

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

Mars 2002

N° 7

- **Editorial**
- **Elargissement du cadre de la primo-prescription de méthadone**
(*Dr Christine BARBIER, Cédric HERANVAL-MALLET, DGS, Bureau des pratiques addictives*)
- **Analyse bibliographique des études**
« méthadone haut dosage »
(*Drs Frédéric SORGE et Pierre GOISSET, Montreuil*)
- **Suivi en médecine de ville d'une cohorte de 67 patients traités par le méthadone**
(*Dr Philippe JAURY, Paris*)
- **Rapport de suivi de la conférence de consensus sur la méthadone (Belgique)**
(*Dr Colette GERBAUD, Nice et Pr PELC, Bruxelles*)

Editorial

Premier numéro de l'année 2002, avec une mise au point du Dr Christine BARBIER sur la circulaire DGS/DHOS du 30 Janvier 2002, qui encadre l'élargissement de la primo-prescription aux médecins exerçant en établissement de santé. Elle rappelle à l'occasion que l'amélioration de l'accès à la méthadone constitue une priorité pour les pouvoirs publics.

La pratique des hauts dosages de méthadone, ou plutôt celle des dosages individuellement adaptés est de mieux en mieux documentée dans la littérature internationale. Les Drs Goisset et Sorge de 'LA MOSAÏQUE' à Montreuil analysent pour nous les études de SHINDERMAN, DEGLON et MAREMANNI, tout en rappelant les principes de précaution indispensables à cette pratique.

La méthadone, longtemps vécue comme un 'médicament de centre', est aujourd'hui un médicament diffusé pour la majeure partie, par les pharmaciens d'officine.

Il y a 3 ans seulement, la répartition était la suivante : 5 000 patients en CSST pour 2 000 en ville. La part des patients initiés en CSST et relayés en ville se situe aujourd'hui à près de 6 500 patients. Cette évolution témoigne d'une pratique croissante de relais vers la ville après primo-prescription. Ces relais, pour les CSST qui en ont une pratique habituelle (ils sont, semble-t-il, de plus en plus nombreux), leur permettent d'inclure de nouveaux patients en 'attente' de méthadone. Secondairement, et c'est un bénéfice non négligeable, ils constituent par là-même, un vrai réseau de partenaires avec les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes, réseau au sein duquel ils vont se situer comme 'pôle ressource'.

En ce qui concerne la pratique du Dr JAURY, elle est celle d'un médecin investi de longue date dans la prise en charge des pathologies addictives, chimiques et non chimiques, et témoigne de la faisabilité du suivi de patients traités par la méthadone dans une pratique de médecine de ville, 'presque' classique.

A nouveau dans le FLYER, nous portons un regard intéressé sur nos voisins belges, qui ont 'domestiqué' la méthadone depuis le début des années 80, et qui est dans ce pays, le traitement de référence quand il s'agit de substitution aux opiacés. Après le consensus de 1994, ils en sont aujourd'hui au suivi de ce consensus, rapporté dans nos colonnes par le Dr Colette GERBAUD.

Et enfin, à l'approche du printemps, on voit fleurir de nouveaux concepts dont on imagine aisément qu'ils soient plus des concepts marketing que des concepts thérapeutiques. On a vu naître effectivement sur papier glacé, les M.A.A.O., Médicaments Anti Addictifs aux Opiacés, comme si 'médicament de substitution' était une 'mauvaise étiquette'. Les médicaments de substitution sont-ils vraiment anti-addictifs, quand dans le même temps, on imagine que le patient aura du mal à s'en passer pendant plusieurs années. N'est-ce pas cette dépendance ou addiction médicalement accompagnée, sans contrainte d'abstinence, qui est pour beaucoup dans la réussite des médicaments de substitution. Pour beaucoup d'intervenants en toxicomanie, **les 'médicaments de substitution' survivront ...**

Responsable de la rédaction : 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.

Elargissement du cadre de la primo-prescription de méthadone

*Dr Christine BARBIER, Cédric HERANVAL-MALLET, Bureau des pratiques addictives
Direction Générale de la Santé*

Fin 2001, on estime à environ 92 000 personnes bénéficiant de traitements de substitution, dont 80 000 par buprénorphine haut dosage et 12 000 par méthadone, le nombre d'usagers d'opiacés étant estimé entre 150 à 180 000.

L'amélioration de l'accès à la méthadone constitue donc une priorité pour les pouvoirs publics. La Direction Générale de la Santé a entrepris d'optimiser et de développer l'offre dans le cadre existant (évaluation et réorganisation de certains centres, incitation au travail en réseau). Parallèlement, le cadre actuel de prescription a été élargi : la nouvelle autorisation de mise sur le marché de la méthadone étend aux médecins exerçant en établissement de santé la possibilité de prescription pour initier un traitement de substitution, possibilité jusqu'alors réservée aux médecins des CSST.

La circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002, à laquelle est annexé le nouveau cadre d'utilisation de la méthadone, définit les conditions dans lesquelles la primo-prescription de la méthadone peut s'envisager.

Cette évolution vise à diversifier les lieux et les situations dans lesquels un tel traitement peut être entrepris, en maintenant le principe d'un suivi médico-psycho-social adapté.

