

LE FLYER

Bulletin de liaison des 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

Décembre 2014

Hors-série

- **Editorial : Quand et comment arrêter un TSO ? Combien s'en sortent ? Combien guérissent...**
Stéphane ROBINET pour le comité de rédaction
page 3
- **De l'opportunité d'arrêter, ou non, la méthadone**
Jean-Pierre JACQUES, Bruxelles
page 7
- **Durée de traitement et arrêt de la méthadone**
Extrait d'un manuel canadien pour les patients en traitement par la méthadone
page 15
- **Sortie de toxicomanie : « La constance du jardinier »**
Dr Jacques BARSONY, Toulouse
page 19
- **La méthadone, plus difficile à arrêter que l'héroïne ?**
*Dr Maroussia WILQUIN, Abbeville,
Pr Olivier COTTENCIN, Lille*
page 22

Comité scientifique du Flyer

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

Comité de rédaction : Pr Claude LEJEUNE (Paris), Pr Olivier COTTENCIN (Lille), Dr Béatrice CHERRIH (Charleville-Mézières), Stéphane ROBINET (Strasbourg), Dr Pierre BODENEZ (Brest), Dr Yves CAER (Saint-Avé), Dr Maroussia WILQUIN (Abbeville), Dr Sophie VELASTEGUI (Clermont), Salomé CAMPOS (Montargis), Dr Phuc NGUYEN (Roanne).

Comité de lecture : Dr Richard LOPEZ (Saint-Denis), 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 PEQUART (Paris), Dr Colette GERBAUD (Nice).

Photographe : Jean-Paul CECILLON (Paris)

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

**Mustapha BENSLIMANE
NOVA DONA
82, avenue Denfert-Rochereau
75014 PARIS**

E-mail : revue.leflyer@gmail.com

Liens 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 Laboratoires Bouchara-Recordati apportent un soutien régulier pour l'impression et la diffusion de la revue. Les sociétés Alere et Méridian Bioscience apportent également leur soutien à la revue et à ses actions (colloques, fiches-patients...)

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"**

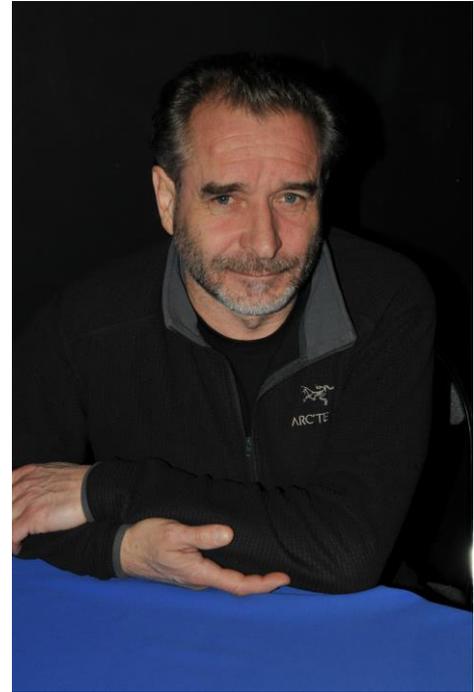
"En application de la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit auprès de la Rédaction du Flyer"

Quand et comment arrêter un traitement de substitution opiacée ? combien s'en sortent ? combien guérissent ?...

Sous-entendu, combien arrêtent de prendre le médicament, méthadone ou buprénorphine ? Autant de question auxquelles nous sommes pressés de répondre. Plus subtilement, la question peut être, **combien de temps dure un traitement de substitution opiacée ?** Ce qui oblige à penser que la notion de durée de traitement est étroitement corrélée à celle de l'arrêt !

Derrière ces questions dont il ne s'agit pas de contester la légitimité, apparaissent « *des opinions contrastées, avec un imbroglio entre des critères scientifiques et des considérations basées sur les valeurs morales prioritaires* ».

C'est ainsi que Jean-Pierre Jacques introduit sa réflexion dans l'article qui figure en première place dans ce Flyer hors-série consacré à ce sujet. Dans 'valeurs morales prioritaires', il semble faire référence à l'idéal judéo-chrétien d'abstinence dont on pourrait finalement se passer dans une vision 'réduction des risques et des dommages' sur laquelle nous reviendrons.



Quoi qu'il en soit, force est de constater que souvent 2 positions un peu extrêmes transparaissent dans les questions (et les réponses) quand il s'agit de discuter de l'arrêt du traitement.

D'un côté, la notion de traitement à vie, qui a ses thuriféraires, justifiée par le modèle 'maladie chronique' et le caractère irréversible des lésions induites par la consommation d'opiacés. Pas de doute alors, c'est bien un traitement de substitution au très long cours, voire à vie, qu'il faudra entreprendre ! Ceci nous paraît quelque peu excessif. En effet, les exemples de sujets s'étant affranchis de leur dépendance, avec ou sans le soutien de professionnels de santé, abondent et illustrent la possibilité de 's'en sortir', qu'il s'agisse de tabac, d'alcool ou d'opiacés. Par ailleurs, il nous paraît peu aidant pour les patients dépendants, au moment où ils sollicitent une aide, une prescription de les 'condamner' à un traitement à vie avec un diagnostic de maladie chronique. C'est pour le moins stigmatisant et surtout décourageant.

