

LE FLYER

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

Novembre 2004

N° 18

- **Editorial** page 3
Comité de rédaction
- **Les Douze Travaux d'EGUS – 16 juin 2004** page 5
Plate-forme de revendication des usagers de la substitution
Act Up-Paris et ASUD
- **Texte court des recommandations suite à la** page 8
Conférence de Consensus organisée à LYON les 23 et 24 juin 2004
ANAES - FFA
- **Analyse bibliographique :** page 23
Arrêter la méthadone : ce que l'on connaît, ce qui est oublié,
ce que l'on ignore
Dr Christine RIVIERRE, Marseille
- **Témoignage : L'arrêt de la méthadone** page 25
Dr Marie-Laure DE SEVERAC, Marseille
- **Meilleures pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone** page 27
*Extrait du rapport canadien consacré à l'arrêt du traitement
de substitution à la méthadone*

COMITÉ SCIENTIFIQUE DU FLYER

Rédacteur en chef :

Mustapha BENSLIMANE NOVA DONA PARIS

Comité de rédaction :

| | | |
|---------------------|------------------|----------------------|
| Dr Laurent MICHEL | Maison d'arrêt | BOIS D'ARCY |
| Dr Béatrice CHERRIH | E.L.T. | CHARLEVILLE MEZIERES |
| Stéphane ROBINET | Pharmacien | STRASBOURG |
| Dr Pierre BODENEZ | C.H.U. | BREST |
| Christine CALDERON | AIDES | PANTIN |
| Dr Yves CAER | Hôpital CAREMEAU | NIMES |

Comité de lecture :

| | | |
|------------------------|------------------------|---|
| Dr Richard LOPEZ | Réseau VISA | CHAMPIGNY-S/MARNE |
| Dr Pierre LAUZON | C.R.A.N. | MONTREAL CANADA |
| Dr Didier BRY | E.L.S.A. | AVIGNON |
| François LAFRAGETTE | Pharmacien | PARIS |
| Dr Béatrice GOSPODINOV | | SARREBRUCK ALLEMAGNE |
| Dr Nelson FELDMAN | D.A.S. | GENEVE SUISSE |
| Dr Karine BARTOLO | Protoc | MARSEILLE |
| Dr Xavier AKNINE | CSST Gainville | AULNAY-S/BOIS |
| Fabrice OLIVET | A.S.U.D. | PARIS |
| Dr Antoine GERARD | Service d'addictologie | LE PUY-EN-VELAY |
| Dr Brigitte REILLER | C.E.I.D. | BORDEAUX |
| Dr Jean-Pierre JACQUES | | BRUXELLES BELGIQUE |
| Dr Olivier POUCKET | Centre Baudelaire | METZ |
| Dr Thierry LEDENT | Service d'addictologie | LE CATTEAU EN CAMBRESIS |
| Dr Catherine PEQUART | La Boutique | PARIS |
| Dr Colette GERBAUD | C.H.U. St-Roch | 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

Les jeux sont faits. Les experts mandatés par l'ANAES ont rendu leur copie. Nous publions dans ce Flyer de fin d'année, le texte court des recommandations de la Conférence de Consensus qui s'est tenue au début de l'été.

Nous remercions l'ANAES de nous avoir autorisés à reproduire ce texte. Il est de plus consultable sur le site www.anaes.fr, ainsi que le texte long (40 pages) à la rubrique *Publications*.

Au cours de la conférence de presse du 7 septembre, il a souvent été question, comme nous le prédisions dans l'éditorial du Flyer de Septembre 2004, de l'élargissement de la primo-prescription de méthadone aux médecins généralistes. Il reste aux Pouvoirs Publics, s'ils retiennent cette proposition, de définir un cadre à cet élargissement. Car, si sur le principe, tout le monde semble d'accord, il y aura probablement de nombreux débats pour définir les conditions exactes de cet élargissement pour que, notamment, les impératifs de sécurité soient pris en considération. La méthadone est un agoniste puissant, aux effets proportionnels à la dose prise chaque jour. Ceci est vrai pour les effets thérapeutiques du médicament, mais c'est aussi le cas pour le risque de surdosage. En cas d'élargissement de la pratique de la méthadone à plus de primo-prescripteurs, il faudra s'assurer que ceux-ci aient acquis les notions de pharmacocinétique et les données cliniques qui permettent d'initier et suivre les traitements dans les meilleures conditions d'efficacité et de sécurité pour les usagers. Nous continuerons dans le Flyer à diffuser des informations, à destination de tous les professionnels de santé, allant dans le sens de cette obligation : efficacité et sécurité des traitements.

Le Dr Alain MOREL, président du Comité d'organisation de la Conférence de consensus, a indiqué la création d'un Comité de Suivi, qui aura pour mission de suivre l'application des recommandations.

Il nous a semblé juste, à côté des recommandations des experts, parmi lesquels les usagers étaient représentés, de publier la Plate-forme de revendication des usagers de la substitution, en direction du jury de la Conférence de consensus. Cette plate-forme a été organisée par Act Up-Paris et ASUD, avec le soutien du CRIPS Ile-de-France.

Certaines des revendications ont été entendues, ou en tous cas, ont trouvé un écho favorable dans les recommandations du jury. Qu'il s'agisse d'élargir la palette des médicaments de substitution actuellement disponibles (même si la 'palette' n'est pas la même dans les deux cas), ou d'élargir l'accès pour un même usager à un vrai choix de molécule, les usagers et le jury de la Conférence semblent aller dans la même direction. Sur la durée de délivrance à 28 jours pour les deux médicaments, il y a une vraie convergence, ainsi que pour ce qui est de la continuité des soins en milieu carcéral.

Il y a lieu, en effet, de s'assurer que la continuité des soins soit une réalité pour tout patient incarcéré, et il n'y a aucune raison médicale d'arrêter brutalement un traitement de

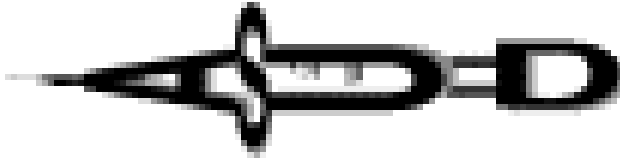
substitution opiacée dans ce cas de figure, pas plus que dans un autre. Depuis quelques années, la mise en place d'une politique sanitaire et l'évolutions des pratiques cliniques des équipes soignantes, a permis à des patients incarcérés de bénéficier, de la part de ces équipes plus nombreuses aujourd'hui, de soins intégrant la prescription et la délivrance de Subutex® ou de méthadone. Même s'il y a encore quelques efforts à faire pour que le pourcentage d'héroïnomanes traités par un médicament de substitution s'approche en milieu carcéral de ce qu'il est à l'extérieur (près de 2 sur 3), nous sommes loin du temps où la moitié des héroïnomanes recevant un traitement de substitution dans les prisons françaises, était le fait de 2 établissements pénitentiaires.

La circulaire de Janvier 2002, a permis en outre aux médecins exerçant dans les établissements pénitentiaires non dotés en CSST (seuls, une quinzaine d'établissements pénitentiaires ont un CSST dans leurs murs, parfois sans médecin), d'initier un traitement par la méthadone, alors qu'ils ne pouvaient que reconduire un traitement, ou initier un traitement par le Subutex®. A ce titre et en terme de cadre législatif, la situation des médecins généralistes aujourd'hui est somme toute assez comparable à ceux qui avant janvier 2002 exerçaient en milieu hospitalier ou carcéral.

Les deux instances appuient volontiers sur la nécessité d'élargir l'accès des populations précarisées aux deux médicaments. Là-aussi, les propositions de moyens convergent : bus, antennes mobiles, boutiques,... . Mais il convient aussi de se pencher sur la situation de ceux qui ne sont pas précarisés, et qui au contraire ont une activité professionnelle. Pour ceux là, il est difficile de trouver un 'Centre Méthadone' qui s'adapte à leurs contingences, en ce qui concerne notamment les plages horaires de délivrance du traitement, ou encore l'intensité de l'accompagnement psycho-socio-éducatif, peu compatible avec une activité professionnelle même peu intensive. Il y a là probablement, un 'profil-type' de patients qui pourrait bénéficier d'un traitement par la méthadone en médecine générale ou en psychiatrie de ville, patients qui aujourd'hui ne fréquentent que très peu le milieu spécialisé.

