

# 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

Janvier 2005

N° 19

- **Editorial** page 3  
*Comité de rédaction*
- **Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique** page 5  
*Yves LEDOUX, Jean-Paul BROHÉE*  
*Association Pharmaceutique Belge*
- **Analyse bibliographique :** page 14  
**Thérapie de maintenance avec les opiacés de synthèse, et aptitude au volant**  
*Dr Christine RIVIERRE, Marseille*
- **La substitution vraie, une fausse bonne nouvelle** page 17  
*Fabrice OLIVET, ASUD Paris*
- **Interruption du traitement de maintenance par la méthadone** page 21  
*Guidelines australiens pour l'utilisation de la méthadone*
- **Pratiques comparatives de prescription des MSO** page 24  
*Dr Ariane MA, Montreuil*

# 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.  
Protoc  
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](mailto:novamb@club-internet.fr)**

## Editorial

Pour ouvrir ce premier Flyer de l'année 2005, nous ne résistons pas à l'envie de vous faire partager le bonheur de ceux qui reçoivent la lettre du Réseau Ville Hôpital de l'ADMITL (Association Départementale Médecins et Intervenants en Toxicomanie – Loire).

L'éditorial de la lettre de Juin 2004, écrit par le Dr Jean-Michel DEFAYOLLE :

### **Une journée chez les drogués !**

Prévenus par de mystérieuses invitations sur le web et par courrier confidentiel, plus de dix mille toxicomanes vont rejoindre, au nez et à la barbe de la gendarmerie, leur lieu de rendez-vous annuel. Ils se pressent de bon matin, venus des quatre coins de France, et il se murmure que cette année, des adeptes venus d'Angleterre, d'Allemagne et même d'Australie se joindront à la fête.

Le lieu, un immense hangar, des tentes dressées avec un professionnalisme qui étonne de la part de ces marginaux et des enfilades de salles préfabriquées manifestement prévues pour autre chose que la célébration de la drogue la plus dure au monde.

Les moyens : impressionnants, un service digne d'une visite présidentielle qui laisse suggérer des complicités en haut lieu, nous avons même pu repérer des gendarmes manifestement corrompus ou complices et un de nos indicateurs nous a signalé la présence d'un personnage galonné arborant des insignes de préfet. Nous n'osons imaginer qu'il puisse s'agir d'autre chose qu'un vulgaire imposteur mais l'état de corruption et de licence qui règne actuellement au sein des plus hautes sphères de l'état nous autorise aux suppositions les plus noires.

Ce sont cent, mille, des milliers de drogués dont le faciès réjoui prouve bien le degré de déchéance auquel la drogue les a conduits qui se pressent autour des tables vouées à la célébration de ce produit terrible qui réduit notre jeunesse à l'état de zombies balbutiants ; et il faut les voir apprécier doctement avec des mines extatiques les « qualités » de ce messenger de la mort pour réaliser combien la drogue est un fléau qui menace même les fondements les plus sacrés de notre société. En effet, dans ce qu'on pourrait croire un ramassis de déchets improductifs se nichent des assureurs, des médecins, des procureurs, voire même des chefs d'entreprise, pervers adorateurs de cette substance mortifère qui mine les fondations mêmes de notre culture.

Nous n'avons bien entendu, faute des signes de reconnaissance secrets des adorateurs de la mort noire, pas pu pénétrer au cœur des rituels les plus abjects mais il est clair, selon nos informateurs, que cette gigantesque « rave-party » a pour but de sélectionner les produits les plus dangereux et d'en encourager la vente, au besoin en communiquant le nom des dealers les plus fameux à la face du monde ; nous n'avons pas peur de l'affirmer, il s'agit bien là d'un complot visant à répandre la drogue la plus mortelle au sein de toutes les couches de la population et nous ne pouvons, au risque de nous répéter, que demander encore une fois : « Que fait la Police ! et « A qui profite le Crime ! ».

*C'était le samedi 17 avril 2004 à Mâcon, cinquantième édition du Concours National des Grands Vins de France dont je suis dégustateur officiel depuis dix-sept ans ; je me suis payé vingt-quatre Corbières d'affilé (en recrachant of course)...et c'était vachement bien !*

Jean-Michel DEFAYOLLE

Suite de l'éditorial page 4

L'APB, l'Association Pharmaceutique Belge, nous permet de reproduire ici les résultats d'un travail titanesque, coordonné par Yves LEDOUX, qui présente l'originalité d'être une évaluation faite par des professionnels 'LES PHARMACIENS D'OFFICINE', dont chacun s'accorde à reconnaître l'intérêt et les mérites dans la prise en charge des pathologies de la dépendance, et notamment quand il s'agit des médicaments de substitution opiacée. Cette étude, présentée lors d'une conférence organisée par l'APB et la Politique Scientifique Fédérale à ANVERS le 20 novembre, survient dans le contexte d'un Arrêté Royal qui vient d'être rendu, dont les objectifs sont les suivants :

- **Légaliser les traitements de substitution**, autour desquels, auparavant, il y avait effectivement quelques flous médico-juridiques.
- **Rendre le traitement de substitution accessible**, bien que l'on puisse considérer que dans ce pays, la méthadone ait une accessibilité supérieure à la moyenne des pays européens (avec, il est vrai, un gradient Flandre-Bruxelles-Wallonie, dont il fut très largement question à Anvers, au cours de la présentation).
- **Sécuriser le cadre de prescription et de délivrance**. Certains intervenants n'ont pas manqué de souligner que, ce que l'on appelle le modèle belge, n'a pas de conséquence en terme de surmortalité par overdose de méthadone, malgré la disponibilité de cette dernière.
- **Le respect de la vie privée.**

**L'arrêté royal définit la possibilité donnée à des médecins généralistes de prescrire la méthadone, dès lors que ceux-ci ont été désignés, soit par un réseau de médecins, soit par un Centre de Soins Spécialisés. Ces 'enregistrements' sont transmis aux autorités locales (équivalent médecin DDASS et CPAM).** Ces médecins sont désignés par les réseaux et les Centres de Soins sur la base de leur expertise dans le domaine de la prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés, et leur capacité à organiser et assurer une prise en charge globale du patient. Notons aussi que différents intervenants ont souligné la difficulté relative de la buprénorphine à s'installer comme un traitement de première intention, dès lors que les médecins, et peut-être les patients, ont 'domestiqué' la méthadone.

C'est également l'une des conclusions du travail d'enquête du Dr MA. Cette enquête, qui n'avait pas comme ambition de définir un profil de prescription des MSO (la méthodologie et les moyens mis en œuvre ne le permettent pas) mais plutôt d'évaluer des comportements de prescription, souligne effectivement la relation qu'il peut y avoir entre le cadre légal (et l'histoire) de la mise sur le marché des traitements de substitution et le position hégémonique de l'un par rapport à l'autre.

Enfin, la rédaction remercie Fabrice OLIVET, qui nous fait partager sa réaction par rapport au concept de 'substitution vraie', développé récemment. Ceci nous permet de rappeler que les Usagers de Drogue et leurs représentants, qui par ailleurs sont présents dans de nombreuses commissions et organisations pour faire valoir leurs avis, voient les colonnes du Flyer ouvertes à leur envie de communiquer vers les Intervenants en Toxicomanie, dans les mêmes conditions que l'ensemble des rédacteurs d'articles.

**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.**

# Synthèse de l'étude

## « Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique »

Auteur : Yves Ledoux , Promoteur : Jean-Paul Brohée

Association Pharmaceutique Belge

Nous présentons ici une synthèse en deux parties du travail réalisé par l'APB. La première est consacrée à l'évaluation réalisée par le pharmacien d'officine. La seconde est une analyse de l'auto évaluation des patients eux-mêmes.

### A. Evaluation réalisée par les pharmaciens

L'évaluation par les quelques 300 pharmaciens de plus de 1200 patients a mis en évidence

1. Les caractéristiques **socio-démographiques** des pharmaciens qui délivrent et celles des patients en cure substitutive. Les différences entre Communautés sont majeures : patients plus jeunes avec donc une moindre ancienneté de la toxicomanie en Flandre (30,2 ans en moyenne pour 32,5 ans dans la Région Wallonie-Bruxelles). Les deux Provinces de Flandre (Occidentale et Orientale) ont une forte proportion (autour de 45 %) de patients de moins de 25 ans. A l'autre extrême, les patients de la Région bruxelloise sont les plus âgés du pays (48 % ont plus de 35 ans). Etant donné la relation étroite entre l'âge des patients et l'ancienneté de la toxicomanie, la proportion de patients âgés (les plus de 41 ans, par exemple) fournit une indication sur les provinces dans lesquelles l'usage d'opiacés est le plus ancien : Bruxelles, Anvers, le Limbourg et Liège, alors que les deux Flandres auraient été concernées le plus récemment par un développement de l'usage d'opiacés.

2. La **durée du contact** du patient en officine est en moyenne de 32 mois (plus du tiers des patients ont moins d'un an et 21 % plus de 4 ans de contact). En Flandre, 45 % des patients ont moins d'un an de contact (10 % ont plus de 4 ans) et 32 % dans la Communauté française (25 % avec plus de 4 ans de contact). Une comparaison avec la durée du traitement avec le médecin actuel est indispensable : une durée moyenne de 44 mois est observée. Dans 44 % des cas, la durée en officine est inférieure à celle de la prise en charge médicale actuelle, mais dans près de 30 % des cas, le patient vient dans l'officine depuis plus longtemps que chez son médecin actuel. Dans ces situations, le pharmacien d'officine constitue donc un ancrage de la continuité des soins.

3. Le **dosage** de la méthadone prescrite (*ndlr : nous préférons le terme de posologie plutôt que de dosage, le premier caractérisant mieux la pratique d'un médicament*) est de 47,2 mg en moyenne (écart-type : 45,1 ; n=1042). En Flandre, le dosage est plus faible avec 34,7 mg (48,9 mg dans la communauté française). Il s'agit donc de dosages faibles, que des experts étrangers ne manqueront pas de critiquer. Les effets bénéfiques de dosages de 60 mg ou plus sont relevés dans la plupart des études, tant au point de vue de la rétention en traitement, que de l'impact sur la réduction de la poursuite de l'usage d'héroïne. Un des paradoxes du traitement substitutif en Belgique ne serait-il pas que la « prudence » qui accompagne la libéralisation de cette orientation thérapeutique ne produise un effet pervers, en n'empêchant que trop faiblement la poursuite des comportements d'addiction ? Les accidents mortels au Limbourg au début de l'année 2003, pour lesquels on a rapidement conclu à l'implication de thérapeutes ne peuvent-ils pas tout aussi bien s'interpréter à la lumière de dosages trop faibles ? Ce paradoxe de la prudence nous semble une dimension fondamentale de l'approche sociale de la clinique et de ses effets. Etant donné la nature de la toxicomanie, l'excès de rigueur et de contrôle dans la prise en charge de ces patients, motivée par le souci apparemment légitime de leur protection, conduit à un effet contraire : une recherche d'échappatoire (rupture de la relation thérapeutique), de détournement ou plus simplement l'usage d'autres substances. Les conséquences en sont parfois dramatiques. Sans tomber dans le « tout laisser faire », la prise en charge des problèmes d'addiction force à la souplesse, à la négociation et au compromis des professionnels. Tout effort pédagogique pour éviter une vision trop simpliste de la protection de l'usager mérite ainsi d'être poursuivi, malgré les résistances de nature essentiellement idéologiques.

4. **Les modalités de supervision de la délivrance de méthadone**, qui reflètent à la fois des représentations et attitudes de la profession de pharmacien, mais aussi celles du corps médical, n'échapperaient pas non plus au paradoxe de la prudence. Ceci ne sera cependant démontré que dans la suite de l'étude. En attendant une analyse approfondie, le rapport actuel présente une approche descriptive des différences entre les Communautés dans les pratiques de délivrance du médicament qui permet néanmoins de prévoir une confirmation ultérieure du paradoxe de

la prudence. Il ressort de la comparaison, le développement d'une supervision extrêmement forte en Flandre où 60 % des patients reçoivent la méthadone quotidiennement (moins de 9 % dans la Communauté française) et 41,3 % prennent le médicament sur place (3,1 % dans la Communauté française). La forme de la préparation présente aussi une spécificité communautaire, avec 80 % de méthadone en sirop en Flandre et 77 % en gélules à Bruxelles et en Wallonie. L'étude met aussi en évidence l'existence d'un rôle de tiers dans la délivrance de la méthadone. Quoique ces différences trouvent aussi leur origine dans les différences épidémiologiques de la toxicomanie entre les deux Communautés, un test de la forte supervision a été réalisé pour situer l'impact de l'âge et de l'ancienneté par rapport à l'appartenance communautaire : le rôle de cette dernière est neuf fois plus important que celui de l'ancienneté de la toxicomanie. Autrement dit les aspects culturels de la politique des soins substitutifs sont plus fondamentaux que les aspects objectifs de la toxicomanie. De telles différences dans l'organisation de la délivrance de la méthadone devraient en toute logique avoir des effets sur la situation des patients. Or, nous sommes contraints de constater que, dans une acception traditionnelle qui privilégierait un contrôle plus strict de l'accès au médicament, les effets ne sont pas ceux attendus. L'étude permet, dans sa deuxième partie consacrée à l'analyse du protocole auto-administré, de mettre en évidence une tendance des patients de Flandre à conserver au moins autant que ceux de Wallonie-Bruxelles des comportements à risque tels que la poursuite de l'usage d'héroïne ou même plus fréquemment que ceux-ci, un usage par injection. L'usage de cocaïne est aussi très prévalent chez les patients de Flandre. Bref, il ne semble pas que les restrictions à l'accès au médicament en Flandre se traduisent par un effet particulièrement favorable sur la situation des patients. Nous affirmons ceci sans volonté polémique aucune, mais dans un souci de souligner le paradoxe fondamental, spécifique au problème de l'addiction.

5. Les **difficultés rencontrées dans l'accueil en officine** des patients avec cure substitutive ne peuvent être éludées. Certains pharmaciens sont très réticents à accueillir ces patients. Sur 800 pharmaciens qui ont répondu au questionnaire descriptif, une trentaine ont indiqué ne pas vouloir (ou ne plus vouloir) accueillir ces patients. Les raisons évoquées sont surtout l'insécurité et les perturbations engendrées dans la clientèle. Ceci n'est pas le propre de la profession puisque le nombre de médecins qui prescrivent un traitement de substitution reste aussi relativement faible en Belgique (selon nos estimations, entre 1500 et 2000), malgré une prise en charge d'un seul patient chez de nombreux praticiens. L'APB comme les autres organisations professionnelles encouragent toutefois l'accueil en officine des patients en cure substitutive. Pour analyser la situation vécue par les pharmaciens, un indice des problèmes présentés par le patient (ne paie pas normalement, gêne les autres clients...) a permis de mettre en évidence qu'un tiers de l'échantillon est concerné. Un nombre optimum de patients par officine, qui réduit la probabilité de rencontre de problèmes comportementaux, est observé : avec de 4 à 5 patients en cure substitutive, les problèmes rencontrés sont significativement moins fréquents.

