

LE FLYER

Bulletin de liaison des CSST/CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens
d'officine impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues, services
d'addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire

Février 2012

N° 46

- **Editorial** : *le Comité de Rédaction* page 3
- **Diffusion des MSO en France, analyse par département** page 4
Dr Maroussia WILQUIN, Abbeville (80), Stéphane ROBINET, Strasbourg (67)
- **Les effets indésirables de la méthadone : l'hypersudation** page 16
Dr Sophie VELASTEGUI, Clermont (60)
- **Pour une adaptation de la durée de prescription des MSO** page 18
Dr Cédrick MOREAU, Dr Clarisse BOISSEAU, Paris (75)
- **L'addiction, une maladie du cerveau ! selon l'ASAM** page 20
Réaction du Dr Alain MOREL
- **Réaction d'un MG suite à l'envoi d'une lettre de la CPAM** page 24
Dr Serge CONTARD, Narbonne (10)
- **Brève bibliographique** : page 26
*Les comportements alimentaires addictifs sont-ils proches
de ceux des usagers de drogue ?
Ashley N. Gearhardt et al. Yale, USA*

Comité scientifique du Flyer

Rédacteur en chef : Mustapha BENSLIMANE, Nova Dona, Paris.

Comité de rédaction : Dr Laurent MICHEL (Limeil-Brévannes), Dr Béatrice CHERRIH (Charleville-Mézières), Stéphane ROBINET (Strasbourg), Dr Pierre BODENEZ (Brest), Christine CALDERON (Paris), Dr Yves CAER (Nîmes), Dr Maroussia WILQUIN (Abbeville), Dr Sophie VELASTEGUI (Clermont).

Comité de lecture : Dr Richard LOPEZ (Champigny-sur-Marne), Dr Pierre LAUZON (Montréal), Dr Didier BRY (Avignon), François LAFRAGETTE (Paris), Dr Nelson FELDMAN (Genève), Dr Karine BARTOLO (Marseille), Dr Xavier AKNINE (Paris), Fabrice OLIVET (Paris), Dr Antoine GERARD (Le Puy-en-Velay), Dr Brigitte REILLER (Bordeaux), Dr Jean-Pierre JACQUES (Bruxelles), Dr Olivier POUCKET (Metz), Dr Thierry LEDENT (Carvin), Dr Catherine PECQUART (Paris), Dr Colette GERBAUD (Nice).

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

Mustapha BENSLIMANE
Centre NOVA DONA
104, rue DIDOT
75674 PARIS CEDEX 14

E-mail : revue.leflyer@gmail.com

Conflit d'intérêt : Les membres des Comités de rédaction et de lecture du Flyer ne perçoivent aucune rémunération liée à la réalisation du Flyer. Les auteurs d'article bénéficiant d'une rémunération pour leur rédaction en précisent la provenance, si tel est le cas. En l'absence d'une telle déclaration, les articles ont été rédigés sans contrepartie financière.

Les Numéros de la Revue LE FLYER, ainsi que les « Hors-série » et « Spéciaux » peuvent être téléchargés sous format PDF à l'adresse suivante :

www.rvh-synergie.org/



télécharger les bulletins
"Flyer"

"En application de la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit auprès de la Rédaction du Flyer"



Voici une année 2012 riche en nouveauté. Au-delà des changements de politiques qui devraient survenir en cours d'année, le mois de janvier 2012 sera celui du lancement de Suboxone® qu'on n'espérait plus voir arriver, tant les annonces de son lancement se sont succédées depuis près de 5 ans. Nous avons évoqué, dans de précédents éditoriaux et articles, la place que pourrait prendre ce médicament dans le marché des MSO et nous renvoyons les lecteurs à l'éditorial du Flyer 37 ou à l'article du Flyer 40, écrit par nos amis et voisins belges.

Il est possible également de se référer à l'avis de la Commission de Transparence disponible sur le site de la HAS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_666452/suboxone) ou encore à l'avis du groupe TSO de la Commission Addiction (www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_suboxone.pdf).

Côté « Réduction des Risques », nous avons appris que le Conseil de Paris avait voté en décembre 2011 une subvention à l'association SAFE pour la mise en œuvre d'un programme d'échange de seringues à la Maison d'arrêt de la Santé, sous la forme d'un automate. Il manque toujours l'accord de la MILDT et de l'administration pénitentiaire pour mettre en place ce programme.

Pour ce premier numéro de l'année, nous avons demandé à 2 membres du Comité de Rédaction, Maroussia Wilquin et Stéphane Robinet, de faire un travail d'analyse de la diffusion des MSO (*méthadone et buprénorphine*), 3 ans après celui qui avait été publié dans le Flyer 33. Il est intéressant de voir que, malgré quelques incantations récentes (*le « il faut sortir des TSO » de la Mission Parlementaire en 2011*), leur diffusion ne cesse de croître marquant probablement un meilleur accès à ces médicaments. Ceci est particulièrement vrai pour la méthadone. En effet, le taux de 10% de patients sous méthadone à la fin des années 90 est désormais de près de 30%, avec 45 000 patients aujourd'hui. Notons, par ailleurs, que dans le même temps le nombre de patients sous buprénorphine n'a cessé de croître lui aussi avec plus de 100 000 patients qui en bénéficient. Cette large diffusion fait de la France un pays où le taux d'accès de la population à ces médicaments est l'un des meilleurs avec, en corollaire, une mortalité des usagers de drogue des plus basses.

Le retard que nous avons pris en 1995, en matière de prise en soin des usagers de drogues, s'est très largement estompé et, nous le croyons à la rédaction du Flyer, au bénéfice des premiers intéressés. Ce succès est à mettre au crédit des médecins généralistes, souvent décriés, mais qui assurent une grande partie du suivi des patients sous MSO. Les intervenants du milieu spécialisé eux aussi qui, pour la plupart, ont assoupli leurs pratiques (*délais d'attente, pratiques de relais...*), notamment sous l'impulsion de la Fédération Addiction. Si quelques tensions existent encore entre les intervenants du milieu spécialisé et ceux en ville - lire dans nos pages la réaction du Dr Contard à une lettre envoyée par la CPAM et cosignée par les médecins des CSAPA du département où il exerce – les relations entre les uns et les autres semblent toutefois s'améliorer.

D'autres acteurs ont complété le dispositif : des CCAA devenus CSAPA généralistes et mettent en œuvre des TSO, des services hospitaliers qui depuis 2002 (*circulaire du 31 janvier élargissant la primo-prescription de méthadone à des médecins exerçant en établissement de santé*) s'investissent dans la prise en soin des usagers et le milieu pénitentiaire où, nous dit-on (*enquête PREVACAR*), la quasi-totalité des services assurant les soins somatiques (*les UCSA*) dispensent des MSO ! Prochaine étape, mesurer l'impact du lancement de Suboxone® sur ce marché des médicaments de substitution opiacée.

Mustapha BENSILIMANE, pour 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.

Analyse de la répartition par département des patients recevant un traitement par BHD (Subutex® et ses génériques) et par méthadone en 2011

Dr Maroussia WILQUIN, CH Abbeville (80), Stéphane ROBINET, Strasbourg (67)



1. Préambule

La rédaction de cet article fait suite à une précédente publication effectuée dans le Flyer n° 33 autour de la répartition par département des patients recevant un traitement par Buprénorphine Haut Dosage (BHD) ou par méthadone (1). Celle-ci avait été menée sur l'année 2008 et, cette fois, la même démarche a été effectuée pour l'année 2011, permettant ainsi de retracer les principales évolutions en termes de prise en soin par les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO).



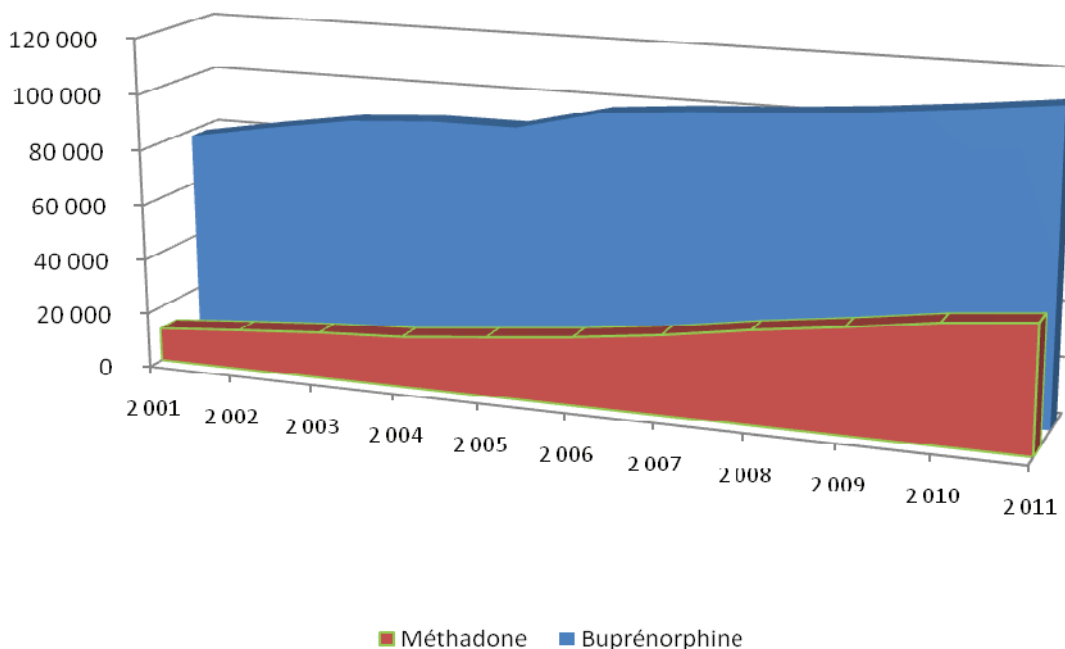
L'objectif de ce travail n'est pas d'évaluer l'efficacité de dispositifs mis en œuvre dans les différentes régions par les différents types d'intervenants mais de faire un état des lieux et d'avoir une vision, plutôt quantitative, de l'accès aux différents MSO. La méthodologie décrite dans le paragraphe 2 peut comporter quelques biais d'analyse (*déplacements des usagers sur plusieurs départements, rayonnement régional de certaines structures de soins, problématiques frontalières...*). Pour autant, elle est fréquemment utilisée par les institutions pour évaluer l'impact de politiques de santé (2) ou pour surveiller la diffusion des médicaments dans le cadre de Plan de Gestion des Risques. Autre biais : pour la région parisienne, les MSO délivrés par les CSAPA de l'AP-HP sont comptabilisés à la Pharmacie Centrale située à Nanterre, dans les Hauts-de-Seine (92), alors qu'ils sont délivrés dans tous les départements de la région Ile-de-France.

2. Introduction

Depuis 2008, le nombre de patients sous MSO n'a cessé d'augmenter. Cette augmentation fait suite à une tendance qui se poursuit depuis la mise à disposition des traitements de substitution en 1996 et elle concerne aussi bien la BHD que la méthadone. La figure 1 illustre cette évolution depuis 2001.