L'opportunité d'initier un traitement par méthadone peut être discutée :

- à l'occasion d'une hospitalisation, notamment, pour suivi obstétrical, pathologies somatiques graves de type infectieuses, soins psychiatriques, traumatologie et soins de suite,
- en milieu pénitentiaire (médecin d'une équipe de soins somatiques ou psychiatriques), les différentes enquêtes ayant particulièrement démontré les difficultés d'accès dans ce contexte.
- en consultation à l'établissement de santé en ambulatoire.

Cette nouvelle mesure apporte un outil supplémentaire aux médecins des établissements de santé déjà engagés dans la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés et s'intègre dans le dispositif général d'accueil, de prise en charge et d'orientation au sein de l'établissement. Il s'agit en particulier des équipes de liaison hospitalières en addictologie dont le rôle est réaffirmé. C'est également un moyen pour mobiliser de nouveaux prescripteurs et de nouveaux établissements sur ces questions.

La circulaire insiste particulièrement sur l'organisation du relais à l'issue de la prise en charge en établissement de santé ou en établissement pénitentiaire, soit vers un médecin de ville, soit vers un centre spécialisé. Ce relais constitue un aspect fondamental de la prise en charge et doit être envisagé, avec le patient, dès l'indication de la prescription.

Les conditions de prescription renvoient au droit existant : prescription sur ordonnance sécurisée, durée maximale de prescription limitée à 14 jours, délivrance fractionnée par périodes de 7 jours, sauf mention du prescripteur : « délivrance en une seule fois ».

Les conditions de délivrance correspondent aux différents cas de prescription : si la personne est hospitalisée, traitement délivré quotidiennement en présence d'un infirmier, et fourni par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement. En consultation externe, nécessité d'un accord entre le médecin prescripteur et un pharmacien d'officine, en accord avec le patient (l'ordonnance devant préciser le nom du pharmacien, et les modalités de la délivrance).

En milieu pénitentiaire, la méthadone est délivrée conformément à la circulaire interministérielle du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire, qui prévoit une administration à chaque prise par le personnel soignant.

Les DDASS ont été invitées à réunir les comités départementaux de suivi des traitements de substitution pour accompagner cette évolution.

“methadone haut dosage”

Optimizing response to methadone maintenance treatment :Use of higher-dose methadone. Maxwell S, Shinderman M. Journal of Psychoactive Drugs; 1999; 31;2:95-102 and Long-term outcome of patients treated with higher doses of methadone: a 152-week follow up. Communication orale Europad Arrezo 2000, Maxwell S, Shinderman

Des médecins de Chicago ont évalué les effets d'un traitement de maintenance par méthadone à dose élevée (> 100 mg/j). Ils ont comparé prospectivement pendant près de 3 ans (1997-2000) un groupe de patients (n=164) recevant initialement une dose quotidienne moyenne de 211 mg/j (120-780) à un groupe témoin de patients (n=101) traités par une dose quotidienne moyenne de 65 mg (10-100) et choisi de façon aléatoire. Les caractéristiques distinctives initiales de ces patients étaient une consommation deux fois plus importante d'héroïne et une co-prescription de psychotrope significativement plus importante pour le groupe de patients à dose élevée de méthadone (63 %) par rapport au groupe témoin (32 % ; p<001). Les résultats importants ont été une diminution significativement plus importante des contrôles urinaires positifs pour les opiacés pour les patients à dose élevée de méthadone (87 % de positifs avant l'augmentation de posologie et 3 % de 3 à 6 mois après ; versus 54 % avant le début de l'étude et 37 % après pour les patients du groupe témoin). La réponse au traitement psychotrope a été améliorée par l'augmentation des doses de méthadone des patients aux troubles psychiques « réfractaires ». Le devenir à long terme n'a pu être étudié que sur 144 patients traités initialement par dose élevée de méthadone en raison de 20 arrêts thérapeutiques rapides. Le taux de rétention à 152 semaines n'était pas significativement différent selon les 2 groupes : 61 % des patients à dose initialement élevée versus 55 % pour les patients du groupe contrôle. Par contre, les raisons d'exclusion du protocole étaient significativement différentes entre les deux groupes. Les perdus de vue représentaient 55 % du groupe témoin contre 7 % du groupe de patients à dose élevée. A l'opposé, 82 % des patients exclus du groupe à dose élevée l'étaient pour des raisons administratives (financière) ou de déménagement, contre 32 % des exclus du groupe témoin (p<001). Les autres causes d'exclusion du protocole (sevrage, décès, incarcération) étaient similaires dans les 2 groupes (11 % du groupe à dose élevée versus 13 % du groupe témoin). Après 3 ans de suivi, la distinction selon la dose quotidienne initiale n'existait plus, car des patients avaient augmenté leur dose au-delà de 100 mg/j dans le groupe témoin et d'autres l'avaient diminuée à 100 mg ou moins dans le groupe à dose élevée.

Une comparaison a été faite selon le critère de rétention en traitement à 152 semaines dans les 2 groupes initiaux, réalisant 4 sous groupes.