La co-prescription de benzodiazépines (Risque relatif : 1.66) et surtout celle de flunitrazépam constitue un facteur de risque (Risque relatif : 2.39) de tels problèmes comportementaux. La mesure de l'existence de problèmes comportementaux est un indicateur qui n'épuise pas l'évaluation de la situation du patient, mais constitue un indicateur intéressant, car il se situe en dehors des cadres usuels de l'évaluation.

6. Le type de **rapports qui s'établissent entre le pharmacien et le patient** a été étudié ici pour la première fois. Il n'y a en effet pas d'exemple dans la littérature de prise en compte de ces relations. En réalisant une analyse à partir du point de vue du pharmacien, son attitude se caractérise en première instance par une dimension d'empathie envers le patient en cure substitutive. A cette attitude répond en écho (avec une corrélation de  $r = .24$ ), la dimension première de celle du patient, obtenue dans le protocole auto-administré, que nous avons qualifiée de reconnaissance du rôle du pharmacien dans la cure. Ceci souligne l'existence d'une relation entre pharmacien et patient, qu'il faut qualifier, faute d'un vocabulaire spécifique, de relation d'aide ou thérapeutique. De façon inverse au « désenchantement » des pharmaciens vis-à-vis de certains patients, répond le « malaise » de ces derniers ainsi que leur « absence de fidélité » ou de « compliance (ou observance) » (avec une corrélation de  $r = .18$ ) dans leur fréquentation de l'officine. Bref, il existe un parallélisme en positif ou négatif entre les attitudes des uns vis-à-vis des autres.

L'attitude des pharmaciens de Flandre se distingue par une tendance à plus vouloir intervenir dans la prise en charge et ils se définissent aussi plus par une relation thérapeutique avec le patient. On notera que des distinctions d'attitudes apparaissent aussi jusqu'au niveau de la localisation par Province. Les pharmaciens de la Région de Bruxelles-Capitale ont ainsi la plus forte empathie envers leurs patients, suivis de ceux du Brabant flamand. Les pharmaciens les plus "désenchantés" se retrouvent au Luxembourg, à Anvers et en Flandre Occidentale.

En ce qui concerne l'attitude selon le degré de supervision, la prise quotidienne en officine ne garantit pas plus d'empathie de la part du pharmacien, mais bien plus de désenchantement. Bien entendu ? les pharmaciens sont alors plus proactifs et ont une relation qu'ils définissent comme plus thérapeutique, et une configuration identique s'observe avec les patients qui prennent le médicament dans l'officine. Une forte supervision s'accompagne donc d'un set d'attitudes congruent chez le pharmacien qui tend à soutenir et renforcer cette pratique. La situation dans la Communauté française est très éloignée de ce modèle de stricte supervision, malgré des recommandations d'autorités médicales ou de la pharmacie, la pratique des intervenants tend à valoriser la relation de confiance et, en tout cas, à ne

pas poser à priori la défiance comme base de la relation avec le patient. Ceci n'empêche pas des déceptions et l'étude confirme un accroissement du désenchantement selon la durée de la prise en charge. Toutefois, l'empathie ou la proximité affective du pharmacien croît, elle aussi, avec la durée. L'évolution des attitudes du pharmacien selon la durée du contact respecte ainsi la réalité des améliorations ou détériorations des situations individuelles des patients, sans qu'il ne soit possible d'observer, par exemple, de lassitude généralisée chez les pharmaciens.

7. Nous réservons pour la suite de l'étude, l'analyse de l'estimation de la proportion de patients pour lesquels les pharmaciens ont une appréciation défavorable ou favorable, avec des mesures de l'évolution des patients dans les suivis qui seront réalisés.

8. L'étude fournit pour la première fois des précisions sur une population qui a échappé jusqu'à présent à tout recensement : **les patients domiciliés en France** qui traversent la frontière et, avec une prescription d'un médecin belge, obtiennent la méthadone dans une pharmacie du Hainaut (essentiellement). Le nombre de ces patients a fluctué selon la réaction des autorités face à la concentration de ces patients chez quelques praticiens. Autour de l'année 2000, le nombre a certainement atteint près de 2000 patients et actuellement, il a sans doute diminué de moitié. L'évolution de la politique des soins en France, avec une plus grande disponibilité de la méthadone, serait, bien entendu, propre à réduire ce phénomène. Le soutien de réseaux transfrontaliers avec une conjonction d'efforts de praticiens belges et français reste à l'ordre du jour.

## **B. Auto-évaluation des patients en cure substitutive**

Une auto-évaluation, grâce à un protocole très détaillé (étant donné son volume, il n'a pas été joint à ce travail de synthèse, mais peut-être obtenu en écrivant à [yves.ledoux@coditel.net](mailto:yves.ledoux@coditel.net)), a été réalisée par 400 patients en cure substitutive. Cette partie importante de l'étude nécessitait un effort particulier de la part des répondants pour remplir une telle anamnèse transmise par leur pharmacien. Le protocole utilisé a été testé par deux « focus groups » de pharmaciens et de patients. Il a fort bien été accueilli par les patients et on peut même parler d'un rôle « thérapeutique » de l'instrument qui a permis au patient de faire le point et de prendre du recul sur sa situation tout en lui donnant une parole souvent confisquée. Certains accents des commentaires rédigés dans les parties « ouvertes » du questionnaire ont révélé une dimension humaine de l'expérience de la « maladie » et fait surgir un autre paradoxe de la cure substitutive ou de la « maintenance » : le dilemme de la maladie chronique. Autant pour les experts de la toxicomanie, celle-ci est à classer parmi les maladies chroniques, les perturbations biochimiques de la prise d'héroïne se révélant rapidement avoir des effets irréversibles, autant pour le patient qui s'est engagé dans une cure, il apparaît impensable de se considérer comme voué à « maintenir » à vie l'utilisation d'un substitut opiacé. En cela, le traitement dans le sens que lui donne le patient, diffère profondément des autres maladies chroniques (le diabète, par exemple). Les arrêts de cure sont souvent illustratives, moins d'une « rechute » au sens habituel, que, dans un premier temps en tout cas, d'un sursaut volontaire à tenter de s'en sortir en quittant le cercle perçu comme fermé sur lui-même de la substitution. Environ 30 % des patients ont tendance à se plaindre de la longueur du traitement ou d'une difficulté à arrêter celui-ci. Certains adressent sous forme de supplique une demande « d'autre chose », en fait de trouver un autre médicament. Ceci permet de légitimer, pour un nombre non négligeable de patients, la substitution de la méthadone par un médicament hybride (agoniste et antagoniste) tel le Subutex®. Un suivi des passages de la méthadone au Subutex® mériterait de se développer, ainsi que la précision des facteurs spécifiques favorables à une telle orientation clinique, les études scientifiques étant encore muettes à cet égard.

### **1. Qualité des relations avec le médecin et le pharmacien**

En donnant la parole aux patients, la méthode utilisée dans l'étude se conforme à la réalité observée dans la pratique thérapeutique : **ce qui signe le succès d'un traitement dépend en grande partie de l'implication du patient, de son observance et de la qualité de la relation avec le médecin.** Quant à l'impact de la relation avec le pharmacien, aucune étude ne l'avait encore abordée. Or le développement en Belgique de l'accès en médecine libérale à la méthadone nécessite une présence de première ligne du pharmacien d'officine. Il fallait donc se donner les moyens méthodologiques d'étudier les relations du patient en cure substitutive avec le médecin mais aussi avec le pharmacien. Pour mesurer « ce qui se passe » entre le patient et le médecin, un instrument proposé (disponible en français et traduit en néerlandais par Jan Lagrain) par l'Institute for the Study of Therapeutic Change de Chicago a permis de quantifier l'Alliance thérapeutique du patient. Cette notion clé est largement mise à l'épreuve dans l'évaluation des psychothérapies et fournit de façon synthétique la mesure du succès d'un traitement dans lequel l'implication du patient est cruciale. L'étude confirme de façon étonnamment forte le rôle joué par l'Alliance thérapeutique dans l'apport de la cure pour le patient (voir plus loin « Douzième constat »). A tel point que la mesure de cette Alliance peut quasiment se substituer à toute autre pour indiquer si le traitement est plus ou moins une réussite ! **La relation avec le pharmacien**, et notamment la dimension de la reconnaissance de son rôle par le patient, se situe

immédiatement à la suite de l'Alliance avec le médecin pour « expliquer » l'apport de la cure pour le patient. Ce travail sur la relation avec le pharmacien, qui ponctue en point d'orgue le rapport, est encore exploratoire et le développement d'une échelle propre, semblable à celle de l'Alliance thérapeutique est envisagée. Quoiqu'il en soit, l'étude démontre qu'il est impossible aujourd'hui d'évaluer l'impact d'une cure substitutive sans tenir compte de « ce qui se passe » entre le patient et le pharmacien.

Ceci devrait contribuer à légitimer la reconnaissance sociale du pharmacien pour son rôle dans le traitement de substitution, ce qui se traduirait concrètement par un honoraire spécifique.

## 2. Nouveautés concernant les caractéristiques des patients en cure substitutive

Les aspects historiques individuels antérieurs et postérieurs au développement de la toxicomanie ont été repérés avec précision. Il est apparu fondamental de reconstruire l'origine sociale des patients, de comprendre son lieu et mode de vie, mais aussi de retracer le parcours souvent complexe des personnes au travers des institutions « totales » (c'est-à-dire celles qui prennent complètement en charge le vécu quotidien, du « home » à la prison en passant par l'hôpital psychiatrique) dans lesquelles de nombreux patients ont vécu et de suivre leur parcours thérapeutique, avec une chronologie des types de soins entrepris.

Premier constat : **l'origine sociale** des patients, contrairement à ce que l'on entend souvent sur la toxicomanie qui toucherait tous les milieux sociaux, est très fortement marquée par une **appartenance au milieu ouvrier** (près de 2/3 des patients ont un père ouvrier). Cette origine ouvrière constitue, par sa prévalence massive, une découverte importante de l'étude. Elle permet d'envisager de nouvelles hypothèses sociologiques sur l'origine de la toxicomanie à l'héroïne, notamment la fragilisation des familles ouvrières après la période des « trente glorieuses », avec une décomposition des solidarités sociales de la classe ouvrière et un repli familial. Les rapports entre l'origine sociale et le niveau scolaire atteint indiquent une forte « reproduction » pour les francophones alors que les patients de Flandre semblent parvenir à une mobilité ascendante. Il y aura lieu de vérifier dans la poursuite de l'étude si cela correspond à une dimension sociologique différente de ce qui est observé dans la population générale.

Deuxième constat : Près de la moitié des patients vivent en couple, et dans ce cas pour **38 % le partenaire est « toxicomane » mais presque toujours en cure substitutive** lui aussi. Il y a donc chez près de 18 % de l'ensemble des patients une dimension « de couple » dans le traitement. Dimension qui ne devrait pas échapper aux cliniciens. Le soutien d'un partenaire abstinent est apporté fort heureusement pour 43,5 % des patients. L'étude vérifie aussi à quel point l'entente avec le partenaire constitue une dimension de la qualité de vie et de l'amélioration vécue grâce au traitement. Ici comme à d'autres moments, il est difficile de trancher sur l'origine causale. Est-ce l'amélioration qui favorise l'entente avec le partenaire ou celle-ci qui soutient l'amélioration ? La comparaison inter-communautaire fait ressortir un plus grand isolement (40 %) des patients de Wallonie-Bruxelles, en partie lié à leur âge et à une évolution de la toxicomanie qui pousse aux ruptures affectives.

Troisième constat : La situation sociale actuelle des patients est dominée par **l'absence d'insertion professionnelle** pour 64 % avec une forte différence selon la Communauté. 74 % des patients de Wallonie-Bruxelles et 55,6 % des patients de Flandre sont sans emploi. La situation d'exclusion sociale est donc assez virulente pour les patients francophones. Les patients de France (que nous évoquerons plus loin) se distinguent de façon spectaculaire en étant seulement 25 % à ne pas travailler. Le fort taux d'occupation de ces patients caractérise donc les patients qui recherchent depuis la France une maintenance à la méthadone. Le dispositif de soins français devrait tenir compte de la situation de ces personnes, qui, insérées socialement, recherchent une possibilité de sauvegarder leur statut, en adoptant une procédure beaucoup plus souple de délivrance de la méthadone à leur égard.

Un premier résultat négatif de la cure substitutive est l'absence d'évolution favorable de l'insertion professionnelle des patients selon la durée de la cure. Si la cure substitutive ne contribue pas à l'acquisition d'un emploi, il reste néanmoins possible, qu'elle évite de le perdre au patient qui en a déjà un. Des efforts importants devraient toutefois encore se développer pour favoriser l'emploi des patients, puisque la cure elle-même n'y contribue pas directement. La situation se complique encore malheureusement, par l'existence d'une proportion importante de patients, 31,5 % du côté francophone et 25 % des patients flamands, qui ne se sentent pas en état de travailler et 12 % des francophones et 13,6 % des patients flamands qui déclarent ne pas souhaiter travailler. Cette désaffection du travail augmente même avec la durée du traitement. Le sentiment d'exclusion sociale croît ainsi avec la durée de la cure substitutive. Ceci rétrécit d'autant plus la marge de manœuvre pour favoriser l'emploi des patients.

Quatrième constat : Les patients ont un lourd passé de prise en charge totale en **institution fermée**. La moitié a connu soit la prison ou le « home », avec 19 % qui ont connu les deux. 40 % ont connu la prison et 28 % le home. La prévention la plus efficace doit donc s'orienter dans les institutions de protection de la jeunesse, pour éviter l'emballement comportemental qui conduit à la toxicomanie. Si on considère la prison comme une « école du crime »,



l'école de la toxicomanie se déploie certainement dans ces institutions. Beaucoup plus, nécessairement (voir le phénomène de « reproduction », évoqué plus haut), que dans les écoles secondaires (et surtout en section humanités), où trop de campagnes de prévention ont tendance à disperser leurs efforts. Toute proposition structurée de prévention de l'usage de drogues dans les institutions de protection de la jeunesse devrait donc recevoir un soutien des autorités compétentes.

### 3. Situation actuelle du traitement en Belgique

Premier constat : La **médecine générale en cabinet privé** est devenue la modalité majoritaire où se prescrit la méthadone. Pour adopter une formule imagée : la méthadone est soluble en médecine générale. Plus dans la Communauté française (56,4 % - sans tenir compte des patients de France qui sont presque tous pris en charge en médecine générale) qu'en Flandre (34,4 %). Dans cette dernière communauté, les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (M.A.S.S.) constitueraient ma prise en charge modale avec 37 %. Précisons que nous parlons par extension de médecine générale, puisque dans 10 % des cas il s'agit d'un spécialiste en cabinet privé. Les maisons médicales avec près de 16 % jouent un rôle non négligeable en Communauté française. Nous n'avons pas été en mesure de distinguer la prise en charge par des médecins en réseau ou pratiquant de façon isolée. Les réseaux de médecins en cabinet privé constituent cependant une modalité fondamentale pour favoriser la formation continue et les échanges entre praticiens. Les conclusions émises en 1997 lors du Suivi de la Conférence de Consensus (Ministère de la Santé) ne sont pas obsolètes à cet égard.

