

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

Septembre 2004

N° 17

- **Editorial** page 3
Comité de rédaction
- **Comment obtenir le meilleur du traitement par la méthadone, quels sont les freins à une prescription plus adéquate ?** page 5
Dr Andrew BYRNE, Redfern, Australie
- **Analyse bibliographique :**
Programme d'arrêt rapide de la méthadone à New-York page 12
Dr Christine RIVIERRE, Marseille
- **Seuil d'accès au médicament de substitution** page 15
Comité de rédaction
- **Le médicament :**
fonction dans la relation thérapeutique médecin-patient page 22
Dr Camille ROSSI et al., Toulon
- **Analyse bibliographique :**
Arrêt de la méthadone :
pronostic de réussite et perspectives des patients page 27
Dr Christine RIVIERRE, Marseille

COMITÉ SCIENTIFIQUE DU FLYER

Rédacteur en chef :

Mustapha BENSLIMANE

NOVA DONA

PARIS

Comité de rédaction :

Dr Laurent MICHEL
Dr Béatrice CHERRIH
Stéphane ROBINET
Dr Pierre BODENEZ
Christine CALDERON
Dr Yves CAER

Maison d'arrêt
E.L.T.
Pharmacien
C.H.U.
AIDES
Hôpital CAREMEAU

BOIS D'ARCY
CHARLEVILLE MEZIERES
STRASBOURG
BREST
PANTIN
NIMES

Comité de lecture :

Dr Richard LOPEZ
Dr Pierre LAUZON
Dr Didier BRY
François LAFRAGETTE
Dr Béatrice GOSPODINOV
Dr Nelson FELDMAN
Dr Karine BARTOLO
Dr Xavier AKNINE
Fabrice OLIVET
Dr Antoine GERARD
Dr Brigitte REILLER
Dr Jean-Pierre JACQUES
Dr Olivier POUCKET
Dr Thierry LEDENT
Dr Catherine PEQUART
Dr Colette GERBAUD

Réseau VISA
C.R.A.N.
E.L.S.A.
Pharmacien
D.A.S.
Protox
CSST Gainville
A.S.U.D.
Service d'addictologie
C.E.I.D.
Centre Baudelaire
Service d'addictologie
La Boutique
C.H.U. St-Roch

CHAMPIGNY-S/MARNE
MONTREAL CANADA
AVIGNON
PARIS
SARREBRUCK ALLEMAGNE
GENEVE SUISSE
MARSEILLE
AULNAY-S/BOIS
PARIS
LE PUY-EN-VELAY
BORDEAUX
BRUXELLES BELGIQUE
METZ
LE CATTEAU EN CAMBRESIS
PARIS
NICE

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

Mustapha BENSLIMANE
Centre Nova Dona
104, rue DIDOT
75674 PARIS CEDEX 14
E-mail : novamb@club-internet.fr

Editorial

Fin juin s'est tenue, à Lyon, la conférence de consensus que beaucoup attendaient, et dont d'autres redoutaient qu'elle ne produise qu'un consensus 'mou... Une chose est certaine, en l'absence de positions antérieures consensuelles sur bon nombre de questions posées aux experts, les recommandations produites pourront servir de point de départ aux débats des années à venir.

Rendez-vous est donc pris pour le 7 septembre, à quelques jours seulement de la parution de ce bulletin, pour la conférence de presse, au cours de laquelle les organisateurs annonceront la diffusion des recommandations du Jury.

Il est évidemment difficile de se risquer à anticiper les recommandations du Jury. Que va-t-il préconiser notamment sur l'une des attentes, exprimée par différents experts ou 'par la salle', et qui concerne l'élargissement de la primo-prescription de méthadone aux médecins généralistes ? Même si d'autres semblent réservés quant à cette perspective.

Et là, on peut dire que les propositions de modalités divergent. Il y a ceux qui considèrent que dans un tel cas de figure, il ne saurait y avoir de restriction, et ceux qui, au contraire, suggèrent que la primo-prescription ne devrait être réservée qu'à certains médecins généralistes. Dans ce second cas de figure, les options sont extrêmement variées. Il pourrait s'agir uniquement de médecins de réseau ou, comme dans certains pays, de médecins ayant fait l'objet d'une formation validante. Ce pourrait être le cas également de médecins candidats auprès d'une instance locale (ex : Comités Départementaux de Suivi des Traitements de Substitution). Et enfin, puisqu'il en fut question à plusieurs reprises, il pourrait être proposé de mettre en place des modalités nouvelles de primo-prescription de méthadone, par exemple dans le cadre de Micro-structures (cf. expérience alsacienne, Flyer Hors-série N° 2), ou de consultations de médecins généralistes libéraux dans des services spécialisés (CSST, services d'addictologie...).

L'alternative à cet élargissement (ou son complément) pourrait être un changement dans les modalités de mise en place des traitements de substitution dans les services qui, à l'heure actuelle, assurent les initiations de traitement.

Aujourd'hui, près de 17 000 patients reçoivent un traitement par la méthadone. La majorité de ces traitements sont prescrits par un médecin généraliste et délivrés par un pharmacien d'officine, à la suite d'une initiation en CSST (ou quelques fois en Etablissement de Santé - depuis la circulaire de Janvier 2002). Globalement, sur un bilan chiffré général, on peut donc affirmer que les primo-prescripteurs 'relayent' leurs patients vers la ville. Mais, à l'instar des pratiques de seuil d'accès ou d'exigence thérapeutique, il existe de grandes disparités, entre les services primo-prescripteurs, dans leur capacité ou leur volonté de relayer des patients vers la ville. On peut avoir le sentiment que la demande de médecins généralistes à obtenir la primo-prescription de méthadone est souvent contemporaine d'un manque de ressources locales pour accéder au traitement convoité (par le médecin et le patient), même si pour d'autres, elle ne s'appuie que sur des considérations de 'juste reconnaissance' de la qualité de 'Médecin Généraliste'.

Le comité de rédaction soumet dans ce Flyer une proposition de Programme Provisoire, qui est un plagiat avoué du Programme Préparatoire de la « Division d'Abus de Substances » à Genève. Cette proposition pragmatique est tout autant une réponse aux '**Recommandations pour la Pratique Clinique : Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés**' ('miraculeusement' disponibles la veille de la conférence de consensus), qu'une réponse à la demande d'un meilleur accès à la méthadone. Dans cette proposition, il n'y a pas d'oppositions de style ou de principe entre la médecine de ville et les services spécialisés, mais bel et bien une véritable occasion de collaboration en réseau, pour faire bénéficier aux patients du médicament (méthadone ou buprénorphine), le plus indiqué à leur situation clinique.

La pratique du ‘test thérapeutique’ est sous-jacente à ce Programme Provisoire. Pourquoi en effet, pour des patients dépendants aux opiacés depuis plusieurs années (et encore pour plusieurs années semble-t-il !), ne pas essayer une modalité thérapeutique différente, dans des conditions d’accès ultra-rapide, tout en se donnant le temps (1 mois) d’en apprécier la pertinence ? Et ce, pas seulement sur le choix de l’option pharmacologique, mais aussi, sur le choix des modalités de suivi à l’issue du premier mois de traitement. C’est tout le sens de cette proposition de ‘Programme Provisoire’, ayant pour objectif de faciliter l’accès aux différents médicaments de substitution, dans des conditions de sécurité et de collaboration entre les différents acteurs et dans le souci d’améliorer l’état sanitaire des usagers de drogue.

A ce sujet, comment ne pas évoquer EGUS = Etats généraux des usagers de la substitution. Le 5 juin, ils étaient près de 80 à élaborer des revendications (12), tout en souhaitant qu’elles soient prises en compte lors de la conférence de consensus. Nous publierons leurs revendications dans le prochain Flyer, prévu pour décembre 2004. Soulignons là-aussi de leur part la revendication de l’élargissement de la primo-prescription en ville de ‘tous’ les médicaments de substitution, la reconnaissance de l’utilité de l’alternance thérapeutique (passage d’un médicament à un autre en cours de traitement de substitution au long cours), et aussi, entre autres, le développement de programmes de substitution ‘bas seuil’. Sur ces points, la proposition de ‘Programme provisoire’ rejoint l’attente des représentants des usagers.

A propos du ‘test thérapeutique’, soulignons la très pertinente proposition d’Andrew BYRNE : « **Un ‘test thérapeutique’ avec une posologie plus élevée peut prouver la responsabilité d’une posologie inadéquate dans l’apparition de symptômes** », **tout aussi valable pour la persistance de l’usage d’opiacés illicites** ». Et continuons, dans la série des freins à la prescription d’une posologie appropriée, par le non moins juste : « **Une inquiétude fréquente est l’idée qu’une posologie plus élevée augmente le délai d’arrêt de la méthadone. Bien que ceci soit une inquiétude valable, une posologie inadéquate et le maintien de l’utilisation de l’héroïne retardent tout autant les progrès** ».

Cela n’est pas sans rappeler la vignette clinique proposée par Marc Reisinger¹. Elle retrace l’absence de résultats d’un traitement à faible dose, successivement à la buprénorphine, puis la méthadone. Ce n’est qu’approximativement après dix années (l’expérience du praticien aidant, et l’évolution du contexte socio-politique et scientifique allant dans le sens des traitements de substitution), que le patient a pu enfin bénéficier d’une posologie appropriée à ses besoins (en l’occurrence 135 mg/jour). A partir de ce moment, les prises occasionnelles ont disparu (dès 90 mg/jour), ainsi que l’agitation psycho-motrice et l’anxiété qui persistent auparavant. Après un an de ce traitement ‘efficace’, le patient entreprit rapidement une décroissance jusqu’à 20 mg/jour, sans réapparition des symptômes. Là s’arrête l’histoire retracée par Reisinger.

En guise de conclusion, l’idée commune de ces deux auteurs n’est-elle pas de dire : « Avant de se poser la question de la durée du traitement, ne vaut mieux t-il pas s’assurer des conditions d’efficacité de celui-ci ? Cela concerne évidemment la posologie, mais aussi sûrement, l’ensemble des interventions thérapeutiques.

La rédaction du FLYER

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.

¹ Marc Reisinger. Traitements de substitution, traitements interminables. Revue THS, juin 2000, p. 387-389.

Comment obtenir le meilleur du traitement par la méthadone ? Quels sont les freins à une prescription plus adéquate ?

**De meilleures pratiques des traitements peuvent aider les patients, le personnel
et la communauté.**

Andrew BYRNE et Richard HALLINAN, Redfern, Australie

Résumé : Cet article présente quelques stratégies d'amélioration des résultats du traitement par la méthadone. Posologie, doses à emporter, et soutien psychosocial peuvent avoir des effets marqués sur l'efficacité du traitement en maintenance par la méthadone (MMT). Nous suggérons ici quelques approches pratiques du patient pour qui le traitement ne se passe pas bien.

