvant être lié à la quantité de drogue consommée, sa qualité (pureté), ainsi que la durée pendant laquelle il a consommé. Il est fort probable que ce niveau de dépendance puisse être également lié à des facteurs de susceptibilité individuelle, à l'âge des premières prises, et à l'âge du patient au moment des dernières consommations.

Concernant l'évolution de la pureté de l'héroïne vendue dans la rue, nous ne pouvons prendre que l'exemple suivant avec les réserves qu'il impose :

« Au fil des années, l'héroïne vendue dans la rue est devenue plus pure, de meilleure qualité et moins chère, la rendant plus « efficace » et attirante. D'après un rapport de US Drug Enforcement Agency, le prix du milligramme d'héroïne vendue dans la rue est passé de 3,90\$ à 1,04\$ de 1980 à 1995, alors que sa pureté a augmenté de 3,6% à 39,7% (11) ».

Ndlr : cet argument mérite toutefois d'être vérifié pour la France, afin d'éviter une transposition peu pertinente. Par ailleurs, depuis 1995, qu'en est-il de cette tendance, en Europe, comme aux U.S. ?

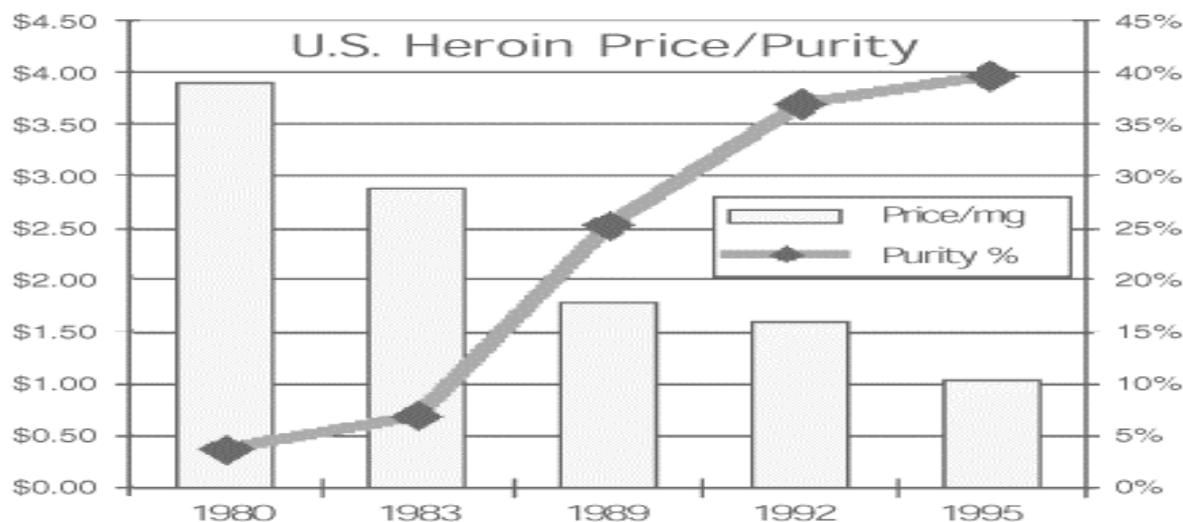


Figure 2

« L'héroïne ainsi plus pure et moins chère, et qui de plus peut être fumée ou inhalée (et donc pas obligatoirement injectée), est donc plus consommée qu'avant. Le nombre de sniffeurs ou fumeurs d'héroïne qui constituait 50 % des héroïnomanes en 1995 s'est élevé à 82 % en 1996, et ce mode de consommation a attiré de nouveaux usagers. (*Toujours aux U.S.*) »,

Borg et coll (12) et d'autres chercheurs (13) précisent que cette amélioration de la pureté de l'héroïne, et son mode d'utilisation plus facile sont des facteurs ayant contribué à un niveau élevé de dépendance et, par conséquent, à la nécessité d'augmenter les doses de méthadone.

En résumé :

L'expérience clinique et l'analyse des données de la littérature semblent converger vers la même évidence. Le choix de la posologie de la méthadone doit être strictement individualisé pour chaque patient, en tenant compte en premier lieu de la clinique et d'une recherche méticuleuse de tous les signes cliniques ou infra-cliniques pouvant faire penser à un sous-dosage (14). Les facteurs comme ceux évoqués ici (poids, co-prescription, hépatite C, ...) ne doivent être retenus que comme des 'facteurs influents', mais non déterminants. L'usage continu d'opiacés illicites peut (doit) être considéré comme une indication absolue de l'augmentation du dosage de méthadone (15).

La pratique de la méthadonémie permet en support à la clinique (et en seconde intention), de rationaliser des adaptations posologiques et parfois de s'extraire de situations cliniques incohérentes et difficiles à interpréter. C'est également un moyen de s'assurer que la méthadonémie reste en dessous du seuil de 1000 ng/ml, considéré comme ayant fait preuve de son innocuité cardiaque. Les échanges entre praticiens semblent montrer que dans les endroits où l'on pratique les méthadonémies, les fourchettes de posologie sont plus larges (et peut-être individuellement mieux adaptées) que dans les centres qui n'intègrent pas cette pratique.

