

# 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 2003

N° 11

- **Le programme préparatoire avec la méthadone**

*(Dr Nelson FELDMAN, Genève, Suisse)*

- **Attentes des usagers de drogues concernant les  
traitements de substitution**

*(Synthèse de l'enquête AIDES)*

- **Analyse bibliographique :**

**Existe-t-il un seuil d'efficacité pour les méthadonémies ?**

*(Dr Christine RIVIERRE, Marseille et la rédaction du FLYER)*

- **Réflexions sur les réseaux (de soins) de soignants...**

*(Dr Marie-Jeanne MARTIN, Lille)*

- **La méthadone fait peur aux médecins ?!**

*(Le quotidien « La Presse », Montréal, Canada)*

## **Le programme préparatoire avec la méthadone**

*Dr Nelson FELDMAN, Département de psychiatrie, Division d'abus de substances,  
Unité de toxicodépendances, GENEVE*

### **Introduction**

L'unité pour toxicodépendance de la Division d'Abus de Substances (DAS) est un service spécialisé dans l'accueil et le traitement de patients toxicodépendants à Genève. Depuis 1991, dans notre service, la méthadone est utilisée comme médicament de choix dans le traitement de la dépendance à l'héroïne, soit comme traitement de substitution à moyen ou à long terme, soit pour le sevrage en milieu ambulatoire ou hospitalier.

Cette Unité est composée de deux consultations sectorisées à Genève, avec une équipe multidisciplinaire, et deux unités hospitalières : la première de 7 lits pour les sevrages (Villa les Crêts), la seconde au sein de l'hôpital psychiatrique pour le traitement de la comorbidité associée à la toxicodépendance (le Seran).

Dans un premier temps, la majorité des héroïnomanes qui consultent en ambulatoire cherchent avant tout un traitement qui soulage l'état de manque, sans être clairs sur le choix d'un sevrage ou d'un traitement de substitution. En raison de ce mode de présentation et dans un souci **d'accessibilité** aux soins, nous avons mis en place, depuis 1994, un programme d'admission avec méthadone, pendant une durée d'un mois, dans le but de favoriser le choix thérapeutique ultérieur le plus adapté, en évitant une orientation prématurée et parfois erronée lors des premiers entretiens, souvent dans un contexte de crise.

Ce travail présente le programme préparatoire et une étude réalisée pour évaluer ses résultats, durant la période d'octobre 2000 à octobre 2001, et les comparer à une étude précédente (1998-1999).

### **Situation actuelle de la substitution en Suisse**

Les traitements avec la méthadone représentent le 1<sup>er</sup> choix en matière de traitement de maintenance en Suisse. A l'heure actuelle, il y a 18.000 patients en traitement avec la méthadone (la Suisse compte un peu plus de 7 millions d'habitants).

Par ailleurs, il y a 1.200 places de traitement avec prescription d'héroïne (en intraveineuse ou en comprimés per os) dans 21 centres en Suisse, dont un à Genève (le PEPS), avec 50 places, qui fait partie de la Division d'Abus de Substances.

A Genève, 1.400 patients héroïnomanes sont en traitement avec la méthadone, 300 sont suivis dans la DAS, seule institution publique pour les soins. La Fondation Phénix (privée) et une centaine de médecins installés en ville suivent les autres patients en traitement. Les pharmaciens de la ville sont associés à l'administration quotidienne du traitement.

La DAS a développé depuis 10 ans un traitement de méthadone qui s'appuie sur une équipe multidisciplinaire et le travail en réseau. Les interventions de différents professionnels sont adaptées selon les besoins et la situation de chaque patient, mais tous bénéficient d'un suivi médico-infirmier régulier, d'un bilan somatique, psychiatrique et social. Un psychiatre est responsable du traitement et le suivi psychothérapeutique est fortement encouragé.

Notre philosophie de travail en réseau permet une bonne articulation avec d'autres partenaires dans l'entourage du patient : famille, réseau social ou médical.

## Déroulement du programme préparatoire (P.P.)

Sans formalité administrative particulière, tout patient peut être reçu en entretien dans une consultation, sans rendez-vous, du lundi au vendredi. Une ou des analyses d'urines sont réalisées avant tout traitement, pour mettre en évidence les consommations d'héroïne (analyses ultra-rapides).

Le médecin responsable du programme fait les entretiens d'évaluations nécessaires avec une anamnèse exhaustive sur la consommation de substances, les traitements entrepris dans le passé et le statut du patient. Le programme préparatoire se déroule suivant certains critères :

1. Administration quotidienne du traitement par la méthadone dans la consultation (du lundi au vendredi, week-end : doses à emporter). On commence souvent par 20 mg ou 30 mg par jour, avec une augmentation progressive, par palier de 5 mg à 10 mg. Si des doses plus importantes sont nécessaires, elles sont introduites en 2 prises par jour en début du traitement.
2. Entretien régulier avec le psychiatre qui comprend un travail motivationnel, une élaboration du projet de soins par la suite et une évaluation de la comorbidité psychiatrique sous-jacente.
3. Suivi régulier par un infirmier référent, responsable du programme préparatoire dans l'équipe de soins.
4. Bilan somatique avec le médecin interniste : counseling, dépistage proposé pour HIV et hépatites, vaccinations.
5. Bilan social avec l'assistante sociale du service.
6. Selon besoin, entretiens avec la famille, ou de réseau, voire suivi psychothérapeutique.

## Description de l'étude du programme préparatoire avec la méthadone

### Objectifs de l'étude :

- 1 Décrire le profil des patients admis en programme préparatoire dans les 2 consultations ambulatoires de la division, entre octobre 2000 et octobre 2001.
- 2 Evaluer l'issue du traitement après un mois.
- 3 Etablir des facteurs prédictifs des drop-out.
- 4 Comparer ces données à une étude similaire réalisée auparavant (1999).

