

# LE FLYER

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

Septembre 2003

N° 13

- **Editorial**

*Comité de rédaction*

*page 3*

- **La méthadone : un nouvel horizon pour le pharmacien d'officine**

*Guy SABOURIN, Québec, Canada*

*et commentaires de Stéphane ROBINET, Strasbourg*

*page 4*

- **Histoire belge ou enjeu européen**

*Yves LEDOUX, Belgique*

*page 9*

- **La méthadone, un outil ?!**

*Drs JACOB Claude, SCHMITT Christophe, CARON Catherine,  
DEVENDEVILE Joël, BODENEZ Pierre, BRY Didier,.....*

*page 10*

- **Alcool et méthadone, analyse de la bibliographie**

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

*page 12*

- **Préparation de l'injection et réduction des risques :**

- **Le filtre à usage unique, un nouvel outil de prévention de l'hépatite C**

*Nicolas BONNET, Dr Eliot IMBERT, APOTHICOM, Ivry-sur-Seine*

*page 17*

- **Analyse bibliographique :**

**Comparaison de l'efficacité de 2 approches différentes dans le traitement de la  
dépendance à la cocaïne auprès de patients traités par la méthadone**

*Dr Christine RIVIERRE, Marseille*

*page 19*

# COMITÉ SCIENTIFIQUE DU FLYER

## Rédacteur en chef :

Mustapha BENSLIMANE                      NOVA DONA                      PARIS

## Comité de rédaction :

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

## Comité de lecture :

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

## Editorial

Lectrices et lecteurs du Flyer

Nous avons le plaisir de vous annoncer la création officielle du Comité Scientifique du FLYER dont vous trouverez la composition ci-dessus. Les membres du Comité de lecture auront pour tâche une première lecture des articles avant leur publication. Leurs remarques ou objections pourront soit faire l'objet d'un commentaire dans l'éditorial rédigé par le Comité de rédaction, soit donner lieu à une réaction plus consistante dans le Flyer à suivre. Vous pouvez solliciter un des membres de ce comité de lecture pour toute réaction à un article déjà

publié ou à venir. Les colonnes du Flyer restent ouvertes, comme elles l'ont toujours été, à ceux qui voudraient communiquer leur expérience ou point de vue, dans le souci d'échange des connaissances et des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés. Là encore, les membres des comités de lecture et de rédaction peuvent recevoir vos propositions d'article et les soumettre au Comité Scientifique du Flyer.

**Produit de substitution ? outil ? drogue de remplacement ? médicament ?** Est-il possible de se mettre d'accord sur un vocable, le même à utiliser par tous : patients, thérapeutes, autorités de santé, entourage. Le choix en l'occurrence du mot 'médicament' semble aller dans le sens de ce que tout le monde souhaite, à savoir une déstigmatisation des usagers de drogue et de leur prise en charge. Il ne faut probablement pas laisser à chacun le choix d'appeler la méthadone comme il le veut, avec le risque de glissement sémantique qui finit par desservir en premier lieu le patient dans sa démarche de soins, et en second lieu la stratégie de soin médico-psycho-social dont il bénéficie.

L'utilisation des patchs nicotiniques ne suscite pas cette réserve à les qualifier de médicaments, alors que le concept thérapeutique est on ne peut plus proche des médicaments de substitution aux opiacés. Il ne s'agit pas de nier les conceptions variables qui se cachent derrière les mots utilisés pour qualifier les médicaments de substitution opiacée. Il est probable que ceux qui utilisent le terme 'outil' n'y entendent pas le même sens que ceux qui parlent de médicament de substitution. Peu importe, le patient lui doit s'y retrouver. Comment peut-il le faire, si chaque intervenant dans sa trajectoire de soin lui présente la méthadone (ou le Subutex®) tantôt comme un 'outil de réduction des risques' s'il a été formé à cette approche, tantôt comme un 'objet' s'il vient du champ de la psychanalyse, tantôt comme un 'médicament' s'il est un pharmacien habitué à la délivrance de médicaments. Le patient tranchera alors, et puisque personne n'est d'accord, choisira ce qui lui paraît le plus usuel dans son vocabulaire et parlera alors sans doute de 'produit' ou de 'drogue de substitution', dont il cherchera par ailleurs à se séparer, même si l'indication et le temps de cette séparation ne sont pas posés.

Nombreux sont les centres à rechercher parmi les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes, des relais en ville pour des patients sans cesse plus nombreux. Si la liberté doit être grande d'utiliser différents vocables qualifiant les médicaments de substitution dans des milieux professionnels spécialisés accordant peu d'importance aux subtilités de ces vocables, il paraît préférable d'utiliser vers le grand public 'médical', une terminologie non empreinte de préjugés. Ainsi, un 'patient stabilisé' et pour lequel est prescrit un médicament de substitution trouvera plus aisément un pharmacien et un médecin relais, qu'un 'toxicomane traité par une drogue de substitution', du moins peut-on le penser.

Et enfin, rappelons l'article L. 5111-1 du Code de la Santé Publique : « **On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques** »

Celui-ci devrait inciter tous ceux qui, au contact des usagers de drogues en demande de soin et pour lesquels un médicament de substitution serait indiqué, aient envers leurs patients un propos pédagogique leur permettant d'appréhender leur traitement comme un médicament, avec son efficacité, ses limites, ses contraintes, ses avantages, ses inconvénients, comme en concluent les auteurs de l'article : « La méthadone, un outil ?! ».

### *Le Comité de Rédaction*

**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.**

## Du côté des officines :

### **La méthadone : un nouvel horizon pour le pharmacien d'officine**

*Guy SABOURIN, pharmacien d'officine, QUEBEC, Canada*

Entre 5000 et 15 000 Québécois consomment de l'héroïne. Sept à huit cent d'entre eux suivent actuellement un programme de réadaptation à la méthadone, un médicament de substitution qui leur est distribué dans environ 80 pharmacies un peu partout au Québec. « Il n'est plus à prouver qu'une telle mesure favorise la réinsertion sociale, explique Claude Giroux, directeur général de l'Ordre des pharmaciens du Québec. N'ayant plus à se soucier de l'approvisionnement, ni à se commettre avec les milieux criminalisés, les patients ont le temps de s'occuper de leur santé, de modifier leur style de vie, de changer de comportement et d'amis, de s'occuper de leur famille, de se créer un nouveau réseau et de se réinsérer dans la société ». En bout de ligne, ils cesseront peut-être de consommer.

Les vertus de la méthadone sont largement documentées depuis 40 ans. Mais l'Ordre des pharmaciens se garde bien d'en faire un apostolat. « La méthadone fait partie d'une palette de moyens pour combattre les méfaits de l'héroïne et serait sans doute moins efficace sans soutien psychosocial adéquat, précise Claude Giroux. Nous croyons néanmoins à l'importance de son accès partout au Québec ». Un objectif que poursuit du reste le ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Des balises fédérales plus ou moins désuètes servent aujourd'hui de cadre de travail aux pharmaciens qui 'offrent' de la méthadone. Pour remettre le train sur ses rails, des représentants de l'Ordre des pharmaciens et du Collège des médecins ont conjointement produit de nouvelles lignes directrices : utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés, rendues public en Août dernier. « À notre avis, il s'agit d'un document unique au monde, qui encadre un travail conjoint et l'échange

d'information entre deux professionnels de la santé, assurant donc une continuité des soins, essentielle pour un patient accepté à un programme de méthadone », explique Pierre Ducharme, directeur des services professionnels de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

En plus de fournir un encadrement très élaboré quant à la distribution de méthadone (par exemple préparation et dosage, instruments nécessaires, contrat avec le patient, paramètres du traitement, constitution du dossier, échanges avec le médecin, etc.), le document brosse un portrait social de l'utilisation de cette drogue synthétique, et penche en sa faveur. « La prévalence de la co-morbidité associée à la consommation des opiacés justifie à elle seule le traitement de substitution, lequel constitue un service médicalement requis et devant être accessible dans un délai raisonnable pour préserver la vie et la santé du patient », y lit-on en conclusion.