Les patients requièrent une posologie suffisamment élevée et un soutien psychosocial adéquat

Bien que depuis 30 ans la méthadone ait été le traitement de choix de la dépendance à l'héroïne, une quantité non négligeable de patients ne satisfont pas aux critères de réussite du traitement. De nombreuses études ont montré de façon claire et constante que pour optimiser les résultats, la posologie doit être adaptée, et qu'un soutien psychosocial adéquat ainsi qu'une flexibilité d'adaptation de la posologie sont également nécessaires. Ceci doit avoir comme conséquences un meilleur maintien en traitement, une diminution de la consommation de drogues illicites et une diminution des comportements à risque, comme le partage des seringues et les rapports sexuels dangereux.

Dole rapporte que lorsque la posologie de méthadone est adéquate, l'utilisation d'héroïne devrait être complètement éliminée chez 95 % des patients dépendants en traitement (1).

Appuyées par la littérature, les 'recommandations' dans plusieurs pays préconisent de 60 mg à 120 mg par jour en maintenance ou « plateau » pour la majorité des patients (2). Cependant, beaucoup de patients se voient souvent prescrire une posologie inférieure malgré des résultats prévisibles insatisfaisants (3). Quelques raisons évoquées ci-dessous tentent d'expliquer ceci.

Tolérance croisée entre l'héroïne et la méthadone

Puisqu'il existe une tolérance croisée avec d'autres opiacés, les patients qui continuent à consommer de l'héroïne régulièrement devraient avoir besoin de plus de méthadone. Si l'utilisation de l'héroïne est sporadique et en faible quantité, il devrait être conseillé aux patients de maintenir leur posologie habituelle et de rechercher d'autres facteurs responsables de ces prises nécessitant une prise en charge. Lorsque la consommation d'héroïne se fait plus régulièrement, il faut envisager d'augmenter la posologie. Il est important d'éviter le risque d'une toxicité clinique ou d'une sédation excessive par l'anamnèse et l'examen clinique. Cependant, pour les sujets très jeunes, les séropositifs et ceux qui prennent plus de 150 mg par jour, l'adaptation à la hausse doit être soutenue par un examen clinique formel réalisé 3 heures après une prise supervisée. Ceci constitue également une sécurité pour ceux qui travaillent, conduisent, ou manipulent des machines, etc. Les hausses de posologie se font habituellement par paliers de 10 mg, en attendant au moins 3 jours à chaque fois, avec un examen clinique approprié avant chaque augmentation.

L'utilisation d'une posologie inadéquate de méthadone peut également conduire à une augmentation de la consommation de cocaïne (5). Les patients qui reçoivent une posologie inadéquate de méthadone trouvent parfois qu'il est plus difficile de s'arrêter de boire ou de prendre des benzodiazépines. Et plus grave, ils arrêtent parfois le traitement.

La posologie d'un patient doit être suffisante pour réduire ou même supprimer l'envie pendant 24 heures. Certains patients auront d'autres symptômes comme un malaise général ou une dépression marquée qui peut être l'indicateur d'une posologie inadéquate. **Un « test thérapeutique » avec une posologie plus élevée peut prouver la responsabilité d'une posologie inadéquate dans l'apparition de symptômes.**

Certains de ces patients sous-dosés reprennent de l'héroïne, alors que d'autres « souffrent juste en silence ». Dans les deux cas, il est peu probable que le but thérapeutique soit atteint.

Métabolisme et augmentation de la tolérance

Les patients qui semblent avoir besoin de plus de 120 mg par jour ont soit un métabolisme rapide, soit une tolérance plus forte que la normale. Une faible proportion des patients semble appartenir à cette catégorie. Le métabolisme de la méthadone dépend des systèmes du cytochrome P 450 et d'autres sous-systèmes enzymatiques propres à chaque individu. A notre connaissance, il n'existe pas de relation démontrée entre les prises d'héroïne précédentes et les besoins en méthadone.

La nécessité d'augmenter la posologie chez des patients apparemment stables est parfois dû à un métabolisme accru, par exemple lors de la grossesse ou d'interactions médicamenteuses notamment avec les anti-convulsivants et les anti-rétroviraux.

Bien que l'existence d'une recherche rigoureuse permet de guider l'augmentation de la posologie jusqu'à 120 mg par jour, les prescriptions d'une posologie plus élevée se font à partir de bases pharmacologiques et thérapeutiques (voir Strang cité ci-dessous). Ceci est démontré par de nombreuses études d'observation concernant une posologie allant chez certains patients jusqu'à 200 mg par jour, en étant sûre et efficace. Des études montrent que une posologie encore plus élevée est nécessaire pour environ 2 % de la totalité des patients, laquelle devrait être délivrée dans des unités spécialisées. L'étude de Dole sur la méthadone en poudre de 1964 utilisait une posologie allant jusqu'à 180 mg par jour (moyenne 103 mg, 10-180mg) (4).

Strang recommande que, mise à part une posologie habituelle jusqu'à 120 mg, « une posologie plus élevée soit requise, parfois, du fait d'une tolérance élevée de la part du patient... comme lorsque les taux de méthadone plasmatiques révèlent une posologie sub-thérapeutique persistante... une posologie élevée peut réduire la consommation d'héroïne et d'autres opiacés, mais il faut faire attention en revanche lorsqu'une dépendance à l'alcool ou aux benzodiazépines existe » (2).

« Les freins à l'utilisation d'une posologie appropriée » : la peur d'une posologie élevée

Patients et personnels des centres de soins manifestent parfois une réticence à l'utilisation d'une posologie élevée. Il existe également parfois une confusion entre la posologie recommandée de départ de 30-40 mg par jour et la posologie recommandée en maintenance

de 60-120 mg. Ceci pourrait être dû à un conservatisme naturel ou un malentendu concernant le traitement. Les effets secondaires peuvent parfois limiter l'efficacité de la méthadone. Les patients supportent généralement les effets secondaires mineurs comme l'hypersudation ou la constipation.

Lorsque les résultats ne sont pas satisfaisants malgré les réajustements de la posologie, il faut alors s'intéresser à des méthodes alternatives, comme l'ajout d'un antidépresseur, ou le changement de molécule par un autre agoniste comme la buprénorphine. L'obtention d'un deuxième avis peut également être intéressant, dans cette situation.

Mis à part un effet sédatif dans les premiers jours de traitement, la méthadone a peu d'effets secondaires. Hypersudation et constipation sont des effets secondaires fréquents et sont rarement dépendants de la posologie. Baisse de la libido, impuissance et irrégularité des cycles sont fréquemment observés avec l'héroïne et s'améliorent généralement avec la méthadone. Les améliorations qui suivent les réajustements de la posologie sont en général très satisfaisantes. Les effets secondaires s'estompent facilement lorsque la posologie est diminuée, une fois l'abstinence obtenue.

Une inquiétude fréquente est l'idée qu'une posologie plus élevée augmente le délai d'arrêt de la méthadone. Bien que ceci soit une inquiétude valable, une posologie inadéquate et le maintien de l'utilisation de l'héroïne retardent tout autant les progrès. C'est lorsque les patients ont une posologie faible que la diminution prend le plus de temps, notamment en deçà de 30 mg.

Les patients peuvent également exprimer leur peur d'avoir besoin de la méthadone « toute leur vie ». bien que cela ne s'applique qu'à une minorité, ils doivent être rassurés du fait que les ajustements de la posologie dans les cas chroniques tendent à être moins supervisés. Par exemple, aux Etats-Unis, une délivrance mensuelle est maintenant approuvée pour les cas chroniques et stables. Ceci constitue un changement important par rapport aux visites quotidiennes ou tous les deux jours à la clinique. Il a été montré que le suivi deux fois par semaine est associé à de meilleurs résultats (même en début de traitement), comparé à un suivi quotidien (7d). De nombreux rapports américains sur l'efficacité thérapeutique à long terme montrent qu'une surveillance quotidienne stricte n'est pas toujours nécessaire (7efg).

Des soutiens psychosociaux améliorés donnent aussi de meilleurs résultats. Meilleure assistance, aide financière, logement, formation professionnelle sont susceptibles d'aider les patients à mieux se réhabiliter socialement et à rester abstinents vis-à-vis des drogues potentiellement dangereuses et de l'abus d'alcool (7h).

Stratégies visant à encourager une prescription adéquate

Il est parfois utile pour les prescripteurs de s'occuper d'un patient instable de manière plus intensive. Les consultations avec le médecin traitant devraient probablement être régulières et hebdomadaires tant que l'utilisation d'opiacés illicites et/ou de stimulants est maintenue. Dans la plupart des cas, de telles visites ne doivent pas excéder 20 minutes. Il est inutile de discuter en même temps d'un certain nombre de problèmes, comme la santé globale du patient, la posologie, les effets secondaires, les changements de la posologie, les heures de délivrance, les consommations de drogues ou d'alcool, les marques d'injection, le soin des veines, les finances, les problèmes d'emploi et de famille. Certains de ces problèmes devraient être abordés séparément à chaque visite.

Il est important de se concentrer sur les objectifs principaux du patient et ce qu'il attend du traitement, ex : épargner de l'argent, éviter les injections, boire moins, avoir un emploi stable, des responsabilités familiales, etc. Ceci est d'autant plus nécessaire que l'utilisation concomitante d'une autre drogue rend souvent ces buts plus flous. Des notes doivent toujours être prises et incluses dans le dossier pour servir de référence par la suite.

Une fois ces problèmes pratiques identifiés, il faut apprécier la réponse du patient au traitement, avec notamment la posologie actuelle et les précédentes. Celles-ci doivent être consignées. Il peut être utile de signaler au patient les écarts importants en ce qui concerne la posologie de méthadone, afin de le sensibiliser à ces écarts. Une telle information peut avoir un effet rassurant, en éloignant la notion d'ajustement « mineur » ou « fin » des doses autour de la fourchette thérapeutique « normale » qui va jusqu'à, disons, 150 mg par jour. Il est alors pertinent de discuter des risques et bénéfices d'une posologie plus élevée chez chaque individu. Les effets secondaires sont en général peu importants comparés à ceux liés à l'utilisation prolongée de drogues illicites. Cependant, les inquiétudes des patients doivent toujours être prises au sérieux, même si elles semblent ne pas être liées au traitement.