D'un autre côté, l'idée que l'arrêt du traitement signe la 'guérison', notion tout aussi peu pertinente, sinon saugrenue. Celle-ci repose en partie sur l'idée que si certains arrêtent, tous peuvent le faire. Malheureusement, en addictologie, nous savons que c'est faux ! La capacité (et non la volonté !) qu'ont certains sujets dépendants d'arrêter leurs conduites addictives n'est pas généralisable à tous, sinon l'addictologie (ses services, consultations, ses médicaments...), avec sa dimension réduction des risques et des dommages, n'existerait pas ou serait une discipline confidentielle !

Quant à la question de **la responsabilité des médicaments de substitution dans l'entretien de la dépendance du sujet**, nous appelons encore Jean-Pierre Jacques : « **on reproche au traitement ce qui est à imputer à la 'maladie' ; s'il y a indication d'une substitution, c'est bien parce que le sujet est dépendant** » et, pour prolonger sa pensée, parce ce sujet n'a pu s'en sortir lui-même (ou avec de l'aide).

Il faut se souvenir que l'idée même du traitement de substitution opiacée (par la méthadone) fut inventée dans les années 60 par Dole et Nyswander. Que leur propos n'était pas celui d'une quelconque camisole chimique, (argument des antis substitution d'une autre époque) mais de trouver **une solution alternative aux sevrages dont ils constataient eux-mêmes pour les pratiquer, qu'ils échouaient quasi-systématiquement**. Leurs patients revenaient quelques semaines après la cure, dans des états physiques et mentaux détériorés et ils constataient que chaque nouveau sevrage paraissait plus douloureux encore sans plus grand espoir de 'guérison'.

Les traitements de substitution se sont ainsi progressivement imposés (pas toujours facilement) pour leurs capacités à réduire la mortalité des usagers de drogue, les pratiques à risque et les séroconversions, la santé physique et mentale des usagers, les coûts sociétaux et la criminalité...

Mais pas pour rendre miraculeusement abstinents des sujets avec des conduites addictives sévères et des dépendances bien installées (souvent multiples) ! Si l'abstinence est la priorité, voire l'exigence pour le sujet ou pour le soignant, mieux vaut alors préférer un sevrage (hospitalier ou ambulatoire) qu'un traitement de substitution dont l'objectif à court terme serait l'abstinence. A l'issue d'un traitement de substitution opiacée bien mené, qui aura permis d'améliorer la santé d'un sujet, réduit les risques et les dommages liés à sa consommation de drogues et mieux gérer sa (ses) conduite(s) addictive(s), la question de l'arrêt du traitement pourra alors se poser !

Comme le propose l'extrait reproduit dans ce Flyer hors-série du Manuel du client Traitement de maintien à la méthadone du CAMH (Centre for Addiction and Mental Health – Canada) dédié à l'arrêt du traitement par la méthadone (page 15), l'attention doit être portée sur des facteurs environnementaux ou propres au sujet. Ceci peut se faire à l'aide du questionnaire inclus dans l'article. Il ne s'agit pas d'obtenir un score décisif dans l'orientation ou non vers l'arrêt du traitement, mais **d'identifier des points de vulnérabilité dont soignants et patients devront se préoccuper**.

Mais quoi qu'il en soit, l'idée qu'il faille mettre fin au traitement de substitution parce qu'intrinsèquement ce n'est pas bon de prendre ces médicaments au long cours est malvenue. Nous appelons encore Jean-Pierre Jacques à la rescousse : «... **Cette chronicité de la substitution est d'autant mieux défendable que les substituts, méthadone et buprénorphine, sont des molécules providentiellement dépourvues de toxicité médicale en usage chronique** ». Certes, elles peuvent occasionner des effets secondaires, parfois gênants, souvent gérables, mais elles ne présentent aucun dommage, aucune toxicité, dans la prise au long cours dans les conditions normales d'utilisation, pas plus que l'utilisation d'opiacés dans le traitement de douleurs chroniques.

C'est bien le souhait du patient (et de lui-seul) qui est la priorité, après qu'il ait mesuré avec les soignants ses propres capacités à s'amender du traitement et pris connaissance des risques inhérents à l'abstinence au traitement.

La littérature scientifique nous informe très précisément de ces risques.

Le premier de ceux-ci est le risque d'overdose, en cas de re-consommation sur un organisme devenu moins tolérant (« loss of tolerance ») pour cause d'abstinence. L'étude de Strang publié dans le British Medical Journal, repris ici dans l'article de Maroussia Wilquin et Olivier Cottencin (page 22) montre effectivement ce risque élevé. **13% de patients décédés d'overdose dans un sous-groupe de patients parvenus à une abstinence totale** ('guéris' donc !) à l'issue d'un sevrage qu'ils avaient sollicité. Dans le même temps, aucun décès n'avait été enregistré dans le groupe de ceux qui avaient 'échoué' dans leur tentative, heureusement pour eux, a-t-on envie de dire !