Et enfin, après la 'petite' histoire de Rudolph GIULIANI qui en fin d'année 1998 décidait qu'un bon héroïnomanes était un héroïnomanes sevré, y compris de méthadone, avant de se rétracter publiquement sous la pression de la communauté scientifique et des évidences cliniques (Flyer 17, septembre 2004), nous terminons cette 'livraison' du Flyer par un duo de Marseillaises, qui par le témoignage clinique et l'analyse bibliographique nous rappelle à nouveau que l'objectif d'un traitement n'est pas son arrêt, et que si cet arrêt est envisagé, il faut, pour lui aussi, s'assurer des conditions de sécurité et d'efficacité maximales, afin de ne pas mettre en danger la vie du patient, ni compromettre des résultats acquis de haute lutte. Ce que ne manque pas de confirmer un guide des bonnes pratiques de nos amis canadiens.

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.



Les Douze Travaux d'EGUS 2004

Issue des 1ers Etats Généraux des Usagers de la Substitution

Plate-forme de revendication des usagers de la substitution

Conférence de presse au Cyber-CRIPS, Tour Montparnasse
le mercredi 16 juin 2004 à 11h00

Introduction

Les usagers substitués demandent au jury de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution de Lyon (23 et 24 juin 2004) de prendre en compte spécifiquement chacun des points de la plate-forme suivante les « Douze Travaux d'EGUS 2004 ». Ils demandent également que le même souci de respect du contenu de cette plate-forme établie par les usagers préside aux décisions que les pouvoirs publics seront amenés prochainement à prendre en matière de traitements de substitution.

Ces “ Douze Travaux d'EGUS 2004 ” ont été établis suite à la tenue des 1ers Etats Généraux des Usagers de la Substitution (EGUS 2004) à l'Auditorium de l'Hôpital Européen Georges Pompidou à Paris le 5 juin dernier. Il s'agissait d'une initiative conjointe d'Act Up-Paris et d'ASUD qui n'aurait pu voir le jour sans le soutien logistique du CRIPS Ile-de-France.

Quatre-vingt personnes étaient présentes et représentaient plus d'une vingtaine d'associations d'usagers de drogues et de la substitution en France, ainsi que des médecins, des représentants des pouvoirs publics et notamment le Dr Alain Morel, président de la Fédération Française d'Addictologie et président de la Conférence de Consensus.

Contexte

Si les politiques de substitution ont été mises en place à partir de la circulaire de 1994, et largement développées avec l'arrivée du Subutex© en 1996, c'est notamment, en pleine hécatombe de l'épidémie de sida, pour permettre la survie et faciliter l'accès aux soins des usagers de drogues (accès aux trithérapies anti-VIH, prise en charge psycho-sociale, etc...).

Aujourd'hui en 2004, alors que l'épidémie d'hépatites virales est particulièrement prévalante chez les usagers de drogues, il faut absolument mettre à jour ces politiques de substitution, en développant leur promotion et en élargissant l'accès aux traitements de substitution et, ainsi faciliter l'accès aux traitements des hépatites virales pour tous les usagers de drogues.

Indication et rappels

Le terme de “MESUSAGE” est à bannir, considérant qu’il recouvre un point de vue moral de la part des autorités, puisqu’il s’agit en fait de problèmes de prise en charge médicale, liés à l’observance, le respect de la galénique et les modes de consommation des produits de substitution. Si il y a un trafic de produits de substitution, fait que nous ne nions pas, il ne relève en rien d’un problème médical, mais plutôt des réponses manquantes des politiques de substitution actuelles, en France.

Il paraît essentiel de reconnaître et prendre en compte la place du plaisir dans la substitution, car même si un usager ne prend sa substitution que dans un but hédoniste, il faut privilégier le fait qu’il renonce déjà aux produits illicites et au trafic. Le plaisir a une place essentielle dans l’accès aux soins mais aussi dans le cadre d’une démarche thérapeutique.

C’est pourquoi, il est vraiment urgent de pouvoir rapidement pérenniser et développer aussi bien ces programmes que de nouveaux programmes pilotes de recherche pour des solutions ayant déjà fait leurs preuves, depuis longtemps, notamment dans de nombreux pays européens voisins.

La particularité de la substitution “à la française”, et ce qui a fait son succès si rapide, reconnu par l’ensemble des acteurs internationaux de la réduction des risques, a toujours été ses facilités d’accès et d’initiation, qu’il faut aujourd’hui consolider et absolument préserver, au risque de voir bon nombre d’usagers préférer retourner aux produits illicites, s’ils ne peuvent faire face à de nouvelles règles trop strictes.

Suite aux 1ers EGUS 2004, les usagers de la substitution proposent

Revendication n°1 :

Elargissement de la palette des produits de substitution (héroïne, morphiniques, codéinés, etc...), et **développement des galéniques** pour chacun de ces produits (voie injectable, fumable, inhalable, buvable, sublinguale, etc...).

Revendication n°2 :

Prise en compte des propositions de l’usager quant aux molécules et aux dosages envisagés, en vue d’un choix éclairé, **aussi bien pour la prescription que la délivrance**, en concertation avec le médecin et le pharmacien, de son choix. Assouplissement des règles de délivrance et des conditions administratives (avec extension de la règle des 28 jours à tous les produits).

Revendication n°3 :

Autorisation de primo-prescription en ville pour tous les produits de substitution. **Responsabilité du médecin traitant** et non plus du primo-prescripteur une fois le traitement initié.

Revendication n°4 :

Reconnaissance de l’utilité de l’alternance thérapeutique (passage d’un produit à un autre au cours d’un traitement de substitution au long cours), alternance liée notamment à la question – aujourd’hui taboue - de l’importance du plaisir, de l’importance de pouvoir accéder à plusieurs produits et éviter ainsi la tolérance à un seul qui ne fait que renforcer la dépendance, rendant aussi plus difficile, le sevrage des produits de substitution.

Revendication n°5 :

Développement des programmes de substitution “bas seuil”. Pérennisation des programmes et des structures

d'accompagnement dites de "première ligne" (boutiques, P.E.S., intervention sur site festif, etc...). Les structures de bas seuil et de première ligne ne sont toujours pas reconnues et sont maintenues dans une précarisation et un cadre expérimental, leur empêchant toute forme de reconnaissance et de pérennisation, alors que leur efficacité n'a plus à être prouvée.

Revendication n°6 :

Développement de programmes d'éducation à la santé spécifiques pour les usagers de la substitution, depuis des interventions de première ligne jusqu'à des stages spécialisés.

Revendication n°7 :

Accès aux droits sociaux pour les usagers, notamment à l'hébergement comme condition de réussite d'un traitement de substitution. Prise en compte de l'état de santé dans les conditions d'obtention du RMI et des autres indemnités de protection sociale (la dernière réforme du RMI ayant supprimé la question de l'état de santé dans ses critères d'obtention) pour les usagers en traitements.

Revendication n°8 :

Développement de programmes de sevrage de stupéfiants, sur demande de l'utilisateur. Elaboration de recommandations précises pour **le sevrage des produits de substitution**, ainsi que des programmes d'accompagnement spécifiques, pour "l'après substitution".

Revendication n°9 :

Principe absolu de la continuité du traitement de substitution en prison, ainsi qu'avant et après l'incarcération (mise en place de relais en ville, primo-prescription facilitée). Mise en place d'une consultation spécifique à l'entrée et à la sortie de prison, et d'une **formation à la prévention des overdoses** avant la sortie.

Revendication n°10 :

Mise en place de projets-pilotes et de programmes alternatifs de recherche dans différents domaines : en matière de psycho-stimulants, souvent qualifiés de "speeds" par les usagers, expérimentation de sevrage et de substitution ; expérimentation de l'iboga, etc...

Revendication n°11 :

Autorisation et prise en charge des examens biologiques spécifiques (dosages plasmatiques, méthadonémie, dépistage de stupéfiants, etc...) pour permettre aux usagers d'évaluer eux-mêmes, la réussite de leur traitement de substitution. Ces examens n'ont pas pour but un contrôle à l'initiative du médecin seul, mais en concertation avec l'utilisateur. Les consommations parallèles, surtout pour le cannabis, ne peuvent être un critère de sanction, surtout par baisse des dosages de substitution, mais l'occasion de préciser à nouveau le but et les modalités de traitement.