Le patient a peut-être reçu dans le passé des posologies plus élevées, et avec de bons résultats. Dans notre expérience, la majorité des patients qui rechutent gravement ont souvent besoin de reprendre leur posologie maximale ou de « plateau » pour se stabiliser à nouveau. C'est la même forme de « recrutement » chimique que l'on retrouve chez les fumeurs et les alcooliques qui rechutent.

Certains patients rapportent spontanément le fait qu'ils ont pris de grandes quantités de méthadone « de rue » et en décrivent les résultats. « Avez-vous déjà pris de la méthadone en plus ? », « que s'est-il alors passé ? », « combien avez-vous pris ? », « étiez-vous 'stone' ? », « avez-vous consommé d'autres drogues ou de l'alcool ensuite ? », « avez-vous déjà été en overdose ? ». Tout ceci est alors recueilli dans le secret médical le plus strict, il est important de le signaler, et également que cela ne sera pas mentionné dans le dossier du patient si celui-ci en fait la demande. Une autre donnée intéressante est l'aptitude du patient à essayer de l'héroïne injectable prescrite : ceci définit le but plus clairement. Dans notre expérience, la plupart désirent s'éloigner de cette approche, mais une minorité importante s'intéresse à une telle perspective qui reste hypothétique dans la plupart des pays.

Les taux sanguins résiduels – interprétation

Une autre approche dans les cas difficiles est la mesure le taux sanguin « résiduel » (24 heures après une prise supervisée). Ceci est recommandé au moins une fois, pour la plupart des patients prenant une posologie quotidienne supérieure à 120 mg, afin de documenter un métabolisme rapide éventuel. C'est une sécurité à la fois pour le patient et le médecin. Pour ceux qui prennent d'autres drogues, le niveau se situe souvent dans la tranche basse (< 0,2 mg/l), indiquant la nécessité d'augmenter la posologie. Cela indique aussi aux patients et aux prescripteurs que la molécule ne s'accumule pas dans le corps, pas non plus 'dans les os', ni qu'elle soit non plus responsable d'effets secondaires liés à une accumulation. Il est très rare de trouver des valeurs au-dessus du spectre thérapeutique (0,1-1,0 mg/l). Dole a recommandé des taux sanguins résiduels > 0,2 mg/l pour éviter le craving (1). Eap a trouvé qu'au delà du seuil de 0,4 mg/l, l'utilisation de l'héroïne est exceptionnelle. L'augmentation de la posologie ne doit se faire qu'avec le consentement du patient et lors de conditions cliniques particulières telles que l'utilisation illicite de la drogue, la persistance du craving, les insomnies, dépression, etc. L'augmentation ne doit normalement être considérée que lorsque les symptômes ne s'amendent pas avec des mesures simples et avec le temps.

Inquiétudes lors de l'utilisation de la méthadone pendant la grossesse

Certaines femmes pensent que la grossesse est une bonne raison pour diminuer la posologie, même lorsqu'elles utilisent d'autres drogues. Cependant, dans un contexte d'utilisation de l'héroïne, il est plus important que jamais d'envisager d'augmenter la posologie. Il est bien moins dangereux de prendre un peu plus de méthadone et d'arrêter de consommer une drogue de rue ou de l'alcool. Bien que l'abstinence soit préférable, le risque de complication fœtale lié aux rechutes existe pendant les périodes de stress qui accompagnent la grossesse, même au cours de grossesses 'normales'.

La peur de l'emprisonnement

Un autre exemple commun de raisonnement des patients est : « je vais peut-être être arrêté et alors je serai incarcéré plus longtemps si je prends une posologie plus élevée ! ». Les patients qui donnent des faux noms lors d'infractions mineures ne vont pas facilement réclamer la méthadone en leur nom propre. Nous pouvons rassurer ces patients inquiets de deux façons. Il faut rappeler à ceux qui ont peur d'être arrêtés que lorsqu'il prennent une posologie de méthadone adéquate, ils ont probablement moins de chances, en premier lieu, d'être appréhendés. Et s'il est arrêté, un patient stabilisé avec une posologie élevée adéquate est probablement plus capable de fournir un bon dossier de suivi et de progrès, ce qui rend la caution (ou l'acquittement) plus probable.

Les patients qui sont incarcérés peuvent attendre un effort de leur médecin pour continuer leur thérapie. Toutes les prisons ont des services médicaux avec un accès aux médicaments appropriés. La méthadone, et même la buprénorphine, deviennent d'utilisation routinière en prison et ce, dans le monde entier. Ils y sont aussi efficaces et peuvent même être plus nécessaires qu'en milieu ouvert, du fait des risques sanitaires élevés en milieu carcéral.

La peur de l'interruption du traitement

Nous devons également rassurer les patients dans le sens que leur traitement ne s'achèvera pas de manière arbitraire. Il n'est plus acceptable d'interrompre un traitement de manière abrupte, surtout comme 'punition' pour avoir continué à utiliser de la drogue. Si les problèmes de comportement sont graves, les patients peuvent être transférés dans un autre service, pour qu'ils aient toujours une option thérapeutique réaliste, même si cela est moins pratique.

Intolérance aux additifs de la méthadone

Un autre frein à l'utilisation d'une posologie correcte peut se trouver dans les excipients variés de la méthadone prescrite. Sorbitol, alcool, conservateurs, parfums, colorants et autres ingrédients semblent créer des réactions indésirables chez certains individus. Une solution sans sucre est maintenant disponible en Australie et sa commercialisation a montré qu'une proportion importante de patients sont beaucoup mieux sans les additifs de l'ancienne préparation (7j). Devant la mauvaise santé dentaire de beaucoup de patients sous méthadone, la solution pure ('Biodone Forte') devrait maintenant probablement être utilisée en première intention (ndlr : en Australie, of course).

En résumé,

les patients instables et mécontents du traitement devraient appréhender avec soin le sujet de la posologie pendant une période de temps raisonnable avant de décider d'une augmentation. La posologie peut toujours être diminuée à nouveau (et progressivement) si cela est désiré. Il est très important que le patient ne se sente pas obligé de prendre une posologie plus élevée. C'est le patient qui subit les conséquences d'une augmentation ou d'une diminution de la posologie, et l'hypersudation et la constipation restent fréquentes. Les études montrent que les bénéfices sont accrus lorsque les patients sont directement impliqués dans l'adaptation de leur posologie (6,7). Cette sorte de partenariat thérapeutique est considéré comme presque normal lorsque des analgésiques, des antidépresseurs, des antipsychotiques et des anxiolytiques sont utilisés.

Plus nous mettons d'énergie à faire des évaluations attentives, et des prescriptions réellement adaptées à chacun de nos patients, plus ils vont en bénéficier, et s'éloigner petit à petit de la dépendance.

Remerciements sincères au Dr Stefan Goldfeder qui a originellement proposé ce sujet et a fait des commentaires constructifs de l'article, plusieurs fois pendant son élaboration.

Références:

1. Dole VP. In Ball J, Ross A: The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. Springer-Verlag, New York 1986. Foreword p viii.
2. Drug Misuse and Dependence - Guidelines on Clinical Management. 1999. The Stationary Office. Working Group Chair: Strang J.
<http://www.open.gov.uk/doh/pub/docs/doh/dmfull.pdf>
3. D'Annunzio T, Folz-Murphy N, Lin X. Changes in Methadone Treatment Practices: Results from a Panel Study, 1988 - 1995. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1999 25;4:681-700
4. Dole VP, Nyswander ME. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. J Amer Med Assoc 1965;193:646-50
5. Hartel DM, Schoenbaum EE, Selwyn PA, Kline J, Davenny K, Klein RS, Friedland GH. Heroin use during Methadone Maintenance Treatment: The Importance of Methadone Dose and Cocaine Use. Am J Public Health. 1995;85:83-88.
6. Havassy B, Hargreaves WA. Self-regulation of dose in methadone maintenance with contingent privileges. Addictive Behaviors, 1979; 4:31-38.
7. Robles E, Miller FB, Gilmore-Thomas KK, McMillan DE. Implementation of a clinic policy of client-regulated methadone dosing. Journal of Substance Abuse Treatment (2001) 20;3:225-230
- 7a. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment. JAMA. 1993;269:1953-1959.

- 7b. Leavitt SB, Shinderman M, Maxwell S, Eap CB, Paris P. When “Enough” Is Not Enough: New Perspectives on Optimal Methadone Maintenance Dose. Mt Sinai Journal of Medicine (2000) 57;5&6:404-411
- 7c. Tennant FS. Inadequate Plasma Concentrations in Some High-Dose Methadone Maintenance Patients. Am J Psychiatry 1987; 144: 1349-1350.
- 7d. Rhoades HM, Creson D, Elk R, Schmitz J, Grabowski J. Retention, HIV Risk, and Illicit Drug Use during Treatment: Methadone Dose and Visit Frequency. 1998 Am J Public Health 88:34-39
- 7e. Novick DM, Joseph H, Salsitz EA, Kalin MF, Keefe JB, Miller EL, Richman BL. Outcomes of Treatment of Socially Rehabilitated Methadone Maintenance Patients in Physician's Offices (Medical Maintenance). J Gen Intern Med. 1994;9:127-30.
- 7f. Schwartz RP, Brooner RK, Bontoya ID, Currens M, Hayes M. A 12-year Follow-Up of a Methadone Medical Maintenance Program. American Journal on Addictions 1999 8;4:293-299
- 7g. Senay EC, Barthwell A, Marks R, Bokos PJ. Medical Maintenance: An Interim Report. Journal of Addictive Diseases. 1994;13(3):65-9.
- 7h. Kraft MK, Bothbard AB, Hadley TR, McLellan AT, Asch DA. Are Supplementary Services Provided During Methadone Maintenance Really Cost-Effective? Am J Psychiatry (1997) 154;9:1214-19.
- 7i. Eap CB, Broly F, Mino A, Hammig R, Deglon JJ, Uehlinger C, Meili D, Chevalley AF, Bertschy G, Zullino D, Kosel M, Preisig M, Baumann P. Cytochrome P450 2D6 genotype and methadone steady-state concentrations. J Clin Psychopharmacol 2001 Apr;21(2):229-34
- 7j. Byrne A. Methadone 'Solution' (Biodone) Survey. APSAD Annual Conference, Wesley Centre, Sydney. October 2001

Les recommandations pour la pratique clinique :
« **Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés** » sont disponible sur le site de l'ANAES : www.anaes.fr.