Il faut bien comprendre que l'utilisation de la méthadone s'inscrit dans une philosophie de réduction des méfaits, moins draconienne que la traditionnelle abstinence totale. Chute de la criminalité, prévention du VIH et des hépatites par l'abandon des seringues, réinsertion sociale, entre autres, constituent les avantages incontestables d'une telle approche, qui ne relèvent pas de l'affabulation, mais sont au contraire largement documentés. « S'impliquer dans un tel dossier, donc aider quelqu'un avec qui on développe peu à peu une relation de confiance, représente un intéressant défi professionnel pour le pharmacien », commente Claude Giroux. Mais, attention ! l'aventure ne convient peut-être pas à tous. « Nous préférons dire : "allez-y si vous estimez avoir les capacités". Car il se peut qu'une partie de la clientèle ait besoin

d'être encadrée, qu'on ait parfois à dire non fermement », précise Pierre Ducharme.

« Le contact avec cette clientèle, d'abord centrée sur ses besoins immédiats, devient de plus en plus intéressant sur le plan clinique, à mesure qu'on voit l'état du patient s'améliorer par ce qu'on peut appeler des "soins pharmaceutiques",

précise Janine Matte, pharmacienne à Québec, qui 'offre' de la méthadone à sa pharmacie de la rue Cartier. N'oublions pas que nous sommes en présence d'une clientèle souvent atteinte de plusieurs maladies connexes, que nous soignerons parallèlement à la thérapie à la méthadone ».

## L'expérience vous tente ?

Les nouvelles lignes directrices faciliteront la tâche aux pharmaciens désireux de fournir de la méthadone dans l'avenir. Mais est-ce s'embarquer dans une galère, que cette aventure de la méthadone ? Nous avons posé la question à quelques pionniers.

Le pharmacien Joseph Amiel distribue de la méthadone sur la rue Sherbrooke dans l'ouest de Montréal depuis 20 ans à une centaine de patients par jour. Il est membre du conseil d'administration du Centre de Recherche et d'Aide pour Narcomanes (CRAN) depuis sa fondation en 1987 et il a travaillé à l'élaboration des nouvelles lignes directrices. Sa recommandation : commencer l'aventure avec quelques patients seulement deux ou trois. «Des patients déjà stabilisés, c'est très important donc moins problématique, à partir desquels vous pourrez enrichir votre expérience. Ces personnes-là sont aussi faciles à traiter qu'un patient régulier et ne perturbent pas du tout le fonctionnement normal de la pharmacie».

L'histoire est toute autre par contre avec les patients en début de traitement, pas encore stabilisés et dont la dose de méthadone change continuellement. Jean-François Guévin, dont la pharmacie est classée niveau 1 par le CRAN (il y en a deux à Montréal), c'est-à-dire qu'elle reçoit de ces patients qui commencent avec la méthadone, en sait quelque chose. «Ça veut dire des gens désorganisés, consommant encore beaucoup de cocaïne et de médicaments, marginalisés, souvent habillés de façon particulière et ayant des problèmes de comportement, explique le pharmacien. À ce stade, ils ont besoin de support intense. Je les reçois dans un espace isolé du reste de la pharmacie où on

peut avoir des discussions franches. Ils sont séparés des autres clients qui deviennent inquisiteurs quand ils voient quelqu'un boire de la méthadone. Mais le temps fait d'eux des patients pas plus difficiles que les autres». Mme Matte reçoit plutôt les siens avec sa clientèle régulière, mais exige qu'ils se comportent civilement. «Faute de respecter cette consigne élémentaire, nous en avons exclu quelques-uns du programme ».

« Au début, j'avais peur de la réaction de ma clientèle régulière, ajoute la pharmacienne. C'est le contraire de ce que j'appréhendais qui est arrivé. Mes clients réguliers se montrent curieux, sympathisent avec les clients à la méthadone qui, au fond, sont très attachants. Ces derniers, il convient de le souligner, ne se recrutent pas que chez les marginaux. J'en ai qui proviennent de tous les milieux, y compris universitaires, professionnels, fonctionnaires, etc.».

« Le pharmacien qui tente l'aventure doit d'abord comprendre la méthadone, chercher à connaître les interactions médicamenteuses avec cet opiacé (peu publiées), être capable de savoir si son client est intoxiqué (on ne donne jamais de méthadone ou d'autre narcotique dans cette situation), et savoir si son patient présente des symptômes de sevrage ou de surdosage, par exemple », explique Jean-François Guévin. Des connaissances que peut acquérir le pharmacien en parcourant les nouvelles lignes directrices (disponibles sur le site internet de l'Ordre au [www.opq.org](http://www.opq.org)) ou en s'inscrivant à une formation (en contactant l'Ordre).

Il est certain que l'ajout de cette corde à son arc procure une satisfaction professionnelle et rend service à la société.

«Je pense qu'il est très important d'offrir ce type de service à la communauté, soutient Joseph Amiel. Comme nous avons accueilli les sidéens et les gens du virage ambulatoire, nous pouvons faire quelque chose pour les personnes qui ont besoin de méthadone, comme nous avons également distribué des seringues. Il s'agit d'un traitement médicamenteux et, à ce titre, le pharmacien reste le mieux placé pour l'offrir.»

Selon les résultats préliminaires d'une étude portant sur le programme de méthadone du centre de réadaptation

Ubaldo-Villeneuve, à Québec, auquel participe Janine Matte, l'utilisation des seringues a chuté de 66 %. «Nous voyons aussi des gens réintégrer la vie normale. Nous sommes très fiers de ces résultats.» Ceux-ci ont d'ailleurs été présentés par Madame Matte à Barcelone en Septembre dernier, au Congrès mondial de la pharmacie et des sciences pharmaceutiques. Une intervention appréciée qui montre l'avancement et l'engagement de la pharmacie telle que pratiquée au Québec.

## Coûts sociaux

Un patient traité à la méthadone coûte 4 000 \$ par année à la société québécoise. Non traité, il génère des dépenses de l'ordre de 40 000 \$ à 60 000 \$ ; frais judiciaires, incarcération, etc. Un héroïnomanie peut contracter le VIH avec des seringues contaminées ; or, chaque cas de séropositivité au VIH entraîne des

dépenses directes de 100 000 \$ par année. Ne serait-ce qu'en dollars sonnants, la méthadone coûte moins cher. Ajoutons à cela les bénéfices de la diminution des comportements à risque et de la réinsertion sociale, la balance penche nettement en faveur de la méthadone.

### Commentaires de Stéphane ROBINET, pharmacien d'officine à Strasbourg, membre du Comité de Rédaction

Les pharmaciens québécois ont déjà une longue expérience de délivrance (« offre ») de méthadone (une vingtaine d'années). Dans le cadre de cette expérience, certaines pharmacies, classées niveau 1, pratiquent des initialisations de traitements à l'officine, comme on pourrait l'envisager dans des projets de primo-prescription de méthadone par un médecin généraliste et délivrance avec adaptation du traitement en pharmacie de ville. Une telle 'distinction' n'existe pas en France, alors que cet acte de primo-délivrance à l'officine est de plus en plus répandu, dans le cadre des initiations par des praticiens hospitaliers à des patients non hospitalisés. Par ailleurs, certains CSST eux-aussi initient des traitements avec primo-délivrance en officine (cf. Flyer 7 et 8).