Dans une étude plus récente (2010), publiée également dans le British Medical Journal, un suivi de cohorte sur plus de 5 000 patients, **les auteurs confirment le risque de surmortalité dans le mois qui suit l'arrêt du traitement, 4 fois plus élevé que pour l'ensemble des périodes hors**

traitement. Le Dr Laurent Michel avait analysé pour nous ce travail, repris lui-aussi dans le Flyer 42 (février 2011). Le tableau ci-après résume parfaitement la problématique et montre les variations en matière de risque de mortalité selon le moment.

En clair, **exposer un patient à un risque de décès par overdose alors qu'on l'en a protégé pendant des années d'accompagnement est une bien piètre récompense !** Il faut que les patients soient clairement informés du risque d'overdose qu'ils encourent s'ils reconsommement après être devenus abstinents et que les soignants répètent inlassablement un message de réduction du risque, non pas de rechute, mais bien de mort par overdose.

BMJ

RESEARCH

Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database

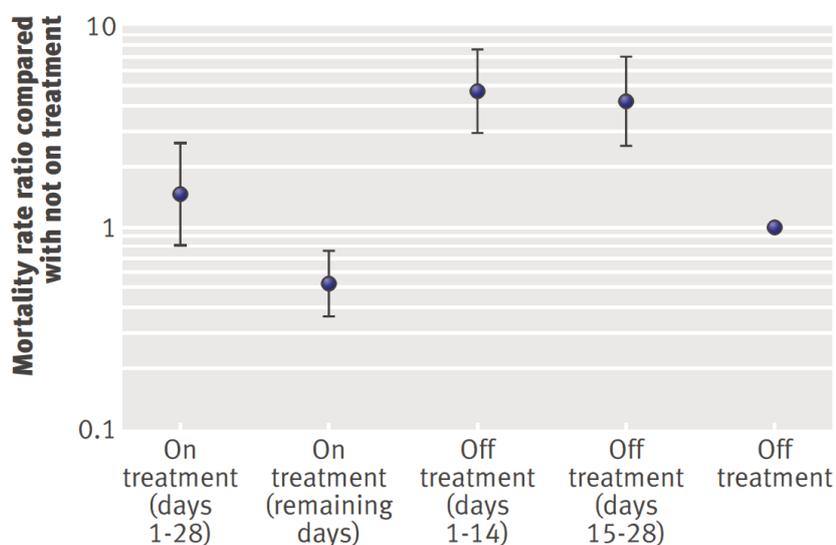


Fig 1 | Adjusted risk of death, compared with not being on treatment, during and after opiate substitution treatment

Un autre risque important est celui d'un transfert d'addiction ou plus simplement un report vers d'autres objets addictifs (une consommation d'alcool ou de benzodiazépines qui va s'accroître par exemple). Convoquons à nouveau Jean-Pierre Jacques « **...l'évolution extrêmement fréquente vers un éthyisme sévère parmi les patients prétendument 'désintoxiqués' des opiacés, héroïne ou méthadone...** ». Nous sommes nombreux à l'avoir observé auprès de patients où l'abstinence chèrement acquise, au prix de tentatives répétées, souvent douloureuses, de sevrage (d'héroïne ou de MSO), a eu pour conséquence une augmentation problématique des consommations souvent plus dangereuses, en tous cas comparées aux MSO. Où est l'intérêt de devenir abstinent de méthadone ou de buprénorphine pour dépendre d'un nouveau substitut (alcool ou benzos), plus préjudiciable pour la santé ?

Notons qu'avant même l'abstinence au médicament de substitution, on observe parfois des prises compensatrices d'alcool chez des patients sous-dosés en MSO, victimes d'un craving dont ils ont du mal à identifier la nature. Rechantant à augmenter la posologie de leur traitement (ou de reconsommer des opiacés illicites, tant mieux !), ils consomment de l'alcool à leur corps défendant. Il est préférable, avec leur accord, de réajuster cette posologie plutôt qu'observer ce report de consommation. De façon contre-productive, il retardera la possibilité d'une tentative d'abstinence réussie.

Nous voici enfin devant un sujet 'idéal', souhaitant être abstinente de tout opiacé, traitement de substitution inclus.

Il a repris une activité professionnelle, a renoué avec son entourage et depuis peu a à nouveau un(e) conjoint(e). Son hépatite est guérie, sa dépression sous contrôle. Il a arrêté de fumer, a réussi à se passer de benzodiazépine. Sa consommation d'alcool est modérée et il lui arrive même de ne pas boire pendant plusieurs jours consécutifs. Il est progressivement arrivé à une posologie de 40 mg de méthadone qu'il a depuis plus de 2 ans. Il a été clairement informé du risque d'overdose en cas de reconsommation s'il devient abstinente.

Si l'arrêt brutal semble peu indiqué, **l'arrêt progressif semble plus à même d'éviter les risques de reconsommation et/ou de transfert d'une dépendance vers une autre** (bien qu'il faille reconnaître qu'aucune méthode ne soit réellement validée par des études ad hoc).