Les Douze Travaux d'EGUS, plate-forme des revendications des usagers de la substitution est disponible sur le site d'Act Up : www.actupparis.org

Analyse bibliographique :

Programme d'arrêt rapide de la méthadone à New York

A Mandatory Short-Term Methadone-to-Abstinence program in New York City

Charles Winick, Ph.D. The Mount Sinai Jour. of Med. Vol 68, N°1, Jan. 2001

A New-York, en 1998, sous l'impulsion du maire Rudolph Giuliani, la décision est prise d'arrêter la méthadone aux patients en traitement de maintenance. Cette tentative a suscité une vive polémique, à la fois auprès des acteurs politiques et de la communauté scientifique.

Cet article a pour but de reprendre les diverses études disponibles qui relatent les efforts antérieurs d'abstinence-arrêt de la méthadone sur un court terme, et le 'Programme Giuliani' new-yorkais d'abstinence, ainsi que les conséquences qu'il a engendrées sur la politique fédérale en matière de traitement par la méthadone.

Le premier centre de traitement par la méthadone a été développé à l'Université Rockefeller dans les années 60 par Vincent Dole et Marie Nyswander afin de lutter contre la dépendance à l'héroïne. Le programme incluait également une réinsertion sociale et professionnelle. La dimension pharmacothérapeutique de ces programmes a rapidement pris une ampleur importante dans les années 70. Cependant, les restrictions budgétaires des années suivantes ont eu pour conséquence de supprimer en premier les aides psychologiques...

Au départ, les règles gouvernementales imposaient de prouver périodiquement le besoin en méthadone du patient. De nos jours, ces besoins sont considérés comme « de durée indéfinie ».

Les programmes de sevrage de la méthadone (MTA)

Il n'existe pas d'études rigoureuses. L'article relate quatre situations en Californie.

La première expérience a probablement eu lieu à Bakersfield en 1976. Le Programme Méthadone a été fermé et 88 des 99 patients n'ont pu rejoindre un autre programme. Pour ces 88 patients la durée moyenne du sevrage a été de 13 semaines. Ils ont été comparés à 89 patients en MMT à Tulare, commune rurale similaire située 70 miles au nord. Des interrogatoires ont été réalisés dans les deux groupes de patients, **2 ans après** la fermeture du centre de Bakersfield. Il y avait dans les 2 groupes 65 % de blancs, et 32 % (Bakersfield) et 35 % (Tulare) d'hispaniques. L'âge moyen était de 31 ans.

- 73 % des patients du groupe Bakersfield ont fait l'objet d'une arrestation, contre 45 % des patients du groupe Tulare.
- 65 % des patients du groupe Bakersfield ont été incarcérés, contre 32 % des patients du groupe Tulare.
- 55 % des patients du groupe Bakersfield ont fait un usage quotidien de narcotiques, contre 32 % des patients du groupe Tulare.
- 64 % des patients du groupe Bakersfield ont fait un usage abusif d'alcool, contre 43 % des patients du groupe Tulare.

- 2 patients issus de Bakersfield sont morts d'une overdose, aucun dans le groupe Tulare.
- Seuls 27 % des patients de Bakersfield ont été capables d'arrêter avec succès la méthadone et l'héroïne.

Les résultats étaient significativement meilleurs pour le groupe de Tulare bénéficiant de la méthadone en maintenance, que pour ceux qui en ont été sevrés, avec pour ces derniers un retour à une situation chaotique d'usagers de drogues de rue ('street addicts').

Une situation similaire est survenue dans le comté d'Alameda, en Californie, en 1984. Le comté a décidé de supprimer les subventions aux personnes en traitement de maintenance par la méthadone depuis au moins 2 ans. La possibilité leur était laissée soit d'arrêter leur médicament de substitution, soit de payer 160-200 \$ par mois dans une clinique privée pour continuer leur traitement. La moitié de ces patients ont été interrogés tous les 6 mois pendant 4 ans.

Les chercheurs les ont classés en trois groupes différents, sur lesquels cette mesure a eu des impacts différents :

- 1) les patients « modèles » (6 %) : classe moyenne, ayant un travail, peu de passé criminel, qui n'ont besoin de méthadone que pendant un temps court : la plupart d'entre eux ont choisi et ont réussi le sevrage de la méthadone.
- 2) Les patients « marginaux » (25 %) : classe sociale basse, peu ou pas d'expérience professionnelle, vie marginale, sans domicile fixe : la plupart ont opté pour le sevrage et ont rechuté.
- 3) Les patients « stabilisés » (69 %) : situation sociale entre les deux précédentes. Ont été héroïnomanes pendant longtemps et la méthadone était leur seule alternative. Ce groupe a été le plus touché par l'arrêt des subventions, car leur situation financière ne leur permettait pas l'accès à une clinique privée, et le sevrage a été synonyme d'échec.

La politique du comté d'Alameda a eu 4 conséquences autant imprévisibles que regrettables :

- perte de confiance des patients liée à l'injustice ressentie
- détérioration de la relation patient-clinicien
- secondairement à la rechute, prise en charge des patients souvent plus onéreuse que lors du traitement MMT
- augmentation du taux de HIV + lié à l'utilisation accrue de seringues.

Troisième situation : 10 héroïnomanes ayant été volontairement sevrés de la méthadone ont été comparés à 30 autres l'ayant été involontairement suite à des restrictions budgétaires dans la baie de San Francisco. Après quatre entretiens avec chaque patient, il est apparu évident aux chercheurs que l'arrêt forcé et prématuré de la méthadone ne devrait pas être imposé, car il a des conséquences néfastes sur tous les aspects de la vie des patients (récidives, sida, incarcération, perte d'emploi...).

En revanche, les patients qui avaient choisi l'arrêt de la méthadone n'ont pas récidivé.

Et enfin, **la dernière étude** mentionnée relate le cas de 27 femmes qui ont dû arrêter la méthadone. Les entretiens pratiqués sur trois ans ont montré que les conséquences les plus marquantes étaient une démoralisation et déstabilisation de ces personnes et de leur vie (retour à la criminalité, rechute, perte d'emploi ou de la garde de leurs enfants...).

13 femmes ont dû voler ou se prostituer pour payer les soins dans les cliniques privées, et 10 d'entre elles ont été arrêtées. 7 % seulement n'ont pas récidivé.

Le programme d'abstinence-arrêt de la méthadone dans la ville de New York

En juillet 1998, le maire de NY, Rudolph Giuliani a annoncé que 2100 patients répartis dans 5 hôpitaux de la ville devraient totalement et durablement arrêter la méthadone en 90 jours.

L'idée du maire était que la méthadone n'est qu'un substitut de l'héroïne, et qu'il serait mieux pour les patients de vivre sans médicaments (!).

Pendant les 7 mois suivants, le maire a fait la promotion et assuré la défense de sa politique en dépit de diverses objections de la part des organisations de santé, des agents fédéraux et de l'état, et des chercheurs.

En août 1998, les cliniques de la ville ont annoncé qu'elles ne prendraient en charge que les individus ayant accepté un traitement dont la finalité était l'abstinence.

Cependant, en janvier 1999, le maire a annoncé son abandon du projet, avec pour explication son changement d'opinion sur la méthadone après discussion avec des experts.

A ce stade, seulement 21 des 2100 patients avaient arrêté la méthadone et 5 avaient rechuté. Ce programme sur 3 mois était irréalisable sur ces patients qui étaient dans les centres depuis en moyenne 9 ans.

Discussion

Lorsque le programme new-yorkais a été instauré, il n'avait pas été fait référence aux diverses études californiennes mentionnées plus haut qui documentent largement que l'arrêt de la méthadone sur une courte période n'est pas réalisable, et qu'il peut être même néfaste pour certaines personnes.

Entre juillet 1998 et janvier 1999, beaucoup d'études ont été publiées sur les bénéfices des traitements par la méthadone. Ces études, dans cette atmosphère de tension, ont suscité une vive attention de la part des médias et du grand public.

Le Général Mc Caffrey, directeur de l'Office of National Drug Control Policy, plutôt connu pour ses idées conservatrices, s'est imposé comme un leader dans la défense de la méthadone.

Le Dr Leshner, directeur du National Institute of Drug Abuse a déclaré que la dépendance à la drogue est une 'maladie mentale', et a suggéré qu'il fallait gérer la maladie plutôt que d'essayer de la guérir.

En décembre 1998, un rapport publié dans le JAMA rappelle que la dépendance aux opiacés est un problème d'ordre médical plus qu'un problème de volonté, et que la plupart, sinon tous les patients en traitement de maintenance par la méthadone nécessiteront un traitement à vie.

La publication de ces articles, qui a coïncidé avec la polémique sur le programme de Rudolph Giuliani, était extraordinaire. De ce fait, l'opposition au projet de Giuliani était quasi-unanime parmi les personnalités citées par les médias.

Cette avalanche de 'publicité' a entraîné une certaine reconnaissance des 'Programmes Méthadone' à leur juste valeur et a permis une approche plus réaliste de la façon d'améliorer les programmes alors en place.

Paradoxalement, les positions de Mr Giuliani ont probablement contribué à cette amélioration de l'image de la méthadone.

Une autre conséquence de ce débat a été l'expansion de services de réhabilitation professionnelle promue et financée par le maire pour les patients en programme à court terme. Cet geste a permis souligner l'importance des programmes de réinsertion professionnelle sur l'ensemble des Etats-Unis.

Enfin, le maire Rudolphe Giuliani a fait un don de 5 millions de \$ aux services sociaux des centres de méthadone, marquant ainsi la reconnaissance de son erreur d'appréciation.

Le changement d'opinion publiquement faite par un homme politique d'envergure nationale et sa volonté d'admettre que son jugement précédent n'était pas approprié a eu un impact extrêmement positif sur la méthadone, souvent mal perçue ou non perçue à sa juste valeur auparavant.

Dr Christine Rivierre, Marseille

Seuil d'accès au médicament de substitution ; le 'programme provisoire' comme proposition de modalité d'accès

*Le comité de rédaction du FLYER : Laurent MICHEL, Stéphane ROBINET,
Christine CALDERON, Mustapha BENSLIMANE, Béatrice CHERRIH,
Yves CAER, Pierre BODENEZ*

Introduction

Le programme préparatoire (provisoire) de la D.A.S.

A Genève, l'équipe de Nelson FELDMAN à la « Division d'Abus de Substances » a mis au point un programme préparatoire avec la méthadone¹, ayant pour principe la mise sous traitement très rapide, dès lors que le diagnostic de pharmacodépendance aux opiacés est établi. Pendant un mois, la pertinence du traitement, l'analyse de la demande et de la motivation, l'adéquation du patient aux soins médico-psycho-sociaux, la recherche de ses besoins et de ses possibilités font l'objet de toute l'attention des soignants. La principale différence avec les 'admissions classiques', est que le patient est déjà en cours de traitement de substitution, et non pas dans l'attente de l'être. Cela évite l'écueil du patient avec lequel on élabore un projet de soins, et qui dans le même temps pratique un 'mésusage' d'opiacés (traitement de substitution acheté au marché noir ou 'prescrit' par des compagnons d'infortune, injectés ou sniffés, ou codéinés en vente libre, antalgiques détournés de leur usage, voire héroïne de rue).