Revendication n°12 :

Accès aux soins du VIH et des hépatites virales grâce au suivi des traitements de substitution.

Toutes ces revendications ayant pour but d'améliorer la vie quotidienne et la santé des usagers en traitements de substitution ne sauraient être appliquées efficacement, comme dans de nombreux pays européens, sans une dépénalisation de l'usage de tous les produits stupéfiants.

Avec la participation de



Conférence de consensus

**Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes
des opiacés :
place des traitements de substitution**

**23 et 24 juin 2004
Lyon (École normale supérieure)**

**TEXTES DES RECOMMANDATIONS
(version courte)**

PROMOTEUR :

Fédération française d'addictologie

AVEC LA PARTICIPATION DE :

Act Up-Paris
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AIDES
Auto-support des usagers de drogues
Association de services publics de soins aux toxicomanes et en alcoologie
Association des équipes de liaison et de soins en addictologie
Association française pour la réduction des risques
Association nationale des intervenants en toxicomanie
Association nationale médecine générale et conduites addictives
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Centre de documentation et de recherche en médecine générale
Collège national des enseignants universitaires d'addictologie
Collège national des généralistes enseignants
Fédération française de psychiatrie
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
Ordre national des médecins
Ordre national des pharmaciens
Réseau Toxibase
Société d'addictologie francophone
Société de formation thérapeutique du généraliste
Société française d'alcoologie
Société française de médecine générale
Société française de pharmacie clinique
SOS Addictions

AVEC LE SOUTIEN :

du ministère de la Santé et de la Protection sociale

COMITÉ D'ORGANISATION

- A. MOREL, président : psychiatre addictologue, Boulogne
- J. BEAUVILLAIN : médecin-conseil, CNAMTS, Tourcoing
- C. BERNARD : médecin de santé publique, DGS, Paris
- P. BINDER : médecin généraliste, Lussant
- A. CADET-TAÏROU : médecin de santé publique, OFDT, Saint-Denis
- D. CHOLLEY : médecin-conseil, CNAMTS, Strasbourg
- P. DOSQUET : méthodologie Anaes, Saint-Denis La Plaine
- J-D. FAVRE : psychiatre, Clamart
- C. GATIGNOL : pharmacien, Afssaps, Saint-Denis
- D. GRUNWALD : Conseil national de l'ordre des médecins, Paris
- J. HARBONNIER : psychiatre, Lille
- Y. HEMERY : psychiatre, Morlaix
- J. LAMARCHE : pharmacien, Paris
- W. LOWENSTEIN : addictologue, Boulogne
- F. OLIVET : Auto-support des usagers de drogues, Paris
- C. PAINDAVOINE : méthodologie Anaes, Saint-Denis La Plaine
- P. POLOMENI : addictologue, Marseille
- M. REYNAUD : psychiatre, Villejuif
- M. RICATTE : pharmacien conseil, CNAMTS, Paris
- O. ROMAIN : éducateur, Metz
- J-L. SAN MARCO : médecin de santé publique, Marseille
- T. SHOJAEI-BROSSEAU : méthodologie Anaes, Saint-Denis La Plaine
- D. TOUZEAU : psychiatre, Bagneux

JURY

- J-L. SAN MARCO, président : médecin de santé publique, Marseille
- M. BECCHIO : médecin généraliste, Villejuif
- B. CHATIN : Conseil national de l'ordre des médecins, Paris
- C. DEBOCK : enseignante en sciences de l'éducation, Créteil
- R. DEMEULEMEESTER : médecin de santé publique, Saint-Denis
- C. GILLET : tabacologue et alcoologue, Nancy
- J-B. GUIARD-SCHMID : infectiologue, Paris
- F. HARAMBURU : pharmacologue, Bordeaux
- M-P. HOURCADE : magistrat, Paris
- M. KREUTER : journaliste médical, Paris
- A. LALANDE : Act Up-Paris, Paris
- S. LE GALL : médecin du travail, La Rochelle
- C. MOREL : pharmacien, Arras
- F. RANDON : médecin-conseil, CNAMTS, Lyon
- A. RIGAUD : psychiatre, psychanalyste, alcoologue, Reims
- M. TOBELEM : médecin généraliste, Paris

EXPERTS

- M. AURIACOMBE : psychiatre addictologue, Bordeaux
- P. BEAUVÉRIE : pharmacien hospitalier, Villejuif
- D. BRY : addictologue, Avignon
- C. CALDERON : AIDES, Pantin
- A. COPPEL : sociologue, Paris
- J-M. COSTES : démographe, directeur de l'OFDT, Saint-Denis
- J-P. COUTERON : psychologue, Mantes-la-Jolie
- S. DALLY : toxicologue, Paris
- J-P. DAULOUEDE : psychiatre addictologue, Bayonne
- J-J. DEGLON : psychiatre, Chêne-Bougeries
- J-M. DELILE : psychiatre addictologue, Bordeaux
- D. DEPINOY : médecin généraliste, Reims
- J-F. FAVATIER : Auto-support des usagers de drogues, Nîmes
- B. FONTAINE : médecin du travail, Lille
- P. GOISSET : addictologue, Montreuil
- A. GUICHARD : chercheur, Inserm, Saint-Maurice
- F. HERVE : psychologue, ANIT, Villeneuve-la-Garenne
- E. KAMMERER : addictologue, Mulhouse
- P. KOPP : économiste, Paris
- X. LAQUEILLE : psychiatre, Paris
- B. LEBEAU : addictologue, Bagnolet
- C. LEJEUNE : néonatalogiste, Colombes
- J-P. LHOMME : médecin généraliste, directeur de CSST, Paris
- M. MALLARET : pharmacologue, Grenoble
- L. MICHEL : psychiatre, Bois-d'Arcy
- I. PELC : psychiatre et médecin de santé publique, Bruxelles
- B. RIFF : médecin généraliste, Lille
- S. ROBINET : pharmacien d'officine, Strasbourg
- B. ROQUES : neuropharmacologue, Paris
- F. SAINT-DIZIER : médecin généraliste, Toulouse
- X. THIRION : médecin de santé publique, Marseille
- M. VALLEUR : psychiatre, Paris
- J. VIGNAU : pédopsychiatre, Lille
- M. VILLEZ : directrice de CSST, Lille
- D. VUILLAUME : économiste de la santé, Paris
- S. WIEVIORKA : psychiatre, Paris

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

- B. BADIN de MONTJOYE : psychiatre, Paris
- A. BENYAMINA : psychiatre addictologue, Villejuif
- P. BONTHILLON-HEITZMANN : médecin généraliste, Paris
- L. FOURNIER : infectiologue, coordinatrice de réseau ville-hôpital, Melun
- M. JAUFFRET-ROUSTIDE : sociologue, Saint-Maurice
- L. JOSEPH : médecin généraliste, Melun
- M. LUKASIEWICZ : psychiatre addictologue, Villejuif
- S. MAHIER : médecin généraliste, Provins
- O. PHAN : psychiatre, Paris
- T. ROUAULT : directeur du réseau Toxibase, Lyon
- D. VELEA : psychiatre addictologue, Paris

QUESTIONS POSÉES

- Question 1. Quels sont les finalités et les résultats attendus des traitements de substitution des opiacés ?
- Question 2. Quels sont les résultats obtenus par les traitements de substitution des opiacés ?
- Question 3. Quelles sont les indications des médicaments de substitution des opiacés ?
- Question 4. Quelles sont les modalités de prise en charge nécessaires à la mise en œuvre et au suivi des traitements de substitution des opiacés ?
- Question 5. Quand et comment les modalités d'un traitement de substitution des opiacés doivent-elles être adaptées en pratique ?
- Question 6. Comment promouvoir la qualité des pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution des opiacés ?

L'organisation de cette conférence a été rendue possible grâce à l'aide apportée par :
la Direction générale de la santé, Bouchara-Recordati, Schering-Plough.

AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé).

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'Anaes.