Pendant la période de l'étude, il y a eu 185 admissions (169 patients) au programme préparatoire, ce qui concernait plus de 80 % des nouvelles demandes de traitement dans les consultations. Cela montre la place importante que prend ce programme dans l'accueil des patients héroïnomanes.

### Tableau descriptif de cette file active

**Tableau I**

<b>72% hommes</b>	
Moyennes d'âge 30 ans (17-47 ans)	
Nationalité suisse	65 %
Formation achevée	51 %
Revenu provenant de l'emploi	30 %
Logement personnel	58 %

23 % des patients n'avaient eu aucun suivi antérieur.

## Tableau descriptif des consommations de substances au moment de la demande de soins

**Tableau II**

<b>A l'admission :</b>			
‣ Les patients consommaient en moyenne 3.8 substances (DS1.8), dont :			
- Héroïne	96 %	- Méthadone	46 %
- Cocaïne	61 %	- Benzodiazépines	42 %
- Cannabis	59 %	- Alcool	33 %
‣ Durée moyenne de consommation d'opiacés = 9 ans, de la cocaïne = 6 ans			
‣ Pas de suivi antérieur		23 %	
‣ Injections dans les 6 derniers mois		58 %	

Il est intéressant d'observer que 61 % des patients consomment également de la cocaïne car, en effet, depuis plusieurs années, l'usage de cette substance devient de plus en plus importante.

### **Résultats**

Issue du traitement à un mois : sur 185 admissions après un mois

#### **74 % sont retenus dans le réseau et orientés vers :**

- Programme de maintenance à la méthadone 60 % (112), dont 83 % à la Division et 17 % chez médecin privé.
- Programme de prescription d'héroïne 2 % (3)
- Sevrage (amb./hosp.) 12 % (22)

#### **26 % ne sont pas retenus en traitement (abandon) :**

- Drop-out 20 % (38)
- Prison 4 % (7)
- Exclusion 1 % (2)
- Décédé 0,5 % (1)

### **Facteurs prédictifs d'abandon**

Une régression logistique montre que les seuls facteurs qui prédisent un abandon du PP avant la fin du premier mois de traitement sont :

‣ **L'utilisation de la cocaïne (p=002)**

‣ **Le fait d'avoir un emploi (p=0.001)**

La consommation compulsive de cocaïne apparaît comme un facteur corrélé à l'abandon du traitement, et vient sans doute compliquer la prise en charge de la dépendance à l'héroïne.

En ce qui concerne le fait d'avoir un emploi, ce facteur peut s'expliquer dans l'exigence d'une présence quotidienne au centre de soins à des horaires fixes, pas toujours compatibles avec une activité professionnelle. Ce point mène à réfléchir sur la nécessité de travailler avec les pharmaciens de ville pour ces cas particuliers.

## Comparaison avec l'étude de 1998-1999

	1998-1999	2000-2001
Taux de rétention	84 %	74 %
Taux de drop-out	16 %	26 %
Orientation après 1 mois de P.P.	méthadone 66 %	60 %
	sevrage 16 %	12 %
Orientation médecine privée (principalement fondation Phénix)	24 %	17 % (principalement médecine de ville)

Une baisse de la rétention de 10 %, par rapport à l'étude précédente, peut en partie s'expliquer par la prévalence plus importante de la consommation de cocaïne chez les patients qui abandonnent le programme préparatoire car, dans les années précédentes, cette consommation était beaucoup moins importante. D'autre part, il n'y a pas eu de changement particulier dans l'organisation du programme préparatoire ni un changement de règles ni de critères qui puissent expliquer cette différence à l'intérieur du P.P.

Par ailleurs, nous observons que l'orientation en traitement de méthadone vers la médecine privée s'est faite plus facilement vers des praticiens installés en ville, dans l'étude de 2000-2001. Il semble que la reconnaissance de la médecine de l'addiction, comme une nouvelle spécialité à part entière, et l'organisation des collègues installés à Genève dans les GPMA (Groupe des Praticiens de Médecine de l'Addiction) a sans doute favorisé ce phénomène d'un transfert de traitement plus accessible vers les praticiens installés, souvent des médecins généralistes ou internistes.

## Conclusion

Le programme préparatoire est une porte d'entrée dans le réseau de soins pour des patients non suivis (25 %).

La plupart des nouvelles demandes de traitement dans la Division d'Abus de Substances sont orientées vers le programme préparatoire.

Dans ce groupe, la polytoxicomanie est fréquente, la situation socioprofessionnelle souvent précaire. La rétention en traitement, après un mois, est de 76 %, avec une tendance à la baisse entre 2000 et 2001 (probable influence de la cocaïne). Dans 2/3 des cas, les patients sont orientés vers un traitement de substitution, à moyen ou long terme. Cette orientation semble la plus réaliste en raison de leur situation psychique, somatique et sociale mais également de la difficulté à entreprendre un sevrage à court terme avec succès.

**Le programme préparatoire permet de répondre de façon adaptée et souple à la demande initiale des patients avec dépendance aux opiacés. Toutefois, il semble important d'assouplir le cadre pour les patients qui travaillent.**

Vu le profil de la population, il est important d'intégrer des stratégies thérapeutiques face à la cocaïne et aux autres substances psycho-actives. Le P.P. permet d'élargir la palette thérapeutique offerte aux personnes toxicodépendantes et d'offrir une bonne accessibilité au réseau de soins à Genève.

la conférence latine sur la réduction de risques, CLAT1, à Barcelone, les 14-15 et 16 novembre 2001, et la 5<sup>ème</sup> journée de recherche Vaud-Genève du département de Psychiatrie des HUG, le 13 juin 2002 à Genève.