Deuxième constat : Les **cures en Centre spécialisé (mais pas dans les M.A.S.S.) ont des patients avec le passé institutionnel le plus chargé**, avec près de tiers qui ont déjà eu un séjour en institution totale. Il n'y a quasiment pas de différence sur ce point entre la médecine générale et les M.A.S.S. (environ 45 % de passé institutionnel lourd), ce qui peut surprendre.

Troisième constat : En ce qui concerne le passé thérapeutique selon la modalité actuelle, l'étude tente diverses approches méthodologiques pour étudier la dynamique du recours aux soins. Une telle analyse n'ayant encore jamais été tentée en Belgique, il s'agit donc de résultats à manier avec prudence et nécessitant une confirmation avec d'autres échantillons. Dans un premier temps, on peut tenir compte de l'ensemble des types de soins antérieurs. En comparant les modalités de soins actuelles selon la présence ou l'absence dans le passé des types de soins effectués on constate que les différences sont peu significatives. Ce qui signifie qu'en adoptant cette approche qui cumule tous les traitements suivis, les circuits de soins ne se distinguent donc pas de façon nette les uns des autres. En comparant par communauté, on notera toutefois globalement en Flandre une prise en charge plus fréquente antérieure en Communauté thérapeutique (42 % pour seulement 22 % chez les francophones) et aussi en centre spécialisé (33 % pour 20 % en communauté française). On dira alors que le « circuit » en Flandre est composé d'instances de soins plus « lourdes » ou si on préfère d'institutions de prises en charge plus totales. N'oublions pas que les patients de Flandre sont plus jeunes et ont moins d'ancienneté dans la toxicomanie que les francophones. Ceci aurait pu entraîner une prise en charge cumulée moins importante en Flandre, or c'est l'inverse qui se produit, à la fois en types d'instances de soins fréquentées et aussi en nombre. Donc : plus de traitements différents et plus « lourds » en Flandre que chez les francophones alors que les patients sont plus jeunes. A moins de considérer que malgré tout les patients de Flandre seraient différents par leur « gravité » de la toxicomanie, ce qui ne se vérifie pas sur des mesures sociales, il faut bien se rendre à l'évidence d'un « effet de dispositif de soins ». On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une conséquence du retard dans la diffusion de l'utilisation de la méthadone et de la moindre volonté d'implication des médecins généralistes flamands dans la prise en charge substitutive de patients toxicomanes.

Pour revenir à l'analyse du passé thérapeutique selon les types de soins actuels, les résultats incitent en tout cas à la **prudence avant d'affirmer que les patients de telle ou telle modalité sont des patients plus « lourds »**. La situation est très embrouillée et on assiste à des circulations entre les modalités thérapeutiques qui ne semblent pas répondre à une rationalité particulière ; un peu comme si beaucoup de patients « essayaient » ce qui existe, poussés par des opportunités plus que par quelque schéma organisé. Il nous semble donc assez illusoire de vouloir construire des circuits de soins ou en tout cas, on constate que la réalité ne correspond pas à une telle rationalité (voir le cinquième constat).

Quatrième constat : Si la médecine générale est majoritaire, en regardant l'ensemble des traitements à un moment donné, elle l'est presque tout autant avec 48 % au niveau de **l'entrée dans le « circuit de soins »** au début de la carrière thérapeutique des patients. Autrement dit, la médecine générale est à la fois dans un cas sur deux la première ligne et dans plus d'un cas sur deux tout autant la troisième ligne ! De plus, l'entrée dans le circuit de soins s'est fait directement par une cure substitutive pour 2/3 des patients. Ceci suffirait à démontrer l'importance acquise par la méthadone en Belgique dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés.

**Cinquième constat** : En poursuivant l'analyse des trajectoires de soins, nous avons observé que plus d'un quart (27 %) des patients sont au moment de l'étude à leur première prise en charge, 31 % à leur deuxième, 22 % à leur troisième et 20 % en ont eu quatre ou plus. Mais ce qui est important à souligner, c'est surtout le rapport observé entre la porte d'entrée dans le « circuit » et le nombre de prises en charge différentes ultérieures ou encore la nature de celles-ci. Tout d'abord en ce qui concerne la complexité des trajectoires, **une entrée par une maison médicale ou par un médecin en pratique privée favorise une moins grande variété de soins ultérieurs**. Ensuite, en ce qui concerne la poursuite des soins selon leur type, 73,5 % des patients qui ont commencé en pratique privée sont au moment de l'évaluation toujours en pratique privée. Il est 4 fois plus probable d'être entré par la pratique privée, si on y suit une cure au moment de l'évaluation. Un tiers de l'ensemble des patients a ce type de trajectoire. Par ailleurs, la force d'attraction de la pratique privée est encore manifeste avec 19 % qui y aboutissent en commençant par un autre type de prise en charge. De même, les maisons médicales ont aussi une très forte auto-attraction : il est près de sept fois plus probable en étant suivi actuellement en maison médicale, d'y avoir commencé son parcours de soins. Par contre la pratique privée et les maisons médicales ne « s'attirent » pas et au contraire il est deux fois moins probable de se trouver dans l'un(e) en ayant débuté par l'autre.

En ce qui concerne les centres spécialisés ou les M.A.S.S., nous observons une forte attraction mutuelle (4 fois plus probable de passer de l'un à l'autre), alors que c'est l'inverse vis-à-vis de la pratique privée. On pourrait à première vue estimer que cela reflète une gravité différente de la toxicomanie, qui découpe le champ thérapeutique en institutions « lourdes » (M.A.S.S, centres spécialisés), maisons médicales et cabinets privés. Nous ne pouvons pas confirmer sur base de l'étude cette conception de bons sens. En effet, nous ne constatons pas une « gravité » spécifique des patients des M.A.S.S., par exemple. Ceux-ci se distinguent des autres modalités de cure par :

1. Une proportion de patients plus **réduite** d'incarcération antérieure (22,4 % , alors qu'elle est de 53,2 % dans les autres centres spécialisés).
2. Une **moindre** proportion d'usage de la méthadone au noir (24,4 % pour 51,2 % dans les maisons médicales).
3. Pour les autres caractéristiques qui distinguent les types de prise en charge : la latence de la première prescription de méthadone, l'usage actuel d'amphétamines ou de XTC ou l'indice des problèmes comportementaux en officine, les patients des M.A.S.S. sont dans la moyenne (alors que ceux des maisons médicales ont les situations les plus défavorables). Si tendance à la gravité de la situation de patientèles il y a, quoi que ces éléments ne constituent pas une échelle de gravité, ce serait plutôt pour ces patients des maisons médicales.

On doit donc sortir d'une vision de bon sens qui classerait les types de soins selon des critères à-priori de « lourdeur » ou de gravité. Il y aurait une **relative uniformisation des patientèles**, et la circulation des patients dépendrait de facteurs externes, ou d'une attirance pour un type de structure d'accueil, indépendamment de la « gravité » de leur cas.

Ce résultat, ne simplifie pas la politique des soins dans le domaine ! Toutefois, cette étude ne prétend pas clore le débat. Il serait souhaitable de réaliser une étude évaluative des différences à l'admission des patientèles des différentes modalités de soins avec un bon instrument incluant un indice de gravité (Evolutox<sup>1</sup>, par exemple) et sur un échantillon plus vaste.

**Sixième constat** : Le nombre de médecins prescripteurs de méthadone depuis la première rencontre avec le médicament est réduit : 73 % des patients n'ont pas eu plus de deux médecins (35 % n'en ont eu qu'un seul). Seuls 4,5 % ont connu plus de 6 médecins. Le « papillonnage » entre de nombreux médecins pour obtenir la méthadone est donc un phénomène rare et la « fidélité » est très nettement la règle. Au cours d'une année (l'année écoulée), 86 % des patients n'ont eu qu'un seul médecin prescripteur. Autrement dit, 14 % de patients ont changé de médecin dans l'année et seulement 2,6 % en ont eu 3 ou plus.

Nous ne confirmons donc pas des inquiétudes souvent exprimées de « shopping » médical et de situation anarchique dans le recours au corps médical pour obtenir des prescriptions. Si ceci existe, c'est de façon marginale, ce que seul un enregistrement national des patients parviendra à délimiter et à éviter en avertissant les praticiens concernés.

Par rapport à la stabilité de la fréquentation de l'officine de pharmacie, la situation ne semble pas se distinguer fortement de ce qui est observé par rapport au médecin. Au cours de l'année écoulée, 85 % des patients n'ont fréquenté qu'une seule officine et 1,3 % des patients 3 officines ou plus.

**Septième constat** : La carrière de l'usage de la méthadone se caractérise comme suit : Le début de l'usage de méthadone est de deux ans plus précoce en Flandre (24 ans en moyenne) que dans la Communauté française (26 ans). Une analyse détaillée de la distribution permet de constater 10 % de patients flamands avec un début avant 18 ans (2 % seulement chez les francophones). 11 % des patients en Flandre ont commencé après 30 ans, mais 28 % des francophones. Ceci est d'autant plus remarquable que le début de l'usage d'héroïne est identique dans les deux

---

<sup>1</sup> (Rémy C. et Ledoux Y., 2001)

Communautés, c'est-à-dire à 20,4 ans en moyenne. Les premiers soins (quels qu'ils soient) sont aussi beaucoup plus précoces en Flandre (21,4 ans pour 23 ans dans la Communauté française). La latence des premiers soins en Flandre est donc moitié plus courte que celle des patients francophones. Ceci complète donc le portrait des soins en Flandre par rapport à la Communauté française : non seulement les patients y ont un nombre plus important d'épisodes thérapeutiques, plus de soins en institutions, mais aussi un début de carrière thérapeutique plus précoce.

Au moment de l'évaluation, la durée de l'usage d'héroïne est de 9 ans en Flandre pour plus de 12 ans dans la Communauté française. L'expérience de la méthadone (sans les arrêts éventuels) est de 5,4 ans en Flandre et 6,7 ans chez les francophones.

**Huitième constat** : Nous avons divisé la population en deux groupes selon un début de la toxicomanie avant et après la Conférence de Consensus sur la méthadone, pour dégager de façon grossière une **périodisation historique de la toxicomanie** et mettre en évidence le rôle de l'extension de la disponibilité de la méthadone. Une première différence épidémiologique importante surgit selon la Communauté : **chez les francophones le début de l'usage d'héroïne est passé de 19,4 ans avant 1994 à 22,3 ans après. Cette évolution est, bien entendu, très favorable. En Flandre, aucune évolution significative de l'âge de début (20,5 ans après 1994) n'est constatée.** Les usagers d'héroïne les plus récents ont donc commencé plus jeunes en Flandre que dans la Communauté française.

Avant le Consensus sur la méthadone, il fallait à un patient francophone 7 années après le début de la toxicomanie pour avoir accès à la méthadone (5 ans et demi pour un patient flamand), moins de 2 ans et demi depuis (2 ans pour un patient flamand).

**Neuvième constat** : La **poursuite de l'usage d'héroïne** constitue une part incontournable de toute évaluation des cures substitutives. L'usage d'autres substances est aussi souvent abordé. Dans l'étude, il s'agit bien entendu des réponses données spontanément par les patients et non de résultats de prélèvements biologiques. La question portait sur l'usage au cours des 3 derniers mois et **46 % des patients de Belgique** – en excluant les 2,5 % de données manquantes- ont répondu qu'ils avaient utilisé de l'héroïne (42 % au total en incluant les patients originaires de France). **Les résultats sont moins favorables pour les patients de Flandre avec 56,2 % d'utilisateurs et 42,5 % pour les francophones.** Le risque relatif est de 1,74 pour un usage d'héroïne par un patient flamand comparé à un francophone. On notera que la fréquence de l'usage rapportée par les patients est hebdomadaire ou quotidienne pour 21 % de l'ensemble (55 % de ceux qui ont utilisé depuis 3 mois). Par ailleurs 5,6 % déclarent consommer moins d'une fois par mois. S'il faut comparer ces résultats à d'autres études dont l'usage est demandé pour le mois écoulé, on prendra comme base 42 % - 5,6 %, soit 36,4 %. Ceci semble un résultat global honorable de la cure, mais nous réservons une analyse comparative pour des prolongements de l'étude. Par ailleurs, seuls 5,6 % des consommateurs d'héroïne ont déclaré que leur consommation n'avait pas diminué ou avait augmenté (1,9 %), tous les autres mettent en avant une diminution de l'usage d'héroïne.

Etant donné les préoccupations justifiées de réduction des risques, le **mode d'usage actuel par voie intraveineuse** ou non a été vérifié : 16,3 % des patients belges qui poursuivent un usage d'héroïne ont recours à l'injection, ce qui représente **7,5 % de l'ensemble des patients belges.**

Toutefois, ceci ne comprend pas les patients qui continuent à utiliser un usage par IV pour la cocaïne, alors que l'héroïne est consommée en fumette. En tenant compte de ces patients, le taux d'usage par IV se situe à 11,5 % de l'ensemble des patients de Belgique (avec les patients de France, la proportion globale est de 9,8 %).

Comparé aux données fournies par les unités de soins sur la prévalence de l'usage par voie intraveineuse des patients au moment de leur admission qui se situe entre 40 % et 50 %, le résultat présenté ici indique donc une forte **réduction** de ce mode d'usage.

Nous avons vu que les patients de Flandre poursuivaient plus que les francophones un usage d'héroïne et il faut aussi souligner que ces patients recourent plus au mode d'usage par IV. 14,6 % des patients de Flandre utilisent l'héroïne par IV pour 5 % des francophones. Le risque relatif est de 3,24 pour un tel mode d'usage chez les patients de Flandre par rapport à ceux de la Communauté française.

**L'usage de cocaïne concerne 29 % de l'ensemble des patients.** Une tendance à une plus forte prévalence s'observe aussi en Flandre avec 37,1 % pour 27 % dans la Communauté française. Toutefois aucun patient de Flandre n'utilise la voie intraveineuse seulement pour la cocaïne.

Les autres substances sont utilisées avec les prévalences suivantes (au cours des 3 derniers mois) : tabac, 92,4 % ; cannabis, 60,8 % ; alcool, 55,8 % ; benzodiazépines, 36,6 % ; antidépresseurs, 24,1 % ; ecstasy, 7,2 % ; flunitrazépam, 5,9 % (différence significative entre communautés : 7,8 % pour les patients francophones et seulement 1,1 % en Flandre) et Amphétamines, 4,3 %. Pour la consommation d'alcool, des mesures plus précises en terme de Quantités/Fréquences seront présentées dans les prolongements de l'étude.