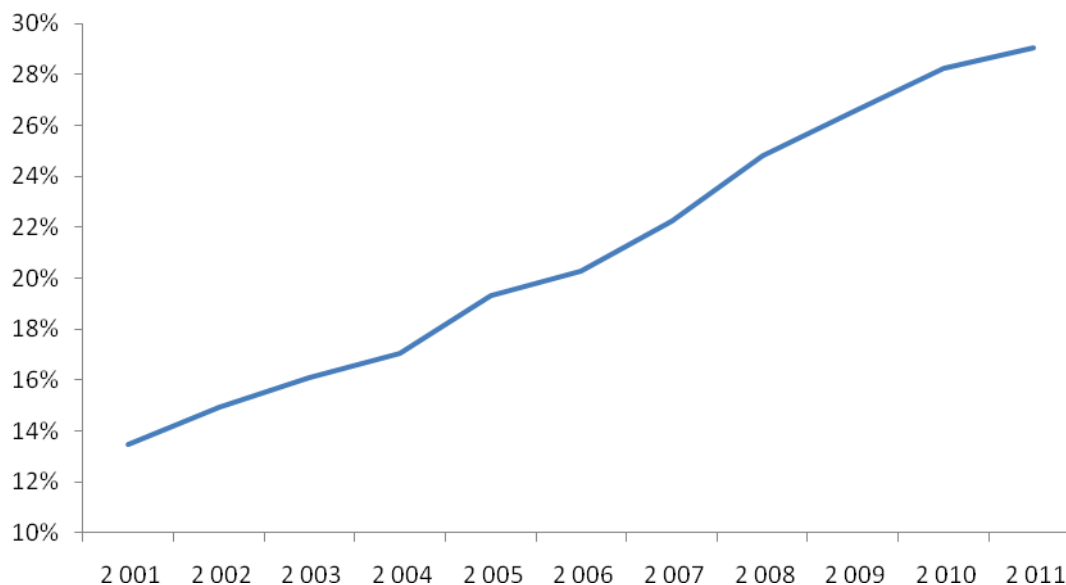
L'arrivée de la forme gélule de méthadone a complété en 2008 la gamme des traitements mis à disposition. Cependant, le lien entre augmentation du nombre de patients sous traitement et accès à une nouvelle forme galénique ne peut être clairement établi. D'autant plus que la forme gélule remplace chez un patient la forme sirop qu'il recevait déjà. **Par ailleurs, l'arrivée des gélules n'a pas modifié la croissance observée depuis plusieurs années du nombre de patients recevant un traitement par la méthadone.**

Figure 1 : Evolution entre 2001 et 2011 du nombre de patients traités par MSO, BHD et méthadone



Outre la croissance régulière du nombre de patients recevant un MSO, le fait marquant est l'évolution de la proportion d'entre eux ayant accès à la méthadone. **En 2000, c'était près d'un patient sur 10 qui bénéficiait d'un traitement par la méthadone. Aujourd'hui, c'est près de 30% de patients (figure 2).**

Figure 2 : Evolution de la part de patients sous MSO recevant un traitement par la méthadone



L'analyse suivante va nous permettre d'identifier plus précisément les différentes évolutions en termes d'accès aux MSO aussi bien pour la BHD (Subutex® et ses génériques) que pour la méthadone mais aussi de retracer ces différents changements par département.

3. Matériel et méthode

La méthodologie employée pour cette analyse est similaire à celle de l'article publié dans le Flyer n° 33. Les données GERS ont été recueillies pour la BHD et la méthadone par arrondissement et ont été ensuite regroupées par département. Afin d'éviter les biais pouvant résulter de variations exceptionnelles lors de commandes mensuelles, les données ont été interprétées **sur 3 mois (avril à juin 2011)**. Le nombre de patients a ensuite été déterminé en considérant une posologie moyenne de 8 mg par jour pour les patients recevant de la BHD et de 60 mg par jour pour les patients recevant de la méthadone.

La première étape nous a permis d'estimer, à l'échelle de chaque département, **le nombre brut** de patients traités par MSO. Pour aller plus loin, des données de prévalence ont été calculées pour 10 000 habitants à partir des données démographiques de l'INSEE. Pour évaluer l'implantation de la dépendance aux opiacés par département, nous avons considéré que **la diffusion des deux traitements (méthadone et buprénorphine) pouvaient en être un bon marqueur**, compte-tenu de leur accessibilité.

La deuxième étape a été de déterminer le niveau d'accès à la méthadone par rapport à l'ensemble des patients traités par un MSO. Cette démarche, en plus d'aider à la détermination du taux d'accès à la méthadone, permet également d'observer les évolutions entre les deux périodes d'analyse (2008 et 2011).

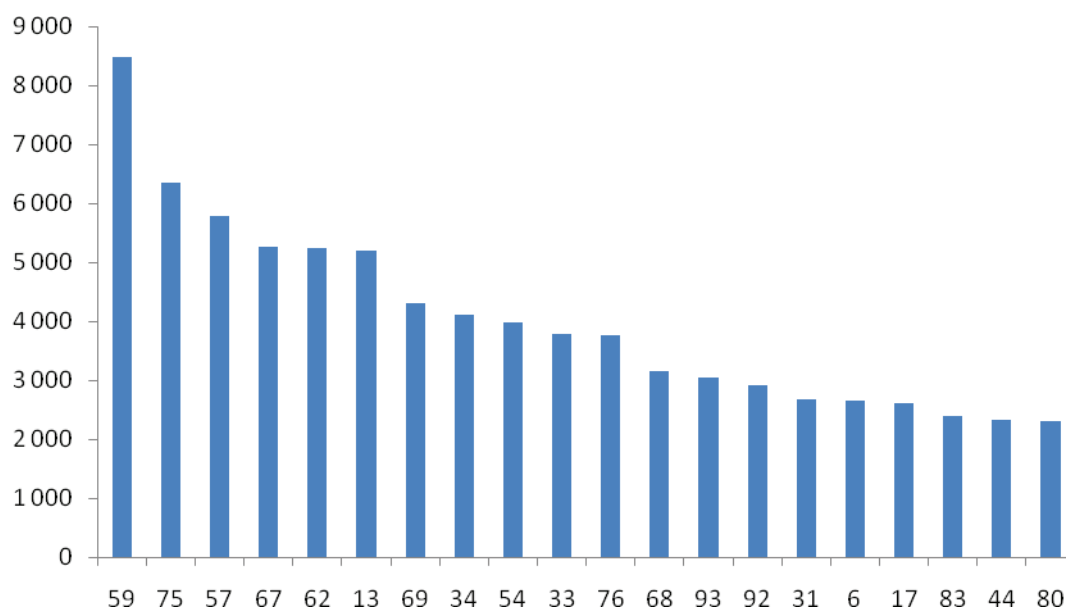
La troisième étape a consisté à analyser, après 3 années de commercialisation, le nombre de patients traités par méthadone gélule et à mesurer le taux d'accès à cette nouvelle forme galénique dans les principaux départements.

4. Résultats

4.1. Principaux départements touchés par la pharmacodépendance aux opiacés

4.1.a. *En nombre de patients*

Figure 3 : Nombre de patients bénéficiant d'un MSO par département (moyenne sur 3 mois – avril à juin 2011), BHD et méthadone (20 premiers départements)



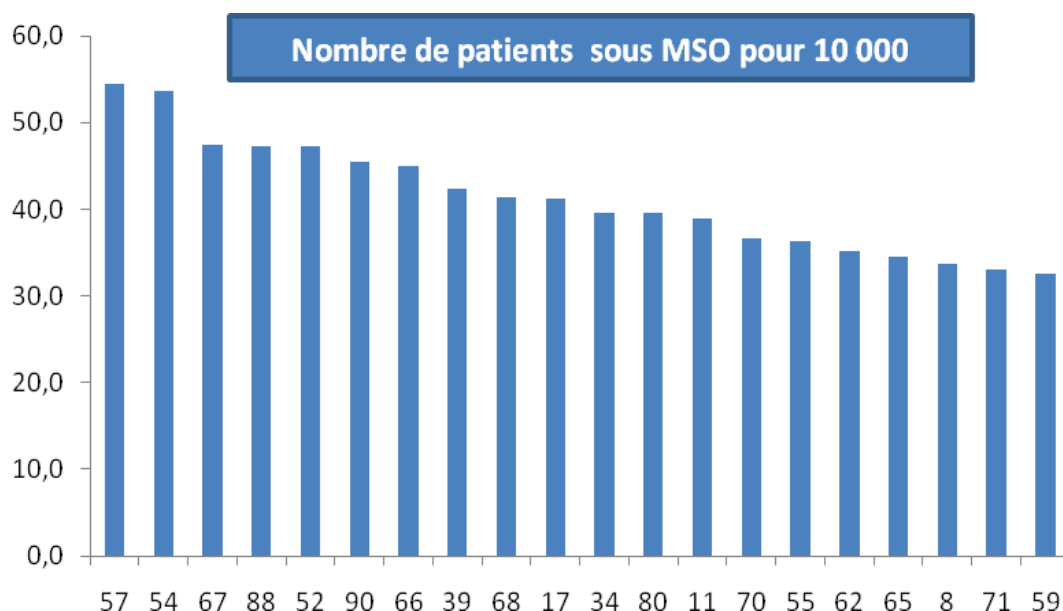
Le Nord (59) est le département qui arrive en tête de ce classement avec près de 8 500 patients traités par MSO. Ce département est suivi par Paris (75) avec 6 400 patients et deux départements de l'est de la France : Moselle (57) et Bas-Rhin (67). Viennent ensuite le Pas-de-Calais (62) et les Bouches-du-Rhône (13). Ces résultats sont concordants avec le constat effectué en 2008, à savoir une plus forte présence des usagers pharmacodépendants aux opiacés dans le Nord, Paris et surtout l'Est de la France (4 départements dans les 12 premiers).

4.1.b. En prévalence

Après l'examen des données brutes, il est apparu plus pertinent de nous intéresser aux données de prévalence, toujours par département. En effet, la prévalence permet de comparer de manière plus fiable les départements entre eux, au regard de leurs densités de population.

Le graphique suivant nous permet d'effectuer un classement des 20 départements les plus affectés, en prévalence, par la dépendance aux opiacés.