Les personnes dépendantes des opiacés expriment des demandes qui appellent des stratégies de prise en charge médicale, psychologique et sociale parmi lesquelles les médicaments de substitution aux opiacés (MSO), méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD), ont une place prépondérante. Ils agissent en se fixant sur les récepteurs opiacés et nécessitent une prise en charge médicale, psychologique et sociale par un médecin prescripteur et d'autres professionnels.

Dans le texte, les sigles TSO (traitement de substitution des opiacés) et MSO sont utilisés de façon distincte. Les TSO ne se limitent pas à la prescription de MSO, mais comportent des notions de prise en charge et d'alliance thérapeutique avec le patient. Les TSO constituent une pratique, les MSO ne sont que des moyens.

QUESTION 1

QUELS SONT LES FINALITES ET LES RESULTATS ATTENDUS DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION DES OPIACES ?

La finalité de l'utilisation des TSO est de permettre aux patients de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie pour recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie.

1. LES OBJECTIFS DES PERSONNES DEPENDANTES DES OPIACES

Les objectifs des personnes dépendantes des opiacés peuvent être selon leur parcours et leurs projets personnels :

- soulager un état de manque douloureux ;
- assurer une gestion personnelle de la dépendance ;
- diminuer, voire cesser la consommation des opiacés illicites en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance de substitution ;
- parvenir à une abstinence complète d'opiacés, y compris de tout MSO ;
- parvenir *in fine* à la résolution complète de toute problématique de mésusage de substances psycho-actives.

Ces objectifs et motivations sont susceptibles d'évoluer au cours du traitement.

2. LES OBJECTIFS DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Les objectifs des professionnels de santé se distribuent sur plusieurs axes :

- la réponse à court terme à la souffrance physique et morale, parfois dans l'urgence ;
- la prise en charge de la dépendance aux opiacés avec trois objectifs à court, moyen et long terme :
 - diminuer et si possible arrêter la consommation des opiacés illicites dans une perspective de réduction des risques en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance,

- aboutir à une abstinence complète d'opiacés illicites : le traitement est conçu alors comme une étape vers le sevrage de toute substance opiacée ; il peut cependant être nécessaire à long terme, voire à vie,
- aboutir *in fine* à l'abstinence complète de toute substance psycho-active illicite et de tout MSO, ce qui demande une évolution personnelle, du temps et un accompagnement.

Le partage de ces objectifs avec les patients dans le cadre de l'élaboration du projet de soins et **la question du temps** sont déterminants ;

- la prise en charge des dommages induits et des pathologies associées infectieuses, psychiatriques et addictives ;
- la gestion de situations particulières : grossesse, précarité, détention, situations irrégulières, centre de rétention, etc. ;
- l'amélioration des liens sociaux, en maintenant l'insertion et en favorisant la réinsertion : accès à un(e) assistant(e) social(e), à des ressources, au logement, à l'emploi, favoriser le maintien des relations familiales et sociales.

3. LES OBJECTIFS GENERAUX ET DE SOCIETE

Les objectifs généraux et de société se situent dans les registres de la santé publique (réduction des risques, etc.) et du champ social (diminution de la délinquance, etc.) et économique.

QUESTION 2

QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS PAR LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION DES OPIACES ?

1. UN IMPACT CLAIREMENT POSITIF

1.1. Accès au traitement de substitution

En moins de dix ans, le nombre de patients recevant un MSO est passé de quelques dizaines à près de 100 000.

1.2. Insertion dans un processus de soins et de réduction des risques

Les TSO ont contribué à favoriser l'accès aux soins et à réduire mortalité, morbidité et dommages sociaux.

1.2.1. Mortalité et morbidité

- Décès par surdoses à l'héroïne : 5 fois moins entre 1994 et 2002.
- Grossesse : 3 fois moins de prématurité.
- Patients « injecteurs » : 6 fois moins entre 1995 et 2003.
- De 1996 à 2003, près de 3 500 vies ont été sauvées.

1.2.2. Situation sociale et insertion

- Situation sociale : 50% des patients ont une meilleure situation sociale.
- Infractions à la législation des stupéfiants (ILS) concernant l'héroïne : 3 fois moins entre 1995 et 2003

1.2.3. Point de vue des usagers

Trois patients sur 4 estiment « s'en être sortis » ; plus de 2 sur 3 déclarent une meilleure qualité de vie.

1.2.4. Bénéfice en termes de coûts

Le *tableau 1* montre le résultat du calcul *a posteriori* des coûts épargnés en 1997 par la politique de substitution de la dépendance aux opiacés : 595 millions d'euros ont été économisés (- 27 % du coût de la consommation de drogues).

Tableau 1. Variation du coût social de la consommation de drogues en 1997, calculée en faisant l'hypothèse que 50 % des sujets dépendants des opiacés étaient substitués (en millions d'euros).

| | 1997 | Variation due aux TSO |
|--|-----------------|-----------------------|
| 1. Coûts directs des soins | 231,00 | + 383,00 |
| 2. Coûts directs de prévention et de recherche | 143,70 | 0,00 |
| 3. Coûts directs de l'application de la loi (justice, police, gendarmerie) | 498,19 | - 328,92 |
| 4. Coûts directs de pertes de prélèvements obligatoires (SIDA et surdoses, incarcérations, ILS*) | 178,12 | - 83,17 |
| 5. Coûts indirects des pertes de revenu et des pertes de production | 1175,48 | - 566,20 |
| Coût social | 2 226,49 | - 595,28 |

* ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants

2. LIMITES

- Accès aux soins hétérogène et inégalitaire selon les zones géographiques en termes de choix du MSO et de nombre de médecins prescripteurs et de pharmaciens délivrant des MSO.
- Accès aux soins des sujets en situation précaire faible.
- Mauvaises utilisations :
 - injection IV et sniff de buprénorphine ;
 - décès par surdose de méthadone ou par potentialisation buprénorphine-benzodiazépines (BZD), notamment chez les injecteurs de BHD ;
 - primodépendance à la buprénorphine.
- Marché parallèle de MSO : seulement 6 % des consommateurs sont à l'origine de 25 % des quantités remboursées.
- Maintien ou renforcement de consommations parallèles (alcool, BZD, cocaïne, etc.).
- Peu d'impact sur la contamination par le virus de l'hépatite C.
- Persistance de la stigmatisation de la dépendance et de la souffrance psychologique.

QUESTION 3

QUELLES SONT LES INDICATIONS DES MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS ?

Indication : dépendance avérée aux opiacés. La dépendance à d'autres substances psychoactives (cannabis, cocaïne, etc.) n'est pas une indication.

1. QUELQUES CARACTERISTIQUES DES MSO DISPONIBLES (*tableau 2*)

- Méthadone : non injectable ; meilleure satisfaction du patient, mais risque de surdose ; interactions médicamenteuses à respecter ; gamme insuffisante (dosages et présentations).

- BHD : possibilité d'injection IV ; moindre risque de surdose, mais moindre satisfaction du patient, avec risque de consommations associées ; association dangereuse BHD-BZD à fortes doses, notamment en cas d'injection de la BHD.

Tableau 2. Quelques caractéristiques spécifiques des 2 médicaments.