Si les premières étapes sont plutôt faciles (baisse de 10% par palier de 15 jours ou plus si nécessaire), c'est à partir de 20 mg (pour la méthadone, 2 mg pour la buprénorphine) que la baisse est jugée plus difficile. Des signes de manque, oubliés depuis longtemps, peuvent réapparaître (envie de consommer, anxiété, insomnies, troubles dépressifs...). Les paliers de 15 jours peuvent alors s'allonger et la baisse devenir plus progressive (1 mg de méthadone pour chaque palier, 0,4 mg pour la buprénorphine). Si le sujet semble en difficulté, une remontée momentanée de sa posologie doit être discutée. Elle ne signe pas un échec mais établit une 'dégrossive' trop rapide pour lui.

L'arrêt du TSO ne doit pas signifier l'arrêt du suivi. Accompagner encore quelques temps le sujet devenu abstinente est une nécessité. Comment affrontera-t-il ce nouvel état, à quelles difficultés sera-t-il confronté, de quel soutien aura-t-il besoin ? Autant de questions qu'il faudra aborder dans les mois qui suivent l'arrêt.

En résumé, il ne s'agit pas ici ni de promouvoir ni de dissuader l'arrêt du traitement. L'arrêt du traitement n'est pas une urgence, ni une obligation, mais est une option pour certains, dans certaines conditions. Comme la mise en place du traitement et son suivi, il doit être envisagé sous l'angle de la réduction des risques et des dommages avec une place centrale donnée au souhait du patient. Les pressions de la famille, de l'entourage, voire de certains professionnels doivent être combattues.

D'autres pressions, politiques par exemple, comme celle de la Mission Parlementaire, qui fort peu judicieusement parmi ses conclusions, proposait de 'sortir des traitements de substitution' (2011) doivent être ignorées. Il s'agissait probablement pour eux de 'sortir les usagers des traitements de substitution', au mépris semble-t-il des données scientifiques. Si les parlementaires qui ont commis ce rapport avaient lu les études, ils auraient été probablement plus prudents dans leurs propositions.

Nous concluons avec Jean-Pierre Jacques (encore) : « **Si l'abstinence est possible pour certains, elle n'est pas un objectif pour tous** ». Autrement dit, ce n'est parce que certains ont pu devenir abstinentes qu'ils doivent être érigés en modèles pour tous. Le niveau de problématiques médico-psycho-sociales propre à chacun et ses capacités (ce n'est pas de volonté dont il s'agit bien sûr !) sont probablement les critères principaux à évaluer avant d'entamer une baisse de posologie devant conduire à l'arrêt. Nous avons tous, par notre pratique, constaté que si certains pouvaient se libérer de leur traitement (et de nous autres, les soignants !), d'autres trouvaient un réel bénéfice dans un suivi à très long terme, avec une prescription continue et ce, jusqu'à un âge canonique...

Stéphane Robinet et Olivier Cottencin pour et avec 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, notamment en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés, et n'engagent que leurs auteurs.

De l'opportunité d'arrêter, ou non, la méthadone

Dr Jean-Pierre JACQUES, Bruxelles

Note de la rédaction :

Cet article a été écrit par le Dr Jean-Pierre Jacques pour le numéro 16 de la revue en avril 2004, c'est-à-dire il y a plus de 10 ans. Selon le comité de rédaction, il reste un des meilleurs articles que nous avons publiés depuis la création de la revue. Par ailleurs, le propos de Jean-Pierre Jacques nous a semblé garder toute sa pertinence et sa présence dans ce numéro spécial consacré à l'arrêt du traitement nous a paru évidente.

A quels patients est-il opportun de recommander la cessation d'un traitement de substitution à la méthadone, comment procéder et quel peut être le pronostic et les difficultés de cette entreprise ? Voilà ce dont traitera cette réflexion, appuyée sur la littérature et sur l'expérience clinique.

Inutile de se dissimuler combien sont contrastées les opinions, expertes ou naïves, exprimées sur cette question. Les uns évoquent, non sans de solides arguments, le danger d'interrompre la méthadone¹. Les autres, avec bon sens, s'inquiètent de la servitude qu'imposent les traitements de maintenance à vie ; certains en tirent parti pour recruter dans des sectes comme Narconon les soi-disant « méthadone addicts »². **D'emblée, on constate un imbroglio entre les critères scientifiques et les considérations basées sur les valeurs morales prioritaires.** Un article classique de Maddux & Desmond³ illustre à merveille cette question : selon que l'objectif prioritaire soit l'abstinence ou l'insertion sociale (« social performance »), la maintenance à la méthadone sera déconseillée ou recommandée. En outre, la gravité des épidémies du sida et des hépatites ont conduit à revoir drastiquement à la baisse les priorités en termes de sevrage en ce qu'elles s'accompagnaient d'une exposition beaucoup plus forte aux risques infectieux. Une recherche récente, comparant la maintenance à la méthadone à un programme de désintoxication renforcé au plan psychosocial concluait d'ailleurs sur la supériorité de la maintenance⁴.