Si près d'un patient sur deux utilise 3 drogues ou plus (en excluant le tabac), il y a néanmoins **10 % qui n'en consomment aucune.**

**Dixième constat** : Une **absence de relation significative a été vérifiée entre le dosage de méthadone et l'usage (47,7 mg) et l'absence d'usage (48,2 mg) d'héroïne**. Ce résultat est très surprenant par rapport à ceux des études internationales et à l'hypothèse souvent confirmée d'un blocage du recours à l'héroïne à des dosages élevés de méthadone. De plus, nous faisons un constat tout aussi troublant vis-à-vis de **l'usage par voie intraveineuse (66,7 mg chez les injecteurs et 44 mg chez les non injecteurs) ou aussi une tendance envers de la consommation de cocaïne (54,3 mg chez les usagers et 45,2 mg chez les non-usagers de cocaïne – p=0.07)**. La relation n'est **totallement significative qu'en Flandre (45,7 mg pour les usagers de cocaïne et 32 mg pour les autres)**, tandis que chez les francophones, c'est l'usage de cocaïne par injection qui est lié à des dosages plus élevés de méthadone. Face à de tels résultats, cohérents dans une direction inattendue, certains trouveront une explication dans l'hypothèse que des cas « plus lourds » reçoivent des dosages plus élevés. Mais alors, où se trouverait l'effet bénéfique d'un dosage plus élevé ? Etant donné la nature transversale de ces données, tous les patients à des niveaux divers d'évolution sont étudiés de façon simultanée, nous mélangeons des situations opposées, car selon ce que nous connaissons des pratiques cliniques, certains patients en voie de stabilisation bénéficient d'une réduction de dosage, alors que d'autres face à de nouvelles difficultés reçoivent un dosage augmenté. De plus, des augmentations ou diminutions à partir de niveaux de base différents n'ont sans doute pas une signification identique. **Peut-être que la « moyenne » de toutes ces situations produit une image globale qui n'a plus de sens ?** Nous avons tenté, pour surmonter notre malaise, de dynamiser les données en tenant compte du dosage en début de contact avec l'officine et du dosage actuel, en divisant la population (valable uniquement pour 247 patients évalués par le pharmacien qui ont aussi répondu au questionnaire auto-administré) en deux groupes selon une réduction du dosage depuis le début de la cure actuelle ou une augmentation (et stabilisation) du dosage de la méthadone. **Contrairement à la perspective admise que réduire le dosage accompagne une amélioration, nous observons au contraire qu'elle se traduit par un usage d'héroïne plus prévalent (47,8 % par rapport à 32,5 % d'usage d'héroïne chez ceux qui ont eu une augmentation ou un maintien du dosage de méthadone)**. Ceci alerte sur les risques liés à la réduction du dosage et représente un résultat plus conforme, en fait, aux études existantes. Nous n'avons pas encore poursuivi l'analyse en détaillant les niveaux de dosage de départ. Le problème du dosage est donc encore loin d'avoir trouvé une explication satisfaisante. **On peut en tout cas se demander si globalement les dosages en général sont bien ajustés en Belgique**. Ou alors le mode de prise en charge est si important que l'explication d'une amélioration pour le patient se situe tout simplement ailleurs que dans un effet de dosage de la méthadone. Cet « ailleurs » c'est selon nous la relation thérapeutique entretenue entre le patient et son médecin (soutenue par celle avec le pharmacien). Ce serait alors au niveau de l'Alliance thérapeutique qui se crée entre thérapeute et patient que tout se joue vraiment. L'intérêt porté au dosage ne serait qu'une façon trop mécaniciste d'appréhender la clinique, car un dosage élevé non accompagné par une bonne alliance thérapeutique, ne donnerait, de toute façon pas de résultats satisfaisants.

**Onzième constat** : Les **mesures du bien-être des patients font apparaître des différences entre communautés** avec une satisfaction globale et une mesure des tendances dépressives, telles que les patients de Flandre ont des niveaux significativement plus favorables. Nous ne pensons pas que le bien-être du patient ne se réduise ici à l'effet de la cure, mais reflète aussi une dimension culturelle beaucoup plus générale. Une comparaison avec la situation en population générale, prévue dans la poursuite de l'étude devrait permettre de confirmer notre position.

**Douzième constat** : **L'Alliance thérapeutique** a déjà été évoquée, mais nous tenons à souligner son importance pour aider à la compréhension du traitement et de ses difficultés. La mesure qui en a été faite permet de distinguer de nombreuses situations favorables ou non au traitement. Ainsi, **l'usage passé de la méthadone au noir et surtout lorsque le sens donné à cet usage est une auto-médication, les anciennes pratiques à risques d'échanges d'ustensiles d'injection, la poursuite de l'usage d'héroïne sont tous liés à un déficit de l'Alliance thérapeutique actuelle**. Par contre, le décès du père correspond à une meilleure Alliance avec le médecin, ce qui ouvre des perspectives de réflexion sur la figure paternelle du médecin.

Une analyse de régression de l'Alliance a aussi résumé un ensemble de facteurs dont le plus favorable est l'apport de la cure substitutive sur le plan de la santé mentale. Elle est donc très nettement liée au bien-être ressenti par le patient grâce à la cure. D'où notre souhait de voir s'étendre l'utilisation de cet instrument dans l'évaluation de la clinique.

**Treizième constat** : Pour mesurer le vécu de la cure substitutive par le patient, un instrument original a été créé **l'échelle d'apport de la cure** (à partir d'une transformation en auto-passation pour le patient d'un instrument élaboré pour une évaluation par des médecins). Cet instrument permet de situer les patients sur 3 dimensions de la cure : 1. L'apport en Santé mentale 2. Le recul vis-à-vis des drogues et 3. La mise en ordre avec la Justice. Grâce à son utilisation, nous avons montré que :

1. Les patients de Flandre se distinguaient par un moindre recul par rapport aux drogues, alors que les patients de Wallonie-Bruxelles par un moindre apport en santé mentale.

2. Les patients les plus jeunes (moins de 25 ans) ressentaient un apport global plus important, mais qu'il n'y avait pas de progression selon l'âge.

3. Le fait de vivre avec une personne abstinente ou de vivre avec ses enfants améliore le recul vis-à-vis des drogues.

4. L'apport global de la cure est lié à une amélioration des relations avec les parents.

5. L'apport global de la cure et toutes ses dimensions sont liées positivement à l'Alliance thérapeutique.

6. Ni l'Apport de la cure, ni aucune des ses dimensions ne sont liés au dosage de la méthadone, ni de façon significative à l'évolution de celui-ci. Ceci confirme les observations précédentes et l'absence de lien entre le dosage et l'amélioration (ici celle ressentie par le patient).

Quatorzième constat : Les **rapports du patient avec le pharmacien** ont été décomposés en plusieurs dimensions : la reconnaissance du rôle du pharmacien dans la cure, le malaise ressenti dans la fréquentation de l'officine, la critique de l'organisation de la délivrance, la compliance (observance), les difficultés relationnelles, la pression exercée sur le dosage, l'absence de fidélité. Ces dimensions constituent une première étape pour la construction d'un indice global, sur le modèle de l'alliance thérapeutique. En attendant, nous avons tenté de situer la relation avec le pharmacien par rapport à l'Alliance thérapeutique. Une analyse de régression de l'apport de la cure a mis en évidence que la reconnaissance du rôle du pharmacien se situe en deuxième position après l'Alliance thérapeutique avec le médecin. Elle a un impact supérieur à l'indice de bien-être, l'indice de satisfaction globale, l'entente avec les parents ou encore l'absence de prise de méthadone au noir en tant que drogue...

Le rapport entretenu avec le pharmacien d'officine constitue donc une dimension méconnue de la cure substitutive. L'étude a ainsi contribué à faire surgir l'importance de cette relation dans le vécu du patient. Ceci doit permettre à la profession de faire enfin reconnaître son rôle complémentaire à celui du thérapeute dans l'amélioration de la situation vécue par les patients. Il s'agit certainement d'une spécificité du dispositif développé en Belgique, qui encouragera les pharmaciens qui hésitent encore à participer à la prise en charge de toxicomanes et donnera aux collègues dans d'autres pays une perspective nouvelle sur la profession et sa dimension de santé publique ou tout simplement humaine.



Association Pharmaceutique Belge  
Algemene Pharmaceutische Bond



SERVICE PUBLIC FEDERAL  
DE  
PROGRAMMATION POLITIQUE SCIENTIFIQUE  
rue de la Science 8 • B-1000 BRUXELLES  
Tel. 02 238 34 11 • Fax 02 230 59 12  
URL : [www.belspo.be](http://www.belspo.be)

*Evaluation de la Délivrance de Méthadone en Belgique*

**Recherche-Action sur le rôle du Pharmacien d'officine, la mise en place  
d'un Observatoire des cures substitutives et le suivi de patients**

**Auteur : Yves Ledoux**

En collaboration avec les membres du Groupe de travail « Assuétudes » de l'Association Pharmaceutique Belge : Phns Bernard Bailleux, Marie-France Barbay, Jean-Paul Brohée, Jan Lagrain, Guy De Munck, Philippe Detrait, Marie-Louise Peeters, Eddy Quintiens, Georges Vanhalle, Philippe Wéry

**Association Pharmaceutique Belge**

**Promoteur : Jean-Paul Brohée**

Rapport de fin de phase au 20/10/2003

Commandité par la Politique Scientifique Belge

## Analyse bibliographique :

### **Thérapie de maintenance avec les opiacés de synthèse, et aptitude au volant**

## **Maintenance Therapy with Synthetic Opioids and Driving Aptitude**

*S-D. Schindler and al. Eur. Addict. Res. 2004; 10:80-87*

### **Introduction**

Parmi les substances psychoactives ayant fait l'objet d'étude concernant leur capacité à altérer les performances cognitives et psychomotrices, on trouve : les amphétamines, les anticonvulsifs, les antidépresseurs, les antihistaminiques, les antihypertenseurs, les antipsychotiques, les barbituriques, les benzodiazépines et le cannabis. D'une manière générale, leur administration 'aiguë' est suivie d'une détérioration des fonctions cognitives et psychomotrices.

Les opiacés (morphine, codéine, méthadone, buprénorphine) n'avaient, jusqu'à récemment, pas été étudiés de manière exhaustive par rapport à ces effets. Il y a d'ailleurs peu d'études réalisées sur les risques liés à l'entreprise de certaines activités (conduire, faire fonctionner des machines complexes ou s'occuper d'enfants) sous l'influence des opiacés. Ceci peut paraître surprenant, car l'augmentation du nombre de personnes demandant et recevant de la méthadone ou de la buprénorphine pour lutter contre la dépendance à l'héroïne, ou pour lutter contre la douleur associée au cancer sont deux raisons pour lesquelles la communauté scientifique devrait s'intéresser à l'influence des opiacés sur les fonctions cognitives et psychomotrices.

Il y a eu diverses études s'intéressant à cela chez des volontaires n'abusant pas des drogues, des volontaires abusant des drogues, et chez des patients utilisant les opiacés pour soulager leur douleur. Bien que plusieurs études aient démontré que les opiacés (morphine, buprénorphine et méthadone) n'altèrent pas de façon marquée les fonctions cognitives et psychomotrices, d'autres études ont montré que les opiacés peuvent prolonger les réponses à une tâche donnée, sans en altérer la précision.

**Il est également devenu évident que les fonctions cognitives et psychomotrices sont peu touchées chez les patients recevant des posologies stables d'opiacées pendant des périodes prolongées**, suggérant un phénomène de tolérance. En revanche, les patients doivent s'abstenir d'accomplir certaines activités lors des périodes d'augmentation de posologie.

La thérapie de maintenance par les opiacés est à l'heure actuelle une option thérapeutique importante et largement répandue. Malheureusement, lorsqu'elle est mise en oeuvre, le 'retour à la normale' des patients peut être gêné par les restrictions imposées pour la conduite au volant. Dans une étude récente, comparant des patients atteints de cancer et recevant de la morphine, et des patients atteints de cancer n'en recevant pas (pas de douleur), il a été démontré que l'analgésie avec des posologies stables de morphine ne présente pas de risque sur la conduite au volant.

Il a également été suggéré que, même si les patients en thérapie de maintenance par la méthadone montrent quelques déficits lors des tests destinés à évaluer les fonctions requises

pour la conduite, ces déficits ne sont pas suffisants pour avoir un impact significatif sur les résultats des tests.

Cependant, les taux d'accidents et de risques d'accidents sont plus élevés chez les consommateurs de drogues. Ceci concerne des personnes qui conduisent sous l'effet de drogues prises de manière illicite et en dehors des programmes de traitement.

L'objet de la présente étude est d'examiner l'influence de la méthadone, la morphine de synthèse ou la buprénorphine sur la capacité des individus à conduire un véhicule.

## **Patients et méthodes**

30 patients dépendants aux opiacés et traités en maintenance par la buprénorphine (N=15) ou la méthadone (N=15) ont été recrutés à l'hôpital de Vienne et leur aptitude à conduire évaluée au moyen du test ART (voir plus loin). Le test a débuté 22 heures après la dernière prise d'opiacé. Juste avant réalisation du test, des prélèvements sanguin et urinaire ont été réalisés, et les patients évalués pour symptômes de manque à l'aide de l'échelle de WANG. Les patients dont les scores étaient inférieurs à 4 étaient autorisés à se soumettre au test. Les investigateurs de l'étude ne connaissaient pas la thérapie propre à chaque individu. Les patients ont été comparés entre eux et à un groupe témoin du même âge, sexe et score concernant l'un des tests du ART (sur l'intelligence).

### *Le test ART*

*Le test ART (Act and React Test system) est une batterie de tests développée par l'ARSB (Austrian Road Safety Board) qui permet d'examiner les performances d'un individu en matière de conduite selon les critères suivants : résistance au stress, capacité d'orientation et d'observation, capacité de concentration et d'attention, comportement réactionnel et intelligence. Il est composé de 7 tests proposés sur une période de 90 minutes.*

## **Résultats**

### **Comparaison Patients / groupe témoin**

Seulement deux des sept tests ont mis en évidence des différences significatives entre ces deux groupes (un test d'attention et un test mesurant la capacité de décision et réaction dans une situation 'dynamique').

### **Comparaison Patients buprénorphine / Patients méthadone**

Les mêmes différences par rapport au groupe témoin sont retrouvées pour le groupe méthadone. En revanche, un seul test a montré une différence entre le groupe buprénorphine et le groupe témoin (test d'attention).

### **Comparaison Patients avec ou sans utilisation de drogues illicites**

Il n'y a pas eu de différence significative entre les patients ayant consommé des drogues illicites (analyses urinaires positives) et les patients traités n'en ayant pas consommé. En revanche, certaines différences étaient significatives par rapport au groupe témoin (temps de réaction prolongé, nombre de réactions incorrectes augmenté, tendance à une capacité d'observation et d'orientation diminuée).