Figure 4 : Classement des 20 départements les plus importants en termes de prévalence (pour 10 000 habitants) d'usagers bénéficiant d'un MSO



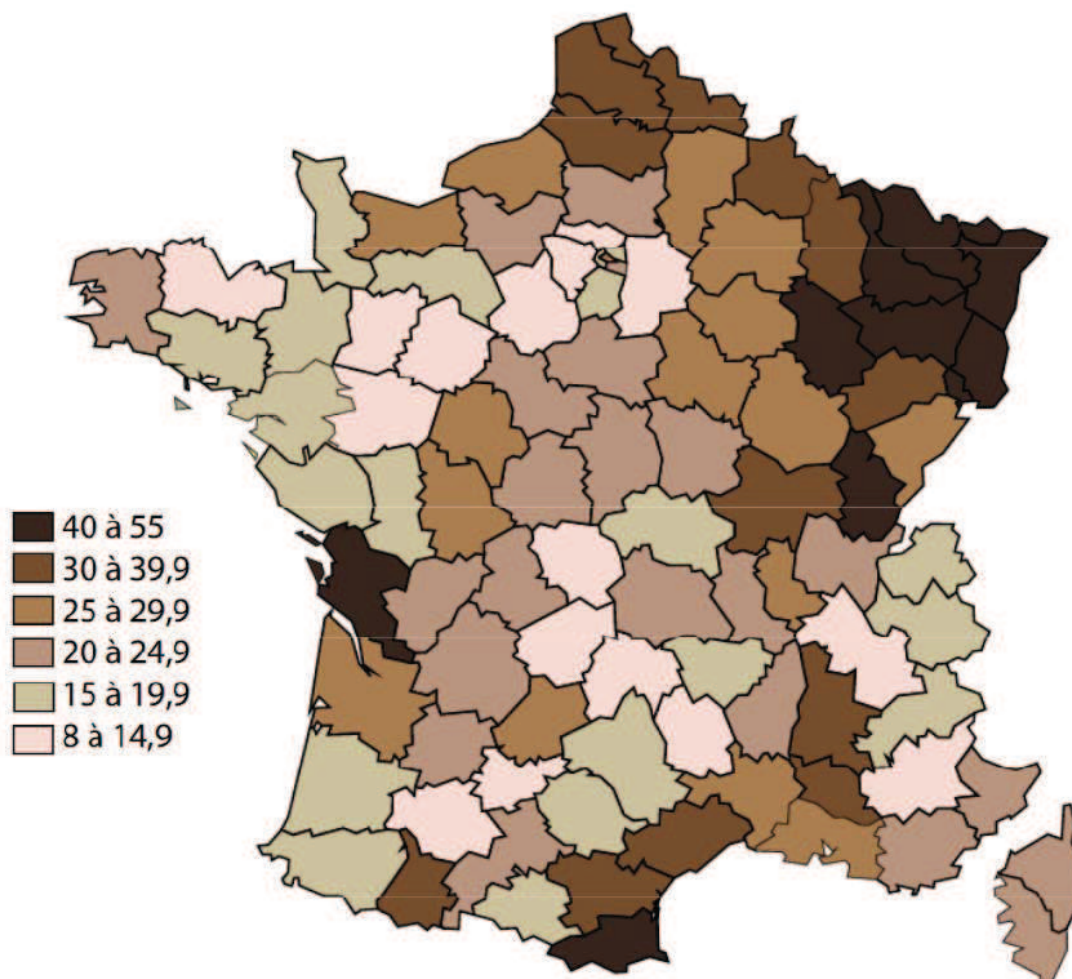
Dans l'analyse des données brutes, le Nord (59), Paris (75) ainsi que la Moselle (57) et le Bas-Rhin (67) arrivaient en tête. **Les prévalences par département font ressortir la Moselle (57) en tête suivie de peu par la Meurthe-et-Moselle (54), le Bas-Rhin (67) et les Vosges (88).** Tout comme le constat effectué dans l'article précédent (1), 5 départements d'Alsace-Lorraine ressortent parmi les neuf premiers confirmant **l'implantation du phénomène dans l'est de la France.**

Il est également intéressant de noter que **les départements les plus urbanisés ne ressortent pas dans ce classement** : Paris (75) deuxième au classement en termes de données brutes est vingt-huitième dans le classement en prévalence, de même que la Gironde (33) en trentième place ou encore les Bouches-du-Rhône (13) en trente-troisième place. A l'inverse, des départements plutôt très ruraux, sans grande métropole, sont présents aux premières places dans cette analyse (*Vosges – 88, Haute-Marne – 52, Jura – 39, Haute-Saône -70...*).

En prévalence pour 10 000 habitants, **on peut en conclure que l'implantation de la dépendance aux opiacés, au-delà du cliché habituel des grandes villes (Paris, Lyon, Marseille) est au moins autant, sinon plus, un phénomène rural qu'ultra-urbain**, même si les conséquences en sont moins visibles.

De manière plus générale, la carte suivante reprend ces informations pour l'ensemble des MSO sur le territoire national.

Figure 5 : Nombre de patients sous MSO pour 10 000 habitants



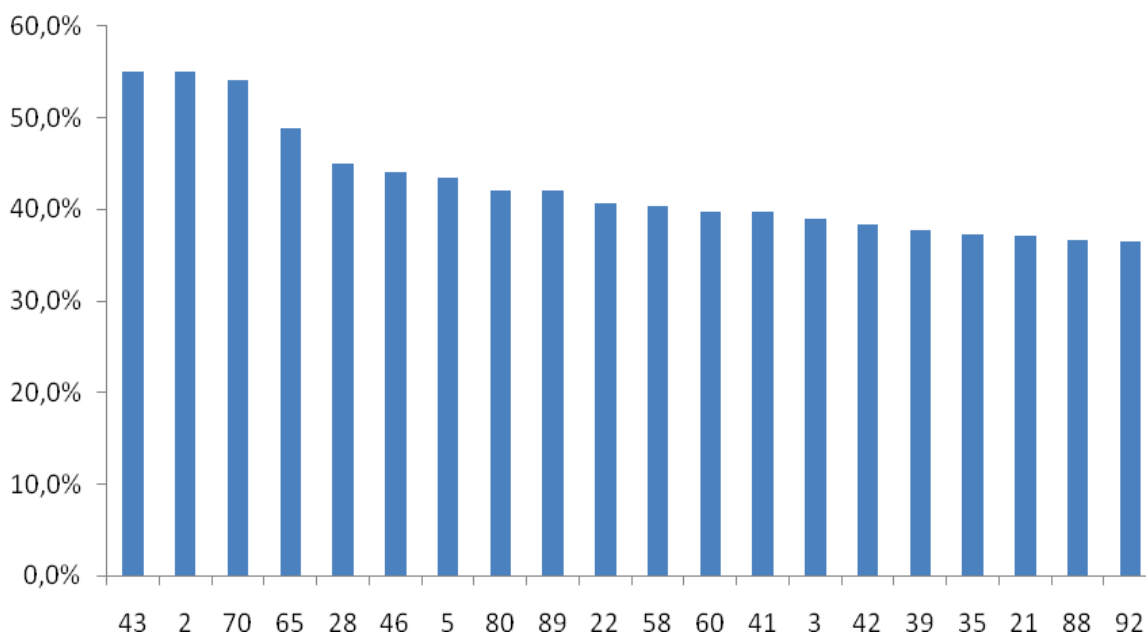
4.1.c. Proportion de patients sous méthadone

En analysant la part de patients bénéficiant d'un traitement par la méthadone, nous pouvons classer les départements selon l'accès donné à ce traitement.

Dans les départements de la Haute-Loire (43), de l'Aisne (2) et de la Haute-Saône (70) et des Hautes-Pyrénées (65), près d'1 patient sur 2 (recevant un MSO) bénéficie d'un traitement par la méthadone. Ce taux est à comparer avec le taux au niveau national, qui se situe aux alentours de 29%.

D'une façon un peu caricaturale, on pourrait retenir que dans ces départements, la méthadone y est plus accessible. Ce pourrait être la conjonction de plusieurs facteurs : pratiques facilitantes des structures spécialisées, forte demande des usagers, faible implication des médecins généralistes plutôt initiateurs de traitement par la BHD...

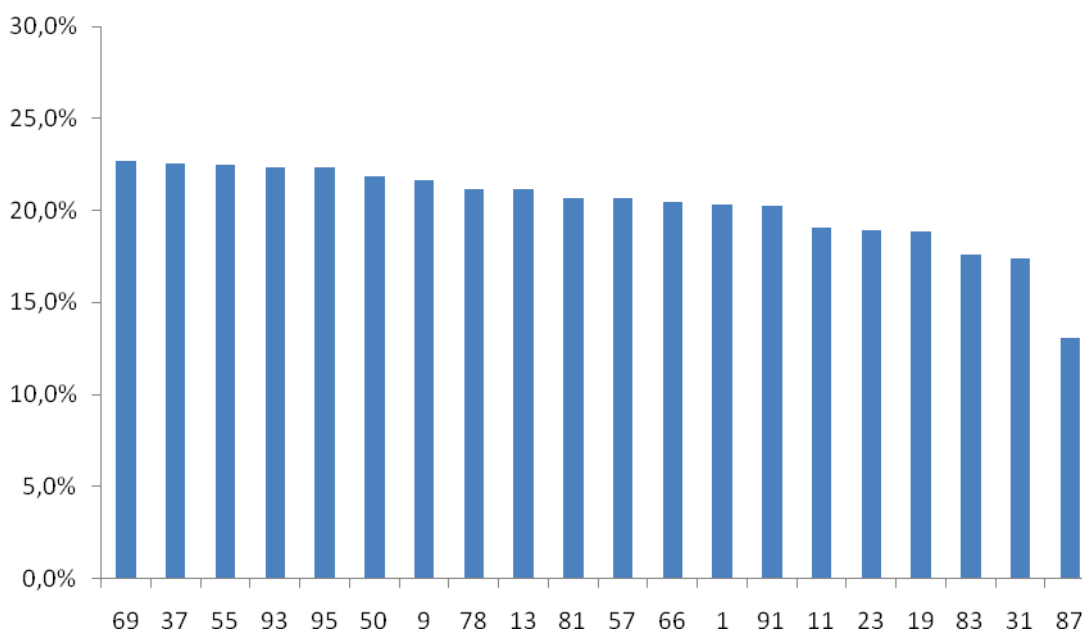
Figure 6 : 20 premiers départements pour la proportion de patients sous méthadone



La figure 7 montre à l'inverse les 20 départements où la part de patients traités par la méthadone est la plus faible en France.

Pour ces derniers, la proportion de patients sous méthadone se situe aux alentours de 20%, en dessous du niveau national qui se situe à 29%. On retrouve notamment des départements qui figuraient parmi les 20 premiers en termes de prévalence de patients sous MSO tels que la Moselle (57), les Pyrénées-Orientales (66), l'Aude (11) ou la Meuse (55). Ressortent également dans ce classement, 4 départements de la région parisienne : la Seine-Saint-Denis (93), le Val d'Oise (95), les Yvelines (78), l'Essonne (91), et le Rhône (69).