La méthadone au Québec se délivre généralement sous forme de solution buvable, diluée dans du jus d'orange et préparée à la pharmacie. Les lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec sont (octobre 1999) :

« Désintoxication ou intervention brève de substitution » :

- Doses décroissantes de méthadone sur 7 à 24 semaines
- Pharmacie choisie par le patient
- Ordonnance remise au patient sous enveloppe scellée sur laquelle sont inscrits le nom et l'adresse de la pharmacie
- La dose quotidienne diluée dans du jus d'orange est prise devant le pharmacien

- Examens d'urines pratiqués à la pharmacie
- Etablissement d'un Dossier pharmaceutique

« Traitement de maintien ou intervention prolongée » :

- Consentement du patient à la communication médecin-pharmacien
- Patients de plus de 14 ans
- Contrat signé par le patient
- Communication avec les autres pharmaciens
- Etablissement d'un dossier pharmaceutique
- Pharmacie choisie par le patient
- Méthadone diluée dans du jus d'orange que le patient boit devant le pharmacien
- Délivrance contrôlée quotidienne
- Ordonnance sous enveloppe scellée avec le nom du pharmacien
- Analyses urinaires effectuées par le pharmacien, au moins 2 fois par mois les trois premiers mois, puis une fois par mois
- Après 12 mois de résultats négatifs, analyses urinaires si le médecin le souhaite et communication des résultats au pharmacien

Les « privilèges » :

- Un « privilège » se définit comme étant l'autorisation d'emporter avec soi la dose d'une journée de méthadone, en plus de celle prise sur place (celle du lendemain)
- Aucun « privilège » n'est accordé dans les trois premiers mois de traitement.
- Un premier privilège est accordé pendant une durée de trois mois.
- Un deuxième et/ou un troisième privilège peuvent être accordés pour les trois mois suivants. Par la suite, un quatrième et/ou un cinquième privilège pourront être accordés trois mois après l'obtention du troisième privilège.
- Le maximum étant de cinq privilèges, cela signifie que le patient n'aura à se présenter à la pharmacie que deux fois par semaine. Une visite à la pharmacie implique la prise sur place de la dose totale de cette journée.
- Si après six mois le patient n'a pas atteint suffisamment de stabilité pour obtenir un privilège, le plan d'intervention doit être réévalué.
- La dose totale maximale pouvant être emportée par le patient ne devrait pas excéder 600mg (pour un total de cinq privilèges)

Rôle du pharmacien :

- Evaluation de l'aspect physique du patient
- Aspect pharmaco-thérapeutique, échelle de confort
- Contacts avec le médecin et/ou avec les intervenants psychosociaux
- Gestion des contrôles urinaires
- Devoir administratif, attestant la venue régulière du patient et donnant droit aux remboursements
- Préparation de la solution mère
- Préparation des doses individuelles

Certains aspects administratifs spécifiques :

Un agrément du ministère de la santé est nécessaire pour prescrire de la méthadone

La liste des médecins et des pharmaciens autorisés à prescrire et à « offrir le service » est confidentielle.

Tous les pharmaciens peuvent acheter de la méthadone (chlorhydrate)

Les pharmaciens offrant le service doivent disposer d'une balance sensible de 10 mg, et avoir un réel espace confidentiel ainsi que des toilettes pour les analyses urinaires.

## **Conclusion :**

Lorsqu'on visite la première fois une pharmacie québécoise, la différence avec une pharmacie française est tout à fait saisissante. Les pharmacies québécoises sont le plus souvent adhérentes à des chaînes de pharmacies. Elles ressemblent plus à de grosses supérettes avec toutes sortes de produits à la vente, de l'alimentation aux produits d'entretien, mais aussi des services divers, comme des bureaux de poste à l'intérieur de la pharmacie.

.....Et au fond du local, la partie « éthique » avec délivrance des médicaments.

Cette partie ressemble plus à un mélange de comptoir de pharmacie, de laboratoire d'analyse médicale et de salle d'attente de médecin généraliste. Les clients déposent leurs ordonnances et attendent à côté leurs préparations. Souvent, le pharmacien est en contact avec le médecin prescripteur par téléphone.

Le contraste est saisissant pour un pharmacien d'officine français entre ce côté très éthique et 'professionnel de santé' et les dizaines de mètres de gondoles de « supérette ». Les pharmaciens au Québec sont rémunérés à la marge des médicaments vendus et également en fonction d'un certain nombre d'actes pharmaceutiques dont l'offre de méthadone fait partie.

En ce qui concerne le programme de méthadone, on imagine mal en France effectuer des préparations magistrales de méthadone pour chaque patient en dehors de ces rémunérations spécifiques.

On est toujours surpris par la complexité des procédures de délivrance de méthadone et ce, dans pratiquement tous les pays où la méthadone est disponible en ville. En France, elles participent probablement à la difficulté plus grande de trouver un pharmacien qui délivre de la méthadone, alors que c'est beaucoup plus aisé pour la buprénorphine haut dosage.

Globalement, on peut penser que toutes ces complications sont plutôt un frein à la prise en charge des patients. Les pouvoirs publics pensent toujours que plus les procédures sont compliquées, tant pour les médecins prescripteurs que pour les pharmaciens dispensateurs, moins il y aura de trafics et de mésusages. Ceci reste évidemment à vérifier.

Par ailleurs, cette présentation artisanale de méthadone, sous forme de jus d'orange, ne donne pas encore l'image d'un médicament à part entière. A quand la méthadone avec une forme galénique et un conditionnement moderne digne d'un médicament du XXIème siècle, et ce, au Canada comme dans tous les pays.

A quand l'arrêt de toutes ces procédures administratives lourdes et contraignantes à une époque où l'informatique pourrait assurer une traçabilité beaucoup plus fiable et plus sûre.

Sans vouloir banaliser la prescription et/ou la délivrance de la méthadone, on peut raisonnablement suggérer que l'utilisation des moyens informatiques modernes et une bonne formation des professionnels de santé devraient permettre d'utiliser ce médicament qu'est la méthadone de façon sûre et efficace pour un plus grand nombre de patients qui justifient de ses indications en ville, dans le cadre d'une dispensation en officine.



**Histoire belge ou enjeu européen ?,  
Réaction à l'article 'Une histoire belge qui fait réfléchir', FLYER 12  
Yves LEDOUX, Sociologue, APB\*, Bruxelles, Belgique**

A la lecture du Dr AF VANHOENACKER et de la réponse du Comité de Rédaction du FLYER, précisons que le déplacement en Belgique pour obtenir des gélules de méthadone de patients Français depuis les départements du Nord, n'est pas uniquement lié au rôle d'un seul médecin (comme souvent l'arbre du médecin déviant cache la forêt d'une pratique normalisée de la médecine). Leur nombre a dépassé les 1500 en 2001, pour se situer un peu en deçà actuellement, alors que le nombre de patients dans le Hainaut belge et y résidant se situe entre 2500 et 3000. En nombre de personnes concernées la situation n'est pas négligeable. Elle correspond à une demande telle qu'elle nécessite une réflexion qui implique les tenants de l'offre : les intervenants français et belges, médecins, pharmaciens et centres spécialisés.