## Discussion

Dans cette étude, les patients traités par les opiacés en maintenance n'ont pas montré de déficit particulier pouvant altérer la capacité à conduire un véhicule. Ces patients ont fait des performances un peu plus faibles dans seulement deux des sept tests. Ces plus faibles performances ne constituent pas des retards psychomoteurs ou des déficits de coordination : en fait, les patients étaient en général plus rapides dans leurs réactions que ceux du groupe témoin. Le groupe méthadone, et à un degré moindre, le groupe buprénorphine ont fait passer la rapidité de réponse avant l'acuité ou la précision.

Les signes de manque n'ont pas été détectés avant la réalisation des tests, mais ont pu commencer à se faire sentir pendant la performance, et notamment pour ceux du groupe méthadone. Les capacités de conduite peuvent être différentes d'un opiacé à l'autre, notamment ici, les patients méthadone ont eu des temps de décision et de réaction plus lents que les patients buprénorphine qui n'ont eux, pas montré de différence avec le groupe témoin.

Une certaine précaution est à prendre lorsque l'on compare les études entre elles, du fait des variations de posologie, durée des traitements et prises de drogues illicites, et aussi choix des tests évaluant la capacité à conduire. Dans cette étude, les patients ayant consommé des drogues illicites ont des fonctions diminuées par rapport au groupe témoin, ce qui renforce l'importance de faire une recherche de consommation illicite dans de telles études.

**Les résultats de cette étude sont compatibles avec ceux d'études précédentes et stipulent que d'une manière générale, l'utilisation stable d'opiacés n'altère pas de manière significative la capacité à conduire un véhicule.**

Limites de l'étude : petite taille des échantillons, temps écoulé entre la prise de l'opiacé et la réalisation du test, consommation illicite de drogues.

D'autres paramètres restent également à évaluer dans de futures études : la motivation, la fatigue et la personnalité des individus.

Etre mobile est devenu indispensable sur le marché du travail d'aujourd'hui, et la possession d'un permis de conduire est un facteur clé dans l'obtention d'un travail et pour la réintégration sociale. C'est pourquoi il est primordial que des évaluations standard soient mises en place pour les patients prenant des opiacés. A défaut, des restrictions sur la conduite sont instaurées, non basées sur des preuves scientifiques et pouvant donc être inutiles.

Les auteurs de cette étude ajoutent qu'à leur connaissance, cette étude a été la première qui renseigne sur les effets de la buprénorphine sur la conduite au volant. Il serait intéressant de réaliser une étude au pic plasmatique. Egalement, la comparaison à un groupe témoin positif (recevant une drogue connue pour altérer l'aptitude à conduire) permettrait de clarifier si les éventuelles baisses des performances des patients traités aux opiacés sont significatives d'un point de vue clinique et légal.

*Dr Christine RIVIERRE, Marseille*



## **La substitution vraie, une fausse bonne nouvelle**

*Fabrice OLIVET, ASUD Paris*

Dans sa livraison de décembre 2003, *le Flyer Hors-série N° 2*, dans son éditorial, reprenait un article de *la Revue du Praticien* de mars 2003 : « *thérapeutiques de substitution dans les addictions* ». Ces deux textes sont extrêmement intéressants pour ce qu'ils disent mais aussi pour ce qu'ils ne disent pas. En effet, sous couvert de combattre la réticence habituelle du secteur médical à prendre en charge des 'toxicomanes', ce manifeste pour la substitution vraie est un nouvel exemple des difficultés de notre bonne vieille médecine hexagonale avec ce que l'on appellera ici pour faire court à l'automédication.

En clair, l'un des non-dits de ce que l'on continue d'appeler les traitements de substitution est le changement révolutionnaire, non seulement de l'image des usagers de drogues, mais aussi et surtout la modification du rapport de force constitutif de toute consultation médicale digne de ce nom. Dans cet espace clos, privé, où l'angoisse sert de fil conducteur au temps qui passe, quelle est la part dévolue au malade en terme de choix des dosages, des molécules ou des durées de traitement ? Les usagers de la substitution, marchant sur les brisées des associations de malades du sida, ont la prétention de faire bouger les lignes de force dans le sens d'une reconnaissance des compétences du patient sur sa propre santé.

Mais prenons le temps d'étudier cette histoire chronologiquement, puis examinons les faits.

Au tournant des années 90 du siècle dernier, après avoir constaté l'inanité d'un combat d'arrière-garde autour du sevrage et de l'abstinence, le soin aux toxicomanes s'est lancé bravement à la découverte de ce nouvel outil qu'est la substitution. Parallèlement les médecins généralistes disposent alors d'une nouvelle corde à l'arc des prescriptions avec la mise sur le marché de la buprénorphine le 14 février 1996. Malgré le refus massif de la majorité des confrères à encombrer leurs salles d'attente avec des 'toxs', quelques esprits éclairés ont immédiatement saisi l'opportunité de pouvoir médicaliser des prises en charge, surtout marquées auparavant par le « psychologisme ».

L'affaire de la 'substitution vraie' prend donc sa source dans la nécessité de ne plus contrer de manière frontale la prescription médicale de stupéfiants. Chez les 'psy' (la vieille école) comme chez les 'docteurs' (la nouvelle), les plus progressistes (les mauvaises langues disent les plus malins) ont proposé une stratégie de contournement pour sauver l'essentiel : la position hégémonique du prescripteur face aux nouvelles exigences des patients.

En effet, dans ce qu'il est convenu d'appeler la réduction des risques, quel est le contenu réellement subversif ? L'utilisation de produits classés au tableau des stupéfiants n'est pas une nouveauté, d'ailleurs la méthadone est prescrite en France de manière expérimentale depuis 1976. Non, le vrai problème, le réel souci éthique c'est la déstabilisation que peut ressentir un professionnel de la santé face à un 'malade' qui lui dénie toutes compétences, au nom du caractère aléatoire et subjectif de sa 'maladie'. Au-delà des révisions déchirantes qui ne menacent que l'ego, l'essentiel est de ne pas être vulnérable dans la confrontation. Il faut évidemment pouvoir continuer à dresser un diagnostic, proposer un traitement et surtout reprendre la main face à des énergumènes, toujours tentés par l'auto-médication déguisée

qu'est le recours aux drogues de la rue. Bref, le cauchemar s'est installé de voir les consultations ressembler à cette négociation commerciale qui s'appelle le 'deal'.

**Pour le corps médical, 3 conditions préalables sont absolument nécessaires pour se mettre à l'abri :**

1) Persuader et le public et le secteur spécialisé que la substitution est bien cantonnée au domaine de la médecine, rien que la médecine, toute la médecine. Pour cela, répéter encore et toujours que la toxicomanie est une pathologie *comme les autres* avec phase invasive, épidémie, et surtout traitement. Eh oui ! tout le secret, c'est le traitement : le Subutex® et la méthadone sont des '*médicaments qui soignent la drogue*'. L'objectif est de tordre le cou à cette légende qui voudrait que les médecins soient devenus des 'dealers en blouses blanches'.

2) Conserver l'initiative lors des consultations, autrement dit, je fixe les règles, je dis quoi prendre, quand et combien. Ce commandement découle du précédent. En effet, si la toxicomanie est une maladie *comme les autres*, il convient de lui appliquer des règles qui ont fait leurs preuves contre la péritonite ou la gonococcie. Compliance, patience et assiduité sont les trois règles de conduite du malade qui mérite de guérir. Le Dr Knock l'avait compris en son temps. La peste soit de ces hurluberlus qui viennent expliquer ce qui leur faut et à quelles doses ! A-t-on jamais vu les 'vrais' malades venir vous chicaner sur la marque de l'antibiotique ou la couleur des pilules.

3) Ces deux préalables étant établis de manière indiscutable, reste à faire la part du feu pour les irréductibles qui continuent à vouloir prendre leur pied tout en ayant l'impudence de pas trop mal se porter. Pour cette catégorie d'empêcheurs de penser en rond, il convient d'accepter sous certaines conditions d'être dessaisi temporairement d'une part du secret des dieux : c'est la fameuse *Substitution vraie*.

### **La substitution vraie, une vraie fausse révolution**

D'abord, en préalable, on prépare le terrain en vidant la substitution de sa substance conceptuelle. En fait, loin de **donner de la drogue aux drogués**, il s'agit dorénavant de **soigner le manque** en délivrant un médicament (méthadone ou buprénorphine) qui surtout ne **donne pas d'euphorie**.

Puis, quelques millions d'injections de Subutex® plus tard, devant la difficulté à ne pas prononcer le mot d'euphorie dans le cas révélateur des programmes d'héroïne, on arrive à notre « substitution vraie » qui serait un peu celle du pauvre, tout au moins celle qu'il est plus facile de faire accepter par le patient. Attention de ne pas être abusé par le sens positif attribué au mot 'vraie'. Comme certains passeports délivrés en d'autres temps, il s'agit d'un faux ami ou plutôt d'un vrai-faux, on dit vrai mais on pense faux, pas vrai ?

**Pour plus de clarté, écoutons les promoteurs du concept :**

**2 types de traitements**<sup>1</sup> seraient actuellement proposés aux usagers, **ceux qui suppriment seulement les symptômes de sevrages** (héroïne médicalisée, Néocodion®, buprénorphine injectée), donc les mauvais, **et ceux qui agissent sur la dépendance elle-même** (méthadone et Subutex® dans un cadre thérapeutique), donc les bons. Bien entendu les seconds sont **les plus avantageux pour les patients**, bien que nécessitant **du temps pour les faire accepter**. Précisions importantes, cette hiérarchie dans les préférences médicales est inversement proportionnelle à celle exprimée par les usagers dès que l'on prend la peine de les interroger<sup>2</sup>.

Pour résumer, la **'substitution vraie'** ne serait **pas un véritable traitement de la dépendance** puisque ne prétendant pas agir sur **l'envie et (ou) le besoin de consommer**, à la différence du **traitement de maintien de l'abstinence** qui lui, serait un véritable **'traitement de la dépendance'**. Entre les deux, l'élément clé, c'est l'euphorie, car **plus l'effet euphorisant est perçu rapidement et plus le risque addictif est important**.

Arrêtons-nous un instant sur les termes employés et réfléchissons à l'idéologie véhiculée par ce soi-disant nouveau concept.

**« La Substitution vraie...reste handicapé(e) par la persistance de la dépendance, la nécessité obsédante de consommer et la souffrance qui l'accompagne... »**

S'il y a bien *nécessité de consommer*, *l'obsession* est très aléatoire. Soyons justes, une obsession qui diminue au prorata de la réduction de la difficulté à s'approvisionner n'a plus grand chose à voir avec le craving décrit par les revues scientifiques ou les romans de gares. Dans un cadre normal de prescription opiacée, on pense à son ordonnance de morphine, d'héroïne ou de méthadone, comme on pense à remplir le congélateur. On sait qu'il faut le faire une fois par mois ou par semaine, le risque principal étant la panne ou la fermeture exceptionnelle des magasins. Bien sûr; on peut toujours penser qu'en cas de guerre, le ravitaillement deviendra à nouveau une pensée obsessionnelle, mais justement la différence qui existe entre la prohibition et la substitution c'est celle qui distingue la paix de la guerre (à la drogue).

Point d'obsession non plus avant et après la prise. Tout juste l'anticipation salivante du gourmet qui sait qu'il va faire un bon repas.

Quant à *la souffrance qui l'accompagne*, c'est l'exemple caractéristique de l'idéologie classique du soin en matière de traitement des addictions opiacées. Du moment qu'il y a dépendance il y a **nécessairement** souffrance, à fortiori si la dépendance s'articule autour d'un produit illicite.

Il est piquant, et un peu pathétique, de constater à quel point les vieux schémas persistent, jusque, et y compris, chez les âmes faisant profession de les combattre. De quelle souffrance parlons-nous au juste ? S'agit-il de celle liée au syndrome de manque ? Bien sûr que non puisque nous venons d'expliquer que justement la 'substitution vraie' est censée remédier à cela et rien qu'à cela. S'agirait-il d'une mystérieuse souffrance psychique qui condamnerait

---

<sup>1</sup> *opus cite*

<sup>2</sup> Voir *Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution*, AIDES, dans *Flyer 11*, janvier 2003.

tout être humain livré aux affres de la terrible **dépendance** à souffrir quoi qu'il arrive, encore et toujours. Remplaçons le mot dépendance par celui de **drogue**, et nous retournons de plein pied dans le vieux dogme qui veut que toute dépendance s'accompagne de souffrance par définition. Par expérience, nous connaissons le pouvoir délétère que contient potentiellement de telles affirmations. A proclamer qu'une chose fait souffrir, par essence, surtout si cet énoncé est exprimé par le cénacle infallible de la science médicale, on est sûr au moins d'inquiéter, au pire de culpabiliser les candidats, et Dieu sait que la culpabilité est toujours une grande souffrance.

De fait, cette fameuse classification, pour ne pas écrire *hiérarchie*, en substitution vraie et traitement des dépendances, laisse juste paraître la difficulté conceptuelle à faire admettre le plaisir comme outil thérapeutique majeur. Comme souvent dans le débat sur les drogues, l'influence judéo-chrétienne s'insinue par les voies les plus inattendues et force est de constater que ce jésuitisme d'un genre nouveau est particulièrement habile.

Enfin, pour être plus clair, la vraie, la bonne, la substitution qui compte c'est l'autre. Celle qui, 'comme-toujours-dans-la-vie-mon-ptit-gars', demande des efforts et de la peine et qui accouche dans la douleur. On nous le dit clairement, ces traitements, les traitements de maintien de l'abstinence, sont les plus avantageux pour les patients. Seulement, comme au bon vieux temps d'avant la substitution, seule une élite de toxicomanes particulièrement compliants sera amenée à connaître les joies de la rédemption.

Inutile de prolonger indéfiniment la démonstration, l'analogie est flagrante entre les termes de ce débat et tous ceux qui ont toujours opposé partisans et adversaires de la substitution. Les pièces maîtresses des deux camps sont toujours les mêmes, plaisir et auto-maitrise des dosages d'un côté, abstinence et soumission aux contraintes médicales de l'autre. Seul le curseur a bougé. Autrefois, il passait entre partisans et adversaires de l'administration de stupéfiants sous contrôle médical, aujourd'hui il passe entre partisans et adversaires du contrôle des patients sous administration médicale.

Fabrice OLIVET est rédacteur en chef du journal ASUD qui donne la parole aux Usagers de Drogue et aux professionnels de terrain. Son financement, en partie pas les autorités de santé publique, est la reconnaissance officielle de la place des usagers dans le débat, notamment quand il s'agit de réduction des risques liés aux consommations de produits, et de traitement de substitution.