Figure 7 : 20 derniers départements pour la proportion de patients sous méthadone

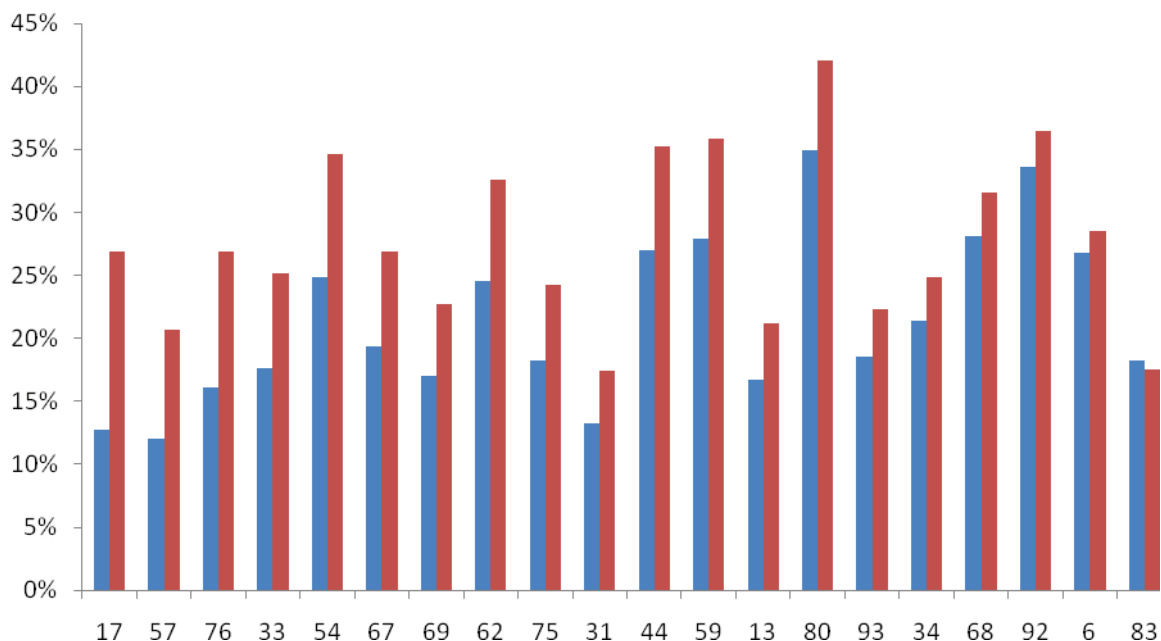


Au-delà de ce constat, il peut être intéressant de regarder les principales évolutions sur ce critère. L'analyse suivante a été effectuée sur les 20 départements les plus importants en

nombre de patients sous MSO, ces départements représentant à eux-seuls 50% du nombre d'usagers sous MSO en France.

Une comparaison a été effectuée entre les taux observés respectivement en 2008 et en 2011. **Les départements sont classés selon la progression (de la plus forte à la moins forte) de l'évolution de la part de patients sous MSO bénéficiant de la méthadone.**

Figure 8 : évolution de la part de patients sous méthadone dans les 20 départements les plus importants en nombre de patients sous MSO (données 2008 & 2011)

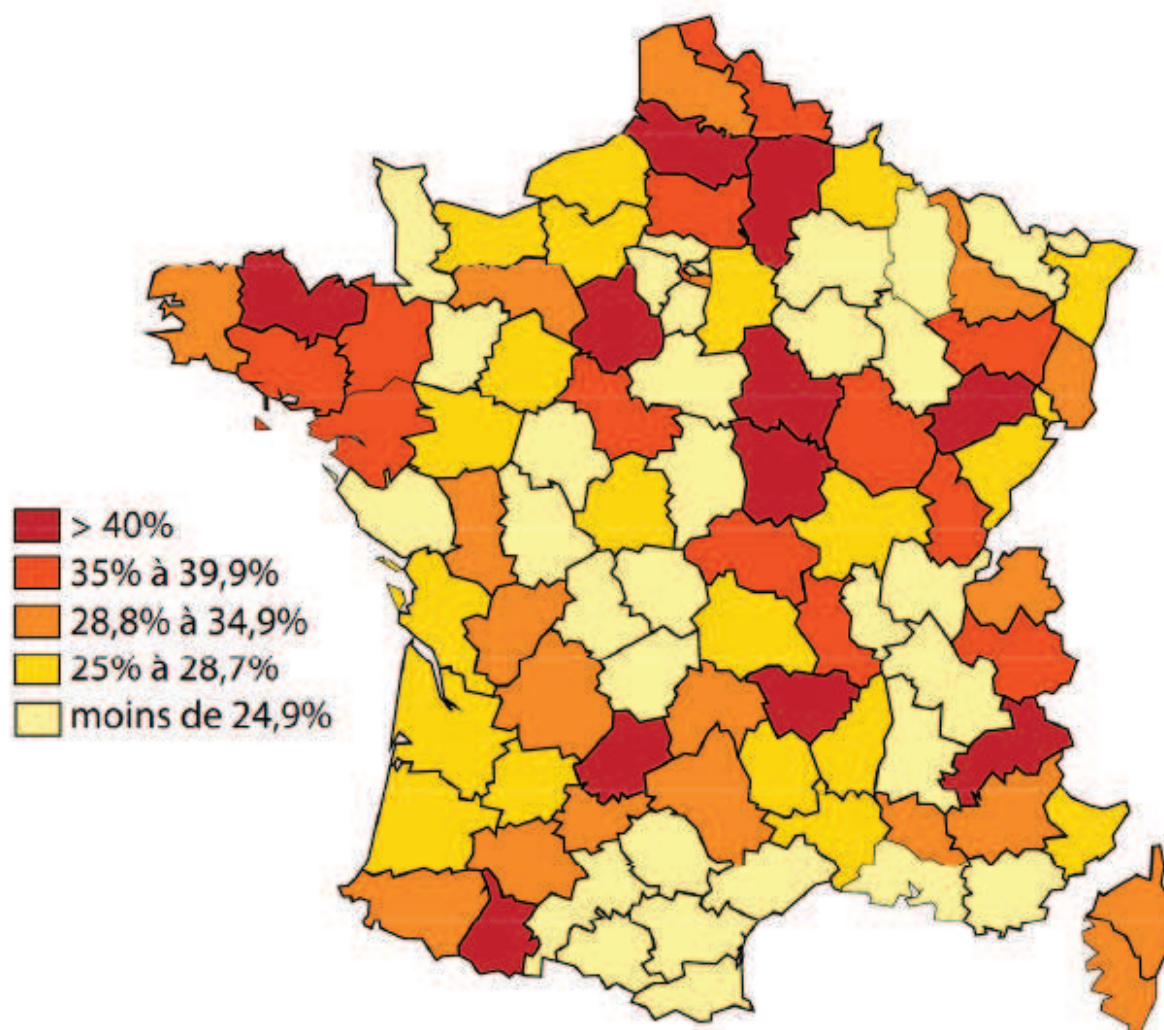


De manière générale, nous pouvons constater qu'à l'exception du Var (83), l'ensemble de ces départements a connu une hausse du nombre de patients sous méthadone. Trois groupes différents peuvent être identifiés en fonction de l'augmentation de ce taux :

- Un premier groupe pour lequel les hausses observées sont les plus importantes : **la Charente-Maritime (17), la Moselle (57) et la Seine-Maritime (76) ont présenté les plus fortes progressions entre 2008 et 2011.**
- Un deuxième groupe pour lequel les tendances observées sont en ligne avec celles observées au niveau national : la Gironde (33), la Meurthe-et-Moselle (54), le Bas-Rhin (67), le Rhône (69), le Pas-de-Calais (62), Paris (75) et la Haute-Garonne (31).
- Un troisième groupe pour lequel les évolutions sont inférieures à la tendance nationale : la Loire-Atlantique (44), le Nord (59), les Bouches-du-Rhône (13), la Somme (80), la Seine-Saint-Denis (93), l'Hérault (34), le Haut-Rhin (68), les Hauts-de-Seine (92) et enfin les Alpes-Maritimes (6).

La carte suivante offre, sur l'ensemble du territoire, une vision de ce que nous pourrions qualifier d'accès à la méthadone par département, tout au moins la part de patients bénéficiant de ce traitement parmi l'ensemble de ceux qui bénéficient d'un MSO.

Figure 9 : Part de patients sous méthadone parmi ceux sous MSO



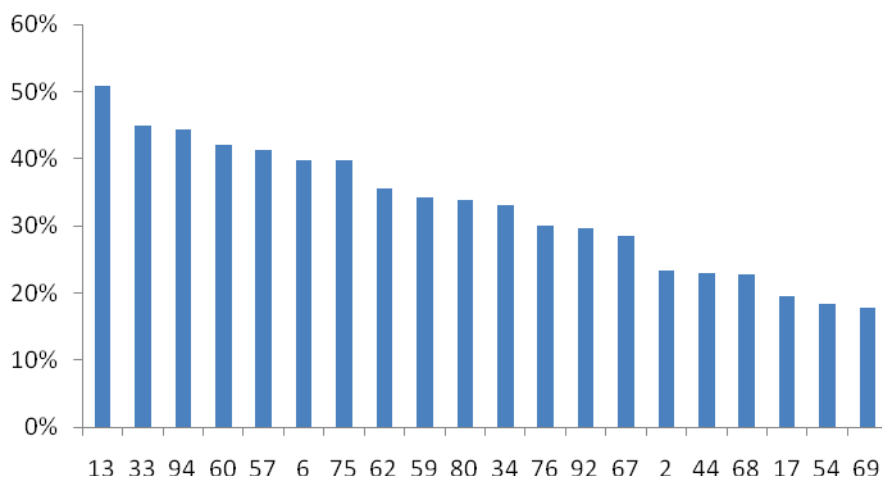
4.1.d. Implantation de la méthadone, gélule par département

Le graphique suivant (figure 10) reprend, pour les 20 départements où le nombre brut de patients sous MSO est le plus important, la proportion de patients sous méthadone gélule par rapport à l'ensemble de ceux traités par la méthadone. Le taux observé au niveau national est de 32%.

Par rapport à ce taux moyen, trois groupes peuvent également être identifiés :