Il est à noter également le mouvement de 'balancier' des usagers eux-mêmes, qui il y a quelques années, alors que les médecins rechignaient à prescrire des doses supérieures à 100 mg/jour, se plaignaient de cette frilosité. Aujourd'hui, alors que l'attitude des praticiens est plus à l'adaptation à la hausse des posologies, les mêmes usagers évoquent des fortes

doses qui les emprisonnent dans un traitement qui en sera d'autant plus long,..., ce qui est loin d'être démontré.

-
1. Langendam MW et al., Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam Cohort Study. *Addiction* 2000; 95 (4):591-600.
 2. Strain et al., Moderate vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence : a randomised trial. *JAMA* 1999; mar 17; 281 (11):1000-5.
 3. Maxwell S, Shinderman M. Optimizing response to methadone maintenance treatment : Use of higher-dose methadone. *J Psychoactive Drugs*.1999; 31 (2):95-102.
 4. Maremmani I, Zolesi O, Aglietti M, Marini G, Tagliamonte A, Shinderman M, Maxwell S. Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with Axis I psychiatric comorbidity. *J Addict Dis*. 2000;19(2):29-41.
 5. Dual diagnosis & MMT: a chicken-egg enigma. *Addiction Treatment Forum*. Winter 1998;7(1):1. Available online at www.atforum.com.
 6. Byrne A. Use of serum levels for optimizing doses in methadone maintenance treatment. *J Maint Addict*. 1998;1(3):13-14.
 7. Adelson MO, Hayward R, Bodner G, Bleich A, Gelkopf, Kreek MJ. Replication of an effective opiate addiction pharmacotherapeutic treatment model: minimum need for modification in a different country. *J Maint Addict*. 2000;1(4):5-13.
 8. Eap CB et al., Plasma concentrations of the enantiomers of methadone and therapeutic response in methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 61 (2000) 47-54.
 9. Gerbaud C., Poids, posologie et taux sanguins de méthadone. *Le Flyer* 9, Sept 2002.
 10. Okruhlica L., Klempova D., Hepatitis C infected patients and higher doses of methadone. *Heroin Add & Rel Clin Probl* 2000; 2 (2): 57-58.
 11. O'Dea P. Domestic monitor program. Presented at: Heroin: It Never Went Away; the National Heroin Conference, February 1997. Washington, DC: US Department of Justice, Drug Enforcement Administration.
 12. Borg L, Broe DM, Ho A, Kreek MJ. Cocaine abuse sharply reduced in an effective methadone maintenance program. *J Addict Dis*. 1999;18:63-75.
 13. Bach PB, Lantos J. Methadone dosing, heroin affordability, and the severity of addiction. *Am J Pub Health*. 1999;89(5):662-665.
 14. Leavitt S, Shinderman M, Maxwell S, Eap CB, Paris P. When "enough" is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. *Mt Sinai J Med*. 2000;67(5-6):404-411. Available online at www.mssm.edu/msjournal/.
 15. Deglon J-J. et al., Importance d'un dosage de méthadone individuellement adapté pour un suivi efficace des héroïnomanes polytoxicomanes. Présentation au Congrès THS 3 Nice, Nov 1997.

Une histoire belge qui fait réfléchir !

Dr AF VANHOENACKER, Le Cèdre Bleu, LILLE

Un médecin belge a été incarcéré fin Décembre 2001. Il recevait plusieurs centaines de patients français (entre 500 et 700 selon les sources) pour leur prescrire de la méthadone.

Comment notre système de soins a-t-il réagi à un tel afflux ?
Quelles ont été les réactions des patients et des soignants ?

Le premier réflexe a été de permettre aux différents professionnels de mener une réflexion commune sur le territoire concerné pour organiser la gestion de ce phénomène, mais étant donné la période (fêtes de fin d'année) et le nombre de centres intéressés (12), cette réunion n'a pu se faire que fin Février ; le médecin incriminé avait repris ses activités depuis quelques jours. Les partenaires ont constaté que patients et professionnels avaient trouvé des solutions avec un temps de latence relativement court (environ 10 jours) compte tenu du contexte des fêtes.

Il faut resituer le contexte : **la différence de cadre de prescription** entre les deux pays avait suscité pendant les 4 années précédentes un travail transfrontalier dans le cadre du programme INTERCEG. Les associations « Cèdre Bleu » et « Généralistes et Toxicomanies » (côté français) et le CPAS de Charleroi et l'association « Citadelle » (côté belge) avaient analysé les pratiques de part et d'autre de la frontière et cherché à harmoniser les prises en charge dans l'intérêt du patient.