| | | Méthadone | | Buprénorphine |
|--|------------------|---|--------------------|--|
| Mode d'action | | Agoniste | | Agoniste/antagoniste |
| Dangerosité | -- | Risque de surdose mortelle Surdosage accidentel (enfant) | + | Moindre risque de surdose (sauf interaction) |
| Pharmacocinétique | - | Variations inter-individuelles importantes : dosage plasmatique si nécessaire | + | Peu de variations d'un sujet à l'autre |
| Satisfaction | + | Meilleure satisfaction ; moins d'anxiété | - | Moindre satisfaction (risque de consommations associées) |
| Interactions pharmacodynamiques | - | Les médicaments dépresseurs respiratoires et dépresseurs du SNC* peuvent favoriser une dépression respiratoire Agonistes-antagonistes morphiniques | -- | Benzodiazépines (en particulier à forte posologie) et autres médicaments dépresseurs du SNC : risque de surdose mortelle |
| Interactions pharmacocinétiques | -- | Induction enzymatique : anticonvulsivants (carbamazépine, phénitoïne, phénobarbital), rifabutine, rifampicine, griséofulvine, antirétroviraux (lopinavir, nelfinavir, ritonavir, efavirenz, névirapine) : risque de diminution des concentrations plasmatiques de méthadone. Inhibition enzymatique : IRS** (fluvoxamine), cimétidine (≥ 800 mg/24 h) : risque de surdosage. Intérêt du dosage plasmatique pour évaluer les interactions par induction ou inhibition enzymatique en cas de réponse insuffisante ou excessive au traitement. | ± | Inhibition enzymatique : surveillance renforcée en cas d'association à des antifongiques azolés (kétoconazole, itraconazole) et des inhibiteurs des protéases (nelfinavir, ritonavir et indinavir). Induction enzymatique : prudence en cas d'association à des anticonvulsivants (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne) ou à la rifampicine. Le risque d'interaction par inhibition ou induction enzymatique est moindre que pour la méthadone. |
| Forme pharmaceutique et présentations | - + - - | Gamme de dosages incomplète La forme sirop ne peut être injectée Excipients : sucre (diabétique) ; alcool (risque avec les médicaments à effet antabuse) Difficultés de stockage dans les pharmacies | + - | Gamme complète de dosages ; présentation adaptée Possibilité de mauvaise utilisation : comprimé pouvant être injecté, sniffé ou fumé |
| Toxicité | | | | Risque d'atteinte hépatique (voie IV surtout) |
| Autres | | | | Explications nécessaires pour utilisation optimale de la voie sublinguale |

+ : avantage ; - : inconvénient ; SNC : système nerveux central ; IRS : inhibiteur de la recapture de la sérotonine

2. PROFIL DES PATIENTS

Le choix de la molécule devrait pouvoir être adapté : par exemple, la méthadone semble plus adaptée pour les sujets injecteurs IV.

3. CADRE REGLEMENTAIRE (*tableau 3*)

- Méthadone : primo-prescription en centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) ou établissement de santé ; relais en ville possible ; prescription : 14 jours ; délivrance 7 jours ; liste des stupéfiants.
- BHD : prescription par tout médecin ; prescription : 28 jours ; délivrance : 7 jours ; liste I (règles prescription, délivrance des stupéfiants).

Tableau 3. Résumé du cadre réglementaire

| | Méthadone | Buprénorphine |
|------------------------------|--|---|
| Prescripteur initial | CSST, établissements de santé (relais en ville possible) | Tout médecin |
| Liste | Stupéfiant | Liste I (mais règles de prescription et délivrance des stupéfiants) |
| Durée de prescription | 14 jours | 28 jours |
| Ordonnance | Sécurisée | |
| Délivrance | 1 à 7 jours (14 jours à titre dérogatoire) | 7 jours (28 jours à titre dérogatoire) |
| Fractionnement | oui | |
| Renouvellement | interdit | |
| Chevauchement | Si mention expresse | |

4. PROPOSITIONS

Il convient de :

- poursuivre le développement des TSO, en tenant compte de leurs facteurs d'efficacité ;
- toucher plus de patients ;
- donner aux prescripteurs le choix des molécules ;
- renforcer la sécurité.

L'expérience tirée des erreurs commises au moment du lancement de la BHD doit guider les propositions d'amélioration :

- **adaptations du dispositif actuel :**
 - obligation pour le médecin de contacter le pharmacien avant prescription et d'indiquer son nom sur l'ordonnance,
 - établissement de contacts fréquents entre le médecin et le pharmacien en début de traitement et jusqu'à obtention de la posologie d'entretien ; de même en période de déstabilisation,
 - importance du travail en réseau à privilégier, en particulier collaboration entre le médecin de ville et le centre spécialisé,
 - incitation des médecins et des pharmaciens à se former,
 - création d'au moins un CSST dans tous les départements qui n'en disposent pas et mise en application par tous les CSST de leur mission d'accès au TSO,
 - mobilisation des services médicaux de l'assurance maladie pour faciliter la mise en place de protocoles personnalisés de soins et pour repérer les situations faisant suspecter un mésusage et prendre contact avec les médecins et pharmaciens concernés,
 - développement des dispositifs spécifiques en direction des populations précarisées, afin de leur donner accès au TSO,
- **propositions de changements touchant le cadre actuel de prescription les médicaments disponibles :**

- primo-prescription de méthadone en ville. Aucun argument ne s'oppose à cette mesure dès lors que l'on en assure la sécurité,
- durée de prescription maximale identique pour les deux MSO (28 jours), modalités de prescription et de délivrance identiques, et contrôles urinaires préconisés dans les mêmes termes,
- déclaration de prescription et centralisation des données pour éviter les prescripteurs multiples, en protégeant la confidentialité,
- mise à disposition de dosages faibles et élevés de méthadone pour en faciliter l'adaptation posologique et de conditionnements adaptés facilitant son stockage en pharmacie,
- mise à disposition de formes injectables des MSO, réservées aux seuls cas d'échec du traitement oral, avec prise sur place pendant toute la durée du traitement, afin de limiter les risques d'injection IV de comprimés ou de gélules,
- recherche de procédés galéniques empêchant l'injection de comprimés ou de gélules (association à un antagoniste, gélifiants, etc.).

QUESTION 4

QUELLES SONT LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE NECESSAIRES A LA MISE EN ŒUVRE ET AU SUIVI DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES ?

1. BILAN PREALABLE

Le premier contact est fondamental. Être empathique est indispensable. Une alliance se noue entre le médecin et le patient dès la première consultation.

Le diagnostic de dépendance aux opiacés doit être confirmé.

La trajectoire et l'état de santé du patient sont évalués.

2. INITIALISATION DU TRAITEMENT

Le patient est informé et le cadre de soins est précisé.

Le secret professionnel est garanti.

La prise initiale du MSO doit se faire à l'apparition des premiers signes de manque, le médecin doit en informer le patient.

L'arrêt le plus rapide possible de toute prise d'opiacé illicite est recherché.

Il est nécessaire de prendre en compte les risques d'interactions avec d'autres substances (notamment alcool, antirétroviraux, BZD, inducteurs et inhibiteurs enzymatiques, etc.).

Méthadone :

- dose initiale : 10 à 40 mg/j ;
- paliers d'augmentation 5 à 10 mg maximum par paliers de 1 à 3 jours, en fonction de la clinique, sans jamais excéder par semaine 50 % de la dose initiale ;
- prise quotidienne unique **orale**.

BHD :

- dose initiale : 4 mg à 8 mg/j au vu des pratiques professionnelles (doses supérieures à celles de l'AMM, qui justifient d'être validées par des études cliniques spécifiques) ;
- respecter un délai de 24 heures après la dernière prise d'opiacé pour éviter le syndrome de manque dû aux propriétés antagonistes de la buprénorphine ;
- paliers d'augmentation de 1 à 2 mg par paliers de 1 à 3 jours, en fonction de la clinique, jusqu'à la dose optimale ;

- prise quotidienne unique **sublinguale**.

Contrôles urinaires : pour la méthadone, la réglementation actuelle impose une analyse d'urines avant le début du traitement et la préconise pour le suivi. Le cadre réglementaire gagnerait à être homogénéisé pour les 2 MSO : analyse d'urines recommandée, voire indispensable, à l'initialisation du traitement pour vérifier la présence d'opiacés, et contrôles ultérieurs si besoin en accord avec le patient.

Le traitement initial est prescrit sur une ordonnance sécurisée, pour 1 ou 2 jours, avec délivrance quotidienne. Le nom du pharmacien est écrit sur l'ordonnance.

L'initialisation du traitement est le début d'une longue collaboration médecin-pharmacien, avec échange permanent d'informations.

3. ADAPTATION DU TRAITEMENT

Recherche de la posologie optimale :

- initialement par paliers de 1 à 3 jours pendant les 10-15 premiers jours, jusqu'à suppression des symptômes de manque ;
- puis paliers de 4 à 7 jours.

Paliers :

- méthadone : 5 à 10 mg ;
- BHD : de 1 à 2 mg.

Posologie de stabilisation :

- méthadone : entre 60 et 100 mg/j ;
- BHD : 8 à 16 mg/j.

Durant cette période, le pharmacien doit être averti des modifications du traitement et des modalités de la délivrance. Il doit signaler en retour toute anomalie au médecin prescripteur.