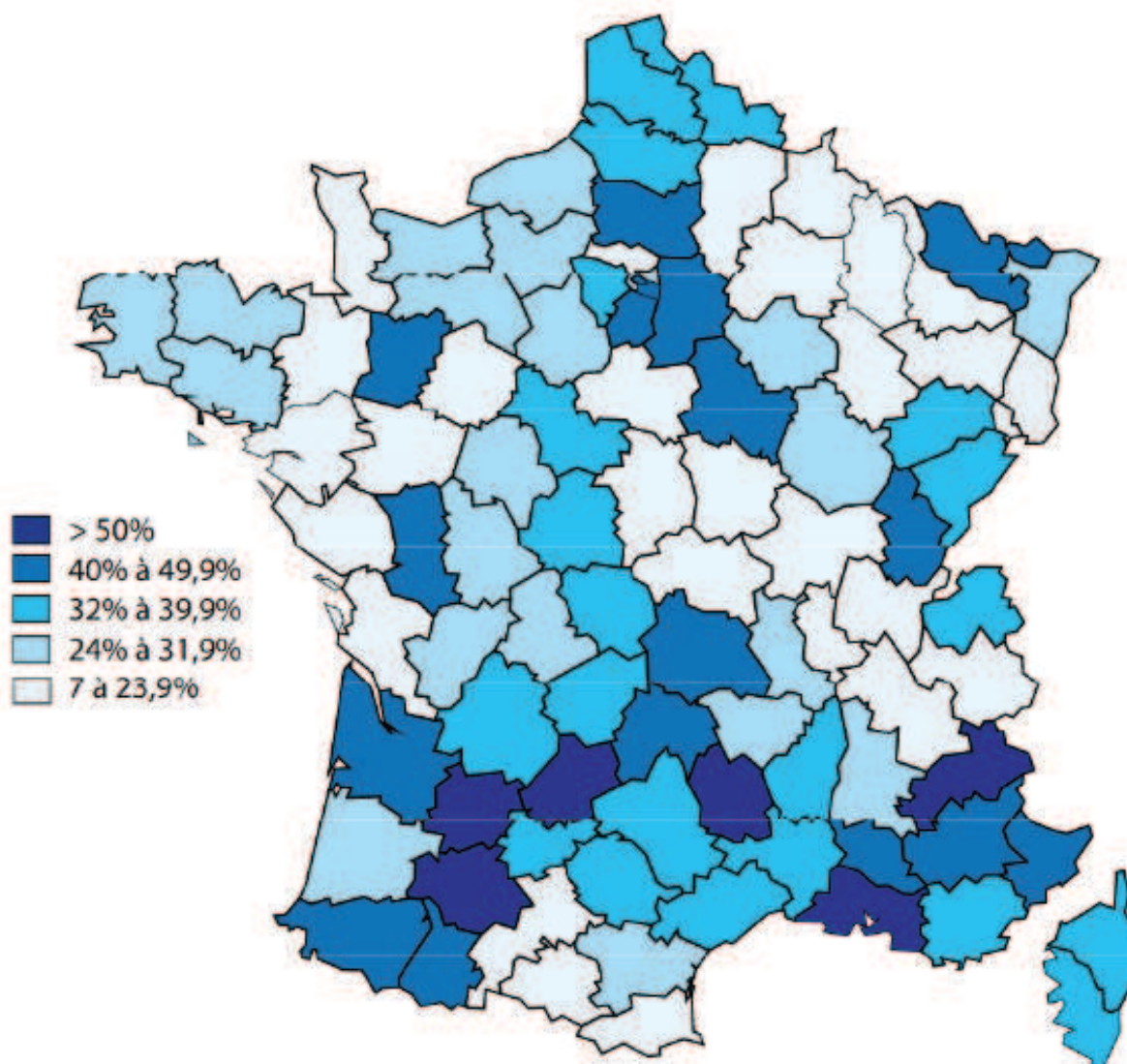
- Un premier groupe pour lequel les taux se situent entre 40% et 51%, soit largement au dessus du taux national avec, par ordre décroissant : les Bouches-du-Rhône (13), la Gironde (33), le Val-de-Marne (94), l'Oise (60), la Moselle (57), les Alpes-Maritimes (06) et Paris (75).
- Un deuxième groupe pour lequel les taux se situent de manière comparable à celui au niveau national entre 29% et 36% ; le Nord (59), le Pas-de-Calais (62), la Somme (80), l'Hérault (34), la Seine-Maritime (76), les Hauts-de-Seine (92) et le Bas-Rhin (67).
- Un troisième groupe pour lequel les taux se situent entre 18% et 23%, en deçà du taux national : l'Aisne (2), la Loire-Atlantique (44), le Haut-Rhin (68), la Charente-Maritime (17), la Meurthe-et-Moselle (54) et enfin le Rhône (69).

Figure 10 : Proportion de patients pris en charge par méthadone gélule – les 20 premiers départements



La carte ci-dessous donne une vision globale de l'accès à la méthadone gélule sur l'ensemble du territoire.

Figure 11 : Proportion de patients pris en charge par méthadone gélule en France



5. En synthèse

En reprenant ces différentes données pour les 20 premiers départements en nombre de patients sous MSO, il est possible de synthétiser les principales tendances dans le tableau suivant pour près de 50% des patients en France ayant un traitement par MSO.

| | N patients sous MSO | Part patients sous méthadone | Part patients méthadone, gélule | Part patients sous méthadone > à la France | Part patients méthadone, gélule > à la France |
|---------------|---------------------|------------------------------|---------------------------------|--|---|
| FRANCE | 158 810 | 28,8% | 31,6% | | |
| 59 | 8 483 | 36% | 34,2% | oui | oui |
| 75 | 6 352 | 24% | 39,7% | non | oui |
| 57 | 5 791 | 21% | 41,2% | non | oui |
| 67 | 5 255 | 27% | 28,5% | non | non |
| 62 | 5 242 | 33% | 35,6% | oui | oui |
| 13 | 5 198 | 21% | 50,9% | non | oui |
| 69 | 4 298 | 23% | 17,8% | non | non |
| 34 | 4 114 | 25% | 33,0% | non | oui |
| 54 | 3 981 | 35% | 18,4% | oui | non |
| 33 | 3 775 | 25% | 44,8% | non | oui |
| 76 | 3 772 | 27% | 30,0% | non | non |
| 68 | 3 148 | 32% | 22,8% | oui | non |
| 93 | 3 042 | 22% | 30,7% | non | non |
| 92 | 2 907 | 36% | 29,6% | oui | non |
| 31 | 2 672 | 17% | 20,7% | non | non |
| 6 | 2 660 | 29% | 39,8% | non | oui |
| 17 | 2 599 | 27% | 19,4% | non | non |
| 83 | 2 402 | 18% | 37,0% | non | oui |
| 44 | 2 324 | 35% | 22,9% | oui | non |
| 80 | 2 301 | 42% | 33,9% | oui | oui |

A partir des taux d'accès à la méthadone, à la forme gélule ainsi que la comparaison de ces valeurs aux données nationales, plusieurs situations peuvent être retrouvées pour les 20 principaux départements :

- **La 1^{ère} situation concerne les départements ayant une proportion de patients sous méthadone et une proportion de patients sous gélule supérieure aux données nationales : Le Nord (59), le Pas-de-Calais (62) et Somme (80).** Ces parts élevées pourraient être représentatives d'un bon niveau d'accès au traitement avec un passage à la forme gélule effectué de manière facilitée.
- La deuxième situation concerne les départements ayant une forte proportion de patients sous méthadone et une faible proportion d'entre eux sous gélule : la Meurthe-et-Moselle (54), le Haut-Rhin (68) et la Loire-Atlantique (44), les Hauts-de-Seine (92). Cette situation pourrait traduire un bon niveau d'accès à la méthadone avec cependant une transition moins facile à la forme gélule soit du fait d'une résistance au passage à cette forme galénique (*par les médecins, par les patients*) et/ou d'une problématique autre, en matière d'organisation des soins (relais ville).

- La troisième situation rencontrée concerne les départements ayant une forte proportion de patient traités par gélules avec une faible proportion de patients sous méthadone : Paris (75), la Moselle (57), les Bouches-du-Rhône (13), la Gironde (33), les Alpes-Maritimes (6) et le Var (83). Nous retrouvons dans cette situation 3 départements urbanisés (*respectivement Paris, le département de Marseille et celui de Bordeaux*). Cette situation semble représentative de départements avec un accès moindre au traitement par méthadone mais un meilleur accès aux gélules, en lien avec un dispositif plus étoffé que dans certains départements plus ruraux (*plusieurs structures spécialisées, réseaux de médecins de ville...*).
- La dernière situation concerne les départements présentant de faibles proportions de patients, aussi bien sous méthadone en général que pour la forme gélule : le Bas-Rhin (67), le Rhône (69), la Seine-Maritime (76), la Seine-Saint-Denis (93), la Haute-Garonne (31) ainsi que la Charente-Maritime (17). Certains de ces départements (Charente-Maritime et Seine-Maritime) figurent parmi ceux présentant les plus fortes progressions des taux d'accès à la méthadone. Pour les quatre autres départements, les faibles taux d'accès sont accompagnés de faibles évolutions, laissant présager des problématiques locales spécifiques qui sont à préciser (*pratiques haut-seuil, insuffisances structurelles...*).

Un point important peut être noté concernant la progression de ce que nous pourrions qualifier de taux d'accès à la méthadone entre 2008 et 2011.

En 2008, 17 départements présentaient des taux inférieurs à 15 % de patients bénéficiant d'un traitement par la méthadone parmi l'ensemble des MSO. En 2011, seul un département, la Haute-Vienne (87) est légèrement en dessous de ce seuil (13,1 %). Tous les autres ont une proportion de patients traités par la méthadone > à 17 %.

6. Discussion

Ces analyses, strictement quantitatives, permettent d'envisager quelques commentaires, notamment sur l'évolution de l'offre de soins en matière de TSO et l'évolution de la répartition des MSO, entre BHD et méthadone.

Le nombre de patients bénéficiant d'un MSO croit de façon importante sur l'ensemble du territoire depuis plus de 15 ans. Cela concerne les deux MSO. Cette croissance pourrait être le reflet de plusieurs facteurs :

- Une augmentation de la demande (*liée elle-même à une augmentation du nombre d'utilisateurs devenant dépendants des opiacés*).
- Un étoffement du dispositif spécialisé (*nouveaux services hospitaliers impliqués, passage en CSAPA des CCAA devenant pour certains primo-prescripteurs de MSO...*) profitant plutôt à la progression du nombre de patients traités par la méthadone.
- Une implication croissante et banalisée de médecins généralistes, profitant plutôt à la progression du nombre de patients traités par la BHD et, dans une moindre mesure, de patients en relais méthadone.
- Une amélioration qualitative de l'accès à la méthadone par l'adoption de pratiques moins rigides (*délais d'attente, pratiques de sélection, pratiques de relais...*), notamment défendues par le référentiel de la Fédération Addiction (3).
- ...

Le critère de la prévalence de patients sous MSO par département comme reflétant le niveau de prévalence de la dépendance aux opiacés peut être sujet à caution. Il suppose un même niveau d'accès aux MSO quel que soit le département. En théorie, c'est le cas, notamment par l'accès large à la BHD que tout médecin généraliste peut primo-prescrire. Mais il est possible que certains paramètres de densité médicale ou de disparités en termes de pratique médicale puissent influencer les chiffres présentés ici.

Concernant le niveau d'accès à la méthadone, les chiffres permettent d'avancer une augmentation moyenne de 3 000 à 4 000 patients par an. Nous pouvons également remarquer que le nombre de patients sous méthadone sirop reste à peu près constant chaque année. Cet élément suggère l'idée d'un remplacement des patients passant à la gélule par des primo-accédants à la méthadone. Cependant, le nombre de patients démarrant un traitement par méthadone peut être revu à la hausse car, en parallèle, d'autres arrêtent leur traitement (*rupture avec le système de soin, réduction puis arrêt progressif du traitement...*). Si 1 000 patients arrêtent chaque année, alors **nous devons probablement relever le nombre de patients démarrant un traitement par la méthadone à 4 000 ou 5 000 par an.**

Enfin, quelles autres évolutions restent à venir ? L'accès à la méthadone s'est fortement accentué durant ces trois années avec une augmentation régulière du nombre de patient. En parallèle, l'accès aux gélules de méthadone s'est trouvé également facilité en juin 2011 avec le passage de la durée de validité de l'ordonnance de délégation de semestrielle à permanente. A l'heure actuelle, il n'est pas possible de savoir si cette modification aura un impact sur l'accès aux gélules de méthadone. Rappelons ici que les médecins généralistes sont privés de la possibilité de faire le switch sirop-gélule eux-mêmes auprès de leurs propres patients et on peut penser que s'ils avaient cette possibilité, elle améliorerait l'accès aux gélules de méthadone.