Extraits de la littérature spécialisée

Celui ou celle qui, de bonne foi et sans parti pris, souhaite se forger son opinion peut parcourir la littérature scientifique accumulée sur le sujet depuis 30 ans. Il ou elle sera frappé par la discordance des résultats. Ceci n'a rien de nouveau et l'on se rappellera avec plaisir les pages cocasses de Claude Bachmann et Anne Coppel qui nous divertissaient en nous rappelant les interminables débats de la fin du XIX^e s. sur les cures courtes ou longues⁵.

Plus récemment, en 1976, l'étude de Riordan & al.⁶, portant sur 38 patients, concluait sur un nombre « substantiel » de patients abstinents, professionnellement réinsérés et non judiciairisés depuis leur désintoxication. De même, Stimmel & al.⁷, au terme d'une période d'observation de 3 ans portant sur un échantillon de départ de 335 sujets désintoxiqués de la méthadone, dont 269 avaient pu être retrouvés, observait 35 % de sujets abstinents, 58 % de sujets usagers d'opiacés et 8% de sujets décédés ou incarcérés. Ils constataient que pas moins de 35 % des rechutes survenaient après 3 ans ou plus et concluaient que « **si l'abstinence après la dépendance aux opiacés est possible, ce n'est pas un objectif réaliste pour tous** ». Ils affirmaient également que « la désintoxication prématurée de la maintenance à la méthadone est associée à un taux élevé de récidence ».

Cushman⁸, à l'opposé, ne retrouve que 9,7 % de son échantillon de départ parmi la catégorie des sujets abstinents et stables, avec un recul de 11 ans. Il en conclut d'ailleurs prudemment que « puisque la fréquence d'un état permanent d'abstinence à l'égard des opiacés n'est que de 9,7 % parmi les 522 patients de l'échantillon observé, la désintoxication [de la méthadone] ne devrait pas être un objectif réaliste pour tous les patients qui entrent en traitement ».

Parmi les études plus récentes, il faut signaler tout particulièrement celles conduites par les suédois de l'équipe de Hiltunen, Eklund et al. ⁹. Nous y reviendrons plus loin, mais il convient déjà d'apprécier que, selon ces auteurs, seuls 10 % des patients d'un programme de maintenance à la méthadone tentaient de mettre fin à cette maintenance et que la moitié seulement d'entre eux y parvenaient. Si les résultats en termes quantitatifs de cette étude laissent songeur, les résultats qualitatifs étaient plus encourageants : « la majorité des patients qui avaient quitté la méthadone semblent vivre une vie réglée, sans abus de substances et décrivaient un accroissement général de leur niveau de satisfaction en raison de la réussite de le projet d'abstinence » ¹⁰.

Comme toujours, la validité des conclusions d'un chercheur sera appréciée à la lumière de la construction de son protocole, du nombre de patients observés dans l'échantillon, etc. Ainsi la durée de la période d'observation est déterminante, et ne devrait être inférieure à 3 ans ¹¹. Autrement dit, les études qui évaluent le succès d'un processus de « désintoxication » après quelques semaines ou quelques mois n'ont guère de valeur pronostique. De même, le sérieux d'une étude peut se mesurer aux critères retenus pour définir l'abstinence, qui ne peut se limiter à l'abstention du recours aux opiacés.

L'évolution extrêmement fréquente vers un éthylisme sévère parmi les patients prétendument « désintoxiqués » des opiacés, héroïne ou méthadone, doit faire partie des investigations, quand on se rappelle le pronostic funeste de cette dépendance, malgré sa dimension de normalisation sociale. En d'autres termes, s'il faut choisir entre une dépendance médicalement assistée à la méthadone et une abstinence assistée par un éthylisme chronique, de nombreux arguments, d'ordre médical aussi bien qu'inspirés par un souci de santé mentale, font préférer la maintenance à la méthadone. Par ailleurs, les sujets qui déjà en maintenance à la méthadone abusent d'alcool avaient un mauvais pronostic, avec ou sans désintoxication de la méthadone ¹².

L'irréversibilité de la substitution ?

Parmi les réticences qui ont longtemps contrarié le développement des traitements de substitution, l'une d'elles comporte l'idée qu'un traitement de substitution serait une voie sans issue, sans retour possible. En d'autres termes, une fois un sujet engagé dans la substitution, rien ne lui permettrait d'en sortir ; il s'agirait donc d'une décision très grave, irréversible en quelque sorte. D'où la question trop souvent entendue : « Combien s'en sortent-ils ? », autrement dit : « Combien en guérissez-vous ? », question assez courte en définitive.

Cette inquiétude est en partie le fruit d'un malentendu. **On reproche au traitement ce qui est à imputer à la « maladie » ; s'il y a indication de substitution, c'est bien parce que le sujet est dépendant.** La substitution n'a pas nécessairement pour projet d'abolir la dépendance, mais en tout cas de la rendre vivable, de ne pas mener le sujet à la mort prématurée, ou à une dégradation. **En d'autres termes, lorsqu'un sujet échoue dans ses tentatives à abandonner la substitution, cela ne permet pas d'en contester l'indication, mais cela nous rappelle l'aspect énigmatique et chronique de la dépendance** ¹³.