4. SUIVI DU PATIENT EN PERIODE DE STABILISATION

Il faut être vigilant vis-à-vis :

- des mauvaises utilisations du MSO ;
- d'une reprise de consommation d'héroïne ;
- de l'apparition ou de l'augmentation de la consommation d'autres substances psycho-actives.

En l'absence d'amélioration : réévaluation et réorientation de la prise en charge si besoin.

5. QUAND ET COMMENT ARRETER UN TSO ?

La demande d'arrêt du traitement ne peut, en dehors de circonstances exceptionnelles, venir que du patient lui-même.

Il n'y a pas de durée optimale pour un TSO. Le soutien des patients dans leur projet d'arrêter un TSO est indispensable, suggérant des modalités d'arrêt les plus efficaces et les moins douloureuses possible.

L'expérience montre la possibilité d'arrêts lentement dégressifs. Les modalités de diminution sont gérées par le patient lui-même, en fonction de ses symptômes. Il est illusoire de fixer une durée *a priori* au processus de diminution en vue de l'arrêt d'un MSO.

Aucun critère fiable ne permet de prédire le succès ou l'échec d'une tentative d'arrêt d'un TSO. Il existe cependant des contextes plus favorables que d'autres (bonne insertion, arrêt de longue date de toutes substances non prescrites, etc.).

QUESTION 5

QUAND ET COMMENT LES MODALITES D'UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION DES OPIACES DOIVENT-ELLES ETRE ADAPTEES EN PRATIQUE ?

1. COMORBIDITES SOMATIQUES

- En cas d'état de manque ou d'hospitalisation, prescrire un MSO pendant une durée courte.
- Traitement antalgique en cours de TSO : AINS, augmentation et fractionnement du MSO, voire passage temporaire à la morphine.
- L'accès au TSO favorise le dépistage des infections virales (VIH, VHC, VHB) et l'accès à leur traitement.

2. COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

- Elles sont fréquentes et à rechercher systématiquement.
- Les troubles de l'humeur induits par les opiacés disparaissent au cours du 1^{er} mois du TSO : traitement inutile.
- Les diagnostics différentiels sont les états dépressifs (traitement antidépresseur) et les troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (traitement anxiolytique, en évitant les BZD).
- En cas de schizophrénie : préférer la méthadone.

3. MAUVAISES UTILISATIONS DE LA BHD

- Elles sont diverses : injection IV, sniff ; consommations avec d'autres substances psycho-actives, dont les BZD ; augmentation des doses ; prises fractionnées ; risque de surdose ; prescripteurs multiples (≥ 5) ; trafic.
- Prévention : information du patient sur les conditions d'efficacité et les risques (surdose, interactions).
- Sensibilisation et information des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, réseau).
- Implication des services médicaux de l'assurance maladie.

4. ABUS DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

- La recherche d'effet de « défoncé » par les BZD est le fait d'une minorité de patients.
- L'utilisation de médicaments psychotropes reste utile chez les patients anxieux, insomniaques, etc. Il faut rechercher systématiquement les consommations associées, sensibiliser les patients sur les interactions avec l'alcool ou les BZD, fractionner éventuellement la dispensation des BZD, et éviter la prescription de flunitrazépam et de chlorazépate dipotassique.

5. GROSSESSE ET TSO

- La dépendance aux opiacés implique une grossesse à risque.
- Les MSO sont une excellente indication chez une femme dépendante des opiacés, au mieux avant une grossesse désirée, ou au 1^{er}, voire 2^e trimestres. En fin de grossesse, l'initialisation d'un TSO est discutée.

- Il n'y a pas à modifier un TSO à la découverte d'une grossesse, les effets des 2 MSO étant identiques.
- Une prise en charge périnatale et médico-psychosociale, prolongée en réseau ville-hôpital, est nécessaire.
- Le MSO ne prévient pas le risque de syndrome de sevrage néonatal.
- Le MSO doit être bien équilibré en fin de grossesse et en *post-partum* : augmentation éventuelle de posologie (en fonction des dosages plasmatiques, si besoin, en cas de prise de méthadone).
- Les MSO ne sont pas une contre-indication à l'allaitement (sauf infection par le VIH concomitante).

6. PRISON ET GARDE A VUE

- La continuité des soins dans le respect de la déontologie et de la législation est une priorité sanitaire.
- En milieu pénitentiaire, la dispensation de TSO est le principal outil de réduction des risques d'infection virale (VIH, VHB, VHC).
- Il convient de :
 - former les équipes de soins en milieu pénitentiaire et les agents de l'administration pénitentiaire, et d'élaborer des guides de bonnes pratiques ;
 - généraliser les consultations d'addictologie pour les détenus ;
 - préparer le relais des soins en ville et la sortie des détenus (prévention des surdoses).
- Patients sous MSO en garde à vue : le médecin doit assurer la continuité des soins et prévenir un syndrome de sevrage.

7. POPULATIONS PRECARISEES

- Aller au-devant des personnes : bus, antennes mobiles, boutiques, réseaux de pharmaciens, etc.
- Établir des règles de fonctionnement simples, claires et précises, connues des usagers.
- Rendre la dispensation flexible.
- Proposer des services médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques.
-

QUESTION 6

COMMENT PROMOUVOIR LA QUALITE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS BENEFICIANT D'UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION DES OPIACES ?

La qualité des pratiques repose sur la relation de confiance, l'appel au savoir de l'utilisateur, la prise en charge globale au long cours, avec des objectifs élaborés et partagés. L'adaptation des posologies pour obtenir le bien-être physique et psychologique du patient et son accompagnement psychologique et social constituent d'autres éléments majeurs de la qualité.

1. PROMOTION DE LA QUALITE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

1.1. La formation

Elle doit permettre aux professionnels de santé de :

- prendre en compte la souffrance et la détresse des usagers de drogues ;
- acquérir l'assurance et le recul pour la gestion d'une relation thérapeutique à long terme ;
- prendre en compte les problématiques médicales, psychiques, relationnelles ou culturelles ;
- proposer aux patients les soins les plus appropriés ou les adresser à des collègues plus spécialisés, si besoin.

1.2. La recherche

Un objectif essentiel serait de permettre à la communauté scientifique et médicale de contribuer à l'optimisation des pratiques médicales, particulièrement en ce qui concerne les traitements de substitution dispensés en médecine de ville (BHD actuellement et méthadone lorsqu'elle sera dispensée en ville).

▪ À court terme

Quatre domaines devraient faire l'objet d'un effort de recherche prioritaire dans les années à venir :

- les patients traités par MSO et leurs besoins ;
- l'analyse approfondie des avantages et des dangers du phénomène des « irréguliers » et « intermittents » de la substitution ;
- l'analyse des obstacles psychosociologiques à une prise en charge plus globale des patients ;
- l'identification des facteurs associés à la diversité des pratiques professionnelles.

▪ À moyen et long terme

Trois champs de recherche doivent susciter un investissement à long terme :

- des études de cohorte sur le devenir à long terme des patients substitués ;
- une étude de cohorte en population générale sur les entrées dans les consommations et les parcours d'abus et de dépendance ;
- des études visant à mieux connaître les effets des traitements et à permettre le développement de nouveaux traitements.

2. L'EVALUATION

Le jury propose que :

- l'Anaes, en lien avec les professionnels concernés et les usagers, élabore un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles concernant les TSO ;
- les comités départementaux de suivi se voient confier un rôle d'observation des pratiques de TSO.

3. La communication

Elle doit s'attacher à :

- informer les usagers de drogue et si possible à faire évoluer leurs comportements de consommation et leur recours aux TSO ;
- harmoniser les pratiques professionnelles ;
- faire évoluer les représentations dans le grand public.

Les messages, les supports et les méthodes seront adaptés en fonction des personnes ciblées.

Analyse bibliographique :

Arrêter la méthadone : ce que l'on connaît, ce qui est oublié, ce que l'on ignore

Leaving methadone treatment : lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored

S. Magura and al. The Mount Sinai Jour. Of Med. Vol 68, n° 1, jan. 2001

Introduction : Malgré les preuves de l'efficacité de la méthadone, il existe des inquiétudes ou des réserves quant à la nécessité, la sagesse, l'éthique et le coût d'un tel traitement administré indéfiniment.