Pour vous abonner à 4 numéros, envoyer un chèque postal de 12 € (particulier) ou 30 €(professionnel, association, collectivité) à :

**ASUD**  
**206, rue de BELLEVILLE**  
**75020 PARIS**  
**tél : 01 43 15 00 66**

## **Interruption du traitement de maintenance par la méthadone**

*Traduction d'un extrait de 'Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence' (Australie)*

### **Interruption volontaire**

Les facteurs qui motivent les patients à un sevrage du médicament de substitution sont ceux liés au mode de vie, les bénéfices personnels tangibles ou intangibles, et les idées et attitudes par rapport à la méthadone.

### **Durée du traitement**

Des études ont montré que la durée du traitement influe sur les résultats. Une corrélation linéaire a été clairement démontrée pour des durées de traitement allant de 3 mois à 2 ans.

- Une diminution significative de la consommation d'héroïne était seulement observée chez les individus ayant passé plus d'un an en MMT (Methadone Maintenance Treatment).
- Une diminution significative de la criminalité n'était observée que lorsque les patients étaient dans la phase de traitement
- Plusieurs études d'observation ont permis de se rendre compte que c'est en réalité à la fois la durée du traitement et le changement de comportement (arrêt de l'héroïne, relation stable, emploi) qui sont indicateurs de bons résultats post-traitement.

**Il est donc recommandé d'encourager les patients à rester en traitement pour une période d'au moins 12 mois, afin de leur permettre de parvenir à des changements durables de leur mode de vie.**

### **Gestion de l'interruption d'un traitement de maintenance**

- **Le protocole de diminution des posologies doit être établi avec le patient.** Maintenir les diminutions malgré un état de détresse va à l'encontre du résultat escompté. Il peut être approprié de maintenir une posologie réduite pendant une période prolongée, jusqu'à ce que le patient se sente à l'aise et à même de continuer le protocole de réduction.
- Pendant cette période, **le but de chaque intervention est de s'assurer que le processus d'interruption est réalisé de manière sûre et confortable.**
- Lorsqu'un protocole de réduction des posologies de méthadone est utilisé à des fins d'arrêt de l'héroïne ou de la méthadone, **les signes cliniques et les symptômes de manque commencent à apparaître lorsque la dose de méthadone tombe en deçà de 20 mg par jour**, et les symptômes les plus sévères se manifestent deux à trois jours après l'arrêt de la méthadone. La résolution de ces symptômes de manque est lente, et il faut compter 10 à 20 jours après l'arrêt de la méthadone, (selon la durée de la période de diminution de la méthadone) pour que les scores de symptômes de manque tombent sous le seuil de base.
- **L'utilisation de la clonidine dans un protocole de réduction des posologies de méthadone n'offre aucun intérêt**, principalement à cause des effets hypotensifs

de cette molécule lorsqu'elle est ainsi utilisée. La clonidine peut être administrée après l'arrêt de la méthadone.

## **Planning clinique d'interruption volontaire**

- Il est recommandé de diminuer les posologies de 10 mg chaque semaine, jusqu'à la posologie de 40 mg par jour, et ensuite de continuer à diminuer de 5 mg par semaine. La vitesse de réduction doit être discutée avec les patients, et les changements de posologie ne doivent pas survenir plus d'une fois par semaine.
- L'arrêt complet de la méthadone peut être tenté à partir de 40 mg par jour, en association avec un traitement à la clonidine ainsi que des traitements symptomatiques des symptômes de manque. D'autres méthodes de gestion de l'arrêt des opiacés ont récemment fait l'objet de recherche et sont l'utilisation de la buprénorphine, qui améliore les symptômes de manque, et l'utilisation des antagonistes des opiacés qui induisent le manque. L'efficacité de ces méthodes lors de l'arrêt de la méthadone reste incertaine.

## **Les risques de rechute**

- **Plus la consommation d'opiacés avant le traitement est importante et ancienne, plus la probabilité de rechuter après l'arrêt du traitement est grande.**
- Les chances de maintenir l'abstinence sont accrues pour les patients qui ont établi des liens sociaux à l'écart de la drogue, qui ont une situation familiale stable, qui ont du travail et une bonne stabilité psychologique.

## **Les traitements de soutien**

- Il a été prouvé par des études contrôlées et randomisées que l'existence d'une prise en charge systématique du patient dans la phase post-traitement (par opposition à une prise en charge sur demande uniquement) permet de réduire le risque de rechute, de criminalité, et aide les patients sans emploi à trouver un travail.
- Ce soutien devrait être proposé pendant au moins les premiers 6 mois qui suivent l'arrêt de la méthadone.
- Les patients récemment sortis devraient pouvoir réintégrer les MMT rapidement si cela est nécessaire.

## **L'arrêt involontaire**

Il est parfois nécessaire de renvoyer un patient afin de préserver sa propre sécurité et son confort, ou celui des autres patients et du personnel. Ceci peut se produire suite à :

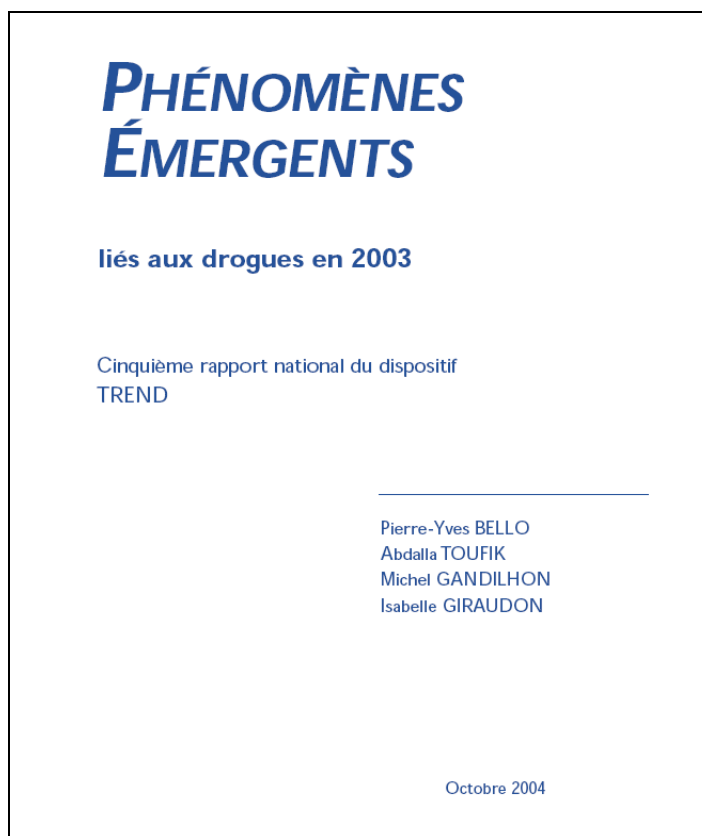
- une manifestation ou menace de violence à l'encontre du personnel ou d'autres patients
- un endommagement de la structure ou des vols
- du deal sur le site ou à sa proximité
- des diversions répétées par rapport à la méthadone.

L'interruption du traitement survient aussi parfois lors d'un changement dans la situation du patient qui le rend inapte à se procurer la méthadone.

## La gestion de l'interruption involontaire des MMT

- Dans certains cas, plutôt que d'interrompre la méthadone, les problèmes se résolvent en transférant le patient dans un autre programme.
- L'interruption brutale de la méthadone, ou la diminution rapide des posologies peut occasionnellement se justifier lors de violence, d'agression ou de menace à l'encontre du personnel ou d'autres patients.
- Lorsque le traitement est interrompu pour des infractions moins graves au règlement de la clinique, ou pour d'autres raisons, la réduction des posologies devrait se dérouler chaque fois que possible selon le protocole décrit plus haut pour l'interruption volontaire, jusqu'à 40 mg par jour.
- Les patients renvoyés doivent être prévenus des risques de consommation illicite de la drogue et informés d'autres possibilités de traitement.

-----  
**nouveau**



Le dispositif TREND vise à fournir de façon précoce des informations sur les usages et les usagers de drogues illicites et sur les phénomènes émergents qui leurs sont liés. Il s'appuie sur un réseau national de 12 sites d'observation, un dispositif d'observation des drogues de synthèse et des partenariats avec des organismes publics. Ce cinquième rapport est le fruit des observations de terrain recueillies par plus de 500 professionnels et citoyens au cours de l'année 2003. Phénomènes marquants cette année : une nouvelle population de jeunes usagers, une poursuite de la diminution des pratiques d'injection et de la diffusion des usages de cocaïne et d'ecstasy, la place importante de la consommation de Subutex® parmi les usagers d'opiacés. Il fournit également des données actualisées sur les usagers les plus en difficulté ainsi que sur les usages d'opiacés, stimulants, hallucinogènes, médicaments et cannabis.

Rapport Trend disponible en fichier PDF, 269 pages, sur le site de la MILDT  
[www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)

# Pratiques comparatives de prescriptions de méthadone et de buprénorphine

Dr Ariane MA, Paris

## Introduction

En France, les Médicaments de Substitution Opiacée (MSO) existent dans la pratique courante depuis le milieu des années 90. Dès 2000, différents rapports et analyses ont établi qu'il y avait un déséquilibre dans la diffusion et l'accès et aux 2 médicaments de substitution, méthadone et Subutex®. Un groupe d'experts nommés par Bernard Kouchner en 2001 (Morel, Lowenstein, Bloch-Lainé, Auge-Caumon) évoque très largement ce déséquilibre en tentant d'en analyser les raisons et les circonstances. Plus récemment, les experts de la conférence de consensus sur le Traitements de Substitution Opiacée soulignent eux-aussi, un accès inégal aux 2 MSO, regrettant par ailleurs que le choix du médicament se fasse plus en fonction de l'endroit dans lequel se trouve le patient, que sur des critères cliniques.

Dans ce contexte, il nous a semblé intéressant d'essayer de discerner des critères de choix de prescription chez les médecins, et ce, en dehors des éléments qui contribuent au décalage qui existe dans la prescription des deux modalités de traitements.

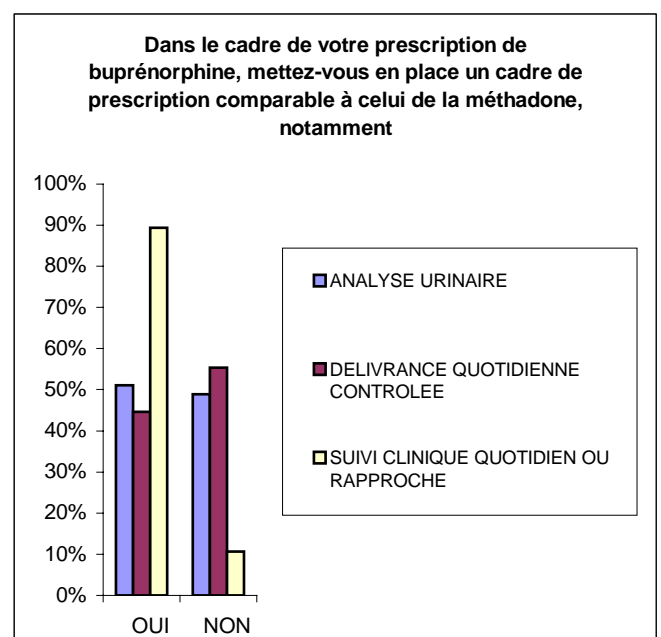
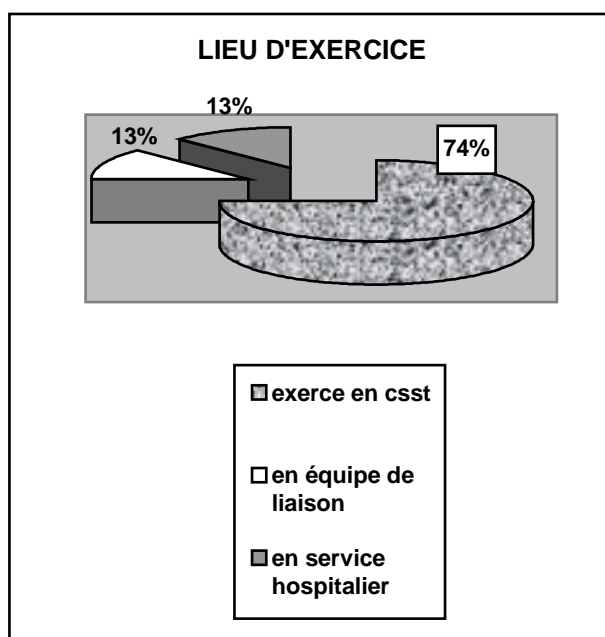
Cette enquête d'opinion auprès de praticiens expérimentés tente de donner un aperçu des pratiques, mais permet également de mettre en lumière des doutes, voire des contradictions.

En milieu d'année 2003, un questionnaire a été remis à des médecins ayant la possibilité de prescrire ainsi que d'initier des traitements par la méthadone et la buprénorphine.

Au total 47 questionnaires ont pu être traités.

## Résultats

### 1. Lieu et cadre de prescription

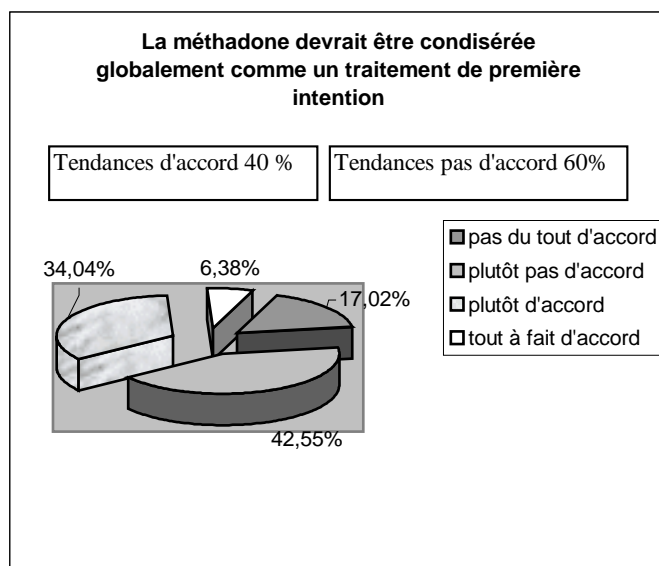
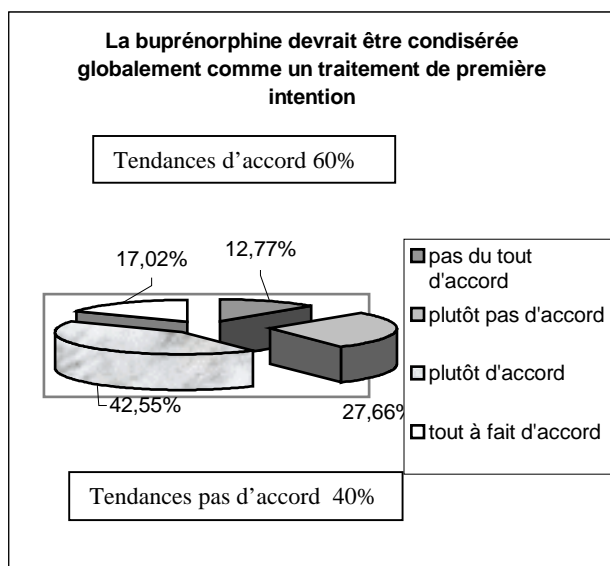




Les médecins interrogés exercent en majorité en CSST, mais il faut noter qu'ils sont nombreux à exercer également dans des équipes de liaison, et parfois aussi en service hospitalier. Le décompte a reposé alors sur le lieu d'activité principale. Il n'a malheureusement pas été possible de se rendre dans les CSST de prison à l'époque de cette enquête.