A l'issue de cette période probatoire, le patient est orienté soit vers un sevrage, soit vers un médecin généraliste dans le cadre d'un relais, soit vers une autre institution spécialisée plus adaptée aux besoins-demandes du patient, soit encore inscrit dans le programme de 'maintenance' du centre. Cette modalité d'accès aux soins a fait l'objet de plusieurs évaluations présentées dans des congrès internationaux. Dans cette stratégie, il ne s'agit plus d'opposer l'accès au médicament et le seuil d'exigence thérapeutique demandé aux patients (mais aussi à l'équipe soignante). Il s'agit surtout d'éviter d'induire un biais de recrutement, qui entraîne la non-inclusion de patients qui ne veulent (peuvent) pas attendre plusieurs jours ou semaines avant d'avoir leur médicament de substitution, comme c'est souvent le cas.

L'objet de cet article est de mettre en perspective ce type de programme et ses conséquences avec le dispositif sanitaire existant en France

Transposition dans le système français du programme provisoire

En premier lieu, il faut comparer l'offre de soins en France et en Suisse. Nos voisins ont choisi de saturer l'offre de 'places' méthadone pour en faciliter l'accès et réduire le temps entre le début de la consommation d'opiacés et la mise sous traitement de substitution. Cette saturation impose aux programmes méthadone d'être novateurs et attractifs pour accueillir de plus en plus tôt des usagers de drogue, dès les premiers avatars de leur dépendance. Si en France, il n'en est pas de même pour la méthadone, il n'en reste pas moins que l'offre en matière de médicament de substitution est large, de part la grande disponibilité de la

¹ Le programme préparatoire avec la méthadone. N. FELDMAN, Flyer 11, Janv. 2003

buprénorphine haut dosage, disponible en théorie dans toutes les villes et les villages, dès lors qu'un médecin généraliste et/ou un pharmacien s'y trouvent installés. D'autre part, la méthadone est aujourd'hui un médicament relativement disponible avec près de 18 000 patients traités dont plus de 10 000 en ville. Malgré les propos récurrents sur le déséquilibre méthadone/buprénorphine, ils sont moins vrais aujourd'hui qu'ils ne l'ont été, alors qu'on ne comptait que 4 à 5 000 patients traités en 1998. La circulaire de Janvier 2002 élargissant la primo-prescription de méthadone aux médecins exerçant en établissement de santé², et surtout la pratique croissante de relais vers la ville de patients 'initiés' à la méthadone en CCST ont largement contribué à faire de la méthadone une modalité de traitement plus accessible qu'elle a pu être il y a quelques années seulement³. Par ailleurs, la codéine est toujours disponible dans les officines, et il n'étonne plus personne que des flacons de méthadone ou des comprimés de buprénorphine soient disponibles au marché noir, et donc accessibles à des usagers de drogues qui ne fréquentent pas les professionnels de santé.

On peut donc se risquer à dire que les possibilités de substitution opiacée sont nombreuses en France, et que l'offre de substances pour y parvenir est variée.

Quel serait alors l'intérêt d'ouvrir en France, des programmes 'provisoires' d'accès au traitement de substitution ?

1. Diminuer le temps entre le début de la dépendance aux opiacées et l'accès au traitement de substitution

C'est un des paris à gagner quand il s'agit de la prise en charge des patients pharmaco-dépendants, quelle que soit la substance incriminée. Faire en sorte que les patients accèdent le plus tôt possible à la palette de soins médico-psycho-sociaux, avant que cette dépendance ne se traduise par trop de conséquences néfastes pour la santé des individus, et de la communauté : pathologies virales, marginalisation, état de santé physique et mentale. Il va sans dire que les modalités thérapeutiques nombreuses et variées favorisent l'accès au soin. Si globalement tout le monde est d'accord avec cela, l'unanimité n'existe pas sur les moyens pour y parvenir.

En Suisse, l'offre de places 'héroïne' injectable est une proposition pragmatique pour faire venir dans le système de soins, ceux qui n'y viennent pas pour la méthadone ou en échec avec cette dernière. Elle pourrait se révéler tout aussi utile en France pour ceux qui ne viennent ni à la méthadone, ni à la buprénorphine. Question : faut-il passer d'abord par une offre de places 'méthadone' plus généreuse que celle aujourd'hui proposée et voir alors quels sont ceux qui relèvent d'une autre alternative, ou proposer d'emblée à certains patients l'héroïne médicalisée comme une modalité d'entrée dans le soin ? Faute de débat d'experts, nul n'a de vraies réponses sur le sujet, tout juste quelques avis documentés par des pratiques 'étrangères'.

En attendant, l'accès plus large et plus rapide à la méthadone dans le cadre de programmes provisoires géographiquement disséminés, pourrait permettre de répondre à cet objectif : un accès au soin plus précoce, pour un plus grand nombre d'usagers de drogue dépendants aux opiacés.

² Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 Janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone pour les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

³ En début 2000, 8 000 patients recevaient un traitement par la méthadone, dont 2 000 en ville

2. Donner (re-donner) aux pôles référents (centres de soins spécialisés et équipes hospitalières spécialisées en addictologie) une place centrale dans l'accueil, la mise en place du traitement et des modalités de prise en charge les mieux adaptées aux besoins et possibilités des patients, et leur orientation vers les autres acteurs

Ce qui, en fait, est l'essence même d'un service spécialisé, à l'instar de ce qui se fait dans la prise en charge d'autres pathologies : choix du traitement le mieux adapté, utilisation de ressources disponibles alors qu'elles ne le sont pas chez le médecin généraliste. Il peut s'agir par exemple de ressources humaines : psychologues, éducateurs, assistantes sociales, psychiatres ... Il peut s'agir de modalités pharmacologiques, elles aussi non disponibles en ville, comme c'est le cas pour la méthadone.

Les médecins généralistes souhaitent-ils à tout prix obtenir la primo-prescription de méthadone ? Pas forcément. Tout au moins, ils désirent que certains de leurs patients en échec puissent en bénéficier⁴.

Dans certains bassins de population, on peut noter une relative concurrence de points de vue entre CSST et réseaux de médecins de ville. Les programmes provisoires, vers lesquels les médecins de ville pourraient envoyer leurs patients demandeurs d'autres solutions, avec la perspective d'être en relais à l'issue du mois que dure ce programme, pourraient permettre de positionner (ou re-positionner) les CSST ou services spécialisés comme pôle ressource et pôle référent, ce qu'ils ne sont pas toujours.

3. Limiter quand elle a lieu, la durée de mésusage du traitement de substitution, notamment la pérennisation de l'injection des comprimés, et les conséquences préjudiciables de ce mésusage

Discrédit du traitement et du thérapeute, conséquences somatiques et virales, maintien dans une logique d'échec. L'accessibilité faible à une stratégie médicamenteuse alternative est à regretter dans certaines situations difficiles. Le manque d'accès au médicament 'méthadone' à des patients qui visiblement en ont besoin, ne profite à personne, si ceux-ci sont dans des pratiques d'injection chronique et/ou compulsive de leur traitement de substitution.

Les patients eux-mêmes en subissent les conséquences (séroconversion au VIH ou au VHC, abcès et conséquences morbides des lésions veineuses), ou absence de résultats du traitement sur les critères habituellement retenus (médico-psycho-sociaux).

Les professionnels de santé ne bénéficient pas plus de ces situations qui les épuisent, et leur font perdre confiance dans l'efficacité même partielle du traitement. Là encore, des programmes provisoires, ayant pour but de définir pour chacun le meilleur traitement et les modalités optimales qui l'accompagnent, pourraient contribuer à une efficacité globale améliorée des traitements de substitution dans leur ensemble.

⁴ Voir Flyer 16, l'article du Dr Philippe VENTROU, Comment faire avec nos patients injecteurs de buprénorphine ?

Quelles pourraient en être les modalités, adaptées aux spécificités du système actuel français ?

1. Choix du médicament pendant le premier mois de traitement

Il devrait dépendre des besoins du patient, ainsi que de son attente. La position du médecin en ville devrait être prise en compte. Pense-t-il que son patient doit profiter d'un passage d'une modalité pharmacologique à une autre, ou garder le même traitement en faisant l'objet d'une redéfinition du protocole thérapeutique ? L'équipe médicale du service spécialisé pourrait-elle aussi, en fonction de son expérience, orienter le choix du médicament, sur la base de ce qu'elle appréhende en terme de 'profils répondeurs' à l'un ou l'autre des médicaments de substitution. Pour ceux qui n'ont pas de médicament de substitution, là-aussi, en fonction des profils répondeurs 'suspectés', le choix doit exister entre méthadone ou buprénorphine pendant le premier mois de traitement. A l'issue du mois initial, l'équipe soignante et les patients pourraient s'orienter vers l'un des deux médicaments. Pour exemples, plusieurs cas de figures pourraient se présenter :

Exemple 1 : le patient pratique le détournement par voie IV de la buprénorphine. L'équipe soignante considère qu'il faut réapprendre la prise sublinguale, et accompagner le patient dans une délivrance quotidienne contrôlée. On sait, que pour certains patients qui 'avalent' le comprimé avec ce que cela entraîne en terme de perte d'efficacité, cette redécouverte d'une prise sublinguale efficace peut s'avérer utile. Dans ce cas, le médicament prescrit sera la buprénorphine.

Exemple 2 : le patient pratique le détournement par voie IV de la buprénorphine. L'équipe considère cette fois que la mise sous méthadone est plus appropriée, car elle pense que le patient relève d'un opiacé avec un profil pharmacodynamique différent. Pour certains, c'est une réponse adaptée à l'injection de buprénorphine ; le choix se portera alors sur la méthadone.

Exemples 3 et 4 : le patient est traité par méthadone depuis plusieurs mois ou années, et présente un effet indésirable mal supporté (hypersudation par exemple). Un passage à la buprénorphine est envisagé, qui sera alors le médicament choisi le premier mois. A l'inverse il peut s'agir d'intolérance à la buprénorphine, qui là aussi nécessite un changement de traitement, et dans ce cas, la méthadone sera le médicament du premier mois.

Exemple 5 : le patient est traité par buprénorphine et la réponse clinique est insuffisante sur les critères habituellement retenus (consommations, situation socio-professionnelle, etc...). Un changement de traitement est alors proposé.