Le spectre de l'élargissement de la primo-prescription de la méthadone par les médecins généralistes semble s'éloigner, même si les résultats de l'étude Méthaville devraient être annoncés prochainement. On peut miser sur le constat qui sera fait dans cette étude : des patients dont le traitement par la méthadone est initié par des médecins de ville formés vont aussi bien que ceux initiés en milieu spécialisé, ce que l'on sait depuis longtemps dans d'autres pays. Pour autant, est-ce que l'autorité de santé qui délivre les AMM et statue sur les conditions de prescription, l'Afssaps, décidera d'une telle avancée, alors qu'elle n'a pas permis que des médecins de ville qui prescrivent régulièrement de la méthadone (*dans le cadre de relais*) puisse faire un changement de galénique à leurs patients sous sirop de méthadone (vers la gélule). Cette autorité sanitaire, même si les 'politiques' semblent promouvoir l'implication de la médecine de ville dans la prise en charge des addictions, apparaît plutôt encline à promouvoir le recours au milieu spécialisé, comme le montre la mise au point concernant la BHD, mise en ligne sur le site de l'Afssaps.

Bibliographie

1. Sophie VELASTEGUI, Dorothée CARPENTIER. Analyse de la répartition par département des patients recevant un traitement par BHD et par méthadone. Flyer 33 ; Sept. 2008.
2. Tiphaine CANARELLI, Anaëlle COQUELLIN. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Tendances n° 65, OFDT ; Mai 2009.
3. Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA, disponible sur : http://www.anitea.fr/download/guide_tso_final.pdf
4. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage (BHD) - Mise au point. www.afssaps.fr/

Les effets indésirables de la méthadone : l'hypersudation

Dr Sophie VELASTEGUI, CH Clermont (60)

Fréquence de l'hypersudation



La majorité des consommateurs d'opiacés connaissent le problème de la transpiration excessive, car c'est un effet commun aux opiacés. La plupart du temps, les usagers pharmaco-dépendants sont accaparés par la quête du produit, et ce genre de désagrément apparaît comme secondaire.

Cependant, une fois stabilisé avec un traitement par la méthadone ou par la buprénorphine, l'hypersudation est l'effet secondaire le plus fréquemment constaté et peut, dans certains cas, devenir un sérieux handicap (*difficulté de réinsertion, recherche de travail, relations...*) (1).

C'est un effet secondaire pouvant être gênant, et qui doit être pris en considération, car c'est une des raisons possibles de demande d'arrêt du traitement, avec les conséquences négatives que cela peut avoir pour l'utilisateur.

Il semblerait également qu'elle fasse partie des demandes de soins fréquemment non prises en compte (2).



Prise en soin

- Hygiène de vie :

Des règles hygiéno-diététiques peuvent être préconisées :

- **Une activité physique, régulière**, permettant d'éliminer par voie naturelle l'excès d'eau.
- Une alimentation équilibrée, privée si possible de substances favorisant l'hypersudation (*café, alcool notamment*).
- Des bains tièdes, dans lesquels on aura mis à dissoudre une poignée d'amidon de maïs et au terme duquel on ne se rincera pas, sont préconisés par les associations d'usagers.
- Le port de vêtements légers en fibres naturelles (*coton...*) favorisant l'évaporation naturelle.

- Traitements locaux :

- Des antisudorifiques forts ; ils sont assez efficaces en application locale. Il s'agit principalement de produits composés de sels d'aluminium (Etiaxil® par exemple). En présence d'eau, l'aluminium donne des hydroxydes avec acidification du milieu, d'où une réduction de l'humidité locale, de la flore bactérienne (*pouvoir antiseptique*) et de la bromhidrose, au prix toutefois d'une acidité irritante pour la peau et certains textiles fragiles.

- La pierre d'alun, d'origine minérale est également efficace, elle agit en déposant un film invisible de sels minéraux et en resserrant les pores. Outre son effet sur la régulation de la transpiration, la pierre d'alun est ainsi reconnue pour ses propriétés adoucissantes, astringentes et purifiantes.
- L'utilisation de poudre de talc...

- Traitements médicamenteux :

En premier lieu, le **changement de MSO** semble logiquement s'imposer (*BHD pour un patient présentant une hypersudation avec la méthadone, méthadone pour un patient présentant une hypersudation avec la BHD*), si celui-ci est possible.

Une des attitudes consiste également à **baissier la posologie du MSO**, mais cette baisse doit être compatible avec le bien-être du patient, sans apparition de signes de manque pouvant entraîner une reconsommation des opiacés ou d'autres substances psycho-actives (*benzodiazépines, alcool, etc...*). Chez certaines personnes, la transpiration diminue ou disparaît en dessous d'un certain dosage de méthadone. A partir de 40-60 mg, il pourrait y avoir une amélioration sensible pour des patients qui avaient des posologies plus élevées.

Certaines équipes utilisent également des traitements homéopathiques, à base de **VERATRUM ALBUM 9 CH**, 5 granulés à sucer, 3 à 6 fois par jour, sans que cette solution n'ait fait l'objet d'aucune évaluation ni publication. On retrouve cette proposition sur les sites qui donnent des informations sur les traitements homéopathiques. A Clermont, nous avons adopté cette solution qui nous semble être efficace.

Certains médicaments à visée systémique sont utilisés contre la transpiration excessive, comme les anti-cholinergiques. L'efficacité de ces médicaments n'ayant pas été contrôlée par des études cliniques, ils n'ont pas d'AMM et leur utilisation se fonde principalement sur de nombreuses années d'observation. L'**oxybutynine (Ditropan®)**, 3-5 mg/j à 20 mg/j, est celui qui a donné des résultats prometteurs. Mais, de fréquents effets secondaires ont pu être observés : xérostomie, troubles de l'accommodation, tachycardie ainsi que dysfonctionnements du tractus gastro-intestinal et de la vessie (4).

Une équipe de chercheurs de Zurich souligne également le succès du bipéridène sur l'hypersudation auprès de 3 patients évoqués qui ne prenaient aucun autre médicament. Aucun d'entre eux ne présentait d'effets indésirables (*sédation, étourdissement, sécheresse de la bouche...*) (3). Le bipéridène est disponible en France sous la présentation **Akineton® LP 4 mg** qui permet une prise tous les 2 jours (*3 à 4 fois par semaine*). Nous avons également une bonne expérience de cette solution. Nous avons constaté une disparition ou une nette amélioration de l'hypersudation, au-delà du traitement lui-même qui dure en moyenne de 1 à 2 mois, sans avoir à eu à baisser la posologie du traitement par la méthadone.

Bibliographie :

1. Meili D. et al. Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution des patients dépendants aux opioïdes. Société Suisse de Médecine de l'Addiction, SSAM 2007.
2. Winstock A. et al. Patients help-seeking behaviors for health problems associated with methadone and buprenorphine treatment. Drug and alcohol Review (july 2008), résumé dans Flyer 36.
3. Caflish C. et al., Biperiden for Excessive Sweating From Methadone. Am J Psychiatry 2003; 160: 386-387.
4. Böni R., Sudation et hyperhidrose ; Forum Med Suisse n° 18, mai 2001.

Pour une adaptation de la durée de prescription des traitements de substitution aux opiacés

*Dr Cedrick MOREAU, Dr Clarisse BOISSEAU
Cabinet Médical d'Aligre, Paris (75)*



Praticiens dans un cabinet de médecine générale, nous recevons des patients dépendants des opiacés depuis une trentaine d'années. Il paraît de plus en plus évident ces dernières années qu'il existe un écart de traitement entre les patients sous TSO¹ traités depuis plusieurs années (*pour certains depuis l'AMM de 1995 pour la méthadone et la buprénorphine*) et les patients traités par d'autres traitements dits chroniques.

En effet, après plus de 15 ans de traitement, cumulés parfois à autant d'années voire plus d'usage de drogues, les patients peuvent être considérés comme des malades chroniques pour qui le médicament de substitution opiacée (MSO) quotidien s'inscrit dans leur vie au même titre que le traitement quotidien d'un patient diabétique et/ou hypertendu.

Alors qu'après une période d'équilibrage tensionnel ou glycémique, qui peut durer quelques semaines, les patients se voient rapidement prescrire des traitements médicaux mensuels voire trimestriels ou semestriels... les patients sous TSO sont tous astreints à venir consulter tous les 28 jours pour ceux sous buprénorphine haut dosage et tous les 14 jours pour ceux sous méthadone, et ce après parfois plus de 10 ans de médication quotidienne !

La législation, certes très adaptée pour les initiations de traitement et les équilibrages de posologie, ne prend pas en compte le cas de ces patients traités et équilibrés depuis de nombreuses années et pour qui le TSO s'inscrit dans une durée difficile à évaluer mais éminemment à long terme... Il s'agit alors de patients qui ne correspondent plus aux exigences de sécurité sanitaire des phases initiales du traitement. Pour la majorité d'entre eux, ils travaillent, ont des obligations familiales ou professionnelles et trouvent certainement discriminant de venir tous les 14 jours chercher une ordonnance chez le médecin puis une délivrance chez le pharmacien.

Ces dernières années, l'apparition dans la pharmacopée de la forme gélules de la méthadone a permis une réelle modification du confort de traitement pour certains patients. **Ne faut-il pas aller un peu plus loin et proposer un éventuel aménagement de la durée de prescription pour les patients bien équilibrés et traités depuis plusieurs années**, aménagement qui pourrait être individualisé par le biais du protocole de soins, obligatoire en cas de prescription des gélules de méthadone, avec l'accord du médecin de la caisse primaire d'assurance maladie ?

Pour rappel, la circulaire du 31 mars 1995 définissait les objectifs du traitement de substitution comme :

¹ TSO : traitement de substitution aux opiacés.

- l'insertion dans un processus thérapeutique facilitant le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre somatique ou psychiatrique,
- une réduction de la consommation de drogues issues du marché illicite et un moindre recours à la voie injectable,
- la notion de réduction de la consommation est invoquée pour la méthadone alors que pour la buprénorphine c'est de l'arrêt de la consommation dont on parle. Ce qui a fait qu'une des questions mal définies au départ a consisté à conserver des objectifs peu clairs : réduction, sevrage et abstinence sont souvent confondus dans les objectifs thérapeutiques,
- une amélioration de l'insertion sociale des patients.

La prise en soin de patients héroïnomanes et l'instauration de traitements de substitution sont récentes comparativement à d'autres champs de la santé. Même si initialement les TSO étaient destinés à être transitoires, force est de constater que, dans de nombreux cas, le traitement s'inscrit dans une chronicité qu'il s'agit d'estimer. L'objectif du TSO n'est fort heureusement plus le sevrage à tout prix, mais bien le traitement d'une maladie, ou en tout cas d'un symptôme, et il arrive fréquemment que les objectifs initiaux de la circulaire du 31 mars 1995 soient respectés et adaptés sans pour autant que le traitement ne soit abandonné.

Ainsi une harmonisation de la durée de prescription des traitements de substitution sur 28 jours permettrait sans conteste d'améliorer la qualité de vie des patients traités depuis de nombreuses années par méthadone sans pour autant contester la nécessité d'une limitation de durée et d'un fractionnement du traitement dans les premiers temps de la prise en charge. Cet aménagement législatif a déjà été suggéré dans un rapport de l'Académie nationale de Pharmacie lors de « Bilan des politiques publiques en matière de substitution aux opiacés » publié en janvier 2009.