Dose initiale métha + rétention en traitement	Dose moyenne / jour	Contrôle urinaire : % opiacé +	Comorbidité psychiatrique
D.I. élevée + rétention	323 mg	7 %	71 %
D.I. élevée + exclu	226 mg	30 %	46 %
Témoin + rétention	125 mg	9 %	48 %
Témoin + exclu	57 mg	56 %	24 %

Les différences de dose moyenne de méthadone sur 3 ans se retrouvaient dans les différences de pourcentages de contrôles urinaires positifs pour les opiacés. Il apparaît une prévalence plus importante de comorbidités psychiatriques dans les sous-groupes maintenus en traitement que dans les exclus. Cette observation a également été rapportée par Maremmani (1).

La distribution graphique des doses pour les deux groupes initiaux donne des courbes de Gauss normales. Ce qui confirme pour les auteurs que des doses élevées de méthadone sont, pour certains patients, des doses normales et non dangereuses. Elles sont nécessaires pour réduire la consommation d'héroïne et permettent de stabiliser les troubles psychiatriques et de réduire la consommation d'alcool et de benzodiazépines pour beaucoup de patients.

D'autres études sur le sujet :

1 ; Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with Axis I Psychiatric Comorbidity. Maremmani and al.; Journal of addiction diseases, Vol 19(2) 2000

Dans cette études sur 90 patients, les auteurs établissent que ceux d'entre eux présentant une comorbidité psychiatrique (n=52), nécessitent une dose moyenne de stabilisation de 154 mg (\pm 84 mg), alors que pour les patients sans comorbidité psychiatrique, la dose moyenne est de 99 mg (\pm 49 mg)

Importance d'un dosage de méthadone individuellement adapté pour un suivi efficace des héroïnomanes polytoxicomanes. Deglon et al. ; présentation au Congrès THS 3, novembre 97 Nice.

Dans sa présentation établie sur une analyse de la littérature internationale, le Dr DEGLON confirme l'intérêt d'un dosage adapté à chaque individu. **Il propose l'abandon du terme 'haut dosage', au profit de 'dosage adéquat'**. Ce dosage adéquat s'obtient en trois étapes.

1. Dosage grossier : Disparition des signes objectifs de manque dans les premiers jours (mydriase, réflexes tendineux, rhinorrhée, larmoiements, pilo-érection,...)
2. Dosage fin : à partir de signes subjectifs (anxiété, fatigue, irritabilité, trouble du sommeil avec réveil précoce, tendances dépressives, pulsion pour les drogues)
3. L'usage continu d'opiacés illicites ; l'auteur considère que l'on doit retenir comme principe de base que l'indication absolue pour augmenter le dosage de la méthadone est l'usage continu d'opiacés illicites

Il rappelle à l'occasion l'avis des experts, exprimé par Mary-Jeanne KREEK ; celle-ci dit qu'il n'est pas souhaitable au cours des premiers mois d'augmenter le dosage au-delà de 150 mg, même en cas de persistance d'urines positives aux opiacés, car plusieurs mois sont parfois nécessaires pour équilibrer les systèmes opioïdes et obtenir un effet thérapeutique stable. Il vaut mieux dans ce cas renforcer le soutien psychosocial qui reste l'axe thérapeutique essentiel durant cette période, et d'assurer quand elles sont présentes, une prise en charge efficace des comorbidités psychiatriques.

Par ailleurs, il faut souligner 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 la stratégie d'adaptation des posologies décrite ci-avant, la prudence doit rester de mise, avec entre autres mesures, des méthadonémies chez les patients nécessitant des dosages supérieurs à 120 mg (cf. : **Le courrier des addictions, n° 3, juillet 2001. Méthadone haut dosage, méthadonémie et troubles du rythme cardiaque : quelles recommandations ?**)

*Dr Frédéric SORGE et Pierre GOISSET
CSST 'La Mosaïque', MONTREUIL*

SUIVI EN MEDECINE DE VILLE D'UNE COHORTE DE 67 PATIENTS TRAITES PAR LA METHADONE

Nous rapportons ici les propos du Dr Philippe JAURY qui, au cours d'une soirée réseau à GONESSE (95), a présenté les données qu'il a recueillies auprès de 67 patients traités par la méthadone et suivis dans le cadre de sa consultation de médecine générale. Ces patients représentent une sous-population d'une cohorte de 163 patients traités par médicaments de substitution (méthadone, buprénorphine haut dosage, codéinés) ou inscrits dans une démarche de sevrage après ou non une substitution opiacée., ou complètement abstinents de tout opiacé licite ou illicite.

Même si le Dr Philippe JAURY présente un profil un peu particulier (médecin inscrit depuis toujours dans les prises en charge d'addiction chimiques ou non chimiques et ayant des relations privilégiées avec les structures traditionnelles de prise en charge des usagers de drogue), ce suivi en médecine de ville de patients sous méthadone prouve la faisabilité de celui-ci.

La prise en charge des addictions représente un tiers de l'activité totale de médecine générale du Dr JAURY ; les deux tiers restant établissent qu'il est possible d'avoir une activité de prise en charge des usagers de drogue, même nombreux, et de conserver une patientèle 'classique' de médecine générale.