2. Choix des modalités de traitement à l'issue du programme préparatoire

En premier lieu, à l'issue de la période d'observation d'1 mois de traitement par méthadone ou buprénorphine, l'évaluation clinique pourrait aboutir à une décision de sevrage, en accord avec le patient.

Pour les autres, ceux pour qui le traitement de substitution est une modalité de traitement adapté et souhaité, plusieurs options se présenteront :

- maintien du médicament choisi initialement, car opérant
- changement du médicament choisi pour la phase initiale d'1 mois, avec par exemple retour au médicament antérieur, car le changement n'a pas été efficient.

Et :

- maintien du patient dans le programme de maintenance du centre, avec soit délivrance au centre, soit dans une pharmacie d'officine
- relais vers le médecin de ville, qui a adressé le patient au programme provisoire, ou vers un médecin choisi par le patient, et délivrance en pharmacie
- relais vers un autre centre aux conditions de suivi plus adapté au patient (pas toujours possible en dehors des grandes agglomérations), ou vers un service hospitalier à orientation 'addictologie'
- nouvelle période d'un mois, si elle est jugée nécessaire par l'équipe, voire par le patient lui-même

Discussion et objections

On perçoit aisément l'intérêt de diffuser une pratique de 'Programme Provisoire' comme celle utilisée à Genève à la 'Division d'Abus de Substances'. Un grand nombre d'usagers de drogues hésite à recourir au système de soins actuel, en raison des difficultés d'accès au traitement et des contraintes liées à la prise en charge. L'idée que l'on puisse essayer un traitement pendant un mois, et dans le même temps savoir si les modalités d'accompagnement de ce traitement sont en adéquation avec ses besoins et surtout ses possibilités, contribuerait probablement à faire entrer plus d'usagers dans le système de soins qui leur est destiné. Cette période probatoire d'1 mois aurait plus encore d'intérêt pour de nombreux médecins, notamment en ville, qui se demandent si pour leurs patients, un changement de modalités de traitement serait pertinent et efficace. Le patient doit pouvoir lui-aussi se prononcer à l'issue de cette période sur sa décision de continuer ou pas cette nouvelle modalité.

Pour les patients dépendants aux opiacés, leurs niveaux de dépendance et de tolérance, ne seraient pas modifiés par un traitement à l'essai d'une durée d'1 mois, et le cas échéant, le sevrage n'en serait pas plus compliqué ni plus difficile.

De façon similaire, dans la prise en charge de la douleur, on n'hésite pas à passer de la codéine à la morphine (certes sur une règle consensuelle des paliers de l'OMS), lorsque la réponse clinique est insuffisante, voir à revenir à la codéine lorsque la douleur régresse. On utilise aussi la stratégie dite de rotation des opioïdes, consistant à changer de molécule, tout autant pour diminuer les phénomènes de tolérance que pour trouver le médicament avec le rapport efficacité/tolérance le meilleur possible. Par ailleurs, hésite-t-on à changer l'hypotenseur d'un patient dont les chiffres tensionnels baissent trop ou trop peu, ou en cas d'effets secondaires ? **Le test thérapeutique** est une pratique courante, et tester un opiacé fut-il fort chez un 'dépendant' à ces substances, ne présente aucun risque, si on respecte les règles consensuelles de prescription.

Quel est l'inconvénient à inscrire dans la trajectoire de patients dépendants aux opiacés, une période d'un mois au cours de laquelle, sans trop poser de condition d'accès, on évalue l'adéquation mutuelle du patient au médicament et du médicament au patient dans le cadre de la structure de soins à laquelle il s'adresse ? S'agit-il d'un échec, si à l'issue de cette période, les patients n'adhèrent pas à la suite suggérée par cet essai ? Aujourd'hui, un grand nombre d'usagers sous-estiment leur capacité à s'adapter aux conditions des centres, faute d'avoir tenté la démarche. Dans le même temps, certaines équipes sur-estiment probablement la capacité de certains usagers à s'adapter à leurs 'seuils', et ce faisant, se privent d'un recrutement potentiel de patients en situation théorique de demande de soins.

Dans le cadre d'admissions classiques avec des délais longs, n'est-il pas contre-productif, à un moment où on élabore un projet de soins avec un patient dépendant aux opiacés, en lui refusant l'accès rapide au médicament de substitution, de le laisser soit dans un mésusage persistant de son médicament de substitution, soit dans un recours au marché noir d'opiacés illicites ou de médicament détournés ?

Par ailleurs, il est certainement aussi difficile d'annoncer à un candidat à l'entrée d'un programme de substitution, après analyse de sa demande et de sa motivation, qu'il n'est pas retenu dans le protocole de soins,..., que de lui expliquer au bout d'un mois en 'situation réelle' de soins, que le cadre et le médicament qu'il est venu chercher ne sont pas adaptés à sa demande ou peu compatibles avec sa situation médico-psycho-sociale.

Et enfin, il n'est certainement pas plus chronophage de pratiquer ces programmes préparatoires, où l'élaboration du projet de soins et l'analyse de la pertinence de la demande se font alors que le patient est correctement substitué, que de mobiliser des équipes sur cela, comme préalable à la mise sous traitement de substitution. Dans le second cas, cela se fera parfois dans une atmosphère plus tendue et avec des patients en état de manque plus ou moins bien contrôlé par une auto-substitution.

Utilisé à l'échelle d'un pays, il pourrait contribuer à dé-stigmatiser les médicaments de substitution, et plus encore le dispositif spécialisé. Car si on évoque régulièrement la stigmatisation des 'toxicomanes' par le grand public, on peut tout autant parler de la stigmatisation de ce dispositif spécialisé par ceux à qui il est destiné.

Ce programme préparatoire nous paraît tout autant approprié à ceux qui, notamment dans le cadre de co-morbidités psychiatriques, sont peu enclins à formuler une demande élaborée, qu'à ceux qui, insérés et sans conséquences morbides sévères de leur toxicomanie, ne s'inscrivent pas forcément dans la logique de maintenance à long terme des équipes des centres. Pour ces derniers, souvent suivis pas des médecins en ville, le programme provisoire permettrait de tester une autre modalité de suivi, avant de retourner auprès des praticiens habituels.

Cet article a fait l'objet d'une précédente publication dans le FLYER hors-série n° 2 de Décembre 2003 (vert), dont le titre est

**Médicament de substitution
Pratiques de seuils
& Expériences nouvelles**

il est disponible sur demande à la rédaction du Flyer : novamb@club-internet.fr
ou au 01 45 19 10 59

Chers lecteurs du FLYER,

LE FLYER souhaite publier dans un prochain numéro, une liste la plus exhaustive possible de services hospitaliers qui utilisent la méthadone, dans le cadre de la circulaire de Janvier 2002, élargissant sa primo-prescription à tout médecin exerçant en Etablissement de Santé.

L'objectif de la publication de cette liste est de permettre à tous, intervenants spécialisés en toxicomanie, médecins, pharmaciens, de pouvoir identifier des pôles-ressource pour leurs patients, soit dans le cadre de l'instauration d'un traitement, soit dans le cadre d'un relais pour un patient se déplaçant ou changeant de domicile.

Service d'addictologie, d'alcoologie, équipes de liaisons, services de médecine (générale, interne, maladies infectieuses), services de psychiatrie ; si vous êtes désireux de figurer sur cette liste, n'hésitez pas à nous le faire savoir, en écrivant ou en envoyant un mail.

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

**Mustapha BENSLIMANE
Centre Nova Dona
104, rue DIDOT
75674 PARIS CEDEX 14
E-mail : novamb@club-internet.fr**

MSO, TSO, MAAO,

la fin du printemps 2004 a vu fleurir, plus abondamment encore, ces nouvelles abréviations. Pas de consensus entre les recommandations de l'ANAES pour la réduction du mésusage qui utilise très largement le MSO (Médicament de Substitution des Opiacés), et la conférence de consensus de Lyon, au cours de laquelle les experts auront aussi fait consensus sur l'usage du TSO (Traitement de Substitution aux Opiacés). Après le très 'marketing' et ambitieux MAAO (Médicament Anti-Addictif aux Opiacés), nous voici revenus aux M ou TSO, après avoir frôlé le PSO ('Produit' de Substitution Opiacé).

Le médicament : fonctions dans la relation thérapeutique médecin – patient

Dr C. ROSSI, Dr S. BOURCET, C.H.I. Toulon

Résumé : La puissance thérapeutique de l'objet « médicament » est soutenue, outre par l'action chimique pharmaceutique, par des éléments psychologiques complexes véhiculés par la relation triangulaire patient – médicament – médecin. Le médicament devient alors porteur des enjeux transféro–contre transférentiels entre le patient, sa maladie et son médecin.

Tous les praticiens savent que l'impact thérapeutique d'un médicament dépend de la manière de le présenter, de notre conviction de son efficacité et de notre aptitude à faire partager celle-ci au patient.

Comment expliquer un tel phénomène ? Plus précisément, de quoi se compose le pouvoir actif du médicament pour avoir un tel impact, opérateur-dépendant ?

Nous n'avons pas la prétention de pouvoir répondre de façon exhaustive à cette épineuse question ; nous souhaitons simplement tenter de cerner les champs de cette action, pour mieux la comprendre.

Nous sommes confrontés tous les jours dans le domaine de la prescription à un phénomène observable et reproductible : apparition d'effets secondaires, venant prendre sens dans la relation transférentielle, et posant la délicate question de savoir s'il s'agit d'un effet pharmacologique ou d'un effet relationnel ; succès thérapeutique indéniable avec un placebo, etc.

**** Une patiente récalcitrante**

Madame D, 39 ans, « habituée » des services de psychiatrie et de médecine depuis de nombreuses années, est hospitalisée encore une fois pour un syndrome dépressif chronique majoré récemment par une rupture sentimentale.

Elle a déjà eu à peu près toute la gamme des antidépresseurs, sans grand résultat selon ses dires. Elle affirme que certains ont été actifs et l'ont soulagée quelque temps, mais qu'aucun n'a jamais eu d'efficacité autre que très transitoire.

De personnalité névrotique de type hystérique dépendante, elle fonctionne vis-à-vis du corps médical comme de son entourage sur le mode de la plainte incessante, ce qui crée rapidement un certain agacement réactionnel.