Je tiens tout d'abord à préciser que la demande des patients français n'implique pas ipso facto qu'il s'agisse d'une déviance. La démarche du patient constitue, dans certains cas, le fondement d'un processus thérapeutique. Au même titre que le processus thérapeutique de patients belges avec rendez-vous bi-mensuel auprès d'un praticien en pratique privée telle qu'elle se pratique « normalement » depuis le Consensus belge sur la méthadone de 1994, celui suivi par des patients français n'apparaît pas comme tellement singulier pour le praticien belge. Le rapport entre le médecin et le patient dans une approche chronique de l'addiction se développe dans le 'colloque singulier' en Belgique dans une majorité de cas. C'est ce qui distingue le prescripteur du thérapeute. Si une alliance thérapeutique parvient à s'établir avec le patient, alors la substitution aura pleinement opéré (en permettant « autre chose » dans une relation thérapeutique). Cette conjonction s'inscrit souvent dans la durée (20 % des patients ont plus de 5 ans de suivi avec le même thérapeute) et le praticien accompagne la « stabilisation » sous opiacé à des doses le plus souvent relativement faibles.

**Il faut donc s'attendre, bien que cela puisse 'surprendre', à ce que des patients français puissent être stabilisés dans le « système » libéral belge de prise en charge.**

Toutefois, tout complément « d'âme » d'autres intervenants est certainement souhaitable pour de nombreux patients. C'est bien à cette coopération d'intervenants qu'il faut appeler au-delà des clivages frontaliers. Ceci doit, évidence à réaffirmer, s'organiser dans l'intérêt même du patient. Que ceci entraîne par ailleurs une réflexion sur le seuil de prise en charge, soit. A condition que l'accès à la méthadone soit reconnu comme gérable, « même » en pratique privée. C'est d'ailleurs ce que le système belge montre sans accroc majeurs depuis de nombreuses années. Même si dans la durée un essoufflement et parfois un désenchantement est perceptible chez certains. L'addiction en tant qu'affection chronique entraîne des soins d'amélioration de la qualité de vie du patient, de son entourage et pourquoi pas des intervenants eux-mêmes. Que la question rencontrée soit transfrontalière implique que la réponse le soit. Les ajustements devraient certes s'estomper dans un espace de santé européen, mais cela ne va pas de soi au quotidien. N'y aurait-il d'ailleurs pas d'autres exemples en Europe dans la prise en charge substitutive ? L'arrivée de patients de l'Est est une réalité qui va se développer dans diverses régions. Autant développer une concertation de praticiens autour de la situation de ces patients spécifiques, happés par l'effet 'ballon de l'accès au médicament'. L'Association Pharmaceutique Belge souhaite que se développe un tel processus tout en se donnant les moyens d'évaluer la situation. Une étude sur la situation de ces patients français doit être soutenue et l'APB\*, chargée d'évaluer la situation fédérale belge (Services Scientifiques Culturels et Techniques - SSTC) souhaite contribuer à cette évaluation plus spécifique (une soixantaine de patients français ont répondu à un instrument auto-administré utilisé par plusieurs centaines de patients belges, ce qui fournira une première base empirique à l'évaluation).

Nous souhaitons que les pratiques soient évaluées. Toutes les pratiques : avec méthadone, Subutex®, dans des cadres de fonctionnement cliniques divers, avec plus ou moins de compléments à la relation singulière thérapeute-patient, et ceci dans une concertation transfrontalière. Espérons poursuivre ensemble ce processus.

[Yves.ledoux@coditel.net](mailto:Yves.ledoux@coditel.net)

\* : APB : Association Pharmaceutique Belge, Bruxelles. L'APB est un organisme national, à laquelle sont affiliés 4400 officines dont plus de la moitié néerlandophones.

## **La méthadone, un outil ?!**

*Dr Claude JACOB et Christophe SCHMITT, Intersecteur des Pharmacodépendances, METZ*

*Dr Catherine CARON, ECIMUD Hôpital Européen G. Pompidou, PARIS*

*Dr Joël DEVENDEVILLE, GT 02, St-QUENTIN*

*Dr Pierre BODENEZ, Service Intersectoriel 'Alcool-Toxiques', C.H.U. BREST*

*Dr Didier BRY, ELSA, C.H. AVIGNON*

*Dr Michel DE DUCLA, RENAPSUD, BORDEAUX*

*Stéphane ROBINET, Pharmacien, STRASBOURG*

*Dr Elliot IMBERT, C.M.S. IVRY-SUR-SEINE*

*Dr Jean-Pierre JACQUES, Projet Lama, BRUXELLES*

*Dr Xavier AKNINE, CSST Gainville, AULNAY-S/BOIS*

Il est fréquent d'entendre ce propos : « la méthadone, ce n'est qu'un outil dans la prise en charge des patients pharmacodépendants aux opiacés ». C'est évident, la méthadone, ou tout autre médicament de substitution, n'est pas à elle seule le traitement d'un patient pharmacodépendant aux opiacés, pas plus que le traitement de 'La' toxicomanie. Sans une prise en charge globale, consistant en l'alliance pertinente (et donc pas forcément systématique) des soutiens nécessaires aux patients (psychologiques, psychiatriques, éducatifs, sociaux,...), aucun médicament, fut-il si difficile à obtenir en certains lieux, n'est un remède magique à une problématique trop complexe pour lui seul. 'La méthadone, ce n'est qu'un outil', c'est surtout la répétition de ce message, et le caractère insistant de cette répétition, comme un leitmotiv, qui doit susciter la réflexion, et peut-être une controverse.

Dit-on du travail de l'éducateur qu'il n'est qu'un outil dans le processus de soins d'un usager de drogue ? Dit-on de même du travail de l'assistante sociale, du psychologue, ou de tout soin 'prodigué' au patient ?

Ni la méthadone, ni aucun autre élément du puzzle constituant le soin d'un héroïnomanie ne méritent à notre sens, le qualificatif d'outil. Il nous semble que ce sont des restes des combats idéologiques qui ont précédé la 'normalisation' de son utilisation, en France notamment.

La méthadone est un médicament, qui répond dans toute sa surface, aux règles de tout médicament. Il dispose d'une A.M.M. (Autorisation de Mise sur le Marché), faisant état d'une indication, de contre-indications, d'interactions médicamenteuses, de précautions d'emploi, de données pharmacologiques, pharmacocinétiques. Cette A.M.M. a été obtenue sur la base de données cliniques, attestant l'efficacité du médicament, dans la limite de l'indication pour laquelle il est retenu : « Traitement substitutif des pharmacodépendances.... » en l'occurrence. L'indication n'est pas : « Traitement curatif et définitif des héroïnomanes en mono-thérapie, sans soutien médico-psycho-social, obsolète du fait de la prescription de la méthadone ». La méthadone, (et il en est de même pour Subutex®), est un médicament à part entière, prescrit par un médecin (de façon plus ou moins adéquate, comme pour tout médicament), accompagné par un suivi biologique (contrôle de son métabolisme, répercussion sur des résultats d'analyse biologique) propre à beaucoup de traitements au long cours. C'est un médicament dont le médecin apprécie l'efficacité sur des critères cliniques tout au long du traitement, ainsi qu'il apprécie les effets secondaires, voire la perspective de l'arrêt de sa prescription.