**Cette étude a été faite avec la collaboration de Barbara Broers, Anne Chatton, Jérôme Selig et Corina Mititelu-Meiler.**

**Avec mes remerciements pour son appui et sa collaboration, à Marina Croquette Krokar, médecin chef de service a.i. de la Division abus de Substances.**

Références :

Prises en charge ambulatoire des problèmes de dépendance, statistique du traitement ambulatoire, chapitre 5, substitution avec la méthadone, OFSP, ISPA, Neuchâtel 2001.

Rapport :

Les traitements avec prescription d'héroïne, septembre 2000, Berne, OFSP.

Revue :

SPECTRA, OFSP, Juillet 2002, N° 3, Berne

Adresse de l'auteur : Dr Nelson Feldman 1<sup>er</sup> chef de clinique DAS  
Consultation rue Verte, 2 rue Verte – 1205 Genève

E-mail : nelson.feldman@hcuge.ch



Commentaire de la rédaction du Flyer :

**L'originalité de ce programme préparatoire est d'inclure d'emblée la délivrance de méthadone. Il ne s'agit plus d'opposer l'élaboration d'un projet de soin et un accès rapide au médicament de substitution, mais plutôt de les concilier dans un premier projet, à l'issue duquel le patient et l'institution se donneront la possibilité de définir le meilleur choix thérapeutique ultérieur.**

Cet abord pragmatique permet probablement de dé-stigmatiser la méthadone, tant chez les usagers que dans les équipes soignantes. En effet, la place centrale donnée au médicament de substitution, dans la période notamment qui précède la première délivrance, où celui-ci est considéré comme l'objet et le remède, dont chaque moment à l'attendre le rend plus prépondérant encore, va souvent à l'encontre des 'principes' des équipes. Celles-ci, à juste titre, considèrent en effet que le médicament n'est qu'un outil permettant la mise en place d'une stratégie globale de soins. Quel est alors cet outil, que l'on va mettre plusieurs jours, voire plusieurs semaines à utiliser ? Est-il dangereux chez des patients pharmaco-dépendants aux opiacés (qui l'ont d'ailleurs souvent déjà expérimenté dans la rue) ? Le retour en arrière est-il impossible ?, et la question récurrente : Que prend le patient dans cette période d'attente et a priori de soins (ou d'élaboration d'un projet de soins) ? Est-il cohérent, à un moment où l'on élabore un projet de soins avec un patient, de l'inciter implicitement à s'injecter des opiacés illicites, ou des médicaments de substitution détournés de leur usage, avec les risques que l'on connaît, alors que l'on sait qu'on finira par lui délivrer la méthadone.

# Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution

*expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés*

SYNTHESE DE L'ENQUETE

[Décembre 2001 (version mise à jour en Septembre 2002)]

**NDLR : Nous publions ici l'intégralité de la synthèse de l'enquête réalisée en 2001 par AIDES avec le concours de l'INSERM, telle qu'elle nous a été proposée et avec l'autorisation aimable d'AIDES et de ses représentants (Olivier MAGUET et Christine CALDERON).**

Coordination : AIDES    Partie scientifique : INSERM    Financement : OFDT et MILDT

## Pourquoi cette enquête ?

Une enquête menée en 1998 auprès des usagers de drogues accueillis à AIDES montrait que, malgré un impact réellement positif des traitements de substitution, plus de 50 % des répondants soulignaient l'inadaptation des traitements actuels et souhaitaient un élargissement de la palette des traitements. Nous avons donc souhaité approfondir ce travail en vérifiant ces hypothèses auprès d'une population ne fréquentant pas l'association AIDES.

## Objectifs

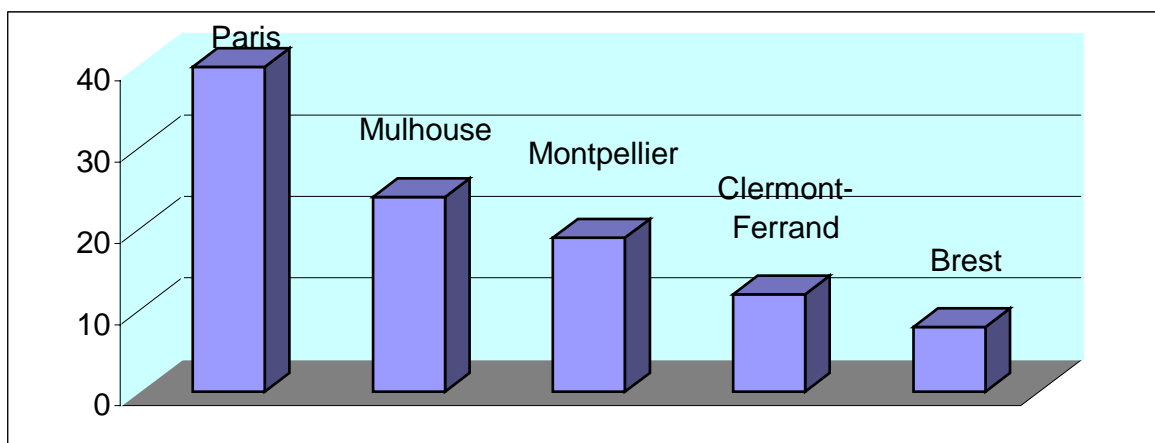
Cette enquête cherche à répondre à des questions qui sont au cœur de la redéfinition nécessaire de la politique de soins en faveur des usagers de drogues :

- Existe-t-il des perceptions différentes des traitements et du cadre de prise en charge chez les utilisateurs ?
- Peut-on éclairer la question de l'injection et des consommations associées ?
- Quelles sont les attentes des usagers vis-à-vis des traitements de substitution ?