Nous avons prescrit à cette patiente un Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine, lui spécifiant au moment de la prescription que ce médicament était sans contre-indication notable, qu'il avait démontré son efficacité dans des situations comme la sienne (bref, nous avons appuyé l'effet pharmacologique de notre influence suggestive) mais qu'il pouvait, dans de rares cas, y avoir des effets gênants, essentiellement des troubles digestifs (que nous avons détaillés, à la demande de la patiente). Deux jours après le début du traitement, elle s'est plainte de nausées insupportables et de maux d'estomac, ce tableau s'inscrivant dans une attitude à la fois revendicatrice et abandonnique ; il faut dire qu'elle réclamait des entretiens quotidiens, sans compter les multiples requêtes qui lui assuraient des moments de dialogues « officieux » dans les couloirs. Bien évidemment, nous ne pouvions, ni ne voulions, accéder à cette demande boulimique et sans limite d'une enfant ne supportant pas que « maman »

s'occupe de sa fratrie rivale. Il était clair qu'elle ne manifestait par ses plaintes rien d'autre que sa déception de n'être pas au centre de toutes nos préoccupations et de notre attention ; néanmoins, nous avons pu travailler sur un plan thérapeutique la signification de son comportement, et ce qu'elle jouait de la sorte de sa relation avec sa mère, au travers de ce que nous représentions pour elle. Après cette élaboration, plutôt difficile il faut l'avouer, ses insatiables exigences cessèrent en grande partie...et les effets secondaires de même ! Elle en arriva à trouver ce médicament remarquable et à ne jurer que par lui !

**** Le patient rebelle aux hypnotiques**

Monsieur G, 35 ans, est hospitalisé pour sa 4^{ème} cure de sevrage alcoolique. Au décours de chacune des précédentes, il a rechuté dans les mois qui ont suivi sa sortie de l'institution. Cette fois-ci, c'est une femme, elle-même alcoolique, qui l'aurait encouragé à reprendre ses conduites addictives.

Ce patient instaure des relations très anaclitiques avec autrui comme avec l'alcool. L'organisation de sa personnalité, immature, est de type état-limite

Cette cure de sevrage révèle un syndrome dépressif sous-jacent majeur, qu'il compense par des demandes multiples de traitement pour le soulager de sa souffrance morale, ainsi que de ses angoisses difficilement verbalisables. Nous passons sur le déroulement de cette prise en charge difficile, pour n'évoquer qu'un aspect qui était ici notre propos : Monsieur G présente, de façon chronique et depuis de nombreuses années, une insomnie rebelle, avec des difficultés d'endormissement résistantes aux hypnotiques usuels. A l'extérieur, la prise massive d'alcool sert d'automédication, mais dans l'unité de soins, rien ne vient l'aider ; des somnifères légers, nous passons, sans succès, aux sédatifs plus puissants, jusqu'à arriver à 100 mg de Lévomépromazine.

Sa demande explicite va dans le sens d'une escalade médicamenteuse, alors que nous tentons de résister à l'accumulation de multiples produits pour qu'il puisse dormir. De guerre lasse, l'équipe de nuit répondra à cette demande, lui donnant, en plus de son traitement, 2 comprimés d'Anxium. Quelle ne fût pas notre surprise le lendemain de le voir radieux, disant fièrement qu'il avait enfin passé une bonne nuit. Les jours suivants, le même scénario se produisit, jusqu'à ce que le patient vienne nous demander de lui prescrire systématiquement ce médicament miracle pour la nuit.

Très officiellement donc, et avec une certaine réticence de devoir prescrire un produit aussi puissant, nous avons accepté. Nous pourrions nous interroger d'ailleurs sur la nature de cette demande que nous avons visiblement satisfaite, ainsi que sur notre propre dose de perversité, puisque jusqu'à la fin de son hospitalisation il ne se plaindra plus de troubles du sommeil, alors que le fameux « Anxium » n'est rien d'autre que l'un des placebos du service....

Si nous prescrivons un produit, c'est avant tout parce que nous en attendons une réponse adaptée et efficace sur la demande ou le symptôme présentés par le patient.

Cette réponse est avant tout, surtout en médecine somatique, une réponse biologique à un problème physique. Mais même en psychiatrie, surtout avec le développement et les progrès faits dans le domaine de la psychopharmacologie et des neurosciences, la prescription d'un traitement obéit à la croyance en une action biologique sur des récepteurs et neuromédiateurs plus ou moins identifiés, bien que les modalités d'action restent encore empreintes de zones d'ombre.

Il est désormais à peu près certain qu'il y a un substrat organique à la maladie mentale, même si ce facteur n'est pas le seul à intervenir dans le développement de ces pathologies.

La première fonction que l'on donne à un médicament est donc d'avoir une action chimiothérapeutique sur les troubles présentés. C'est la fonction la plus facile à identifier, car la plus objectivable et la plus scientifique. C'est aussi la plus aisée à démontrer.

Pour le reste, les fonctions du produit appartiennent au domaine si difficile à cerner et pourtant tout autant indéniable de la psychologie. Même les partisans du tout biologique en psychiatrie admettent implicitement ce constat, en ne considérant comme valables que les essais thérapeutiques réalisés en double aveugle.

Le problème de la prescription concerne celui d'une relation triangulaire complexe : médecin – médicament – patient. Le produit fait lien entre le médecin et le patient, porteur d'un double transfert : transfert du praticien sur le médicament, et transfert du patient sur ce même objet. En tant que porteur du transfert du prescripteur sur lui, la molécule se charge à la fois des croyances et modélisations théoriques auxquelles adhère celui-ci. Il concentre donc le savoir biologique concernant le produit, les expériences cliniques et thérapeutiques engrammées à son propos par le médecin par le passé, ainsi que ses hypothèses personnelles, plus informelles souvent mais tout aussi importantes, sur les modalités d'action, le profil des patients et des tableaux symptomatiques qui laissent présager une efficacité satisfaisante.

Plus largement, il est porteur des espoirs du praticien d'amener une amélioration et un soulagement de la plainte du malade. Il est donc également chargé du poids des convictions du médecin de l'intérêt et de l'efficacité de la pharmacothérapie sur les troubles psychiatriques ou psychologiques : un prescripteur qui ne croit pas fondamentalement dans l'intérêt de sa prescription aura, très probablement, des résultats nettement inférieurs en terme d'efficacité qu'un autre ne jurant que par l'intervention pharmacologique.

Du côté du patient, le médicament sera porteur, en miroir de son médecin, des espoirs et attentes, de la conviction de l'efficacité scientifiquement démontrée du produit, mais aussi de ses théories concernant l'origine de son mal et des moyens de parvenir à le soigner. Un médicament bénéficiant d'un battage médiatique important se trouve auréolé d'une puissance présumée (symboliquement quasi-phallique), ou d'une méfiance anticipée quant aux effets secondaires et aux risques encourus...selon l'orientation donnée par la publicité. Par exemple, il est fort probable que le Prozac®, une fois qu'il a été médiatiquement qualifié de « pilule du bonheur », a vu à la fois le nombre de prescriptions, et le pourcentage de réussite thérapeutique sur un syndrome dépressif, largement augmentés.

Mais alors, la situation et notre tentative de compréhension de ce que peut représenter le médicament dans la relation thérapeutique se complexifie, par la position de ce dernier comme représentant un objet, don de celui supposé détenir le savoir curateur, à celui qui est en demande de ce savoir pour être soulagé ; autrement dit, le produit devient médiateur de la relation entre le praticien et son patient, et à ce titre porteur non seulement du double transfert dont nous venons de discuter, mais aussi des éléments relationnels projectifs du patient envers son médecin, et réciproquement ; c'est ce qui peut, en partie du moins, expliquer l'effet thérapeutique d'un placebo, alors même qu'il ne contient aucun principe actif chimique.

Le médicament fait partie intégrante des projections transférentielles et contre-transférentielles de la dialectique soignant-soigné. Si nous utilisons ce vocable classiquement réservé au cadre strict de la cure analytique, c'est que Freud le premier nous y autorise ; signalant que le transfert a cours dans toutes les relations humaines, même si ce phénomène est particulièrement mis en lumière et analysé dans la cure. Il précise que le transfert n'est pas plus intense dans un processus de psychanalyse qu'en dehors d'elle, et que « les particularités du transfert ne sont pas imputables à la psychanalyse, mais à la névrose elle-même ».

Pour nous, toute relation inter humaine contient des éléments tant transférentiels que contre-transférentiels, qui prendront un visage et une intensité différente selon la personnalité et les mécanismes de défense de chacun. A ce sujet, Freud (1924) a clairement affirmé que : « le transfert s'établit spontanément dans toutes les relations humaines, aussi bien que dans le rapport de malade à médecin ; il transmet partout l'influence thérapeutique et il agit avec d'autant plus de force qu'on se doute moins de son existence ». Ailleurs il confirme cela,

notant que « le transfert est un phénomène humain général, il décide du succès dans tout traitement où agit “l’ascendant” médical » (1948).

Le médicament est un médiateur, véhiculant cette influence thérapeutique médicale que M. Balint (1996) a conceptualisée comme « la fonction apostolique du médecin ». Pour cet auteur, cette fonction possède « une immense puissance, (...) elle influence pratiquement chaque détail du travail du médecin avec ses patients. Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d’espérer (...) comme s’il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients ». Puisque cette fonction apostolique a pour but d’induire le patient à adopter les croyances du médecin et à s’y adapter, nous pouvons raisonnablement supposer que le médicament est au centre, pour ceux qui prescrivent, de cette fonction. Plus simplement, nous savons bien qu’un médicament fonctionne d’autant mieux que son prescripteur croit en son efficacité. Quelque part, c’est comme si l’effet « magique » du psychiatre était transféré symboliquement sur l’objet prescrit, devenant l’auxiliaire de la fonction du praticien de « catalyseur d’expression ».

Un autre aspect du médicament comme médiateur relationnel et transféro-contre transférentiel entre le soignant et le soigné, fait référence à la place transitionnelle que prend cet objet (au sens psychanalytique du terme) venant du médecin (et donc de tout ce qu’il peut symboliser dans le vécu du patient) donné en présent à celui qui vient lui demander de le soulager d’une souffrance, physique ou morale ; autrement dit, cela vient prendre sens dans cette relation particulière et y sera par là même assujetti, plus ou moins investi, positivement ou négativement, suivant le niveau où elle en est *hic et nunc*.

Un même médicament prescrit chez une même personne par deux médecins différents qui auront établi chacun un lien singulier avec elle, n’aura pas le même impact thérapeutique ; le corps ne réagira pas de manière identique, en résonance avec l’appréhension et le ressenti psychique du sujet vis à vis de l’un et de l’autre. Michaël Balint a très vite mis en évidence ce phénomène, qu’il a appelé le médecin-médicament, pour en faire un outil thérapeutique à part entière.