Malgré de nombreux travaux, la recherche médicale n'est pas jusqu'ici parvenue à trancher le débat des éventuelles contributions génétiques à la prédisposition aux addictions, même si de plus en plus d'arguments sont alignés dans ce sens ¹⁴. De même, certaines « carrières de dépendance » seraient selon certains auteurs le résultat de lésions irréversibles au niveau neurobiologique ¹⁵, dont il serait illusoire d'espérer que les traitements actuels puissent débarrasser le sujet ; ces hypothétiques lésions, par exemple au niveau de la population des récepteurs membranaires aux opiacés ou des circuits dopaminergiques (le prétendu « circuit de la récompense »), n'ont pas été démontrées de manière indiscutable jusqu'ici, selon l'état de nos connaissances.

Enfin, certains sujets infirment par leur évolution cette prétendue irréversibilité et sortent de leur dépendance, du moins des dépendances stigmatisées, aux substances toxiques ; qu'ils recourent pour y parvenir à des traitements ou qu'ils profitent d'un accident heureux de leur vie, amoureuse ou professionnelle, est à discuter ailleurs. D'où l'expression, empruntée au psychanalyste J. Lacan : « la guérison survient de surcroît ».

La chronicité de la dépendance

La guérison, ou à tout le moins l'apaisement du sujet, ne se réduit d'ailleurs pas au sevrage, à l'obtention de l'abstinence. Parfois bien au contraire, le projet impatient ou forcé d'abstinence est une défense contre la cure, contre ce qu'elle comporte comme remise en question, ou abandon de compromis pathologique.

Au regard de l'idéal d'abstinence, le traitement de substitution s'inscrit donc très souvent dans une temporalité longue, dans une chronicité, qui ne signifie pas une immobilité ; ce qu'il convient alors de mobiliser n'est pas le dosage de tel médicament, mais le rapport que le sujet peut entretenir avec le social sous toutes ses formes (famille, justice, travail, argent...) ou plus généralement le rapport qu'il peut entretenir avec la jouissance, par exemple masochiste.

Rien ne s'oppose à une prescription à très long terme, voire interminable, du substitut, pour un sujet qui peut s'appuyer sur ce recours pour s'émanciper de sa névrose, de son exclusion sociale ou contenir sa psychose ou sa mélancolie. **Cette chronicité de la substitution est d'autant mieux défendable que les substituts, méthadone et buprénorphine, sont des molécules providentiellement dépourvues de toxicité médicale en usage chronique.**

Néanmoins, cette innocuité ne doit pas faire sous-estimer la contrainte, pratique et éthique, qu'un traitement médical à long terme comporte, cette sorte de « fil à la patte », qui irrite certains patients et remplit d'autres de ravissement.

La désintoxication ou la qualité de vie

Lors de leur première rencontre avec les traitements de substitution, les patients en demande d'aide donnent fréquemment la priorité à une désintoxication (« sevrage ») sur toute autre considération. En cela, ils respectent le discours dominant, qui les presse d'« en sortir » en assimilant la guérison à l'abstinence. Or le prix à payer peut être lourd, en termes de souffrance aiguë mais aussi en termes d'incapacité sociale, relationnelle ou professionnelle ou en termes d'accidents de surdosage ou infectieux.

Autrement dit, la volonté parfois farouche de désintoxication peut amener ces patients à faire l'expérience d'un effondrement de leurs aptitudes et de leur qualité de vie, qui étaient généralement déjà médiocres auparavant.

Paradoxalement, depuis la généralisation des traitements de substitution, il est parfois délicat pour les thérapeutes de les dissuader de ce projet d'abstinence express. Il est pourtant indispensable d'évoquer cette question et d'amener le patient à inverser les priorités, au profit d'un temps de substitution mieux aménagé, qui restaure ces aptitudes compromises et la qualité de vie, et ajourne parfois durablement la désintoxication au sens de l'abandon de tout produit. Il est néanmoins légitime de parler de désintoxication, au sens d'abandon (partiel ou complet) des produits non prescrits, c'est-à-dire illicites et de composition, dosage et qualité douteux. Inversement, il n'est pas exact de parler d'intoxication dans le contexte de la substitution : les médicaments de substitution sont intrinsèquement peu ou pas toxiques, pourvu que soient respectées les règles d'indication et de suivi médical. En outre, en usage régulier, les effets subjectifs procurés par la méthadone, euphorie, « défonce », sont peu perceptibles, voire impossibles à distinguer de ceux qui résultent de l'effet de psychotropes mineurs.

La demande de dégressive ou de « detox » (à court ou moyen terme)

Pour l'opinion publique peu avertie, et donc pour beaucoup de patients au moment où ils s'adressent à nous, la « désintoxication » est l'objectif à atteindre dans les meilleurs délais et quel qu'en soit le prix, en termes d'incapacité transitoire.

Il n'est pas rare de constater, derrière leur insistance à accéder au sevrage, l'influence qu'un proche ou un magistrat tente d'exercer sur eux, avec les meilleures intentions. Il est également fréquent de voir un patient revendiquer une « dégressive » alors que sa situation psychosociale reste très précaire, source de stress et mériterait un dosage renforcé de méthadone !