Alors, pourquoi cette propension à se dire entre soignants, et à dire aux patients que ce n'est qu'un outil, toujours qu'un outil, rien qu'un outil ? S'agit-il de relativiser son impact, versus les autres modalités d'interventions ? Ne pourrait-on pas admettre et défendre l'idée (y compris auprès des candidats à en recevoir) que c'est un médicament, qui agit sur la dépendance aux opiacés, et plus précisément sur les conséquences neurobiologiques de la consommation chronique et abusive d'opiacés illicites et surtout de son arrêt. L'assistante sociale qui aide un usager de drogue substitué ou non, dit-elle au patient qu'elle n'est qu'un outil dans sa prise en charge ? A-t-elle besoin de défendre son statut d'assistante sociale qui aide à la resocialisation ? Non bien sûr. Son action, sa formation, son statut suffisent à justifier sa qualification.

Il ne nous semble pas utile de faire croire que les médicaments de substitution sont des panacées dans la prise en charge des héroïnomanes, et il est vain, et peut-être contre-productif de vouloir minimiser leur aide et leur impact dans cette prise en charge. A-t-on déjà oublié les difficultés pour suivre au long cours dans les centres de soins et les cabinets de médecins, les héroïnomanes trop peu nombreux à s'y rendre avant que les médicaments de substitution n'y soient disponibles ? Se souvient-on des taux de rechutes après les cures de sevrage, quand elles étaient l'unique approche thérapeutique possible ? Qualifiait-on les cures de sevrage et post-cures comme des 'outils' ou comme des modalités thérapeutiques ? Juge-t-on indispensable de préciser avec autant d'insistance, que les antidépresseurs, hypotenseurs, antibiotiques, que l'on prescrit à des patients pour lesquels par ailleurs d'autres soins et accompagnements sont également utiles et nécessaires, ne sont que des outils ?

Méthadone : outil !, aide !!, soutien !!!, béquille !!!!, rien de tout cela. La méthadone est un **médicament de substitution**, fabriqué par un **laboratoire pharmaceutique**, prescrit par un **médecin**, sur une **ordonnance** et délivré par un **infirmier** ou un **pharmacien**, à des **patients**, dont la prise en charge nécessite le recours à des **assistantes sociales**, des **éducateurs**, des **psychologues**, des **hépatologues** et d'autres professionnels du soin. Au pire, c'est un produit quand elle est achetée sur le marché parallèle et 'consommée' en dehors d'un processus de soin. Pour les outils, les vrais, c'est au rayon bricolage de Castorama.

Il y a peu de temps encore, on insistait sur le fait qu'il fallait se comporter avec les usagers de drogue pharmacodépendants aux opiacés en demande de soin, comme avec n'importe quels patients. Qu'en agissant de la sorte, on augmentait les chances qu'ils se comportent eux-aussi comme des patients, malgré des demandes certes un peu particulières et des problématiques multiples (familiales, juridiques, virales, psychologiques, psychiatriques, sociales,...). Il n'y a aucune raison valable que, **si pour certains d'entre eux on ait posé l'indication d'un médicament de substitution, on ne le qualifie pas comme tel**. Que peut bien justifier cette retenue à parler de médicament lorsqu'il s'agit de méthadone (ou de Subutex®) ?

Alors, n'est-il pas nécessaire de donner enfin au médicament de substitution ce statut légitime de **MÉDICAMENT**, pour qu'intervenants et surtout patients, l'apprécient comme tel, et non pas comme un 'produit', ou un outil. Un médicament avec son efficacité, ses limites, ses contraintes, ses avantages, ses inconvénients. Voilà qui contribuerait à dé-stigmatiser un peu plus la prise en charge des patients usagers de drogue, et dépendants aux opiacés.

|

|

# **Alcool et méthadone, analyse de la bibliographie**

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

## **Introduction :**

La consommation concomitante d'alcool et d'opiacés est bien établie depuis le 19<sup>ème</sup> siècle (4). Les opiacés ont été utilisés afin de diminuer ou guérir l'alcoolisme, et c'est en partie ce qui a entraîné la dépendance à ces substances. L'efficacité de la méthadone dans le cadre de traitement de substitution à 'long terme' (Methadone Maintenance Treatment) a été prouvée par plusieurs études cliniques contrôlées qui ont mis en évidence une diminution de la consommation d'héroïne, de la mortalité, de la transmission du VIH, de la criminalité et une augmentation de la re-socialisation des patients (1). Cependant, depuis l'ouverture des centres méthadone dans les années 60-70, l'alcoolisme est reconnu comme un problème majeur parmi les patients qui sont dépendants aux opiacés (4).

Transfert d'addiction, automédication psychotrope d'épisodes dépressifs dans une population au taux de co-morbidités psychiatriques élevé, problème pré-existant mais au second plan par rapport à la consommation d'héroïne et se révélant plus problématique à son arrêt, recherche d'ivresse, recherche de sensation contre l'ennui, les hypothèses sont certainement nombreuses et souvent croisées. En tout état de cause, la consommation d'alcool, quand elle est abusive, rend évidemment la prise en charge de la dépendance aux opiacés plus complexe, et met parfois les équipes soignantes en difficulté.

## **1. Plusieurs études s'accordent sur le fait que la consommation d'alcool est fréquente chez les patients en MMT**

Il est difficile d'évaluer les changements dans la consommation d'alcool à cause de problèmes de méthodologie. Il convient tout d'abord de définir la limite entre consommateur d'alcool et personne dépendante à l'alcool. La dépendance à une substance est considérée comme réelle par la DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) lorsque 3 des critères suivants coexistent : phénomène de tolérance, de manque, consommation incontrôlée, échec de l'arrêt, temps important consacré à se procurer la substance, problème de comportement social, et utilisation prolongée malgré la présence de problèmes physiques et/ou psychologiques (8).

En revanche, on parlera d'abus (d'alcool par exemple) si au moins un des critères suivants est retrouvé sur une période de 12 mois : utilisation répétée et échec des attentes d'ordre social, usage répété en cas de situation à risque, implication d'ordre légal associé avec l'usage de la substance, et problèmes relationnels (8).

L'alcoolisme touche environ 10 % des populations européenne et américaine (1). Il constitue un fléau majeur chez les individus en MMT (avec en parallèle la cocaïne et le SIDA) (1). Selon la définition de la dépendance à l'alcool (voire ci-dessus) et selon différentes études, 20 à 50 % des toxicomanes et 5 à 49 % des patients en MMT (1,2,3,5,8) sont dépendants à l'alcool. Cette première comparaison met en lumière le fait que si ceux que l'on appelle 'les toxicomanes' sont dépendants à l'alcool, c'est plus en rapport avec le statut de toxicomane qu'avec le statut de patient recevant un traitement par la méthadone.

Si ce dernier taux (5 à 49 %) est élevé par rapport à celui de la population générale, il est cependant similaire à celui retrouvé chez des personnes dans des situations particulières de stress (étudiants (!), patients dans les salles d'urgences) ou dans des situations à risque

(accidents de voiture) (8). La prévalence de la consommation abusive d'alcool est également élevée dans les consultations de psychiatrie ou accueillant des personnes précarisées.

Selon une étude (3), 1/3 des usagers de drogues interrogés utilisent l'alcool pour augmenter l'effet des autres drogues, et 1/5 pour se calmer après l'utilisation des autres drogues. L'influence de facteurs socioculturels sur la consommation d'alcool ou d'autres substances illicites est également maintenant bien établie (5). Cependant, on en sait peu sur l'influence de ces facteurs chez des individus en MMT et leur attitude par rapport à l'alcool.