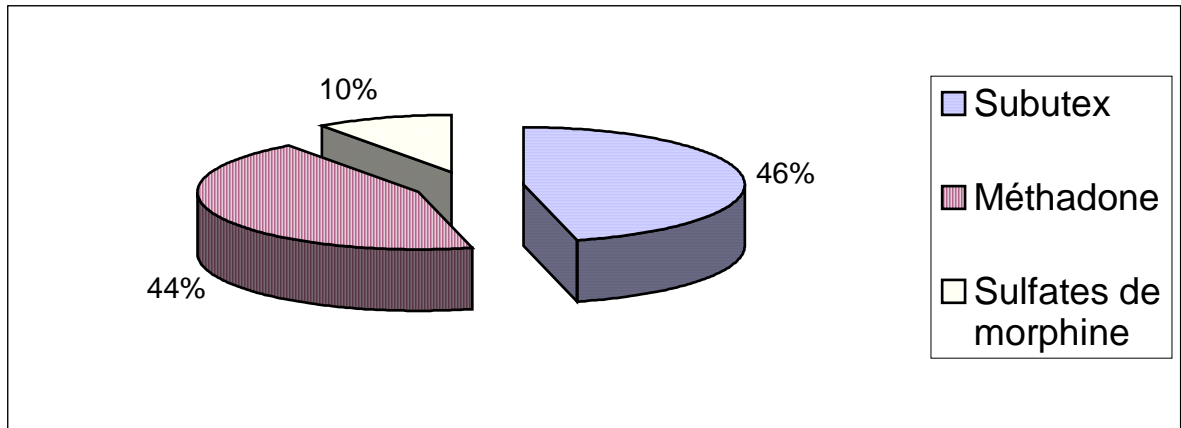
L'originalité de cette enquête est de décrire l'impact des traitements du point de vue des personnes et sans passer par un réseau d'intervenants, réduisant ainsi les biais de désirabilité des réponses.

## Méthodologie et description de l'échantillon

- 506 personnes ont été recrutées sur 5 sites selon les critères d'inclusion suivants :
  - ➔ Prescription de Subutex®, méthadone ou sulfates de morphine (Skénan® ou Moscontin®)
  - ➔ Au moins 6 mois de prescription du même traitement
  - ➔ Prescription sur le site de recrutement
- Distribution de l'échantillon selon les sites de recrutement : (en pourcentage)

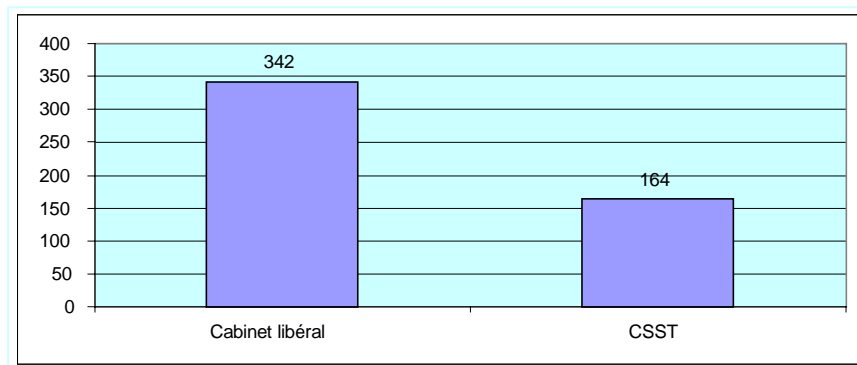


- Distribution de l'échantillon selon le traitement prescrit :



*Rappel : l'objectif est de comparer l'impact de la substitution par traitement et non d'avoir une population représentative des personnes en substitution en France.*

- Distribution de l'échantillon selon le cadre de prescription :



- Caractéristiques socio-démographiques :
  - 71 % d'hommes et 29 % de femmes.
  - Age moyen : 33,5 ans.
  - 50 % : scolarisés jusqu'à la troisième.
  - 50 % : séjour en prison (nombre moyen d'incarcérations proche de 4).
- Situation par rapport au VIH et aux hépatites :
  - 26 % de VIH +
  - 57 % de VHC +
  - 25 % de VHB +

La pénibilité des traitements de substitution s'ajoute aux effets secondaires générés par les traitements VIH et/ou VHC. 87 % des personnes traitées pour le VIH et/ou le VHC déclarent des effets secondaires, majoritairement pénibles à très pénibles (il n'est pas possible de distinguer ce qui relève des traitements VIH, VHC ou de substitution).

## Données par rapport aux traitements de substitution

- Durée moyenne de prescription du traitement de substitution : 29 mois.  
Cette durée est intéressante pour mesurer l'impact des traitements de substitution.
- Doses moyennes prescrites :
  - Subutex®: 11 mg
  - Méthadone : 70 mg
  - Sulfates de morphine : 343 mg



- 50 % des répondants au questionnaire ont une autre prescription de médicaments, dont 33 % par un autre médecin que celui qui prescrit la substitution.

- 67 % déclarent une observance stricte de leur prescription au cours du mois qui a précédé l'enquête. Les non observants se répartissent de la façon suivante :

- 14 % ont sur-consommé
- 19 % ont sous-consommé

30 % des personnes ayant une prescription de Subutex® déclarent s'en être procuré hors prescription (trafic de rue) et une des raisons majeures invoquées est la sur-consommation.

- Injection : 27 % déclarent injecter leur traitement de substitution, dont 15 % systématiquement.

- 40 % des personnes sous Subutex® injectent leur traitement.
- 60 % des personnes sous sulfates de morphine injectent leur traitement.

Deux profils d'injecteurs se dégagent, en fonction des raisons de l'injection :

*pour le Subutex®* : ennui, quand cela ne va pas, mauvais goût du traitement.

*pour les sulfates* : recherche d'effets se rapprochant de ceux des opiacés (rapidité des effets, mieux sentir les effets du produit).

- Poursuite de consommation : 32 % poursuivent des consommations de produits illicites et/ou de médicaments détournés de leur usage.