L'incapacité des patients en MMT (Methadone Maintenance Treatment) à atteindre un niveau psychosocial normal, et certaines attitudes visant à préférer l'abstinence totale au détriment des traitements de substitution ont contribué à promouvoir les traitements méthadone à durée limitée.

Pour certaines personnes également, la méthadone encourage la dépendance économique, la consommation de drogues autres que les opiacés (la cocaïne par exemple). Idées réfutées lors d'études cliniques, mais généralement admises du grand public et des législateurs.

Ainsi, certaines mesures et actions nationales et internationales ont-elles été mises en place : limitation de la durée de traitement, blocage ou limitation des subventions pour les patients, utilisation de doses faibles, personnel des établissements peu formé ou peu motivé, etc.

Tous ces facteurs contribuent au départ prématuré des patients de leur MMT : sur le plan national, la moitié des patients en MMT quittent le traitement dans la première année qui suit leur admission.

La réflexion de cet article se fait autour de la question suivante et à partir de résultats d'études réalisées antérieurement : quelles sont les conséquences d'un arrêt de la MMT ? Est-il sage d'envisager cet arrêt, et si oui, pour quel type de patient, et dans quelles circonstances ? En particulier, les traitements à long terme sont-ils plus efficaces ?

Méthodes : Utilisation de bases de données (MEDLINE) afin d'identifier les articles publiés sur le sujet depuis 1966 (journaux et livres). Trois différents types d'études ont été analysés :

- des études concernant des patients entrés dans un programme de méthadone à durée limitée,
- des études concernant des patients en MMT avec un arrêt programmé de la méthadone,
- des études concernant des patients qui ont quitté la MMT pour des raisons diverses ou inconnues. Ces études ne précisent pas si ces patients ont suivi un programme de sevrage avant leur départ (comme celles précédemment citées).

Paramètres analysés :

- rechute et consommation d'opiacé dans une période d'un an après l'arrêt de la méthadone (ou 6 mois ou 2 ans, suivant les différentes études). La consommation d'opiacés lors du départ, le retour à la méthadone, la mortalité et la criminalité sont également considérés comme des signes de rechute. Pas d'analyse au long cours (5 ans et plus).

Résultats :

Programme méthadone à durée limitée

Seulement 4 études ont été analysées.

L'une d'elles décrit 38 sujets. Méthadone pendant une durée de 3 mois puis arrêt. Support psychologique important. 27% ont terminé le programme avec succès. Diminution de la consommation d'opiacé pendant le traitement, puis augmentation après l'arrêt.

Une autre étude décrit la difficulté de maintenir les patients dans ce type de protocole. Et enfin, dans une étude australienne, 25% des patients en méthadone pour une courte durée ont des urines positives aux opiacés contre 18% chez des patients en MMT.

Programme MMT avec arrêt programmé de la méthadone

(D'après les travaux de Milby qui a analysé 14 études de ce type réalisées entre 1970 et 1985). Taux d'abstinence à l'héroïne après 6-12 mois d'arrêt : 33%. Cependant, certaines informations fournies par les études sont inadéquates et incomplètes, et ce chiffre serait en réalité inférieur. Le pourcentage le plus élevé est rapporté par une étude est de 46% d'abstinence pendant 2,4 ans. Une étude similaire rapporte un taux d'achèvement du programme de sevrage de 17% seulement, 83% ne montrant aucun signe de consommation de stupéfiants pendant une période de 26 mois après la fin du traitement. D'autres études mettent en évidence la difficulté de sevrer même les patients les plus motivés et les plus stables (ceux qui ont envie d'arrêter la méthadone et qui présentent des critères en faveur d'un succès).

Programme MMT abandonné pour des raisons diverses ou inconnues.

Etudes à court terme (1 ou 2 ans) publiées sur une période d'environ 35 ans.

Résultats similaires d'une étude à l'autre : une grande majorité de patients reviennent au traitement MMT peu après l'avoir quitté, ou suite à l'arrêt du traitement, utilisent des opiacés, ont des problèmes avec la loi ou décèdent. **Comparés aux patients qui restent en MMT, ceux qui arrêtent le programme s'en sortent moins bien.**

Les patients qui reprennent une consommation quotidienne d'héroïne (comparés à ceux qui n'en prennent pas) ont un passé de dépendance plus long, et des périodes de traitement plus courtes.

Une étude réalisée sur du long terme a montré que les rechutes (consommation d'opiacés) sont de 56% pour les personnes menant le traitement à bout, 76% pour ceux qui l'arrêtent en cours et 84% pour ceux qui sont expulsés.

Discussion :

- la plupart des patients ayant arrêté leur traitement méthadone n'avait pas reçu l'accord averti des médecins,
- parmi les patients programmés pour arrêter la méthadone, la plupart ont arrêté le protocole de sevrage avant la fin,
- parmi les patients ayant arrêté un programme de méthadone, la plupart ont rechuté et consommé à nouveau de l'héroïne,
- le personnel des centres se montre en général en faveur d'un arrêt du traitement,
- le taux de mortalité des patients ayant interrompu leur traitement est élevé (consommation d'opiacés à des doses élevées),
- il faut choisir le bon candidat à l'arrêt du traitement méthadone, et réaliser que peu d'entre eux possèdent les critères cliniques leur permettant d'arrêter ce traitement (abstinence de prise de drogues, emploi stable, absence de problèmes médicaux ou psychologiques, etc...),
- il existe également une raison médicale importante au maintien de ces patients en MMT : l'incidence pour le VIH diminue, et est sensiblement inférieure chez les patients en MMT pendant plus d'un an,
- on ne sait pas à l'heure actuelle comment améliorer l'avenir des patients après sevrage de la méthadone.

En conclusion, il est en effet difficile d'identifier le patient pour lequel l'arrêt de la méthadone sera suivi de succès. Les résultats sont meilleurs pour les patients maintenus en MMT (en matière de criminalité, consommation d'héroïne). Le but ne doit pas être de prévoir un arrêt futur du traitement pour chaque patient entrant en MMT. L'abstinence n'est pas un but réaliste pour tous. Il faut adapter le traitement au cas par cas.

Dr Christine RIVIERRE, Marseille

Témoignage :

L'arrêt de la méthadone

Dr Marie-Laure DE SEVERAC, Marseille

Introduction

En 2004 plus qu'avant, parce que peu à peu la toxicomanie et les toxicomanes ont changé, la prise de drogue s'apparente d'abord à une tentative d'automédication d'une psychopathologie, un moyen de prendre de la distance vis-à-vis d'une enfance détruite, ou aux deux. La toxicomanie est moins une recherche de plaisir, qu'une tentative d'évasion, de détoxification du monde.

L'objectif du soin aux toxicomanes ne saurait donc se limiter à obtenir l'arrêt ou une meilleure gestion de prises anarchiques et nocives de substances psychoactives.

Il faudra aussi aider le patient à apprivoiser sa souffrance, ou à traiter sa pathologie psychiatrique. Cela suppose un accompagnement médical et éducatif.

Il faudra encore l'accompagner vers l'autonomie, ou mettre en place un soutien suffisamment contenant à long terme.

Tout cela demande beaucoup de temps.

La méthadone accompagne et facilite grandement ce lent processus. Elle pacifie les prises de produits, apporte un peu de calme dans une vie chaotique, offre des conditions propices au soin.

Ainsi, l'arrêt de la méthadone

- **Ne sera jamais un objectif dans la prise en charge de la toxicomanie, simplement la conséquence de son évolution favorable**
- **Ne doit jamais intervenir prématurément**

Quand entamer la décroissance puis l'arrêt de la méthadone ?

Les patients sentent fort bien quand ils peuvent se passer de l'aide de la méthadone.

Mais il n'est possible de déterminer ce moment avec le médecin, que si un lien de confiance durable a pu être établi, et si la notion *d'alliance thérapeutique* est bien comprise par les deux partenaires.

Lorsque la tentative d'arrêt est prématurée, la décroissance des doses est difficile et douloureuse. Elle risque fort de déboucher sur la reprise de la toxicomanie ou sur une alcoolisation de substitution. Bien souvent la seule solution consiste alors à revenir rapidement à la posologie initiale – ce qui sera souvent vécu par le patient comme un échec.