Par ailleurs, le Dr JAURY a précisé au cours de cette soirée que son recrutement de patients traités par la méthadone était en partie composé de patients pour lesquels on pouvait se poser l'indication ou plutôt la non-indication d'un suivi en CSST. On peut citer, pour exemple, des patients plutôt bien insérés pour lesquels la fréquentation d'un centre pourrait être un facteur d'échec au suivi. Il peut en être de même pour des patients psychotiques d'autant plus agités qu'ils évoluent dans un centre de soins lui-même très 'mouvementé', et qui trouvent dans le calme et la sérénité d'une salle d'attente, un cadre plus contenant.

CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION

Pour la quasi-totalité des 67 patients, il s'agissait de patients ayant bénéficié d'une primo-prescription de méthadone unique en centre, et ayant été relayés immédiatement en médecine de ville. Ces patients sont traités par la méthadone depuis 1995 pour les plus anciens, et depuis 2000 pour les plus récents. La majorité d'entre eux ont entre 35 et 45 ans, ce qui correspond en tous points aux âges moyens des populations suivies dans le cadre d'autres évaluations. Le plus jeune a 20 ans et le plus âgé a 69 ans. Le sexe ratio est lui aussi très voisin de celui des usagers de drogues opiacées, en l'occurrence 50 hommes et 17 femmes.

Les modes de consommation d'héroïne étaient les suivants :

Pour les hommes :	voie injectable	25
	voie injectable et nasale	10
	voie nasale seulement	15
Pour les femmes	voie injectable	8
	Voie injectable et nasale	4
	Voie nasale seulement	5

La fréquence de l'injection comme voie principale utilisée est la même dans les 2 sexes, soit environ un(e) patient(e) sur deux.

SUIVI DE LA POPULATION

Sur les 67 patients de cette cohorte, 47 sont toujours traités par la méthadone. Cela confirme pour le plus grand nombre de patients traités, la nécessité d'un traitement de longue durée, y compris dans le cadre d'une consultation où la possibilité de projet d'abstinence est exploré, et parfois mis en œuvre. C'est le cas pour 9 patients ayant arrêté le traitement et définis comme abstinents, c'est-à-dire sans consommation d'opiacés depuis au moins 1 an. Ci-dessous les données chiffrées du devenir des patients :

- ✓ perdu de vue : 1
- ✓ patients ayant déménagé : 4
- ✓ patients ayant changé de traitement : 1
- ✓ patient ayant arrêté et repris : 1
- ✓ patients abstinents de tout opiacé : 9
- ✓ patients décédés* : 5

*: les causes des 5 décès sont les suivantes : sida (2), cancer (1), suicide (1), overdose (1)

CONSOMMATIONS ASSOCIEES

Si l'intérêt des traitements de substitution repose sur la réduction, voir l'arrêt des consommations d'opiacés, il est intéressant d'observer ce qui se passe au niveau des autres consommations dont la persistance peut présenter des risques importants. C'est le cas notamment pour l'alcool chez des patients porteurs de l'hépatite C, et les benzodiazépines, avec les risques de modifications du comportement et de passage à des actes délictueux que leur abus occasionne.

pour les benzodiazépines :

59 % en consommaient avant le traitement	31 % en 2001
---	---------------------

pour la cocaïne :

83 % en consommaient avant le traitement	28 % en 2001
---	---------------------

pour l'alcool :

67 % en consommaient avant le traitement	33 % en 2001
---	---------------------

Le Dr JAURY précise au cours de sa présentation, qu'il est personnellement très attaché à la réduction, voir au sevrage de la consommation des benzodiazépines. Il est clair que la motivation du praticien influence nettement la baisse de la consommation des benzodiazépines chez les patients. Toutefois, l'abstinence immédiate aux benzodiazépines comme préalable au traitement de substitution, n'apparaît pas comme 'réaliste' , ou peut générer soit des biais de recrutement, soit des pratiques de nomadisme médical (un médecin pour la substitution et un pour les benzodiazépines).

Ces données sont obtenues à partir de l'interrogatoire clinique des patients, et si ces consommations ne sont pas objectivées par des contrôles urinaires, pour la quasi-totalité des patients, elles ont fait l'objet de croisements avec les données recueillies par d'autres investigateurs dans le cadre d'études parallèles, ou avec des données émanant d'autres intervenants autour de ces patients (pharmaciens, psychologues,...).

Les résultats présentés ici laissent entrevoir comme le suggèrent de nombreuses études cliniques, que la mise en place d'un traitement de substitution dans des conditions d'efficacité optimisées (dosage adéquat, soutien social, psychothérapie volontaire,...) permet une réduction des consommations annexes, et n'entraîne pas systématiquement un transfert de conduites addictives ou des reports tout aussi systématiques sur des consommations d'autres substances, dont l'abus est parfois plus péjoratif que la consommation initiale d'opiacés.

ADDICTIONS NON CHIMIQUES

Il était rapporté plus haut que le Dr JAURY s'intéressait de près aux addictions non chimiques (achats compulsifs, jeu pathologique, sex addicts, cyber addicts, boulimie, addiction au travail,...). Avant la mise sous traitement par la méthadone, il avait relevé chez ces patients 48 addictions non chimiques pour 34 patients (plus d'une addiction pour certains patients). Au moment de l'évaluation, en début 2001, il n'y avait plus que 20 addictions non chimiques pour 19 patients. Là encore, il peut s'agir d'un biais lié à l'intérêt particulier que porte le praticien sur ce sujet, mais à nouveau, on peut suggérer l'impact prépondérant d'un suivi médico-psycho-social sur le comportement global des patients de cette cohorte.