Il apparaît évident que 16 ans après l'introduction des médicaments de substitution aux opiacés dans la pharmacopée française, un aménagement de la durée de prescription, au cas par cas s'il le faut, permettrait d'améliorer la prise en charge des patients traités.



L'addiction, une maladie du cerveau selon l'ASAM

C'est ce qu'on a pu lire dans une dépêche du 8 août 2011, sur le site Medscape, reprenant les positions de cette société savante qu'on peut lire sur son site dans sa version intégrale. Nous proposons ici, une traduction des principaux extraits de cette dépêche.



« *Fondamentalement, l'addiction n'est pas seulement un problème social, moral ou criminel. C'est un dysfonctionnement cérébral qui a des répercussions dans ces différents domaines* » a récemment déclaré le Pr Michael Miller, ancien président de l'ASAM. « ***Cette maladie est liée au dysfonctionnement du cerveau et non aux drogues. Elle est neurologique et non liée à des facteurs externes.*** » Des données issues d'études sur les fonctions cérébrales ont conduit, depuis quatre ans, plus de 80 experts à se réunir afin d'élaborer une nouvelle définition de l'addiction. Des recherches ont montré que l'addiction affecte la neurotransmission au sein du système de récompense, déclenchant des comportements addictifs basés sur la mémoire des expériences passées et altérant les aires qui dirigent l'impulsivité et le libre arbitre.

Une maladie chronique

Le résumé disponible sur le site de l'ASAM décrit l'addiction comme une maladie à part entière, ce qui signifie « *qu'elle n'est pas la conséquence d'autres causes telles que des problèmes émotionnels ou psychiatriques* ». L'ASAM constate, également, que l'addiction est un état chronique et qu'elle doit donc être « *traitée, gérée et suivie tout au long de la vie* ». Le Dr Raju Hajela, président du comité en charge de la nouvelle définition à l'ASAM et ancien président de la Canadian Society of Addiction Medicine, a déclaré que cette maladie provoque des comportements difficiles à comprendre par autrui.

« *Pour le dire simplement, l'addiction n'est pas un choix, [mais] le choix joue toujours un rôle important quand il s'agit de demander de l'aide. Parce qu'il n'y a pas de pilule miracle pour soigner l'addiction, il est nécessaire de choisir de corriger les comportements pathologiques* » a ajouté le Dr Hajela.

Le Dr David Kupfer, président au sein de l'*American Psychiatric Association* d'un groupe de travail pour la 5^{ème} édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) a déclaré à *Medscape Medical News* qu'un certain nombre de troubles mentaux actuellement présents dans le DSM-4 et qui seront dans le DSM-5 sont considérés comme chroniques et persistants.

« *Les comportements addictifs, les troubles anxieux, très certainement les troubles dépressifs ou bipolaires, la schizophrénie et certains troubles neurocognitifs tels que la maladie d'Alzheimer ne sont pas différents des maladies cardiovasculaires, du diabète ou même de l'asthme d'une certaine façon* » affirme le Dr Kupfer. « *En réfléchissant de cette manière, de nombreuses personnes tentant de réviser l'actuel DSM ont pu réaliser que ce que nous recherchons, ce sont les causes physiologiques et psychopathologiques sous-jacentes ainsi que l'étiologie de ces troubles* ».

Une définition qui diminue la stigmatisation

Le Dr Kupffer note que cette nouvelle définition est en accord avec les développements parallèles actuellement en cours dans les autres disciplines de la psychiatrie. « *Il est très satisfaisant de voir notre société approuver le fait que, d'une certaine façon, l'addiction pourrait très bien être un trouble cérébral chronique, et non simplement un trouble comportemental. Et je suis totalement d'accord avec cela.* » De surcroît, il lui semble important que cette information soit connue du grand public, pour faire savoir à ceux qui sont touchés par cette pathologie que la démarche en vue d'accéder à un traitement est bonne pour eux. « *La seule façon de mettre un terme à la stigmatisation est de continuer de montrer encore et encore, et espérons avec davantage de preuves scientifiques, que ces troubles ne sont pas différents des pathologies déjà traitées dans les autres disciplines médicales. La nouvelle définition va nous aider en ce sens.* »

La définition de l'addiction selon l'ASAM est disponible sur le site de cette société :

http://www.asam.org/1DEFINITION_OF_ADDICTION_LONG_4-11.pdf

Ci-dessous, la définition (version courte en langue originale) :

Public Policy Statement: Definition of Addiction

Short Definition of Addiction: Addiction is a primary, chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry. Dysfunction in these circuits leads to characteristic biological, psychological, social and spiritual manifestations. This is reflected in an individual pathologically pursuing reward and/or relief by substance use and other behaviors.

Addiction is characterized by inability to consistently abstain, impairment in behavioral control, craving, diminished recognition of significant problems with one's behaviors and interpersonal relationships, and a dysfunctional emotional response. Like other chronic diseases, addiction often involves cycles of relapse and remission. Without treatment or engagement in recovery activities, addiction is progressive and can result in disability or premature death.

Réaction :

L'addiction est bien plus qu'une maladie du cerveau !

Docteur Alain Morel, Psychiatre, Vice-Président de la Fédération Française d'Addictologie, Directeur Général d'Oppelia

L'American Society of Addiction Medicine aurait donc fait une grande découverte durant l'été 2010 : « l'addiction est une maladie du cerveau » ! En fait, qu'y a-t-il de neuf dans ce communiqué ? Rien, sinon une manifestation des débats et des manœuvres pour le leadership sur le domaine des addictions qui traversent depuis plusieurs années la communauté scientifique américaine. Il faut lire le communiqué de l'ASAM en fonction de ce contexte et à la veille de la parution du DSM V qui doit, pour la première fois, définir l'addiction en tant que « trouble » spécifique. Il prend alors tout son sens.



Il est intéressant de se rappeler qu'en 1997, déjà, la revue *Science* titrait exactement la même affirmation, en citant la Directrice du NIDA, Nora Volkow. Or cette dernière s'est investie depuis 2009 dans la transformation de l'ASAM afin d'en faire une société qui pèse politiquement pour parvenir à faire de l'addictologie une spécialité médicale. Cela passe par la création d'un comité de certification médicale pour les prescripteurs de traitements de l'addiction (l'American Board of Addiction Medicine, ou ABAM). Cela fait plus de deux décennies que Volkow et quelques autres veulent à la fois promouvoir une conception neurologique de l'addiction et des traitements purement médicaux agissant directement sur les parties du cerveau dont ils prétendent qu'elles sont la source de l'addiction.

En cela, ils ne font que relancer une vieille lune de certains secteurs de la médecine qui s'emploient régulièrement, depuis plus d'un siècle, à s'approprier la question. Ce fut ainsi pour définir « l'alcoolisme », « la toxicomanie », puis « la dépendance » et maintenant « l'addiction ». Mais le résultat est toujours le même : les erreurs épistémologiques sont telles que la science disparaît derrière les motivations corporatistes et idéologiques.

Une définition bien peu scientifique !

Ce qui frappe est en effet le caractère bien peu scientifique de ce qui est énoncé.

On nous dit d'abord que « *l'addiction n'est pas seulement un problème social, moral ou criminel* », ce qui laisse entendre que le social et le comportement individuel y sont un peu pour quelque chose, mais pour glisser ensuite sur l'affirmation que c'est une maladie « *neurologique et non liée à des facteurs externes* ». Donc « *une maladie à part entière* » qui n'a « *pas d'autres causes telles que des problèmes émotionnels ou psychiatriques* ».

Ainsi, comme à chaque fois, le modèle de l'addiction-maladie présuppose un fondement biologique spécifique qui la caractériserait et qui en serait la cause ultime. L'erreur épistémologique de nos confrères de l'ASAM est de confondre un regard nouveau apporté par la neurobiologie et l'imagerie cérébrale sur une partie de l'addiction avec une explication de toute l'addiction. C'est aussi de confondre cause et conséquence. Car ce que la neurobiologie décrit, que ce soit à propos du dysfonctionnement du système dopaminergique ou d'un « découplage » des systèmes sérotoninergique et noradrénergique, c'est l'empreinte biologique de l'addiction, ce qui ne veut pas dire la source. D'ailleurs tous les neurobiologistes sérieux, y compris ceux qui défendent un modèle explicatif de l'addiction comme Jean Pol Tassin en France, ne manquent jamais de souligner l'influence du contexte, du stress et des troubles émotionnels sur les dysfonctionnements biologiques qu'ils observent.

Une définition qui accroît les clivages et surmédicalise

Nous avons aujourd'hui suffisamment de recul – et d'expériences désastreuses avec toutes sortes de réductionnismes – pour oublier le caractère fondamentalement multifactoriel de l'addiction (dans son installation comme dans son émancipation), et pour rebrousser le chemin alors que nous avançons dans des approches cliniques et thérapeutiques plurielles, systémiques, intégrées, centrées sur la subjectivité de l'utilisateur et respectant ses choix de vie. Quid de la réduction des risques dans la conception de l'ASAM ? Quid des addictions comportementales ? Deux éléments qui sont au cœur des évolutions que connaît l'addictologie en France mais qui n'ont guère de place dans ce modèle.

L'addictologie française s'est construite sur des bases qui permettent le dialogue interdisciplinaire et le dépassement des logiques purement corporatistes ou institutionnelles, au bénéfice des personnes addictes et de leur entourage. Au bénéfice aussi d'un regard social et coopératif sur ces questions. Si nous affirmons que l'addiction peut être une cause de

souffrance et créer des situations de maladie nécessitant des soins médicaux, nous savons que la médecine seule ne peut pas grand chose face à ces situations.

Une définition qui aggrave la stigmatisation des usagers et patients

Comme leurs prédécesseurs, les promoteurs de « l'addiction-maladie du cerveau » utilisent l'argument humaniste et compassionnel pour justifier leur construction théorique. Certes, le dépendant malade n'est plus un pêcheur ou un délinquant, mais il est victime de son dysfonctionnement cérébral. Gagne-t-il vraiment au change ? En tout cas pas en termes d'autonomie et de responsabilité sur lui-même, puisque le seul choix qui lui est consenti est « *quand il s'agit de demander de l'aide* ».

Chapman, un auteur américain lui aussi, avait montré à propos de l'addiction au tabac (dans un article du *Lancet* en 2009) que « le volume de recherches et d'efforts destinés à l'arrêt par voie professionnelle et pharmacologique est inversement proportionnel à celui étudiant la manière dont les ex-fumeurs s'arrêtent réellement », c'est-à-dire le plus souvent par eux-mêmes. Aux Etats-Unis toujours, une série de Hbo intitulée « Addiction : une maladie cérébrale » est diffusée dans les lycées avec pour seul résultat une baisse de l'investissement des pédagogues et éducateurs sur la prévention. Autre conséquence dommageable d'une surmédicalisation.

Au moment où les conditions sociales et sociétales n'ont jamais été aussi addictogènes, certains voudraient ériger la médecine en seul vrai rempart. Cela va d'ailleurs souvent avec la mise en avant de la loi et de l'interdit du côté de la prévention. L'appropriation par les uns ou les autres du problème et de sa solution mène toujours à l'impasse. L'enjeu aujourd'hui est de redonner aux personnes la confiance dans leurs capacités à modifier leur comportement, dans leur pouvoir d'agir, avec si besoin l'appui de leur entourage, de la collectivité et des professionnels. Cela nous oblige à penser ensemble une éducation et des accompagnements thérapeutiques qui y contribuent, et pour cela de nous servir de modèles qui nous y aident.