D'un côté, on a une prescription initialement encadrée par un dispositif réglementaire très précis (CSST avec passage quotidien et analyses d'urines), de l'autre on a une prescription variable suivant l'équipe médicale qui peut aller jusqu'à une pratique type « réduction des risques » (prescription pour un mois ou plus, sans condition).

La condamnation du praticien n'est sans doute pas liée à la pratique « bas seuil » mais aux conditions éthiques de délivrance (après contact téléphonique sans voir le patient par exemple). Pour nous, la principale préoccupation est de savoir si on fait de la médecine ou du business. Quid de la prise en charge globale du patient ? A t-il été pesé, ausculté ? S'est-on préoccupé de savoir s'il avait un toit et s'il mangeait tous les jours ? A t-il eu des conseils de prévention et de dépistage pour SIDA et hépatites ?

Le produit est sur prescription médicale pour des raisons de dangerosité mais étant donné la réalité du marché noir, ce n'est pas un argument suffisant. L'important est d'utiliser cette compétence à bon escient, ce qui nécessite de ne pas se laisser déborder par le nombre. La première chose qui m'a été expliquée par mes pairs au début de mon aventure avec les toxicomanes est la nécessité de savoir dire non... C'était effectivement plus important que de connaître la physiopathologie des neurotransmetteurs cérébraux.

Pour ce qui est de nos français utilisateurs de méthadone belge, environ 120 patients ont contacté les centres français pour être dépannés en l'absence de leur fournisseur habituel. Les autres ont sans doute contacté d'autres prescripteurs belges ou profité de l'occasion pour arrêter la méthadone, prenant conscience de la dépendance au prescripteur. Certains ont très certainement rechuté, mais nous ne les avons pas rencontrés.

Sur les 120 patients repérés en France, environ 1/3 ont abandonné leur démarche étant habitué à une réponse plus immédiate de prescription. Pourtant, les centres ont modifié leurs pratiques et assoupli les conditions d'accès au traitement. Mais chacun reste dans sa logique d'accompagnement : celle du soin ou celle de la réduction des risques. L'important est de pouvoir l'expliquer clairement au patient.

Personnellement, j'ai un regret : on avait là une cohorte de patients suffisante pour faire une étude comparative de la clinique de la substitution : méthadone (belge) versus buprénorphine (France) sans le biais du cadre de prescription (primo-prescription par le MG sans contrôle urinaire). L'ouverture des frontières permettra peut-être de réaliser ce type de travail ultérieurement.

Commentaires de la rédaction du Flyer :

L'opposition soin - réduction des risques évoquée par le Dr VANHOENACKER nous paraît nécessiter un commentaire. La prescription 'facile' d'un traitement de substitution, qu'il s'agisse de méthadone en Belgique, ou de buprénorphine en France ne peut résumer à elle-seule une stratégie dite de réduction des risques. De la même manière, la prise en charge dans le cadre d'un CSST, avec un niveau d'exigence plus élevé n'exclut pas l'usage d'une action en faveur de la réduction des risques. Un grand nombre de 'programmes' méthadone français et étrangers ont été élaborés dans le cadre de la réduction des risques liés à l'usage de drogue, et participent au soin des populations qu'ils accueillent.

Ce qui nous semble en l'occurrence plus révélateur dans ce propos, ce sont les conséquences d'un gradient (en l'occurrence transfrontalier) qui existe dans la 'pratique des seuils' entre un médecin particulièrement soucieux de procurer de la méthadone à ceux qui lui en demandent, et un médecin exerçant dans un CSST, exerçant lui-même son activité dans un cadre thérapeutique défini par une série de circulaires, une AMM et des pratiques 'historiques' différentes. Cette différence peut exister aussi au sein d'une même ville (les exemples ne manquent pas), où peuvent cohabiter un ou plusieurs médecins pratiquant un bas seuil d'exigence en matière de prescription de traitement de substitution (mais un haut niveau d'adhésion de la part des patients !), et un CSST mettant en œuvre des pratiques dites de 'haut seuil'. Quelque soit le bien-fondé des arguments des uns et des autres sur le seuil qu'il convient d'appliquer aux usagers de drogue, il paraît toutefois opportun de se demander pourquoi des centaines d'usagers de drogue vont en Belgique, parfois à plus de 100 km de leur domicile, paient le médecin, la méthadone, alors qu'en théorie, elle est disponible et gratuite en France, autant que les consultations, et dans des conditions de proximité bien meilleures. Cela ne pose-t-il pas la question de l'accès de la méthadone en bas-seuil d'exigence, dans des conditions thérapeutiques probablement plus adéquates que celles de l'importation illégale de méthadone belge ? Où est-ce alors la forme gélule qui rend la méthadone belge bien plus attractive ?

Sans déclarer qu'il s'agisse d'une tendance, les auteurs d'un FLYER hors-série à paraître (juin 2003), mettront en avant les bénéfices à structurer un accès 'seuil-bas' au médicament de substitution, en se situant toutefois dans un cadre thérapeutique pensé et réfléchi.

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.