MODIFICATIONS SOCIALES

La localisation du lieu d'exercice du Dr JAURY, à Paris dans le XV^e arrondissement, pourrait susciter une critique quant à la qualité de son recrutement, moins désocialisé que la population générale des 'toxicomanes' aux opiacés. En fait, il n'en est rien. Avant le traitement, 48 % des patients avaient un travail régulier et 52 % un domicile fixe. Au moment de l'évaluation, 55 % ont un travail régulier. La progression sur cet item est faible. Par contre, **le pourcentage de patients ayant un domicile fixe qu'ils auto-financent passe de 52 à 77 %**. Pour information, 27 % bénéficient de la CMU en 2001, pourcentage non comparé à l'inclusion, vu le caractère récent de ce système d'accès aux soins.

CONCLUSIONS

Bien que ce suivi ne puisse se prévaloir de l'objectivité scientifique d'une étude contrôlée, il présente le mérite d'établir la faisabilité du suivi de patients substitués en médecine générale, dans des conditions d'efficacité proche de ce que décrit la littérature, par un praticien formé et travaillant, comme il l'a souligné à plusieurs reprises au cours de sa présentation, dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire associant d'autres thérapeutes (psychiatres, hépatologues, médecins des centres de soin, psychologues,...), les pharmaciens d'officine avec lesquels il est en constante relation, et les intervenants du champ social .

Auteur de l'étude : Dr Philippe JAURY
Médecin Généraliste à PARIS
MCU à NECKER Paris V

Compte-rendu de la présentation : Dr Gilles NESTER, Emmanuel MEUNIER
Rivage SARCELLES

RAPPORT DE SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS SUR LA METHADONE (BELGIQUE)

(Dr Colette GERBAUD, CSST, C.H.U. de NICE)

En novembre 2000, le Conseil Supérieur d'Hygiène de Belgique a rédigé un rapport très complet du suivi de la Conférence de Consensus sur la méthadone, produit en 1994. Le groupe d'experts, après les auditions d'intervenants institutionnels et de praticiens spécialisés propose quelques modifications des recommandations de 1994 et des commentaires additionnels.

CONCLUSIONS DES AUDITIONS DES INTERVENANTS INSTITUTIONNELS ET DES PRACTICIENS PAR LE GROUPE D'EXPERTS

" SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS"

L'évaluation faite en 1998 des recommandations de la Conférence de Consensus sur la Méthadone (1994) indique que :

1. Dans l'ensemble, les recommandations ont été suivies.
2. Certaines recommandations se sont avérées cependant inapplicables.
3. L'accès est plus aisé au traitement de substitution et l'implication des médecins individuels dans la prise en charge de patients toxicomane est facilitée.

Proposition de modifications du texte de la Conférence de Consensus lors du suivi réalisé au Conseil Supérieur d'Hygiène

Sur la base de l'ensemble des auditions des parties en présence, des analyses complémentaires effectuées sur des données recueillies, d'enquêtes ponctuelles présentées par des participants, d'éléments bibliographiques belges et internationaux, il a été proposé les adaptations suivantes au " Rapport du Jury " daté du 12 octobre 1994, constituant les conclusions ou recommandations de la Conférence de Consensus du 8 octobre 1994 sur le Traitement de Substitution à la Méthadone.

On trouvera dans les tableaux suivants, dans la colonne de gauche, l'énoncé des questions, des sections et sous-sections, du texte de Consensus octobre 1994 et, en-dessous, les réponses. On trouvera dans la colonne de droite les énoncés des questions, des sections et sous-sections, telles qu'analysées par le groupe d'experts 1998 (ces questions sont les mêmes que celles de 1994, à une exception près : la question 1 qui devient " La méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne *et aux autres opiacés* ? Sur quels paramètres

agit-elle ? ") ainsi que les modifications des réponses. Si aucune modification n'a été apportée, il a été noté " idem ".

	TEXTE DE CONSENSUS OCTOBRE 1994		NOUVEAU TEXTE APRES MODIFICATION (UNIQUEMENT SI MODIFICATION)
1.	<p>La Méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne ? Sur quels paramètres agit-elle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne. 	1.	<p>La Méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés ? Sur quels paramètres agit-elle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés.
1.1	<p>Effets sur la consommation d'héroïne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement à la Méthadone réduit la consommation d'héroïne et le recours aux injections. 	1.1	<p>Effets sur la consommation d'héroïne et des autres opiacés</p> <ul style="list-style-type: none"> • idem
1.2	<p>Effets sur la santé</p> <p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • réduit la mortalité associée à l'héroïnomanie. 	1.2	<p>Effets sur la santé</p> <p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • idem
	<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • réduit le risque de contamination par le virus du SIDA (HIV) et les hépatites B et C. 		<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • réduit le risque de contamination par le virus du SIDA (HIV) et l'hépatite B.
	<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • ralentit le développement de la maladie chez les patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV. 		<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les experts consultés ayant exprimé des réserves, nous proposons de supprimer ce point dans l'attente d'une confirmation scientifique
	<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliore la compliance thérapeutique des patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV. • Facilite le dépistage et les stratégies d'éducation à la santé. 		<p>Le traitement à la Méthadone</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliore l'état général du patient héroïnomane • idem
1.3	<p>Effets sociaux et professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement à la Méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et à une réduction des activités délinquantes. 	1.3	<p>Effets sociaux et professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement à la Méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et à une réduction des activités délinquantes induites par la toxicomanie.