Parmi les personnes qui poursuivent une consommation de produits illicites, 23 % les injectent.

## Les profils des personnes en substitution

L'analyse des résultats a permis une classification des répondants à cette enquête en plusieurs profils. Ces profils permettent de décrire et de comparer la population par rapport aux traitements de substitution et d'ouvrir des pistes de réflexion. Il ne s'agit pas d'une interprétation.

### • Profil des répondants en fonction des caractéristiques socio-démographiques

1° groupe [44 %] : peu insérés, 40 ans et plus → *CSST, méthadone*

2° groupe [32 %] : insérés, 30/40 ans → *cabinet libéral, pas de traitement associé*

3° groupe [14 %] : jeunes, précarisés, incarcérés → *pas de cadre associé, Subutex®*

4° groupe [10 %] : hommes, très précarisés → *pas de caractéristiques associées*

### • Profil des répondants en fonction de l'impact sur les consommations associées et le maintien de l'injection

1° groupe [68 %] : non-consommateurs, non-injecteurs → *peu de Subutex®*

2° groupe [23 %] : consommateurs (sauf crack), injecteurs → *Subutex® fortement représenté*

3° groupe [6 %] : consommateurs de crack → *sulfates fortement représentés*

4° groupe [3 %] : consommateurs de médicaments et de drogues de synthèse, injecteurs → *pas de caractéristiques associées*

### • Profil des répondants en fonction de l'impact sur la satisfaction

1° groupe [15 %] : satisfaction très élevée et impact ressenti très positif → *méthadone*

2° groupe [43 %] : satisfaction modérée et impact ressenti positif → *moins de sulfates*

3° groupe [31%] : satisfaction modérée à faible et peu d'impact ressenti → *moins de méthadone*

4° groupe [11 %] : détérioration de la situation → *pas de caractéristiques associées*

## • Profil des répondants en fonction des attentes et des besoins

1° groupe [83 %] : *en faveur de*

- plus grande diversification de l'offre de soins
- clarification du projet thérapeutique
- prise en charge globale de la santé et de la personne
- un médicament aux effets psychotropes plus prononcés

2° groupe [17 %] : *en faveur de*

- relation avec le médecin plus distante
- recherche d'un produit-drogue

## • Attentes en fonction du médicament prescrit

- Sulfates → produit-drogue
- Méthadone → logique de maintenance
- Subutex® → profils mitigés

## Conclusions

- Bon impact des traitements de substitution et satisfaction relative (de modérée à très satisfait).
- Une sous-population pour qui cela ne marche pas ou difficilement (3 personnes sur 10).
- Malgré les limites méthodologiques :
  - biais de sélection (Brest et Clermont : situation monopolistique de l'offre de soins ; Montpellier : mises en examen autour de la prescription des sulfates),
  - représentativité de l'échantillon (si l'étude ne prétend pas à la généralisation des résultats sur l'ensemble des personnes en traitement de substitution en France, elle tend à une représentativité raisonnable du fait de son mode de recrutement à la fois dans les CSST et dans les cabinets libéraux et de la comparabilité de notre échantillon à d'autres études observationnelles menées en France auprès des mêmes populations),nous avons procédé à des profils permettant de mieux décrire les difficultés. Ces profils font apparaître des populations hétérogènes sur les conditions de vie, les parcours, les modes de consommation et l'impact et les attentes en matière de traitement de substitution et doivent nous amener à nous interroger sur la difficulté de la substitution telle qu'elle est organisée aujourd'hui (traitement, cadre de prescription) à répondre à ces populations hétérogènes.
- La poursuite de consommation de produits illicites et de médicaments est loin d'être négligeable (32 %).
- Parmi ces personnes, 23 % poursuivent une pratique d'injection ; en outre, 40 % des personnes sous Subutex® et 60 % des personnes sous sulfates injectent leur traitement.
- La méthadone semble ressortir comme étant 'au-dessus' des autres médicaments et ces observations posent la question de la place du Subutex® comme traitement de première intention.
- Sur la comparaison entre les traitements par rapport à la question de l'injection et de la poursuite de consommations illicites, les analyses ne permettent pas de conclusions probantes. Toutefois, les résultats montrent le faible potentiel du Subutex® à répondre aux troubles psychologiques. De plus, la possibilité de recourir à l'injection et la poursuite de consommations associées pourraient en faire un médicament parfois contre-productif quant à ses fonctions de réduction des risques sanitaires (dont des complications loco-régionales sévères – abcès) et d'abandon de consommation de produits illicites.
- Il est donc nécessaire de clarifier ces questions ; une exploration plus fine en ce sens est actuellement en cours.

## **Commentaires de le rédaction du FLYER :**

AIDES réalise la revue REMAIDES, un trimestriel destiné aux personnes séropositives et à leurs proches, mais aussi aux personnels sanitaires et sociaux. Un numéro spécial consacré aux usages de drogues a été édité en avril 2002, avec un article sur cette enquête). Il est disponible sur demande. Vous pouvez aussi choisir de vous abonner à la revue. Pour toute information sur le numéro spécial et les abonnements, merci de contacter Cyrille Leblon au 01 41 83 46 10 ou à [cleblon@aidés.org](mailto:cleblon@aidés.org) (documentaliste de la revue REMAIDES).

Ce travail inédit apporte une base de données irremplaçable sur la connaissance des traitements de substitution, vus par les usagers eux-mêmes.