## **2. Influence de la méthadone sur la dépendance à l'alcool**

Si certains auteurs suggèrent que le taux d'alcoolisme augmente avec l'entrée en MMT, d'autres ne voient en revanche aucun changement (2,5,8,10) :

- Dans une étude (2), la diminution de consommation d'alcool par certains individus (10 %) a été compensée par une augmentation de la consommation par les autres (10 % également).
- Des chiffres montrent que l'excès de consommation d'alcool persiste chez beaucoup d'anciens et d'actuels patients en MMT (3).
- Dans une autre étude évaluant l'attitude par rapport à l'alcool chez des individus en MMT, il apparaît que le traitement méthadone n'a que peu d'effet sur la consommation d'alcool ; les facteurs socioculturels seraient déterminants (5). La plupart des patients n'ont pas de problème lié à l'alcool avant l'entrée en MMT et n'en développeront pas par la suite.
- Une troisième étude s'est basée sur plusieurs paramètres, dont un interrogatoire aux patients, et des paramètres biologiques : SGOT, SGPT, GGT, VGM, SGOT/SGPT, GGT/SGPT. Elle montre clairement que les personnes dites 'alcooliques' en début de traitement le restent par la suite, et leurs anomalies biologiques ont tendance à s'aggraver. En revanche, les paramètres biologiques des patients non alcooliques restent dans la normalité tout au long de l'étude (8).

L'étude d'Hillebrand (3) met en évidence l'idée que si l'alcool est utilisé à des fins précises (par exemple à augmenter l'effet des autres drogues), les patients ne désirent alors pas changer leurs habitudes ; en revanche, ceux qui utilisent l'alcool sans aucun but précis sont plus enclins à diminuer voire à arrêter leur consommation (3).

Les dépendants à l'alcool restent plus longtemps en MMT que les patients consommateurs d'alcool mais non alcoolo-dépendants (9).

## **3. Autres facteurs influençant la dépendance à l'alcool chez les patients en MMT**

### *La cocaïne*

Les taux de co-consommation de cocaïne et d'alcool sont élevés (6).

L'alcool peut être utilisé chez les consommateurs de cocaïne pour atténuer les effets négatifs de la cocaïne (6) en phase de descente (nervosité, insomnie). Environ 60 % des sujets interrogés affirment boire pour compenser les effets de manque liés à l'arrêt de la cocaïne.

Cette étude (6) montre que l'utilisation de l'alcool en phase de descente est inversement corrélée à l'utilisation de cocaïne ou de crack. C'est-à-dire que plus l'alcool est utilisé en

phase de descente, moins la cocaïne et le crack seront utilisés ultérieurement. Ces individus ont tendance à avoir alors de fortes consommations d'alcool.

Une étude (9) s'est intéressée à comparer les patients en MMT consommant uniquement des opiacés (O), de l'alcool plus des opiacés (AO), des opiacés plus de la cocaïne (OC), ou encore des opiacés, de la cocaïne et de l'alcool (OAC). Les OAC sont moins motivés, et ont un moins bon résultat, moins de chance de finir une année de traitement. Ils sont plus difficiles à engager et à retenir dans le programme thérapeutique.

### *L'hépatite C*

Les individus qui se savent atteints d'hépatite C diminuent leur consommation d'alcool (7). Ceux qui sont certains de ne pas être atteints par cette affection boivent plus. Il faut sensibiliser le personnel des centres et les médecins traitants afin que les éventuels problèmes liés à l'alcoolisme dans les MMT soient toujours pris en considération et que le patient soit aidé et soutenu (7).

#### **4. Cette consommation d'alcool est-elle antérieure à l'entrée dans les centres ?**

Le problème de beaucoup d'études est qu'elles ont été réalisées sur des populations d'individus sans soucis d'exclure ceux qui sont dépendants à l'alcool lors de l'entrée en MMT. On ne dispose que de peu de données prédisant l'influence de la méthadone à court terme sur la consommation l'alcool chez des individus au départ 'sobres' .

Le débat doit cependant être recentré et axé sur le moment d'apparition de cette dépendance à l'alcool : les individus en MMT deviennent-ils « alcooliques » ou étaient-ils déjà dépendants à l'alcool avant leur entrée dans les centres ? On pourrait par exemple à l'entrée des traitements de substitution, enregistrer les taux des marqueurs biologiques de la consommation d'alcool, et les confronter à ceux que l'on enregistrera plus tard. Le concept de prise en charge globale ne semble pas s'opposer à cette pratique de recherche et de suivi d'autres dépendances, bien au contraire.

Une étude italienne récente (1) a comparé l'évolution de la consommation d'alcool chez des patients entrant dans un processus de soins pour leur dépendance aux opiacés. Les 359 héroïnomanes retenus dans cette étude étaient non dépendants à l'alcool, et ont été répartis en 2 groupes : ceux recevant un traitement par la méthadone, et ceux recevant un traitement symptomatique classique des signes de manque liés au sevrage des opiacés. Dans le 1<sup>er</sup> groupe de patients en MMT, la consommation quotidienne d'alcool moyenne chez les héroïnomanes non dépendants à l'alcool a chuté de façon significative. En revanche, dans le 2<sup>ème</sup> groupe sans méthadone, la consommation d'alcool est restée stable. Dans les 2 groupes, les patients ont bénéficié du même suivi psycho-social. Parmi les sujets abstinents à l'alcool à l'entrée de l'étude, un nombre significativement plus important s'est mis à boire dans le groupe sans méthadone. Le mécanisme induisant cette diminution de la consommation d'alcool lors de traitement par la méthadone reste inconnu mais il se pourrait que la méthadone puisse dans quelques cas constituer un substitut à l'alcool .

Dans une autre étude suivant les paramètres biologiques des patients en MMT (8), il est démontré que la plupart des patients abusant d'alcool le font avant l'entrée en MMT et que ce nombre n'augmente que très peu une fois les individus dans le centre.

## 5. Il faut prendre en charge ces patients

### *Méfais de l'alcool*

La consommation d'alcool dans les centres MMT peut devenir un problème sérieux (8). L'abus chronique d'alcool est potentiellement la cause principale de complications médicales au cours des traitements de substitution (2). Il peut aggraver des problèmes engendrés par la consommation d'autres drogues. Par exemple, l'association alcool/héroïne peut précipiter des désordres des systèmes endocriniens et neuroendocriniens et des overdoses (2).

Les patients en MMT qui sont dépendants à l'alcool ont un taux de mortalité plus élevé, plus de problèmes psychiatriques, plus de problèmes liés à l'intégration sociale, et ont plus de risques d'overdose (3). La criminalité est également plus élevée chez ces patients.

L'alcool est la cause indirecte la plus fréquente de mortalité (cirrhose) (4) et les taux de survie sont plus faibles chez les alcooliques que chez les autres. Une consommation excessive d'alcool fait évoluer l'histoire naturelle de l'hépatite C, en accélérant notamment l'évolution vers la fibrose et la cirrhose.

Selon l'étude de Caputo (1), 11 à 26 % des individus en MMT abandonnent ce traitement à cause de l'alcool. Ces patients sont moins réceptifs et suivent le traitement de manière moins impliquée.

Enfin, si la prise d'alcool donne l'impression au patient d'augmenter les effets de la méthadone (effet 'turbo' par augmentation du pic plasmatique), celle-ci accentue par ailleurs la pente d'élimination, avec un traitement de substitution qui ne tient plus 24 heures.

Il faut probablement prendre en charge les patients héroïnomanes en tenant compte d'emblée de leur statut par rapport à la consommation d'alcool, et proposer parallèlement à la prise en charge de leur dépendance aux opiacés, des modalités de soins identiques à celles proposées à des patients uniquement dépendants à l'alcool. Surtout pour ceux qui utilisent l'alcool pour augmenter les effets de la méthadone (3).