2.	Quelles sont les indications, les contre-indications et les limites d'un traitement à la Méthadone ?	2.	Quelles sont les indications, les contre-indications et les limites d'un traitement à la Méthadone ?
2.1	Indications <ul style="list-style-type: none"> Le traitement à la Méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires par exemple). 	2.1	Indications <ul style="list-style-type: none"> Le traitement à la Méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés-agonistes puissants, état de dépendance reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires par exemple).
	<ul style="list-style-type: none"> Sauf exceptions documentées et réservées à des prises en charge spécifiques ou exigeant des compétences particulières, le patient doit avoir 18 ans au moins et des antécédents certains de dépendance depuis plus d'un an. 		<ul style="list-style-type: none"> idem
	<ul style="list-style-type: none"> La notion de dépendance inclut la notion d'échec de tentatives spontanées ou encadrées de sevrage. 		<ul style="list-style-type: none"> idem
2.2	Contre-indications <ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas de contre-indication mais des morbidités psychiatriques éventuellement associées (alcoolisme, polytoxicomanies, dépression, psychose...) La grossesse ne constitue pas une contre-indication 	2.2	Contre-indications <ul style="list-style-type: none"> idem idem
2.3	Limites <ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas de raisons scientifiques de limiter le nombre global de patients admis en traitement à la Méthadone, à condition qu'ils répondent aux critères d'indication 	2.3	Limites <ul style="list-style-type: none"> idem
3.	Quelle est la place des autres traitements de substitution ?	3.	Quelle est la place des autres traitements de substitution ?
	<ul style="list-style-type: none"> A l'exception de la buprénorphine, aucun autre médicament de substitution n'a fait l'objet de recherches scientifiques convaincantes ; ils ne peuvent actuellement être recommandés en pratique courante 		<ul style="list-style-type: none"> A l'exception de la buprénorphine aucun autre médicament de substitution n'a fait l'objet de recherches scientifiques convaincantes ; ils ne peuvent actuellement être recommandés en pratique courante

4.	Quelles sont les modalités du traitement médicamenteux ? En quoi influencent-elles les résultats thérapeutiques ?	4.	Quelles sont les modalités du traitement médicamenteux ? En quoi influencent-elles les résultats thérapeutiques ?
	<ul style="list-style-type: none"> • Les traitements à la Méthadone sont généralement des traitements de moyenne durée (2-5 ans) ou sans durée déterminée 		<ul style="list-style-type: none"> • Les traitements à la Méthadone peuvent être des traitements de moyenne durée (2-5 ans) ou sans durée déterminée
	<ul style="list-style-type: none"> • Les dosages généralement recommandés en début de traitement sont de l'ordre de 30 à 40 mg/jour. Généralement, la dose moyenne de stabilisation sera plus élevée, de l'ordre de 60 à 80 mg/jour. Elle doit cependant être adaptée à l'évolution individuelle 		<ul style="list-style-type: none"> • Les dosages généralement recommandés en début de traitement sont de l'ordre de 30 mg/jour. Généralement, la dose moyenne de stabilisation sera plus élevée, de l'ordre de 60 à 80 mg/jour. Elle doit cependant être adaptée à l'évolution individuelle
	<ul style="list-style-type: none"> • L'administration doit se faire sous la forme orale la plus adéquate, ne pouvant donner lieu à une déviation de l'usage. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • En début de traitement et jusqu'à stabilisation, la prudence recommande que le patient absorbe quotidiennement sa dose en pharmacie ou dans un centre spécialisé. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • L'absorption occasionnelle d'héroïne ne peut constituer une raison d'arrêt de traitement ou de diminution de dose. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines associations médicamenteuses peuvent nécessiter une adaptation des doses. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Les traitements rapidement dégressifs (3 semaines-3 mois) connaissent également leurs indications. Elles sont généralement associées à un changement de milieu avec réduction de l'exposition des patients à l'héroïne. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de grossesse, il n'est pas recommandé d'interrompre le traitement à la Méthadone mais la prise en charge de cette situation exige une compétence spécifique. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem

5.	<p>En quoi le cadre thérapeutique influence-t-il le résultat du traitement ?</p> <p>Les traitement de substitution doivent-ils faire l'objet d'un enregistrement spécifique ?</p>	5.	<p>En quoi le cadre thérapeutique influence-t-il le résultat du traitement ?</p> <p>Les traitement de substitution doivent-ils faire l'objet d'un enregistrement spécifique ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité au traitement à la Méthadone doit être accrue en fonction des besoins et inclure les intervenants de première ligne (médecins généralistes et psychiatres, pharmacies, centres de santé) tout en respectant les nécessités d'une pratique médicale responsable. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • L'approche et le soutien psychosocial sont les facteurs essentiels d'amélioration des résultats thérapeutiques des traitements à la Méthadone. Le soutien doit être adapté aux besoins individuels des patients. Ceux-ci peuvent être traités soit dans un centre multidisciplinaire, soit par un médecin généraliste ou spécialiste. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Ces médecins doivent avoir acquis la formation nécessaire et veiller à l'entretien, par exemple, par la pratique de l'intervision clinique. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Ils doivent être soutenus par une relation fonctionnelle avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins aux toxicomanes, afin d'éviter notamment un isolement préjudiciable à la pratique du médecin. 		<ul style="list-style-type: none"> • idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Afin de permettre une évaluation permanente plus aisée et d'éviter les doubles prescriptions, les traitements à la Méthadone devraient être enregistrés par une instance ad hoc, dans le respect du secret médical et de la loi sur la protection de la vie privée. A cette fin, un système d'encodage approprié devrait être élaboré 		<ul style="list-style-type: none"> • idem

Le nombre réduit de modifications apportées au texte de la Conférence de Consensus souligne sa très large acceptation par l'ensemble des intervenants dans le champ de la toxico-thérapie.

Les participants au *suivi* ont cependant émis une série d'autres commentaires additionnels qui précisent certaines dimensions du Consensus.

Commentaires additionnels au texte de la Conférence de Consensus de 1994

Le texte suivant fournit un ensemble de recommandations générales qui ont été émises par le Groupe de Travail et jugées essentielles. Certaines recommandations reprennent, en les distinguant, des éléments déjà énoncés dans le texte de la Conférence de Consensus, car jugés fondamentaux étant donné le suivi réalisé. D'autres recommandations sont nouvelles et destinées aux praticiens comme aux Autorités Publiques. Ce texte constitue donc des commentaires additionnels synthétiques et concerne la pratique individuelle, les relations entre praticiens et les systèmes d'enregistrement.

A. Pratique individuelle

1. Ne pas prescrire plus de 30 mg en début de traitement comme dose initiale. En effet, tout praticien doit évaluer le risque de ne pas prescrire immédiatement, par rapport à celui de prescrire dans l'urgence, à un usager de drogues, non dépendant. La résolution de ce dilemme, proposée par le groupe d'experts, consiste, de façon pratique, à ne prescrire pour le premier jour qu'une dose faible de 30 mg et de vérifier son effet chez le patient. De fait, si le patient déclare avoir dormi plusieurs heures ou ressenti une grande somnolence, on peut être assuré qu'il n'y a pas de sévère dépendance. Quitte alors au médecin de modifier son approche pharmacologique. Il y a aussi, dans cette situation spécifique, une alternative : une indication de prescription de buprénorphine, ce psychotrope combinant des effets agonistes et antagonistes aux opiacés.

2. Revoir le patient en consultation si possible encore le jour même de la première consultation où la méthadone fut prescrite ou, au plus tard, 48 heures après, pour évaluer la réaction du patient et l'adaptation des doses.

3. Eviter de prescrire des doses, à emporter par le patient, en début de traitement. Rédiger la prescription de façon claire en ce sens. La notion de début de traitement est délicate à préciser ainsi que celle de stabilisation. Cependant, un délai minimal de 6 semaines paraît raisonnable pour définir la notion de période de " début de traitement ". Des exceptions, notamment dans le cas du maintien de l'insertion sociale, à la prise en charge, sont envisageables. Ainsi, un toxicomane fortement dépendant mais exerçant une activité professionnelle qui l'astreint à un rythme régulier de présence sur le lieu de travail, pourrait être pénalisé par une visite quotidienne en pharmacie. Il bénéficierait dès lors d'une mesure lui permettant d'emporter des doses (p.ex. pour la semaine) à domicile.

4. La prescription de psychotropes autres que la méthadone ou la buprénorphine dans un traitement de substitution est à éviter (hormis le cas de double dépendance nécessitant un traitement par psychotropes spécifiques). Certains sont dangereux dans l'immédiat et sont susceptibles de produire des dépendances. Il fut confirmé que le flunitrazepam (Rohypnol®) ou le Vesparax® qui ont des effets inhabituels, paradoxaux, surtout de stimulation excessive chez les toxicomanes, sont à proscrire. Par ailleurs, la prescription de ces substances ne constitue en rien un traitement de substitution.

5. Toujours informer le patient sur les risques encourus par son entourage (lui rappeler de ne pas laisser traîner le médicament, de le mettre hors de portée des enfants, ne pas le mettre au

réfrigérateur...). Il est recommandé de délivrer la substance dans un conditionnement susceptible de résister à l'ouverture par un enfant.

6. Le nombre de patients pris en charge en même temps par un praticien ne peut être fixé d'autorité, aucune évaluation ne démontrant d'ailleurs une relation entre la qualité des soins et l'étendue de la patientèle. Un nombre anormalement élevé (quelques dizaines) entraîne généralement un épuisement du praticien dommageable aussi pour ses patients.