Assez souvent, dans cette demande de désintoxication, sont niés la complexité de la dépendance, et le fait que le sujet ne s'est pas rendu dépendant par hasard, par accident, par le seul jeu des mauvaises rencontres, mais que cette dépendance remplit une fonction majeure dans son économie psychique et relationnelle. En d'autres termes, que la « rechute » est de règle aussi longtemps que le sujet n'a pas pu trouver une autre façon de satisfaire cette fonction.

Parfois, la pression qui s'exerce sur le sujet, ou celle qu'il s'impose, est telle qu'il n'est pas possible de discuter sa demande de désintoxication à court ou à moyen terme. Il va de soi que la plupart de ces demandes devraient aboutir préférentiellement dans les lieux institutionnels mieux équipés, comme les services spécialisés des hôpitaux ou certaines communautés thérapeutiques. Mais le sujet qui s'adresse à un centre réputé pour le recours à la substitution invoque volontiers des circonstances, souvent crédibles, qui le contraignent à éviter l'hôpital et à préférer une désintoxication ambulatoire (responsabilités familiales, professionnelles, etc.).

Selon notre expérience et la littérature internationale récente ¹⁶, la proportion de cures ainsi menées à bien, sans « rechute » ni évolution vers une dépendance de relais (alcool par ex.), est mince.

La dimension passionnelle de cette demande, qui fait fi de nos arguments rationnels, nous indique d'ailleurs que la surdité du patient ou de son entourage à nos propos est un facteur de mauvais pronostic. Dans une étude récente menée en Australie ¹⁷, 70 % des patients semblent intéressés en première analyse à un sevrage de la méthadone, seuls 17 % peuvent être considérés de bon pronostic avec une bonne probabilité de rester abstinents au moins 3 mois après le sevrage !

Il peut être néanmoins préférable d'accepter cette demande du patient, afin de l'assister au moment où il découvrira la vanité de ce type d'efforts. Et bien entendu aussi pour rester fidèle à une éthique de la réduction des risques : mieux vaut une cure dégressive qui échoue et qui débouche sur une autre demande, qu'un refus qui renvoie le patient à un usage sauvage et qui l'expose aux risques les plus flagrants.

Idéalement, les candidats à une dégressive qui voient leurs efforts contrariés par une reconsommation d'opiacés non prescrits ou par des symptômes de sevrage insupportables, ne devraient pas être pénalisés par l'équipe thérapeutique. Il devrait leur être proposé de relever le dosage et d'investir les aspects non pharmacologiques de la prise en charge.

Il n'existe pas de protocole standardisé de dégressive, validé par des études internationales. En milieu protégé (hôpital, communauté thérapeutique, établissements pénitentiaires), on peut généralement réduire le dosage de l'ordre de 5 à 10 mg de méthadone par semaine. En ambulatoire, c'est-à-dire dans des conditions de stress majorées et d'exposition régulière aux offres d'h ro ine, ces schémas doivent souvent être tempérés. Une correction des symptômes de sevrage par des médications non opiacées est souvent utile : antidépresseurs, sédatifs, myorelaxants, inducteurs du sommeil, neuroleptiques, anticonvulsivants,

antalgiques... Au risque très réel d'induire une nouvelle dépendance à certaines de ces molécules (en particulier aux benzodiazépines et à leurs clones).

En tout état de cause, il faut éviter d'emboîter le pas à des demandes prématurées de 'dégressives', qui constituent la pente naturelle de nombreux patients... et semblent très tentante pour de nombreux médecins ! Il existe des arguments physiologiques pour justifier une période de maintenance de quelques mois au moins, le temps nécessaire à tirer parti de l'effet stabilisateur du « steady-state » des taux plasmatiques et de l'occupation des récepteurs aux opiacés. Cet effet, que l'on peut obtenir avec la méthadone, doit être comparé au profil désordonné de l'évolution de ces paramètres observée lors d'une consommation chronique d'héroïne.

Il ne faut de toute façon pas perdre de vue que ce qui justifie fondamentalement d'entamer une 'dégressive', c'est l'évolution des problématiques sous-jacentes vis-à-vis desquelles la consommation a initialement fait office de solution ou de refuge pour le patient. Cette évolution se fait parfois par étapes, et la 'dégressive' n'est donc pas nécessairement un processus linéaire dans lequel on s'engage de manière inéluctable.

Techniques de « dégressive »

Paru dans l'une des plus prestigieuses revues médicales, un récent article de Kosten et O'Connor faisait le point sur les techniques de gestion des syndromes de sevrage à l'alcool et aux drogues¹⁸. On peut y voir rappelé que « pour les patients dépendants de l'héroïne, une stabilisation prolongée à un opioïde est souvent une option thérapeutique préférable à la désintoxication et à l'abstinence ». Si la désintoxication des opiacés doit néanmoins être entreprise, l'article, auquel nous renvoyons pour les détails pratiques et la discussion, évoque trois modalités principales :

1. Avec le recours à des agonistes opioïdes :

Méthadone : de 20 à 35 mg/j. ; réduction hebdomadaire de 3% de la dose de départ.