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Hôpitaux universitaires Paris-Sud

6^{es} Journées de l'ALBATROS
Numéro d'agrément : 1191P000291

Congrès International d'Addictologie
6th ALBATROS days • International congress of Addictology

Pr Michel Reynaud - Dr Amine Benyamina

Sciences, Politique & Addictions

Judi 7 et Vendredi 8 Juin 2012
CAP 15 - 1/13 quai de Grenelle - PARIS 15^e

Réaction d'un médecin généraliste suite à l'envoi d'un courrier cosigné par le médecin-conseil de l'Echelon Local du Service Médical et les médecins des CSAPA de l'Aude

Serge CONTARD, Narbonne (10)

J'ai reçu récemment (*décembre 2011*) une lettre cosignée par le médecin-conseil de la CPAM de l'Aude et des CSAPA de Carcassonne et Narbonne. Elle est publique, puisqu'elle est adressée à tous les médecins généralistes du département et je vous la transmets pour information. J'y ajoute ce commentaire pour publication. En italique, figurent les extraits de la lettre.

Ce courrier nous apprend, chose très positive, que l'assurance maladie, faute de pouvoir connaître les prescriptions des médecins des CSAPA, (*où, rappelons-le, les médicaments délivrés passent par le circuit d'une pharmacie à usage interne*) surveille de près les prescriptions de TSO et établit un 'palmarès' des médecins prescripteurs. On peut donc l'interpréter comme une aide aux prescripteurs.



Il faut également féliciter ici un médecin-conseil de reconnaître que la buprénorphine est utilisée dans 25 à 30% hors AMM par les assurés sociaux ayant recours à la voie injectable, notion très différente de celle qui aurait consisté à dire les MG prescrivent la buprénorphine dans 25 à 30% hors AMM.

Le côté négatif du courrier est l'aspect 'retape' vers les CSAPA, dont les praticiens se disent « *disponibles pour initier un traitement par méthadone* ». Certes, les patients injecteurs constituent une population à haut risque en termes de morbidité (« *il s'agit d'un facteur de risque indéniable dans l'apparition d'une overdose* »), mais cette notion est bien connue des MG prenant en charge des patients dépendant des opiacés.

A la lecture de ce courrier, on peut s'interroger pour savoir si c'est bien le manque de patients dirigés vers ces CSAPA qui est pointé du doigt ? Et si cela est le cas, est-ce que ces praticiens qualifiés "d'experts", comme nos handballeurs nationaux, se sont posés la question de **leurs rapports avec les médecins libéraux** ? (« *Au-delà du non respect d'AMM, les experts consultés estiment que cela peut signer un mésusage (injection-sniff) et que ces patients constitueraient une bonne indication pour la méthadone* »).

Et **pourquoi les patients ne vont-ils pas spontanément dans les CSAPA de l'Aude, département où il n'y a que 20 % de patients sous méthadone**, soit 15 points de moins que la moyenne nationale ? Ce point devrait interpeller et appeler à des réponses qui ne sont pas uniquement basées sur les choix faits par les généralistes libéraux ni sur ceux des usagers concernés.

Comme l'écrivent très justement, presque en réponse anticipée à ce courrier, dans le FLYER n°45, Jean-Philippe LANG d'une part :

« Nous devrions aujourd'hui, sans les rendre systématiques, généraliser nos partenariats et développer des « pratiques de soins intégrées » pour que les différents champs de compétences requis (addictologiques, psychiatriques, neuropsychologiques, psychosociaux, somatiques...) puissent facilement s'articuler entre eux de façon cohérente (et non co-errante) et rendre ce parcours de soin en lui même structurant et psychothérapeutique pour l'utilisateur. »

et Xavier AKNINE d'autre part :

« ... le renforcement du lien CSAPA-MG me semble indispensable pour éviter l'isolement et l'épuisement des MG qui se plaignent dans cette étude du manque de retour des CSAPA : pas de réponse aux courriers des MG, pas d'information sur le devenir du patient. **Ce constat doit nous interpeller sur notre pratique en CSAPA.** Il n'est pas acceptable d'ignorer le MG en tant que soignant du patient usager de drogues. Dans combien de CSAPA, le nom du médecin traitant n'est pas noté dans le dossier quand la question n'est pas même posée au patient lors de l'entretien initial ? »

Il serait bon de réfléchir à un vrai partenariat, qui, au delà d'un échange épistolaire que l'on pourrait qualifier de maladroit, fixe un cadre de soins respectant le travail de chacun.

Commentaire de Xavier AKNINE, membre du Comité de Lecture du Flyer et co-destinataire du courrier envoyé par mail à la rédaction du Flyer


La lecture du courrier de la CPAM, commenté ici, m'a agacé sérieusement car elle nie le travail clinique de fond assuré auprès des patients UD recevant des MSO, par de nombreux MG, même si ces derniers ne sont pas assez nombreux.

Il faudrait rappeler à la CPAM que la prise de plusieurs comprimés de BHD à 2 mg dans la journée ne correspond pas forcément à du sniff ou à de l'injection. Dans mon expérience, beaucoup d'utilisateurs mésuseurs de BHD préfèrent la forme 8 mg, plus soluble dans l'eau et donc plus facile à injecter.



Les multi-prises de 2 mg correspondent en général à des patients anxieux, ressentant le besoin d'une prise le midi et/ou le soir et qui ont encore besoin de temps et d'accompagnement pour parvenir à se stabiliser à une monoprise voire une bi-prise.

Sur l'orientation vers les CSAPA, le courrier a un ton désobligeant pour les MG prescripteurs de MSO qui connaissent parfaitement le circuit de soins en addictologie. La CPAM aurait été mieux inspirée d'organiser une rencontre avec tous les acteurs : MG, pharmaciens d'officine, CSAPA, CAARUD pour faire un point sur les traitements de substitution dans le département avec des données chiffrées par bassin de population. Cela aurait permis un échange direct qui respecte chacun(e) et qui aurait été beaucoup plus fructueux pour tout le monde, à commencer par les bénéficiaires des traitements, également assurés sociaux en l'occurrence.



Addiction et Précarités
Ces libertés qui nous échappent

Journées nationales
Les 7 et 8 juin 2012 Toulouse

prévenir - réduire les risques - soigner

Brève bibliographique :

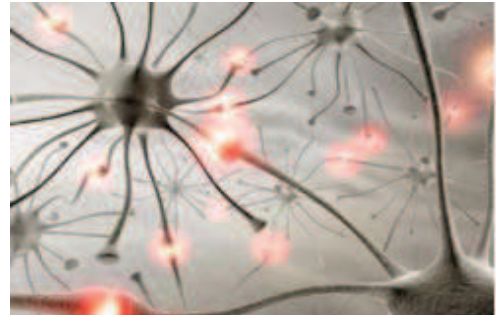
Neural Correlates of Food Addiction

Ashley N. Gearhardt, and al.

Arch Gen Psychiatry. Published online April 4, 2011.

http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/addiction/NeuralCorrelatesFoodAddiction_AGP_4.11.pdf

Les personnes souffrant de comportements alimentaires addictifs présenteraient une activité neurale similaire à celle des personnes dépendantes de substances, selon une nouvelle étude réalisée par Mme Ashley Gearhardt, doctorante en psychologie clinique à l'Université de Yale, et publiée en ligne dans la revue *Archives of General Psychiatry*.



Lors de l'observation des circuits neuronaux, les nombreux parallèles effectués entre dépendance à une substance et obésité ont incité les chercheurs à formuler une théorie selon laquelle des processus addictifs pourraient être à l'origine de l'obésité. Bien que des études aient exploré l'association entre récompense, anticipation de récompense et IMC, cette étude est la première à examiner le lien entre dépendance alimentaire (*mesurée par le Yale Food Addiction Scale*) avec un modèle spécifique d'activation neuronale (*mesuré par imagerie à résonance magnétique fonctionnelle (IRMf)*).

L'étude porte sur 48 jeunes femmes de corpulence variable (*IMC moyen à 28*) à qui des photos (*stimulus visuel*) étaient présentées, celles-ci annonçant la délivrance soit d'un milk-shake chocolaté (*aliment très appétent*) soit d'une solution de contrôle insipide (*formulée pour mimer le goût de la salive*). Les chercheurs ont constaté que des scores élevés sur l'échelle YFAS étaient corrélés à une plus grande activation du cortex cingulaire antérieur (CCA), du cortex orbito-frontal médian (COF) et de l'amygdale lorsque les sujets étaient exposés à des photos induisant la délivrance du milk-shake ($p < 0,05$).

Le CCA et le COF médian sont 2 régions cérébrales également impliquées dans la consommation de substances chez les dépendants aux drogues, ce qui confirme l'hypothèse des chercheurs quant à une activation identique du circuit de récompense dans l'addiction alimentaire et dans celle aux substances.

Comparativement aux participantes ayant des scores faibles ($n=11$), celles ayant des scores très élevés ($N=15$) ont montré une plus grande activation dans le cortex préfrontal dorso-latéral et le noyau caudé droit lorsque le stimulus anticipant la prise du milk-shake était présenté. Au contraire, les scores étaient négativement corrélés avec l'activation du COF latéral gauche lors de la consommation même de la boisson appétente ($p < 0,05$). Les auteurs suggèrent que le plaisir lié à la consommation du produit appétent serait incompatible avec le degré de satisfaction attendu.

Ils concluent également que « *ces résultats appuient la théorie selon laquelle le trouble alimentaire compulsif pourrait être provoqué, en partie, par une anticipation accrue des propriétés plaisantes de la nourriture. De même les usagers de drogues sont plus susceptibles de réagir physiologiquement, psychologiquement aux signaux associés à la substance consommée.* »

Mise à disposition d'une plaquette de prévention des risques d'overdose opiacée



Trois associations (**Asud Nîmes**, **ARUDA Abbeville** et **Nova Dona Paris**), impliquées dans la réduction des risques, ont élaboré un outil de prévention du risque d'overdose opiacée.

Les thèmes déclinés sont :

- connaître les facteurs de risque,
- reconnaître les signes d'overdose
- et savoir réagir en cas d'overdose.

Elles espèrent ainsi participer à la limitation du nombre de décès par overdose, qu'il s'agisse d'overdoses à l'héroïne ou avec des médicaments de substitution.

Ces plaquettes (dépliant 16 pages en format poche) sont disponibles auprès de la rédaction du Flyer et ont vocation à être mises à disposition des usagers de drogues dans tous les lieux qu'ils fréquentent. **Des posters (60 X 40) signalant la mise à disposition de ces plaquettes sont également disponibles.**

Pour vous les procurer, veuillez en faire la demande à l'adresse mail ci-dessous, en précisant le nombre souhaité (et le nombre de posters).

revue.leflyer@gmail.com

Le risque de décès est important
en cas d'ingestion accidentelle
de **méthadone par un enfant.**

Ouvrir les flacons de sirop
seulement
au moment de la prise
et pas à l'avance