En revanche, lorsque le moment est bien choisi, que le patient « sent » qu'il peut se passer à terme de méthadone sans risque, décroissance et arrêt sont indolores, voire faciles.

Comment diminuer puis arrêter la méthadone ?

Les conditions de l'arrêt de la méthadone dépendent des caractéristiques pharmacologiques de la molécule :

- Sa demi-vie est longue. Les signes de sevrage apparaissent donc plus tardivement, mais surtout de façon très durable, jusqu'à 2 mois pour certains sujets.
- Elle a un pouvoir agoniste μ puissant, et le patient a gardé pendant son traitement le niveau de dépendance qu'il avait acquis au cours de sa période de toxicomanie.

Il est donc à mon sens très difficile de pouvoir proposer un sevrage au cours d'une hospitalisation, sauf peut-être quand des posologies très faibles sont atteintes. Le plus souvent, nous préférons proposer un sevrage ambulatoire, qui permet aussi d'accompagner progressivement le patient dans le changement de son économie interne et dans l'idée qu'il va « vivre sans ».

En pratique :

- Diminution de 10 mg par mois jusqu'à 30 mg
- Diminution de 5 mg par mois jusqu'à 20 mg
- Diminution de 2,5 mg par mois jusqu'à 10 mg
- Et enfin, diminution de 1 mg par mois

Bien entendu, ces modalités doivent être adaptées à chaque patient. Il ne saurait y avoir de recette unique. Le « mois » est une mesure subjective. Il peut durer 15 jours ou plusieurs mois selon les patients.

Quelques règles simples :

- Attendre 15 jours après le rétablissement d'un état de confort satisfaisant pour diminuer à nouveau la posologie. Le manque se manifeste habituellement par des crampes, des lombalgies, un besoin perpétuel de mouvement, souvent une asthénie, et bien sûr, une anxiété accrue.
- La sensation de manque n'est pas 'dans la tête'. Elle est réelle, et insupportable à terme.
- La phase la plus difficile du sevrage se situe entre 5 mg et 0 mg. Elle peut être prolongée, il faut la respecter. Certains patients restent longtemps à 5 mg ou moins, voire même indéfiniment. Le médecin doit s'efforcer de les rassurer, ce n'est pas toujours aisé.

Pour mesurer 1 mg de méthadone, on peut s'aider des pipettes graduées délivrées avec les psychotropes en gouttes. Il est utile d'en avoir en stock pour pouvoir les donner aux patients.

- 30 gouttes correspondent à 1 mg de méthadone dans les conditionnements des flacons de 10 ou 5 mg (pas dans ceux de 40 ou 60 mg, qui sont plus concentrés),
- 15 gouttes correspondent à ½ mg de méthadone.

En guise de conclusion

Un sevrage réussi est un sevrage indolore
 Un sevrage réussi est un sevrage accompagné
 Un échec de sevrage n'est pas un échec
 Un sevrage définitif est parfois impossible, ce n'est pas grave !
 (mais le patient est rarement d'accord)

Souffrir ne sert à rien.

Extrait de :

Meilleures pratiques – Traitement d’entretien à la méthadone

*Préparé par Jamieson, Beals, Lalonde & Associates, Inc.
pour le Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue Santé Canada*

Durée illimitée du traitement

On a établi une corrélation entre l’obtention de meilleurs résultats et une durée plus longue du traitement, y compris un usage réduit des opioïdes illicites et une réduction de l’activité criminelle. Le traitement d’entretien à la méthadone à court terme semble donner de moins bons résultats (Ward et coll., 1998b,330-331).

La durée du traitement d’entretien à la méthadone devrait être établie en fonction des besoins individuels plutôt que de limites fixées d’avance. Il est impossible de fixer une durée optimale du traitement susceptible de convenir à tout le monde. Il est préférable que chaque personne continue à recevoir le traitement tant qu’elle en retire des avantages, ce qui constitue pour cette personne la durée optimale.

L’entretien à la méthadone pour une période indéfinie, ou même pendant la vie entière, est une possibilité pour certain(e)s client(e)s ou patient(e)s.

Suggestions pratiques recueillies sur le terrain :

- Ne demandez pas aux gens de décider s’ils veulent un traitement à court ou à long terme dès qu’ils viennent demander le traitement; les client(e)s ou patient(e)s devraient prendre cette décision après un certain temps.
- Dire aux client(e)s ou patient(e)s qu’ils(elles) peuvent poursuivre leur traitement aussi longtemps qu’elles en retirent des avantages.

Critères clairs d’interruption involontaire du traitement

Des études ont démontré que la grande majorité des personnes dépendantes à l’égard des opioïdes vont revenir à l’usage d’autres opioïdes une fois interrompu leur traitement d’entretien à la méthadone (Ward et coll., cités dans Ward, Mattick et Hall, 1998c,337). De plus, ces personnes pourraient subir d’autres dommages graves, et même des conséquences fatales. Une étude réalisée par Dole et Joseph (citée dans Lowinson, et coll., 1997, 411) a constaté que, chez les personnes renvoyées du traitement d’entretien à la méthadone, le taux de décès lié à l’abus des opioïdes était deux fois plus élevé que chez les personnes capables de poursuivre leur traitement. La principale différence entre les causes de décès est l’augmentation des décès liés à la toxicomanie après le renvoi. Depuis la réalisation de cette étude, l’épidémie des infections par le VIH, le VHC et les autres agents pathogènes véhiculés par le sang chez les utilisateurs de drogues injectables est venue aggraver les risques courus par les personnes renvoyées du traitement.

On devrait aborder avec précaution le retrait involontaire du traitement, et même l'éviter si possible. Les programmes devraient adopter une approche axée sur la solution des problèmes plutôt que sur une attitude punitive lorsqu'il est question d'obliger un(e) client(e) ou patient(e) de se retirer involontairement du traitement.

Dans une situation idéale, l'abandon graduel de la méthadone devrait être une décision prise mutuellement par un(e) client(e) ou patient(e) et le médecin qui lui prescrit la méthadone, ainsi que les autres membres de l'équipe responsable du programme (voir aussi la section 5.8 - Sevrage graduel axé sur les client(e)s ou patient(e)s).

Bien qu'il reste toujours un élément de pouvoir discrétionnaire au moment de la prise de décision concernant le renvoi d'un(e) client(e) ou patient(e), les programmes devraient fixer des critères clairs et raisonnables pouvant donner lieu à la possibilité de renvoi. Ces critères devraient être communiqués clairement aux client(e)s ou patient(e)s dès le début du traitement. Si possible, on devrait assurer un suivi approprié des personnes renvoyées, ainsi que des mécanismes de recours. Il serait idéal de pouvoir retenir les client(e)s ou patient(e)s aussi longtemps qu'ils(elles) gagnent quelque chose à poursuivre leur traitement.

Suggestions pratiques recueillies sur le terrain :

- Des ententes réciproques avec d'autres programmes pourraient permettre au(à la) client(e) ou patient(e) de passer à un programme qui lui convient mieux plutôt que d'être simplement obligé(e) d'abandonner son traitement.
- Il est important de tenir compte du contexte du comportement d'un(e) client(e) ou patient(e). Y a-t-il un problème familial ou personnel ? Le counseling serait-il utile ?
- Un mécanisme d'appel, par exemple une tierce partie ou un ombudsman neutre, devrait exister pour les client(e)s ou patient(e)s qui sont forcé(e)s de quitter le traitement contre leur volonté.
- Les programmes pourraient offrir de sevrer un(e) client(e) ou patient(e) graduellement, et plus tard, s'il se produisait une amélioration de comportement, le traitement pourrait être complètement rétabli.
- Le renvoi peut parfois avoir un effet thérapeutique, parce que le(la) client(e) ou patient(e) est obligé(e) de négocier de nouveau avec un autre fournisseur de traitement ou une pharmacie communautaire.
- Il faudrait que plus d'un(e) membre de l'équipe responsable du programme participe à la décision de renvoyer un(e) client(e) ou patient(e).
- Un sevrage brutal pourrait être responsable de surdoses et devrait donc être évité.

Ces deux pages consacrées aux conditions de l'arrêt du traitement par la méthadone sont extraites d'un rapport extrêmement intéressant de plus de 120 pages. Il est disponible sous format PDF à l'adresse suivante :

www.cds-sca.com