Dans un certains cas, la prise d'alcool peut être compensatrice d'un sous-dosage en méthadone, et nécessiter une adaptation de posologie, appuyée par la pratique des méthadonémies en cas de doute. Il ne peut s'agir en aucun cas d'une généralité, notamment chez ceux ayant un double diagnostic de dépendance (alcool + opiacé).

Il faut se renseigner minutieusement sur les intentions du patient en MMT par rapport à sa consommation d'alcool : que compte-t-il faire ? Chez ceux porteurs du VHC, il a été démontré que la connaissance de leur statut virologique et la perspective d'un traitement efficace, avait un impact favorable sur leur consommation d'alcool (7). Il faut donc, si ce n'était pas le cas, systématiser le dépistage de l'hépatite C, dès le début de la prise en charge, surtout auprès de patients 'buveurs excessifs'.

Le rapprochement des cultures en matière d'abord des pathologies addictives permet de mieux en mieux d'assurer cette double prise en charge. Le travail en réseau, lui aussi, trouve là un excellent terrain d'expression, et les alcoologues peuvent être d'un recours précieux dans les centres, services hospitaliers ou auprès des médecins généralistes qui suivent des patients traités par la méthadone, et plus généralement par les traitements de substitution.

La prescription de REVIA® est strictement contre-indiquée chez tout patient recevant un traitement de substitution par buprénorphine ou méthadone, en raison des propriétés antagonistes opiacées de la naltrexone, son principe actif. A l'inverse, le recours à AOTAL®

n'est pas contre-indiqué, et ses modalités de prescription et de suivi sont alors non-spécifiques du statut des patients recevant un traitement de substitution opiacée.

Enfin, il importe probablement de ne pas tomber dans le piège de la pseudo-découverte d'un début d'alcoolisation sous méthadone, chez des patients pour lesquels la consommation non contrôlée d'alcool est antérieure au début de traitement par la méthadone, en apparaissant alors bien moins problématique au milieu des conséquences beaucoup plus visibles de la dépendance à l'héroïne.

## REFERENCES

1. Caputo F et al (2002). Short-term methadone administration reduces alcohol consumption in non-alcoholic heroin addicts. *Alcohol and Alcoholism*, 37: 164-168.
2. Gossop M et al (2000). Patterns of drinking outcomes among drug misusers 1-year follow-up results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19: 45-50.
3. Hillebrand J (2001). Excessive alcohol consumption and drinking expectations among clients in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21: 155-160.
4. Kipnis SS et al (2001). Integrating the methadone patient in the traditional addiction inpatient rehabilitation program- problems and solutions. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 68: 28-32.
5. Lowe E et al (1999). Patterns of alcohol use among methadone clients in a Glasgow housing estate. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31: 145-154.
6. Magura S et al (2000). Modulating effect of alcohol use on cocaine use. *Addictive Behaviors*, 25: 117-122.
7. McCusker (2001). Influence of hepatitis C status on alcohol consumption in opiate users in treatment. *Addiction*, 96: 1007-1014.
8. Ottomanelli G (1999). Methadone patients and alcohol abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16: 113-121.
9. Rowan-Szal G et al (2000). Importance of identifying cocaine and alcohol dependent methadone patients. *The American Journal on Addictions*, 9: 38-50.
10. Rittmannsberger H (2000). Alcohol consumption during methadone maintenance treatment. *Eur Addict Res*, 6: 2-7.



# **Préparation de l'injection et réduction des risques**

## **Le filtre à usage unique, un nouvel outil de prévention de l'hépatite C**

*Nicolas BONNET, Eliot IMBERT, APOTHICOM*

L'épidémie de VHC, qui persiste de façon préoccupante, nécessite l'amplification de la politique de réduction des risques qui a permis de limiter les contaminations par le VIH. En effet, cette politique a consisté à promouvoir l'usage unique et personnel de la seringue. Elle doit désormais intégrer les conseils d'usage unique et personnel de l'ensemble du matériel de préparation à l'injection, et notamment du filtre.

### **La conservation, le partage et la réutilisation des filtres : des facteurs de risque majeurs de contamination VHC**

Des études récentes démontrent que la conservation, le partage ou la réutilisation des filtres sont des facteurs de risque majeurs de contamination par le VHC. La conservation et la réutilisation des filtres sont dues à leur capacité à retenir du produit actif.

Ces études ont été menées auprès d'usagers de drogues par voie intraveineuse chez qui étaient étudiées les pratiques précédant leur séroconversion.

- En 2001, dans la cohorte de Seattle (USA), 54 % des séroconversions VHC non liées à la seringue étaient liées au partage de la cuillère et du filtre.
- En 2002, dans la cohorte de Chicago (USA), on observe que les contaminations chez ceux qui n'ont pas partagé la seringue sont trois fois supérieures chez ceux qui partagent le filtre.
- En 2003, dans la cohorte du nord de la France, le partage du filtre est le facteur de risque le plus associé à la séroconversion VHC (RR=16,3).

### **La filtration est une étape pratiquée par l'ensemble des injecteurs**

Dans l'enquête réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies en 2002 auprès des structures bas-seuil, près d'un tiers des usagers interrogés avaient partagé un filtre au cours du dernier mois. Les résultats de l'étude rétrospective sur les comportements réalisée au sein de la file active des patients du CSST d'Ivry-sur-Seine nous apprennent que plus de 7 usagers sur 10 ont déjà partagé un filtre tandis qu'ils sont également plus de 7 sur 10 à avoir déjà conservé un filtre après utilisation, pour dépanner en cas de manque dans 95 % des cas. Enfin, plus d'un tiers des patients interrogés (36 %) pensent avoir été contaminés par le VHC lors d'un partage de filtre/coton.

### **Le développement d'un nouvel outil de prévention : le filtre stérile à usage unique**

Après le Steribox\* et le Stericup\*, l'association Apothicom développe depuis plusieurs années un filtre censé amener les usagers à choisir l'usage unique. Ce nouveau filtre est stérile, non-absorbant et pour limiter les risques liés à l'injection de particules, son pouvoir de filtration est très supérieur aux filtres actuellement utilisés.

En 1998, un premier filtre est testé par des injecteurs fréquentant des structures de prévention parisiennes. Ce nouveau concept de filtre est plébiscité par 50 % des enquêtés, mais son efficacité ne semble pas satisfaisante avec certains produits.

En 2000, un deuxième prototype de filtre est testé auprès de 55 UDIV recrutés dans 5 structures en fonction des produits consommés. Différents éléments sont à retenir de ce deuxième test :

- 64 % des enquêtés déclarent garder leurs cotons dans un but de réutilisation,
- principales qualités déclarées : hygiénique, filtration de qualité ;
- principaux défauts déclarés : entrée d'air, pas de réutilisation possible.

Cette enquête a déterminé les améliorations à apporter. D'octobre à décembre 2002, une dernière génération de filtre est testée auprès des UDIV fréquentant l'association ASCODE-Perpignan. Les principaux résultats de ce test sont les suivants :

- ✓ utilisation facile ou très facile du filtre pour 88 % des enquêtés ;
- ✓ obtention d'une solution transparente après filtration dans 79 % des cas ;
- ✓ filtre choisi pour utilisation en routine pour 87 % des enquêtés, 96 % souhaitant qu'il soit disponible dans les programmes d'échanges de seringues et 91 % dans les Steribox\*.

Les résultats de ce dernier test démontrent que ce nouvel outil, adapté à leurs pratiques, est adopté par les utilisateurs.