Concernant ce travail, et la place respective des traitements de substitution mentionnés, **nous émettons toutefois la réserve suivante**. La comparaison de l'efficacité des deux médicaments de substitution autorisés est délicate dans le contexte français, où pour des raisons de choix politique, le dispositif légal de mise à disposition de ces 2 médicaments est différent. L'un et l'autre ne se situent pas au même moment, dans la trajectoire des usagers de drogue. Il est un fait que la méthadone est plus volontiers un traitement de seconde intention, et s'adresse alors à un public de patients plus motivés, et peut-être également plus éloignés de ce fait de leurs périodes d'usage actif de drogue. Cela étant dit, nous rejoignons l'une des conclusions de l'enquête, qui considère discutable la place de traitement de première intention de la buprénorphine haut dosage. Ce qui se passe dans les pays où la méthadone est largement disponible et depuis longtemps, et qui voient arriver la buprénorphine plutôt comme un traitement de seconde intention après la méthadone, ou pour une pratique de sevrage progressif, montre l'impact du cadre historique et législatif dans la notion (normalement) clinique de première ou seconde intention.

Il reste donc aux cliniciens, après une évaluation scientifique rigoureuse, de se prononcer sur ce sujet. Les études comparatives déjà réalisées laissent entrevoir que dans un milieu identique, l'efficacité en terme de rétention et d'urines négatives est comparable pour les deux traitements, si l'on prend la peine d'adapter au mieux les posologies. Mais peut-on raisonner de la sorte, sans tenir compte des effets à court-terme et à long-terme sur d'autres critères, du milieu naturel des patients substitués différent du cadre d'une étude, et sans tenir compte de l'avis des usagers, leurs ressentis et leurs attentes ? L'idéal serait que chaque patient puisse bénéficier, après 'discussion' avec son médecin, du traitement le plus adapté en terme d'effets pharmacologiques, de profil de tolérance, d'acceptabilité, de possibilité de détournement, de transport... ? C'est en pratique, ce que fait tout clinicien sur la plupart des pathologies qu'il rencontre (au moins sur les 3 premiers critères).

Quand chaque patient aura alors son traitement dans ces conditions de choix thérapeutique normal, l'évaluation comparative des deux modalités de traitement sera plus pertinente, mais il faudra aussi prendre en compte les différents profils de patients recrutés dans les deux groupes, s'il y a lieu (âge, durée de la période d'addiction, comorbidités associées, etc.).

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

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

## Analyse bibliographique :

### **Existe-t-il un seuil d'efficacité pour les méthadonémies ?**

#### **Does therapeutic threshold of methadone concentration in plasma exist ?**

*L. Okruhlica, F. Devinsk, J. Valentova, D. Klemпова*

*Heroin Add & Rel Clin Probl 2002 ; 4(1) :29-36*

Les deux principaux indices d'efficacité du traitement par la méthadone dans les programmes de maintenance sont, d'une part, le pourcentage de maintien des patients dans le programme et, d'autre part, la proportion d'analyses urinaires négatives pour les opiacés illicites. L'adéquation de la dose de méthadone administrée est également jugée d'après des critères cliniques tels qu'une absence de signes de manque, et l'absence d'usage illicite des opiacés.

D'après certaines études (Shinderman), la dose de méthadone administrée est corrélée proportionnellement à l'efficacité du traitement, selon les critères précédemment cités, taux de rétention et taux d'abstinence. Ces doses s'avèrent être cependant variables d'un individu à l'autre et sont parfois très élevées (bien au-delà de 100 mg, et supérieures à 500 mg dans certaines études, notamment celle d'Eap).

Des études sur la méthadonémie ont alors été réalisées et ont révélé des résultats controversés : pour certains, il n'existe pas de seuil thérapeutique optimal de méthadonémie entraînant une stabilisation des patients, pour d'autres il est situé entre 50 et 600 ng/ml, ou encore suggéré idéal autour de 400 ng/ml (méthadonémie résiduelle, soit 24 heures après la prise, et dans les conditions rappelées ci-après).

Le but de l'étude analysée ici, et réalisée dans un Centre de prise en charge des dépendances à BRATISLAVA en Slovaquie, où les doses de méthadone prescrites varient largement d'un individu à l'autre, était de déterminer s'il existe un seuil d'efficacité thérapeutique de la méthadonémie.

#### **Matériel et méthode**

69 patients choisis dans le programme de maintenance du Centre (taux de rétention des patients de 84 % sur un an) : 56 (81 %) hommes et 13 femmes (19 %) avec une moyenne d'âge de 26,9 ans. **Tous ces patients étaient stabilisés**, depuis au moins un an dans le centre, et tous avaient des analyses d'urine négatives pour les opiacés depuis au moins un mois. Les doses de méthadone s'échelonnaient entre **10 et 270 mg**, avec **une moyenne de 134 mg**.

La mesure de la méthadonémie a été réalisée 23 à 25 heures après la dernière prise de méthadone.

#### **Résultats**

**Les taux de méthadone sériques s'échelonnaient de 44 à 1103 ng/ml, avec une moyenne de 376,6 ng/ml.** Il existe une corrélation entre la dose ingérée et le taux plasmatique, et **la majorité des patients stabilisés se situe entre 200 et 400 ng/ml.** Cependant, l'utilisation de critères cliniques afin de déterminer la stabilité d'un patient et de sa dose nécessaire de méthadone fait qu'il existe une large variation inter-individuelle de ces mêmes doses, pour une même méthadonémie.

Si l'on estime le seuil minimal à 200 ng/ml, et maximal à 600 ng/ml, il reste néanmoins 12 patients (17,4 %) en-dessous du seuil, et 11 (15,9 %) au-dessus. Dans certains cas, une méthadonémie très élevée est parfois nécessaire à la stabilisation (800-1200 ng/ml). Une situation similaire s'observe de l'autre côté de la courbe. Il est également possible que « dose faible (ou forte) de méthadone » n'implique pas forcément « méthadonémie basse (ou élevée) ».