Au niveau du cadre accompagnant les MSO, la prescription de buprénorphine dans des structures disposant d'une équipe et d'une logistique adaptées, tend à rejoindre le niveau d'exigence accordé à la méthadone. En effet, la moitié des prescripteurs de buprénorphine (24/47) effectue une analyse urinaire recherchant la présence d'opiacés à l'initiation de ce traitement, alors que le cadre légal ne les y obligent pas. Une grande majorité (près de 90%) effectue un suivi clinique quotidien ou rapproché en début de traitement et près de 45% d'entre eux effectuent une délivrance quotidienne et contrôlée en début de traitement, se calquant en fait sur les modalités de suivi d'un patient recevant la méthadone.

## 2. Première intention : buprénorphine ou méthadone ?

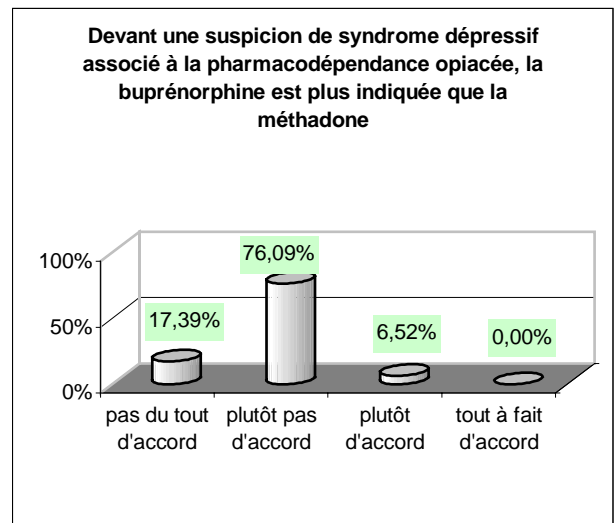
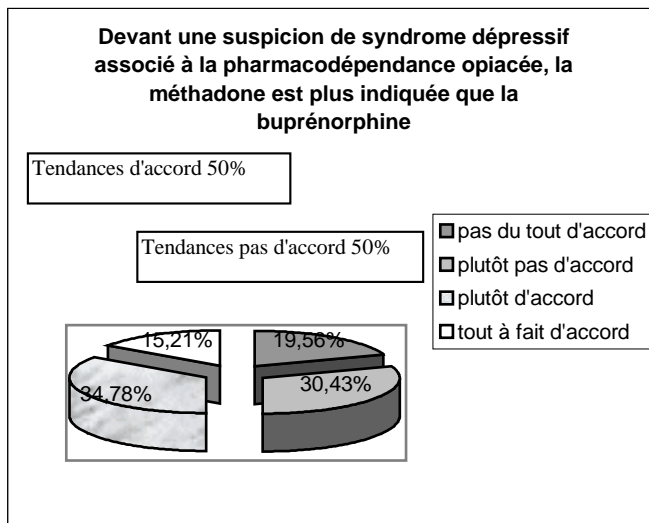


60% des médecins prescripteurs considèrent que la buprénorphine est globalement le traitement de première intention et 40% considèrent que c'est plutôt la méthadone qui doit être utilisée en premier. Ces médecins qui sont en pratique utilisateur des deux MSO semblent ainsi avoir une préférence pour une molécule plus souple d'emploi en première intention.

## 3. Comorbidités psychiatriques

La fréquence des comorbidités psychiatriques chez les sujets toxicomanes s'élève entre 70 et 90% selon les études. Une des problématiques dans ce domaine est de savoir si la pathologie psychiatrique est préexistante et ayant favorisé l'émergence de consommations à risque, ou si la dépendance elle-même et les consommations répétées (ou l'arrêt de celles-ci), créent ou entretiennent une symptomatologie, notamment anxio-dépressive.

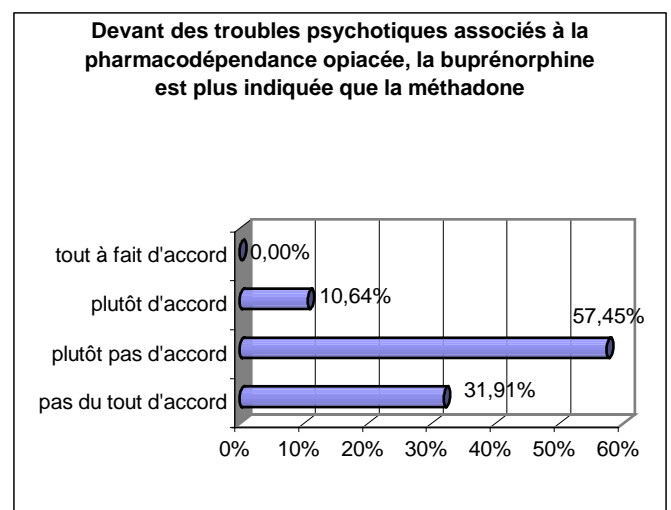
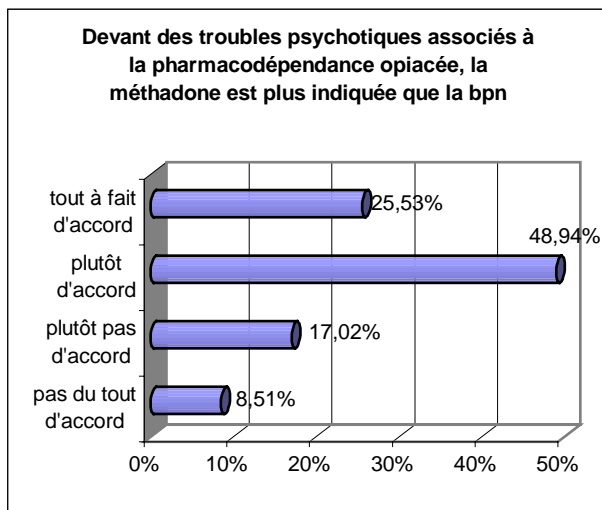
### 3.1. Syndrome dépressif



Sur la proposition d'une indication préférentielle de la méthadone en cas de syndrome dépressif associé, les prescripteurs interrogés sont partagés (50-50). A l'inverse, dans 93,5% des cas, les prescripteurs pensent que la buprénorphine n'est pas plus indiquée que la méthadone dans ce cas.

Ces résultats peuvent témoigner d'une relative insatisfaction de la substitution dans la prise en charge des comorbidités dépressives. De nombreux médecins pensent que dans un syndrome dépressif, d'autres éléments que le traitement de substitution sont à prendre en compte : un éventuel traitement antidépresseur bien sûr, mais aussi le cadre de l'institution, le rétablissement d'un lien social sont des critères retrouvés dans les commentaires.

### 3.2. Troubles psychotiques



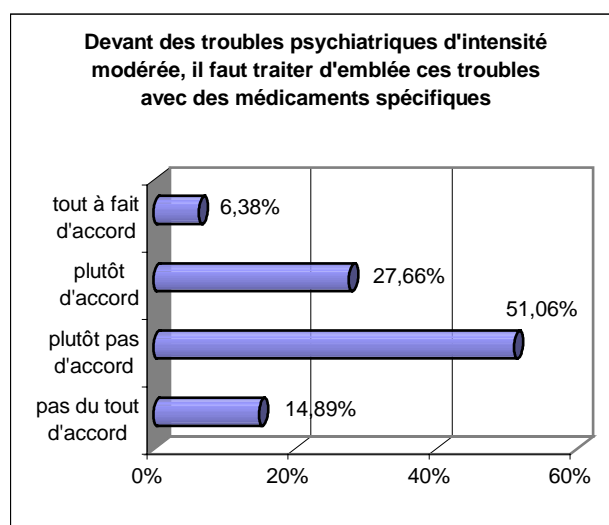
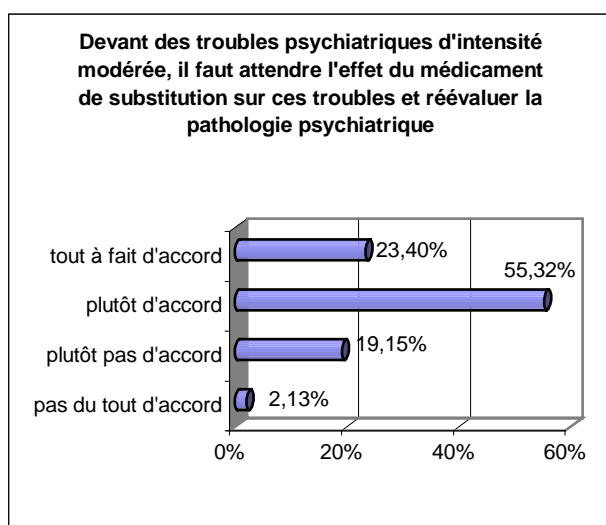
Trois quarts des prescripteurs estiment que la méthadone est plus indiquée que la buprénorphine devant des troubles psychotiques associés à la dépendance opiacée. On retrouve dans les commentaires la notion d'« apaisement opiacé » et d'effet antipsychotique de la méthadone, bénéfique sur les troubles anxieux (troubles anxio-dépressifs et psychotiques).

Dans le cadre de suivi intensif, corollaire du traitement par la méthadone, la continuité du lien psychothérapeutique et des éventuelles consultations psychiatriques sont plus faciles à instaurer et à pérenniser, permettant une prise en charge globale et adaptée des comorbidités psychotiques.

A l'inverse, on retrouve la crainte d'une mauvaise compliance avec surconsommations de méthadone chez certains psychotiques. Certains médecins préfèrent n'instaurer aucun MSO, en particulier lorsqu'il existe des troubles psychiatriques, un traitement d'emblée de ces troubles étant alors nécessaire (cf. discussion).

Et enfin, 10% des prescripteurs, (5/47) pensent que la buprénorphine est plutôt plus indiquée que la méthadone en cas de troubles psychotiques associés.

### 3.3 Instauration d'un traitement devant des troubles psychiatriques d'intensité modérée

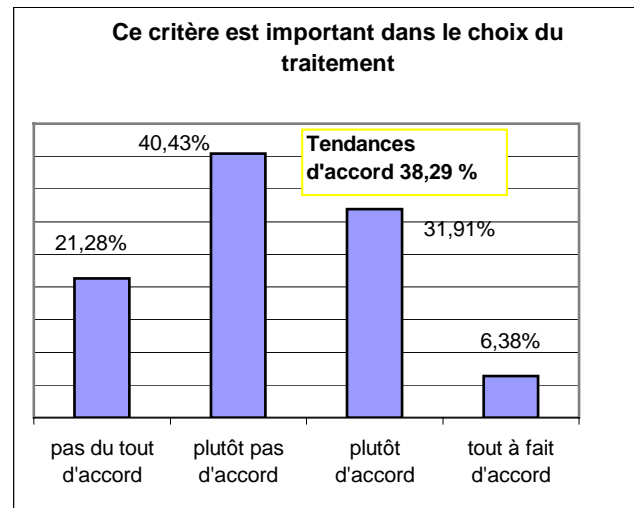
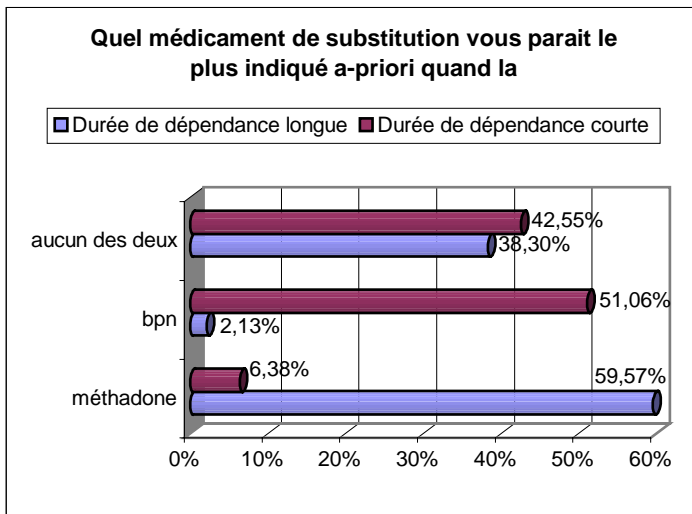


Plus des  $\frac{3}{4}$  des prescripteurs pensent qu'il faut attendre un éventuel effet du traitement de substitution sur des troubles psychiatriques, quand ils sont modérés, avant de les réévaluer et de les traiter éventuellement.

Mais il faut noter que l'analyse fine des questionnaires indique qu'environ 19% des médecins qui sont plutôt d'accord pour attendre l'effet du traitement de substitution sont également plutôt d'accord pour traiter d'emblée... Ce degré de paradoxe est difficilement explicable et laisse à envisager l'existence d'un biais méthodologique.

L'intrication entre effet psychotrope des MSO et effet thérapeutique des médicaments couramment utilisés en psychiatrie n'est pas sans rappeler l'intrication entre symptômes des pathologies psychiatriques et troubles liés à l'intoxication ou au sevrage des différents produits consommés par les usagers de drogues.