Selon R. Gelly (1982), le médicament ne représente « pas seulement un objet oral qu’on consomme et qu’on incorpore, c’est une qualité d’accueil, un cadre dans lequel on se sent bien, des paroles et des contacts physiques, en somme toute une ambiance dans laquelle le patient se trouve immergé lors de ses rencontres avec le médecin ».

M. Balint (1996) pose une question judicieuse et complexe : celle de « la forme sous laquelle le médecin devrait se prescrire lui-même ». Nous répondrions à Balint que le praticien s’administrera notamment sous la forme du médicament, condensant ce qu’il représente à son insu pour le patient.

Enfin, deux autres points nous semblent intervenir dans notre propos, qui sont, probablement, ceux qui font que la question de ce que peut représenter et véhiculer le médicament dans la relation médecin – patient ne peut avoir qu’une réponse réductrice, tronquée et inachevée : il s’agit de la relation du médecin vis-à-vis des troubles dont se plaint le malade, ainsi que de celle de ce dernier avec sa propre maladie, de la place qu’elle prend dans son économie psychique et dans l’organisation de sa vie ; moteur inconscient pour une grande part poussant soit dans le sens de la réussite thérapeutique, soit au contraire dans celui de la lutte inconsciente du sujet contre la guérison, et donc contre l’action du médicament qui pourrait apporter cette guérison non désirée.

L’impact du médicament est loin de se réduire à une action biologique ; il est amplifié, porté ou diminué, en tout cas modulé par les enjeux relationnels de la dialectique médecin –

patient. Comme le signale très justement J.M. Thurin (1996), « la technicité de l'acte médical sur le corps [technicité dont la prescription médicamenteuse fait partie] n'élimine pas le caractère transférentiel qu'il peut avoir et, de façon réciproque, la fonction, sinon le sens » des manifestations corporelles.

Nous partons du postulat que les symptômes physiques manifestés par le patient devant nous adviennent dans un contexte bien particulier, déterminé, au moins en partie, par les éléments transférentiels et contre-transférentiels. Dans la prise en charge médicale d'un patient atteint d'une pathologie psychiatrique, nous pensons que le sujet « parlera » au travers de ce qu'il donne à voir et à ressentir dans sa corporéité, tout autant qu'il le fera dans les mots. Il y rejouera ses conflits inconscients à l'origine de sa souffrance, réactualisés dans une dialectique soignant – soigné, dans laquelle le médicament, ses modalités de prescription et le sens relationnel dont il est porteur en tant que lieu de fixation de cette dialectique, ont une place primordiale. Le cas de Madame D en est l'illustration caricaturale. Pouvoir alors entendre le patient tant par l'ouïe que par le regard, pour reprendre les termes de Masud Khan, y compris dans sa manière de recevoir le médicament, enrichit le champ de nos investigations. Les possibilités thérapeutiques s'en trouvent accrues, nous offrant des outils supplémentaires pour le soulager, au mieux de nos propres capacités de thérapeute.

Mais il est essentiel avant tout de prendre conscience de tout ce dont nous dotons l'objet « médicament » en le donnant au malade, afin de pouvoir interpréter les résultats obtenus (qu'ils soient positifs ou que ce soient des effets secondaires) comme en partie liés à l'action biologique bien sûr, mais également comme dépassant ce cadre, prenant un sens sur un plan psychologique, du côté du patient, mais aussi du médecin, inducteur, souvent à son insu, sinon d'une iatrogénie, au moins d'un retentissement somatique et psychique, quel qu'il soit, au travers de sa prescription.

Références bibliographiques

Balint M (1996). *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot.

Fédida P (1976). Le corps dans la relation psychothérapique et médicale. In *Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale* n°3, 5è congrès international de médecine psychosomatique (ed. Privat), p. 237 - 260.

Freud S (1924). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Payot.

Freud S (1949). *Abrégé de psychanalyse*. P.U.F.

Gelly. R (1982). Aspects théoriques du mouvement Balint. In *L'expérience Balint : histoire et actualité* (ed. Dunod), p. 32 - 76.

Masud. M. Khan R (1971). L'oeil entend. In *Nouvelle Revue de Psychanalyse* n°3 « Lieux du corps » (ed. Gallimard), p. 53 à 69.

Rossi C (1999). *Statuts du corps en psychothérapie* (Thèse de médecine), p. 75-78.

Thurin J.M (1996). Le corps, point central pour le psychiatre – synthèse 1. In *Images de la psychiatrie* (ed. Frison-Roche), p. 363 - 366.

Analyse bibliographique :

Arrêt de la méthadone : pronostic de réussite et perspectives des patients

Withdrawal from Methadone maintenance treatment : prognosis and participant perspectives

M. Lenné and al. Austr. and N-Z Jour. Of Pub. Health. 2001, vol 25, n° 2

Introduction : En Australie, le nombre de patients en MMT a progressivement augmenté de 3 000 dans les années 80 à 25 000 de nos jours. La demande étant nettement supérieure à l'offre, l'accès aux centres et la possibilité de traitements au long cours sont de ce fait limités. Proposer l'arrêt de la méthadone à certains patients serait un moyen de pallier à cette problématique de l'encombrement des centres. Pour cela, il paraît important de comprendre et d'analyser les motivations des patients et de leurs médecins afin de rendre cet arrêt le plus efficace possible, et d'éviter les rechutes (re-consommation d'opiacés illicites). Il est donc important de pouvoir juger quel patient est le plus susceptible d'arrêter la méthadone de manière satisfaisante. Un certain nombre de critères de réussite a ainsi été déterminé : accord du médecin ou du personnel soignant, motivation du patient à l'arrêt de la méthadone, et longue durée du traitement. Un certain nombre de risques/critères d'échec est également connu : certaines conditions cliniques (grossesse, lactation), douleurs chroniques, raisons psychiatriques...

Objectif de l'étude : déterminer la proportion d'individus en traitement de maintenance ayant un pronostic favorable quant à l'arrêt de ce traitement. Déterminer les différences de perception entre la motivation des patients à l'arrêt du traitement et la croyance de leur personnel soignant dans cet arrêt.

Méthodes : des patients en MMT ont été sélectionnés dans les centres de Melbourne, Sydney et Brisbane. Des questionnaires ont été développés pour les patients, les membres ou les pharmaciens des centres et les prescripteurs de méthadone. En tout, 39 % des patients ont répondu au questionnaire.

Des critères cliniques de succès de l'arrêt du traitement méthadone, déjà déterminés par d'autres études, ont été utilisés pour celle-ci : absence d'utilisation régulière d'héroïne, absence d'utilisation régulière d'autres substances telles que l'alcool, les benzodiazépines et les psychostimulants, pas de déséquilibre psychosocial marqué, pas de conditions médicales ou psychologiques qui entraînent souvent la prise d'un opiacé, pas de grossesse ou lactation, patient en traitement de maintenance depuis au moins 6 mois.

Résultats :

Information générale sur les patients

856 patients ont renvoyé leur questionnaire, contre 547 membres du personnel soignant. Les analyses ont été réalisées uniquement à partir des dossiers complets (547).

La posologie moyenne quotidienne de méthadone était 60 mg, et la durée moyenne de traitement 32,8 mois. Le degré de 'compétence psychologique' était assez élevé, et 85,1 % des patients étaient autorisés à se traiter chez eux. D'après le jugement des médecins, 42,6 % des patients n'utilisaient pas d'opiacés par voie parentérale et seulement 15,9 % d'entre eux plus d'une fois par semaine. 15,7 % des patients étaient atteints d'une pathologie médicale ou psychiatrique sévère, et 20,9 % prenaient d'autres substances. 8,2 % des patients étaient atteints de douleur chronique et 2,3 % femmes étaient enceintes.

Motivation des patients à arrêter la méthadone

70 % des patients étaient intéressés -de manière importante ou extrêmement importante- par l'idée d'arrêter la méthadone.

Les patients étaient beaucoup plus optimistes que leurs médecins et personnels de centre quant au risque d'utilisation d'opiacés après arrêt de la méthadone : 51,2 % d'entre eux ont considéré qu'ils ne consommeraient pas d'opiacés pendant 3 mois après l'arrêt de la méthadone ; la réponse du personnel soignant est significativement différente : 16,9 % (personnel des centres) et 19,5 % (médecins). Ce grand optimisme de la part des patients va dans le même sens que le pourcentage élevé de patients, intéressés pour arrêter la méthadone.

Proportion des patients ayant une bonne chance de succès, selon les critères définis plus haut
D'après les critères cliniques (voir méthodes), 31 % des patients avaient de bonnes chances de succès à l'arrêt de la méthadone. Parmi les 69 % de patients pour lesquels le pronostic est moins bon, la majorité a été considérée de mauvais pronostic pour consommation de drogue. Dans 80 % de ces 69 %, au moins deux critères n'étaient pas respectés.

Seulement 16,8 % des patients pour lesquels l'arrêt de la méthadone était de bon pronostic étaient également motivés (de manière importante ou extrêmement importante) pour arrêter la méthadone, et ont considéré qu'il était vraisemblable qu'ils ne prendraient pas d'opiacés pendant au moins 3 mois.

Conclusions :

Beaucoup de patients se sentent capables d'arrêter la méthadone et de ne pas consommer d'opiacés pendant 3 mois. Cet optimisme, nettement moins marqué chez le personnel soignant, est probablement excessif. Il existe un décalage important entre l'avis des patients et celui de leur personnel soignant en ce qui concerne le succès potentiel de l'arrêt de la méthadone.

Seulement près de 17 % des patients combinent les trois paramètres : critères cliniques compatibles avec un arrêt de la méthadone, motivation d'arrêter la méthadone, et réalisme quant à la non consommation d'opiacés pendant trois mois. Il est estimé par les auteurs, que la moitié de ces 17 % rechuterait avant les trois mois. Il serait donc favorable pour la majorité des patients en MMT (en Australie) de rester en traitement.

Par ailleurs, beaucoup de patients émettent un intérêt à l'idée d'arrêter la méthadone probablement pour plusieurs raisons indépendantes de considérations cliniques : temps passé pour les contrôles et l'adaptation des doses, effets secondaires, pression de l'entourage, coût.

Limites de l'étude :

- la représentativité de la population choisie pour toute l'Australie (issue du milieu urbain uniquement, par exemple),
- la validité des réponses fournies par les cliniciens dans l'estimation du pronostic (ils ne savent probablement pas tout de leurs patients),
- la validité des critères utilisés pour juger du pronostic.

Malgré le nombre croissant de patients en substitution par la méthadone, pour la majorité d'entre eux le pronostic de succès suite à l'arrêt du traitement n'est pas bon, et on ne devrait pas les encourager à arrêter (surtout ceux pour lesquels des facteurs de risque de rechute existent).

Dr Christine RIVIERRE