**Puisque la dose de méthadone et la méthadonémie requises pour la stabilisation d'un patient sont variables d'un individu à l'autre, la détermination de seuils pour ces deux paramètres ne constitue pas un critère fiable de jugement de la stabilisation des patients.**

En d'autres termes, on ne peut juger de la stabilité d'un patient d'après sa dose de méthadone ou sa méthadonémie. **Seuls les critères cliniques sont fiables.**

**Néanmoins ces paramètres restent utiles afin d'ajuster la dose en cas de non stabilisation, concluent les auteurs de cette étude.**

Rappel : précautions à la pratique des méthadonémies et leur lecture :

**Il est d'usage de pratiquer des méthadonémies résiduelles, soit 24 heures après la prise de la méthadone. Celles-ci peuvent être couplées avec une méthadonémie au pic (3 à 4 heures après la prise) pour apprécier la pente d'élimination. Ces valeurs ne sont qu'indicatives de la concentration sérique de méthadone, permettant d'évaluer son métabolisme. Pour être interprétables, les méthadonémies doivent être réalisées 1 mois après l'initiation du traitement, et au moins 5 jours après la dernière adaptation posologique.**

Par ailleurs, il faut rappeler ici le risque de troubles du rythme pouvant être liés à des hauts dosages de méthadone et plus précisément à des méthadonémies très élevées. Dans une stratégie d'adaptation des posologies au plus près des besoins du patient, la prudence doit rester de mise, avec entre autres mesures, des méthadonémies chez ceux nécessitant des dosages supérieurs à 120 mg.

**« En raison des risques de torsade de pointe, nous formulons la recommandation de ne pas prescrire un dosage entraînant une méthadonémie à 24 heures de plus de 1000 ng/ml, ce taux ayant fait la preuve de son innocuité cardiaque toutes ces dernières années chez de très nombreux patients » (J-J DEGLON, Méthadone à hauts dosages et risque de torsade de pointes, FLYER 8, juin 2002).**

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

## Réflexions sur les réseaux (de soins) de soignants ...

(Dr Marie-Jeanne MARTIN, LILLE)

L'accompagnement des toxicomanes a toujours mis les professionnels du soin en difficulté. Il y a quelques années, cet accompagnement était réservé au monde du socio-éducatif. Les médecins s'imaginaient que n'ayant pas de traitement à proposer, ils n'étaient d'aucune aide.

Le monde médical ne s'intéressait que peu aux toxicomanes. L'arrivée et l'extension rapide d'un traitement de substitution d'accès plus facile ont remis en cause cette place marginale du médecin qui, avec sa chimie reprenait du poil de la bête. Le monde des intervenants en toxicomanie se sentait sur la touche. Les années passent et voilà que ni le tout socio-psycho-éducatif, ni le tout chimique ne solutionnent le problème.

Depuis longtemps, certains d'entre nous, du monde médical et du monde socio-psycho-éducatif, avaient compris que **l'on ne peut pas tout faire tout seul**. Il existait un travail informel fait de coups de téléphone fréquents, de rencontres parfois, afin de s'aider, chacun dans son domaine de compétence, pour aider un "patient".

N'est-ce pas là une définition possible d'un réseau de soignants ou d'accompagnants ? Ce côté informel, la notion d'entraide (qui place les chaises à la même hauteur) en fait une coopération non autoritaire, non hiérarchisée qui gagne en souplesse et en rapidité.

Grâce aux liens de travail et de réflexion qui existaient entre des collègues belges et l'association Généralistes et Toxicomanies 59/62, nous avons tenté d'élaborer un outil de ce travail de partenariat sous forme de réunions d'intervision.

Ces réunions sont des rencontres des différents partenaires accompagnant un individu le plus souvent en traitement de substitution. Cela permet de favoriser le dialogue en matière thérapeutique, d'harmoniser au mieux les pratiques dans le respect de la compétence de chacun, de contribuer à accroître le niveau de formation des participants par la mise en commun d'un savoir-faire et d'expériences personnelles.

Il faut rassembler un monde médical souvent divisé en généralistes et spécialistes, et en secteur libéral et secteur public, il faut construire un travail de partenariat entre monde médical et autres structures.

Cela représente des efforts, du temps, de l'énergie ; c'est tout un travail ! Comment faire valoir ce travail ?

Il faut peut-être s'organiser !

Et voilà que **"l'institutionnel"** (les pouvoirs publics, les hôpitaux), dans une optique d'efficacité et d'économie, se donnent pour rôle d'organiser des réseaux. Mais n'y-a-t-il pas là un paradoxe ? Comment "l'institutionnel" pyramidal, hiérarchisé par définition, peut-il organiser quelque chose qui serait basé sur la souplesse et l'égalitaire ? Et pourtant, il faut bien s'organiser !

Recevoir et accompagner des toxicomanes en cabinet de ville et en centre de soins spécialisés me permet peut-être d'avoir un regard des deux côtés du chemin. Il y a des difficultés à faire

fonctionner ce partenariat, des difficultés à établir des liens entre nous. En fait ce mode de travail en partenariat représente une petite révolution culturelle car cela vient chambouler les habitudes.

### Les habitudes de fonctionnement :

Le monde socio-éducatif est habitué au travail d'équipe, mais il se méfie de la médicalisation qui représente un risque de prise de pouvoir des médecins dans leur champ d'activités. Le monde des centres spécialisés, parfois issu de l'hospitalier, est habitué à travailler en circuit fermé pour s'assurer une file active, justification de son travail, voire de son existence. Le monde libéral (médecins, pharmaciens, infirmiers) est habitué à travailler en solo, se méfie du partage et du regard porté sur son exercice. Il est difficile de le motiver à se déplacer en réunion.

### Les habitudes d'organisation :

Il est difficile de demander à des salariés de venir en dehors de leur temps de travail, en soirée par exemple.

Il est difficile de demander à un libéral de venir en journée, cela représente un cabinet médical fermé pour ses patients et un manque à gagner pour lui-même.