7. Tout traitement de patients toxicomanes ne donne des résultats qu'à moyen ou long terme, les abandons prématurés étant le signe d'une défaillance du processus thérapeutique. Le praticien doit favoriser cette rétention en traitement. Le fait de ne réaliser que très rarement une prise en charge d'un patient toxicomane, n'empêche pas d'éviter tout abandon de traitement prématuré.

8. Il est souhaité que le praticien participe à un système d'enregistrement. Il veillera ainsi à recueillir de son patient des éléments d'information qui permettent une évaluation de l'évolution de la cure. Une anamnèse classique est à compléter utilement par des modèles d'enregistrement clinique plus standardisés.

9. L'éparpillement de la patientèle implique qu'un grand nombre de praticiens auront très peu de patients toxicomanes dans leur clientèle. Si cette évolution favorise la liberté de choix du praticien et du toxicomane, elle pose des problèmes d'organisation du " système de soins ", notamment dans la formation continue. Une réflexion des instances concernées devrait dégager des pistes raisonnables pour améliorer les échanges d'information de et vers ces nouveaux praticiens qui prennent en charge un très petit nombre de toxicomanes. Par exemple, la mise en œuvre d'un processus de formation " allégée " selon une méthodologie à élaborer (Bulletin d'information, cassettes audio/vidéo...)

B. Relations entre praticiens

10. L'intervision est un processus à stimuler mais elle n'est réaliste pratiquement seulement que pour des praticiens qui ont un nombre suffisant de patients en cure de substitution. Pour ceux qui n'ont que peu de cas, la charge de travail d'une intervention n'est pas réaliste.

11. Même sans fonctionner de façon organique dans un " Réseau " pluridisciplinaire, tout praticien prescripteur de méthadone tire avantage pour lui et son patient de la concertation avec des confrères expérimentés. La présentation de cas et de problèmes spécifiques et leur discussion avec d'autres praticiens font partie intégrante du bon déroulement du processus thérapeutique dans lequel s'engage le médecin qui prend en charge des toxicomanes.

12. Le développement de " réseaux " de praticiens existant et la promotion de nouveaux dans toutes les régions du pays doit permettre d'améliorer la qualité des soins. En réduisant les abandons de cure et en favorisant l'adaptation individuelle du traitement, la pratique en réseau mérite l'attention et le soutien matériel des pouvoirs publics.

13. Une concertation locale des pharmaciens d'officine et des praticiens doit être promue par les instances et les groupements professionnels concernés.

14. Le rôle du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de Santé Publique à part entière dans la prise en charge des toxicomanes, doit être soutenu par toutes les instances concernées. Il

constitue, en effet, un maillon essentiel du processus thérapeutique actuel dans son contact répété privilégié avec le patient toxicomane. Son implication dans des programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogues doit se poursuivre et être promue. Il apparaît aussi comme élément clé des systèmes d'enregistrement de données épidémiologiques de la toxicomanie en Belgique.

15. Il faut encourager les relations entre praticiens et médecins pénitentiaires. Il s'agit notamment de faciliter la poursuite des contacts entre le médecin traitant et le patient incarcéré. Il y a lieu de prévoir avant la sortie de prison une couverture sociale appropriée.

16. Le développement de centres pluridisciplinaires doit être soutenu et ne doit pas être oblitéré par l'extension de la prise en charge en cabinet privé. Le maintien de la diversité des choix de prises en charge constitue une garantie de la qualité des soins.

17. Un processus d'autorégulation du corps médical avec, en particulier, un développement de forums, de séminaires ou de colloques, ainsi que la promotion de recherches et d'évaluations dans le domaine, à la fois de façon locale et plus élargie, constituera une garantie d'une amélioration des traitements de la toxicomanie, en général, et des prises en charge substitutives, en particulier.

18. Les praticiens considèrent que les instances concernées doivent avoir les moyens ad hoc pour intervenir lors du constat d'écarts notables aux normes du consensus.

19. La formation continuée des praticiens doit être soutenue dans des programmes " ad hoc " (p.ex. inter-universitaires ou des sociétés scientifiques de médecine générale), sans oublier l'amélioration de l'information en Santé Publique. Un inventaire des possibilités actuelles existe et est diffusé par les Mouvements de Coordination. Les changements qui interviennent dans la délivrance en officine, les procédures de remboursement des types de conditionnement et toute pratique des officines relative à la délivrance de méthadone ou de buprénorphine doivent faire l'objet, par les instances concernées, d'une information organisée régulièrement à destination des praticiens.

Une troisième partie de ces commentaires additionnels est consacrée au système d'enregistrement qui a cours en Belgique et qui est très spécifique du pays concerné. Sa reproduction perd ici de son intérêt.

Cet article est constitué d'extraits strictement reproduits de l'intégralité du rapport. Le responsable de la publication de ce rapport est le Pr PELC, qui en autorise ici une reproduction partielle.

Celui-ci est disponible sur internet (88 pages), à l'adresse suivante

www.health.fgov.be/CSH_HGR/Français/Brochures/conference_consensus_methadone.html

La méthadone disponible en Belgique (cf. FLYER 3) est une préparation magistrale produite dans les officines, soit sous la forme d'un sirop, soit sous la forme de gélule.