## 4. Durée de dépendance

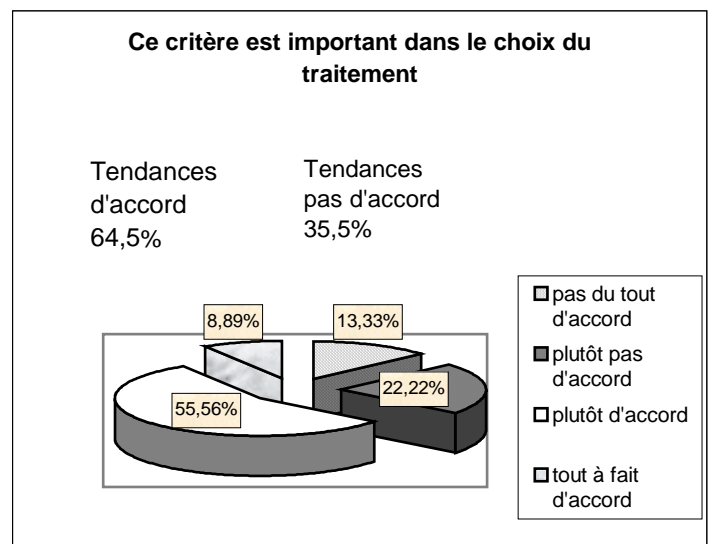
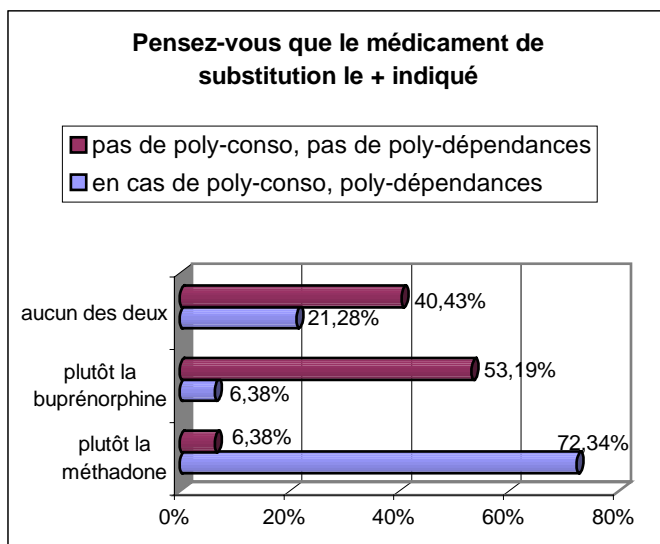


Dans cette enquête, le seuil au-delà duquel la durée de dépendance a été définie comme longue a été fixé arbitrairement à 10 ans.

Pour une durée de dépendance aux opiacés supérieure à 10 ans, le choix du traitement de substitution se porte plutôt vers la méthadone (60% versus 2%). Pour une durée inférieure à 10 ans, le choix est lui aussi assez tranché, cette fois en faveur de la buprénorphine (51% versus 6%). Dans près de 40% des cas, et quelle que soit la durée de dépendance, courte ou longue, les médecins pensent qu'aucun des deux n'est plus indiqué que l'autre.

De ce fait, il n'est pas étonnant de noter que dans plus de 60% des cas, ce critère soit estimé comme peu important dans le choix de la molécule. Dans les commentaires, certains disent privilégier le profil du patient, son histoire, le parcours de sa toxicomanie, la quantité d'héroïne (ou d'opiacés consommés) et le mode de consommation. D'autres notent qu'il est actuellement rare que des usagers viennent dans un centre avec une ancienneté de 10 ans (ou plus) sans avoir déjà expérimenté un traitement de substitution.

## 5. Poly-consommations, poly-dépendances

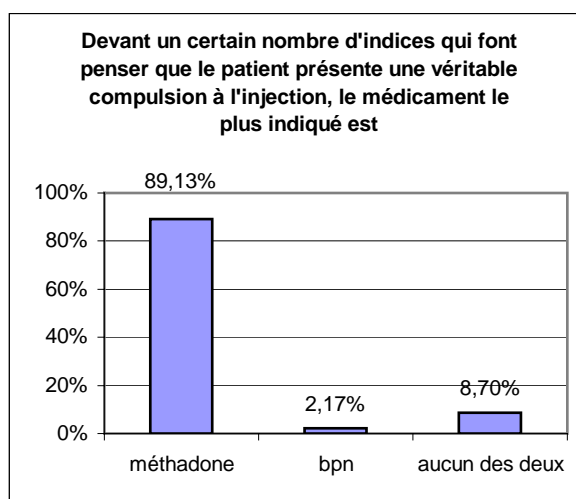
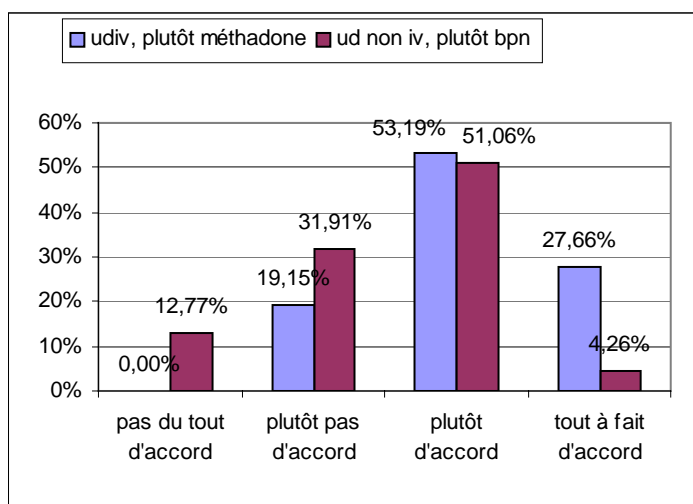


Quand il co-existe une dépendance à d'autres produits ou des poly-consommations, la méthadone est choisie par près de 3/4 des médecins comme paraissant plus indiquée. Parfois, cette opinion est clairement exprimée, davantage en raison du cadre qui entoure la prescription que pour le médicament lui-même. Dans les commentaires, certains prescripteurs proposent un sevrage aux benzodiazépines et à l'alcool en préalable à l'initiation de la méthadone.

D'autres évoquent la nécessité d'une prise en charge psychothérapeutique spécifique du problème de la poly-toxicomanie. Enfin deux médecins évoquent la présence d'alcool dans la méthadone, jugée comme problématique en cas de sevrage alcoolique.

La présence d'une poly-dépendance ou de poly-prescriptions est considérée comme un critère de choix important par une large majorité de prescripteurs (64,5%).

## 6. Injection



**Une grande majorité de médecins (80%) recommande la méthadone pour les usagers de drogue par voie intra-veineuse (UDIV).** Les 20% qui ne sont pas d'accord avec cette indication préférentielle n'ont pas fait de commentaires. Ils sont environ 55% à être d'accord avec la prescription préférentielle de la buprénorphine lorsque les usagers de drogue ne sont pas injecteurs. Un seul médecin interrogé considère que la buprénorphine est plus indiquée que la méthadone en cas de compulsion à l'injection.

84% des médecins considèrent comme important ce critère dans le choix du médicament.

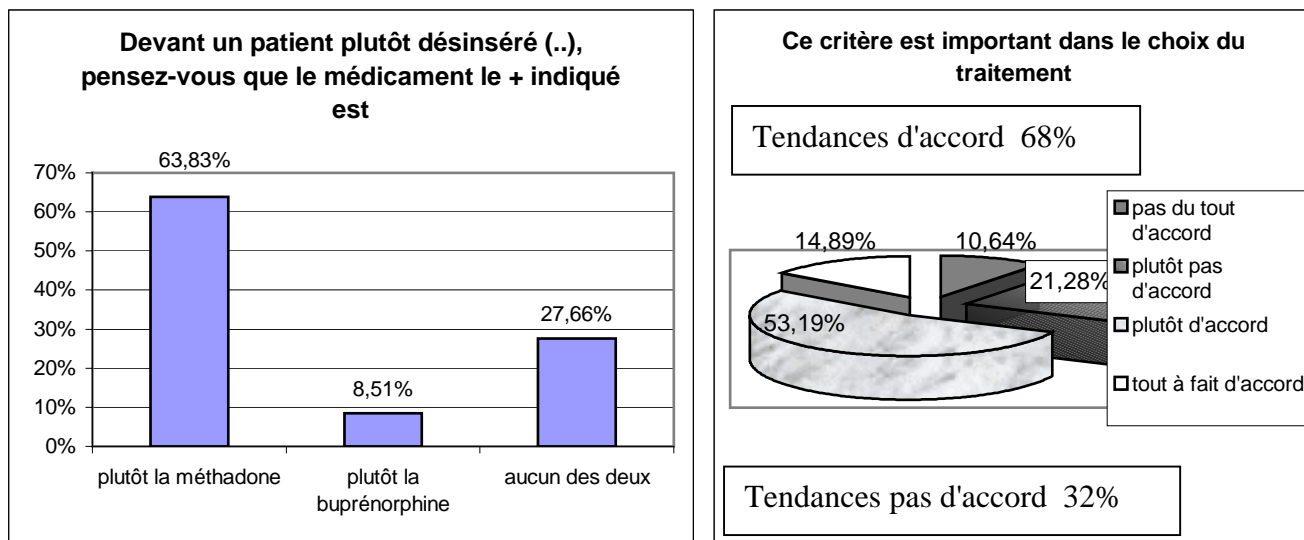
## 7. Grossesse

Près de 80% des médecins préconisent un traitement de substitution à la méthadone chez une femme enceinte dépendante aux opiacés, si elle n'a pas déjà un traitement de substitution.

Par contre, pour une femme enceinte recevant déjà un traitement par la buprénorphine, **et si celui-ci est efficace**, plus de 80% pensent qu'il faut maintenir la buprénorphine, même si l'AMM, pour l'heure, ne le permet pas. Ces résultats sont en cohérence avec l'étude de C.Lejeune (1), qui conclue que « **la buprénorphine haut dosage semble donc bien**

constituer une alternative raisonnable à la méthadone pour les traitements de substitution des femmes enceintes toxicomanes. Aucune différence majeure n'a été constatée dans le devenir périnatal de ces deux groupes ».

## 8. Statut socio-professionnel



Une majorité de médecins (64%) pensent que la méthadone est plus indiquée dans le cas d'un patient désocialisé, vivant éventuellement avec d'autres usagers de drogue. La notion de « cadre » et l'attention particulière liée au mode de délivrance interviennent également dans ce choix, selon les commentaires.

Un peu plus de 8% pensent que la buprénorphine est plus indiquée dans cette situation.

## Discussion

Dans cette enquête, les critères de choix d'un MSO considérés comme important par les médecins interrogés sont par ordre décroissant :

- le statut par rapport à l'injection,
- le statut socio-professionnel,
- l'existence de poly-consommations, poly-dépendances,
- la durée de dépendance.

On peut toutefois considérer, **hormis pour le statut par rapport à l'injection**, que pour les autres critères, les écarts sont faibles, et ne permettent pas de dégager un profil évident de patients requerrant plutôt un médicament qu'un autre, selon les médecins interrogés.

La surprise de cette enquête provient essentiellement des réponses assez partagées sur le statut de première intention de l'une et l'autre des deux molécules. Il est un fait qu'aujourd'hui, pour des raisons évidentes de disponibilité, les usagers de drogues reçoivent en premier lieu la buprénorphine dans la majorité des cas, lui conférant un statut de médicament de première intention. Cette position 'dans la pratique' est remise en cause dans l'enquête, puisque 40% des médecins considèrent que la méthadone devrait être considérée globalement comme un traitement de première intention. Et enfin, il semble important de signaler qu'un peu plus de la moitié des prescripteurs répondent de manière identique aux deux questions exprimant un niveau d'accord ou de désaccord indifférent pour chacune des 2 molécules à prescrire. **En fait, les médecins interrogés sont une majorité à penser qu'aucun des 2 MSO est plus 'de première intention' que l'autre, ni moins d'ailleurs.**

Ces contradictions apparentes pourraient être expliquées par quelques constatations :

- Certains CSST ne prescrivent pas de buprénorphine. Travaillant alors avec un réseau de médecins généralistes ou par recrutement direct, les usagers de drogues qu'ils reçoivent, ont clairement une demande de méthadone.
- Il est noté dans un commentaire que c'est l'accessibilité et l'effet du cadre légal qui positionnent la buprénorphine en première position ; mais ce n'est pas une indication clinique. C'est l'une des indications des conclusions de la conférence de consensus.
- La faible proportion d'usagers naïfs de tout traitement de substitution rendant caduque la notion de première intention.

Concernant la préférence des prescripteurs en cas de comorbidités psychiatriques, si elle est nettement en faveur de la méthadone en cas de troubles psychotiques, l'écart n'existe quasiment plus quand il s'agit de syndrome dépressif. Par ailleurs, l'idée de différer la mise en place d'un MSO en cas de troubles psychiatriques a été récemment battue en brèche par l'important travail du Pr Icro MAREMMANI (3), qui préconise d'emblée, au regard de la littérature internationale et de son expérience clinique, une approche intégrant la mise en place rapide du MSO et le traitement de la pathologie psychiatrique.

## **Conclusion**

Les résultats de cette enquête, qui n'a pas l'exhaustivité et la méthodologie nécessaire à identifier les profils répondeurs des deux MSO, ont toutefois le mérite de souligner l'ambiguïté et la difficulté qu'il peut y avoir à définir un modèle de 'première intention' ou de 'seconde intention' pour l'un ou l'autre des médicaments de substitution opiacée. C'est l'histoire du 'modèle français qui a imposé le Subutex® comme médicament de première intention plus que des positions d'experts, et il suffit de voir ce qui se passe dans de nombreux pays voisins (Suisse, Belgique, Allemagne, Italie,...) pour se convaincre que si l'Histoire avait été autre, il en serait probablement autrement.

Le Dr Ariane MA exerce son activité dans 2 CSST de la région parisienne : « La mosaïque » à Montreuil et « Le Corbillon » à Saint-Denis.

1. X. Laqueille, M.F. Poirier, V. Jalfre, Facteurs prédictifs de la réponse à la buprénorphine en traitement substitutif des héroïnomanes. Presse Médicale 3 Novembre 2001/30/ n° 32.
2. Lejeune et al., Etude comparative des nouveau-nés de mères substituées par méthadone ou buprénorphine haut dosage (BHD) pendant la grossesse, La Lettre du Pharmacologue-Volume 15- n° 3 – mars 2001
3. I. Maremmanni et al., Dual Diagnosis Heroin Addicts, HARCP, vol. 5, n° 2, August 2003. Traduction française dans le FLYER hors-série N°3, vol. 1, sept. 2004.

# 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

Décembre 2004

Spécial Prisons, vol. 1

|  |       |
|--|-------|
| <b>Editorial</b><br><i>Dr Betty BRAHMY</i>   | p. 3  |
| <b>Enquêtes et perspectives à propos des traitements de substitution opiacée en milieu carcéral</b><br><i>Dr Laurent MICHEL, Olivier MAGUET</i>  | p. 6  |
| <b>Dosage de méthadone et sécurité au cours du traitement de la dépendance aux opiacés</b><br><i>Dr Christine RIVIERRE, analyse de l'article de Stewart B. LEAVITT (Addiction Treatment Forum)</i>   | p. 11 |
| <b>Prescription de méthadone en milieu carcéral</b><br><i>Heino STÖVER, traduction des pages 102 à 114 de son livre "Drug and HIV / AIDS Services in European Prisons"</i>   | p. 16 |
| <b>Traitement d'entretien à la méthadone</b><br><b>Chapitre extrait de « VIH/sida et prisons: rapport final »</b><br><i>Ralf Jürgens, Réseau juridique canadien VIH/sida</i>   | p. 25 |
| <b>Annexe :</b><br><br><i>Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par 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.</i> | p. 34 |

**Le Flyer Spécial 'Prisons' Vol. 1 a été édité en décembre 2004. Pour vous le procurer, contactez la rédaction du Flyer :**

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

ou téléphoner au 01 45 19 10 59

f119J05