### Les habitudes de schéma de pensée des pouvoirs publics :

Il est difficile aux employeurs de reconnaître que des réunions hors horaires habituels entrent dans le cadre de travail de leurs salariés.

Il est difficile aux pouvoirs publics et aux financeurs de reconnaître que les libéraux qui s'investissent fournissent un travail qui, bien que n'étant pas dans le champ du curatif, mérite rémunération. Les toxicomanes présentent souvent de grandes difficultés à établir des liens avec les autres, mais nous semblons présenter aussi des difficultés à établir des liens entre intervenants du soin, du social, de l'éducatif et du politique.

Avec ces réunions d'intervision, il s'agit bien de créer un espace de partage, ce qui sous-entend une qualité d'écoute des difficultés de chacun, mais aussi un plaisir dans la rencontre. S'inventer un tel espace, convivial, non hiérarchisé et non autoritaire me semble être un espoir de créativité, de démocratie et de liberté.

### Mais à qui sert-il ?

#### **Aux partenaires ?**

Sûrement, car on gagne toujours à aller à la rencontre, à se connaître.

#### **Aux patients ?**

Parce qu'ils ont en face d'eux des professionnels plus sereins et donc plus en écoute ? Je l'espère !

Mais parfois j'ai des inquiétudes. Les informations que nous partageons ne doivent pas desservir le patient, cela doit se faire dans un but de meilleur accompagnement et le patient doit être tenu au courant de ces réunions et de ce que l'on partage de son histoire. Parfois j'ai peur, quand j'entends : « qu'il faut qu'aucun jeune n'échappe aux soins... ». N'oublions pas que nous ne sommes qu'un moment dans l'itinéraire d'un individu. Nous ne représentons qu'une coopération qui tente d'élaborer, à un moment donné, une stratégie d'aide ou plutôt de proposition d'aide pour quelqu'un qui le demande, aide qu'il peut accepter ou refuser.

## **La méthadone fait peur aux médecins !?**

*Lu dans le quotidien « La Presse » Edition Montréal – Jeudi 26/09/2002  
Information Grand Public dans le cadre du Forum Mondial  
« Drogues et Dépendances » du 23 au 27/09/2002*

*QUATRE ANS après le début du programme de distribution de méthadone à Montréal, la moitié des anciens héroïnomanes inscrits pourraient être suivis par des médecins de famille. Mais la régie régionale peine à trouver des médecins qui acceptent ces patients à la réputation difficile. Résultat : l'objectif de 2500 ex-héroïnomanes recevant de la méthadone, qui était prévu pour 2001, est seulement à moitié atteint. « Nos ressources spécialisées doivent faire du suivi qui pourrait parfaitement être fait par des médecins de famille », a expliqué Monique Tessier, une responsable du programme à la régie régionale de Montréal-Centre, hier au Forum mondial sur les drogues et dépendances, au Palais des Congrès. « Sans ces 500 à 600 cas dont nous assurons le suivi, nous pourrions prendre plus de gens ». La méthadone prévient les symptômes de sevrage des opiacés comme l'héroïne, sans causer les effets euphorisants. Un héroïnomanes peut en prendre toute sa vie s'il le désire. Un médecin doit avoir une licence spéciale pour en prescrire, car ses effets sont moins connus que d'autres opiacés utilisés contre la douleur, et moins étudiés dans les écoles de médecine. Les premiers programmes de distribution de méthadone, un médicament qui se prend par voie orale, ont vu le jour aux Pays-Bas dans les années 1970.*

*Le programme de méthadone coûte un million par année et dessert 1198 ex-héroïnomanes dans quatre centres, presque deux fois plus qu'en 1998. Le nombre de médecins inscrits est passé de 43 à 71 en quatre ans. Dans toute la province, 2022 ex-héroïnomanes reçoivent de la méthadone de 130 médecins. Selon Mme Tessier, il faudrait deux fois plus d'argent pour atteindre les objectifs de traitement. « Mais la véritable priorité, c'est de trouver une manière de bonifier les honoraires des médecins de famille qui suivent des héroïnomanes. Après avoir passé de six mois à un an avec l'équipe spécialisée, ils sont stabilisés, mais ça reste une clientèle plus exigeante pour les médecins. Ceux-ci ont peur de se retrouver avec une clientèle qui n'a pas que des problèmes médicaux, mais aussi psychosociaux. Nous devons publiciser que ce n'est pas vrai qu'ils feront du chahut dans la salle d'attente ou qu'ils seront toujours en retard ». La régie régionale voudrait étendre le programme de méthadone aux détenus dans les prisons, offrir des traitements aux cocaïnomanes et offrir aux ex-héroïnomanes de la buprénorphine, un autre substitut qui est considéré moins dangereux. La régie régionale de Montréal-Centre n'a recensé aucun cas de surdose de méthadone, comme cela s'est produit dans un centre carcéral de Sherbrooke. « Nous n'avons pas entendu parler de décès lié à la méthadone », a affirmé Mme Tessier.*

**NDLR :** A la lecture de cet article, nous constatons que les problèmes que rencontrent les centres qui initient les traitements à la méthadone pour passer le relais en ville, sont bien plus aigus dans la province du Québec que ceux rencontrés en France. Rappelons en effet, qu'aujourd'hui, c'est près de 8 à 9 000 patients qui sont suivis en ville (médecin + pharmacien d'officine), contre 6 à 7 000 en CSST. Il est manifeste que les CSST (pour la plupart) ont largement développé leurs pratiques de relais, et que les soignants en ville ont intégré cette patientèle d'usagers de drogue traités par la méthadone, doucement mais sûrement. Il faut dire que l'arrivée de la buprénorphine en 1996 a permis aux médecins et pharmaciens de ville de rencontrer et se familiariser avec cette population, et à son contact, de se former à sa prise en charge.