Parallèlement, une dernière étude a été menée en laboratoire afin de quantifier la quantité de produit psychoactif retenue par les différents filtres utilisés couramment par les UDIV (filtre à cigarette, filtre coton du Stericup\*) et par le filtre à membrane. Cette étude nous a permis de valider le faible pouvoir d'absorption du filtre à membrane, très inférieur à tous les autres filtres, limitant ainsi grandement une ré-utilisation potentielle.

La mise à disposition prochaine du filtre à usage unique, associée à des conseils de prévention, est de nature à limiter les risques vasculaires liés à l'injection de particules et les risques infectieux liés au partage du matériel d'injection.

\*\*\*\*\*

#### Remerciements :

Nous remercions nos partenaires qui ont contribué depuis 1998 aux différentes étapes ayant abouti à la réalisation définitive de cet outil de prévention : Michel Dheur, Danièle Dheur, Guy Subira (Ascode, Perpignan) ; Mathieu Janneteau (Médecins du Monde, Paris) ; Annie Tosetti (Entractes, Nice) ; Sylvie Priez (Asud Marseille) ; Jimmy Kempfer (Ass. Liberté, Bagneux) ; Ass. Ruptures (Lyon) ; Rosine Levy (Réseau VH Melun) ; Pascal Aubry (Entraide Sida) ; Stéphanie Besse (Entraide Sida) ; Alain Abina (Asud Hérault) ; Valérie Prieur (Aides Franche-Comté).

**POSTER présenté à la CLAT 2, Perpignan, du 22 au 24/05/2003**

## Analyse bibliographique :

### **Comparaison de l'efficacité de 2 approches différentes dans le traitement de la dépendance à la cocaïne auprès de patients traités par la méthadone**

#### **A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence**

*R. A. Rawson and al., Arch Gen Psychiatry. 2002;59.817-824*

## **INTRODUCTION**

La dépendance à la cocaïne constitue un problème de santé publique important aux Etats Unis. Depuis une dizaine d'années, des méthodes de traitement axées sur la psychologie et le comportement se sont développées et se sont révélées efficaces. Parmi elles, la **CM (Contingency Management)** basée sur la notion de récompense reçue en échange d'une baisse de consommation de drogue, et la **CBT (Cognitive Behavioral Therapy)**, basée sur des réunions thérapeutiques régulières en petit comité.

Dans cette étude, les auteurs ont comparé l'utilisation de ces deux méthodes, seules et en association, chez des individus cocaïnomanes traités par la méthadone. L'hypothèse de départ était que ces trois formes de traitement (CM, CBT, CM + CBT) seraient plus efficaces que la méthadone seule ; que si la CM s'avérait plus efficace pendant la phase d'initiation de traitement, la CBT se révélerait d'une efficacité similaire au long cours ; et qu'un effet synergique lors de l'association CM + CBT était prévisible.

## **METHODES**

120 patients en **MMT (Methadone Maintenance Treatment)** cocaïnomanes furent répartis en 4 groupes de manière aléatoire : CM, CBT, CM + CBT, et MMT seulement. L'étude s'est déroulée sur 16 semaines et a nécessité 3 visites par semaine au centre méthadone. Les patients étaient évalués pendant le traitement, puis dans les semaines 17, 26 et 52 après l'admission.

3 analyses urinaires étaient requises par semaine pour chaque groupe, et un report de la consommation hebdomadaire de cocaïne était demandée à chaque individu.

## **RESULTATS**

Démographie : 55 % étaient des hommes et l'âge moyen de 43,6 ans. Il y avait 39 % de blancs, 32 % d'afro-américains et 26 % d'hispaniques. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les différents groupes en ce qui concerne les caractéristiques démographiques et les troubles psychiatriques.

Assiduité : elle a été difficile à analyser compte tenu de la rémunération attribuée à chaque participant, quelque soit son groupe.

Participation aux réunions (pour les groupes CBT et CBT + CM) : les individus du groupe CBT + CM ont participé à plus de sessions que ceux du groupe CBT.

Consommation de cocaïne durant l'étude : pendant les 16 premières semaines de traitement, les analyses urinaires des participants des groupes CM et CM + CBT étaient plus souvent négatives que celles des 2 autres groupes (CBT seul et méthadone seule). La différence était statistiquement significative avec le groupe méthadone seule mais pas avec le groupe CBT. Le pourcentage de participants ayant réussi une abstinence totale de cocaïne pendant 3 semaines consécutives était différent suivant les groupes. La différence était statistiquement significative entre les groupes **CM et méthadone seul (63 % versus 27 %)**, ainsi qu'entre les groupes **CBT + CM et méthadone seul (57 % versus 27 %)**.

Consommation de cocaïne à la semaine 17 : le CM avait le pourcentage le plus élevé d'analyses urinaires négatives (60 %), devant le groupe CM + CBT (47 %), puis le groupe CBT (40 %), et enfin le groupe méthadone seul (23 %). La seule différence significative était entre les groupes CM et méthadone seul.

A la semaine 17, la consommation de cocaïne (évaluée en nombre de jours de prise) était plus faible pour les patients des groupes CM, CBT, CM + CBT comparé au groupe méthadone seul.

Aux semaines 26 et 52, il y a eu une nette amélioration des patients du groupe CBT, avec une performance alors identique à celle du groupe CM (en ce qui concerne les analyses urinaires et la consommation de cocaïne) : à la semaine 26, 53 % des patients du groupe CBT avaient des analyses urinaires négatives, contre 47 % pour le groupe CM, 37 % pour le groupe CM + CBT et 33 % pour le groupe méthadone seul. La différence n'était pas significative entre les groupes, mais elle s'est renforcée à la semaine 52 : 60 % pour le groupe CBT, contre 53 % pour CM, 40 % pour CM + CBT et 27 % pour méthadone seul, et elle est devenue significative entre les groupes CBT et méthadone seul.

Rapport global de consommation de cocaïne : les individus des groupes CM, CBT, CM + CBT ont déclaré avoir consommé moins de cocaïne à la fin de l'étude par rapport au mois précédent le début de l'étude.

## CONCLUSION

Cette étude montre que **les méthodes CM et CBT sont efficaces lors de la prise en charge de patients cocaïnomanes**. Cependant, l'impact de ces deux méthodes est quelque peu différent selon que l'on se situe pendant la phase d'initiation du traitement, ou des semaines après. En effet, l'efficacité de CM semble être supérieure à l'autre méthode (en terme de pourcentage d'analyses urinaires négatives) en phase active de traitement; en revanche, la CBT se révèle être une méthode aux effets plus tardifs et la différence d'efficacité entre les deux méthodes s'annule sur le long terme (semaines 26 et 52).

L'efficacité de ces méthodes repose sur des mécanismes différents : lors de CM, la notion de récompense associée à un prélèvement urinaire négatif entraîne une réduction quasi-immédiate de la consommation de cocaïne. Lors de la CBT, le développement et l'assimilation des compétences développées au cours des différentes sessions requiert plus de temps et l'effet bénéfique ne se fait sentir que plus tard.

En revanche, ces méthodes n'ont pas montré d'efficacité en ce qui concerne la consommation d'opiacés ou d'autres drogues illicites.

Pour finir, cette étude ne met en évidence aucun effet synergique de l'association de ces deux méthodes. Ceci ne s'explique pas réellement ; il est possible que le suivi simultané des deux méthodes ne soit pas utile, mais qu'en revanche associer ces deux méthodes selon un protocole différent puisse apporter une synergie réelle.

*Dr Christine RIVIERRE, Marseille*