Buprénorphine : 4 à 16 mg/j. ; réduction progressive en quelques jours ou semaines.

2. Avec le recours à des drogues non opiacées :

Clonidine 0,2 mg 3x/j. ou lofexidine 0,2 mg 2x/j. (10 jours pour l'héroïne ; 14 j. pour la méthadone).

3. Désintoxication rapide ou ultra-rapide :

- Détox rapide : combinaison clonidine et naltrexone, protocoles de 5 j. ; ou combinaison clonidine / naltrexone / buprénorphine, qui semble préférable.

- U.R.O.D. (ultra-rapid opiate detoxification) : anesthésie générale et naloxone, puis naltrexone^{19,20}.

D'autres molécules ont fait l'objet d'essais, publiés ou non, comme le propoxyphène²¹. Rien ne permet d'en recommander l'usage en pratique courante. Par contre, la dérivation d'un patient bien stabilisé à des doses modérées de méthadone vers la buprénorphine fait l'objet d'un intérêt des cliniciens et des chercheurs²².

Si ces méthodes ont fait l'objet d'une validation (tolérance, réduction des symptômes de sevrage, taux de rétention, etc.), aucune ne peut garantir un taux d'abstinence à moyen ou long terme. Au-delà des questions techniques, les points décisifs résident dans une sélection appropriée des indications et la négociation d'un projet thérapeutique viable au long cours (soutien par un antagoniste, séjour en communauté thérapeutique, exil thérapeutique, etc).

Pour outiller la question de la sélection des meilleures indications, certains auteurs, en particulier l'équipe de Hiltunen et Eklund^{23,24}, ont étudié les facteurs, qu'ils soient liés au traitement ou au patient, qui permettent d'augurer un pronostic favorable de sortie d'une maintenance à la méthadone.

Pour une stratégie de sevrage de la méthadone, les diminutions de doses ne doivent donc pas dépasser 3 à 10 % de la dose totale par semaine. À cette condition, on n'observe généralement que des symptômes discrets (bâillements, frissons, nervosité) pendant deux ou trois jours suivant la diminution.

Elles doivent s'espacer d'un temps suffisant pour permettre la réadaptation de l'organisme au nouveau dosage. La prudence s'impose dans l'évaluation empirique de ce délai – généralement de l'ordre de deux semaines minimum. Il n'est pas rare en effet d'observer un certain « effet retard » dans la manifestation des symptômes de diminution, qui peuvent subitement être ressentis après quelques semaines d'une diminution trop rapide qui semblait pourtant bien tolérée.

On rencontre des patients qui demandent une 'dégressive à l'aveugle', mais peu de médecins acceptent de pratiquer cette méthode, dont les avantages sont peu évidents, mais qui a néanmoins été expérimentée à quelques reprises et fait l'objet de rares publications ²⁵.

Dans certaines (rares) situations, les conditions peuvent justifier une attitude plus entreprenante qui se solde par un sevrage hospitalier, soit par la technique classique (dégressive rapide avec atténuation symptomatique des signes du sevrage), soit par la technique dite U.R.O.D. (« lavage » des récepteurs opiacés par de fortes doses d'antagoniste administrées sous anesthésie générale). Ceci pourra s'envisager par exemple en cas de retour prolongé ou définitif au pays d'origine ou, de façon plus générale, en cas d'évolution radicale des conditions d'existence vers une situation où la méthadone et/ou l'héroïne ne serait plus disponible ou si la poursuite d'un traitement de substitution à la méthadone devenait un obstacle à la réinsertion (dans le cadre de certaines activités professionnelles par exemple).

Précautions

Il importe de préciser aux patients qui entament une 'dégressive' que la relation thérapeutique est bien entendu susceptible de se poursuivre au-delà de la durée du traitement pharmacologique. Discuter ce point est rarement superflu, en particulier pour les patients qui semblent avoir peu investi la relation transférentielle et pour qui l'existence d'un « à-côté » au traitement pharmacologique n'apparaît parfois qu'à ce moment.

Même après des traitements bien conduits, les rechutes ne sont pas à exclure. Il faut porter toute l'attention nécessaire à la bienveillance de l'accueil réservé aux anciens patients en rechute qui formuleraient une nouvelle demande de prise en charge, situation en soi souvent très culpabilisante pour le patient... et susceptible également de provoquer un sentiment d'échec chez les intervenants !

La reprise en traitement a tout avantage à s'appuyer sur la relation antérieure. Elle peut certes bénéficier d'une procédure accélérée pour ce qui est des aspects pharmacologiques, sans pour autant négliger l'évaluation soigneuse du niveau de tolérance actuel (durée et intensité de la rechute), ni surtout faire l'impasse sur les éléments de sens qui s'y rattachent.

Dépendance aux opiacés et psychose : une clé ?

Le lien entre la psychose et la dépendance chronique aux opiacés se pose de plus en plus souvent, que ce lien soit formulé tel quel, ou qu'il soit exprimé en termes de « co-morbidité ». Psychose flagrante, décompensée, avec hallucinations ou délire, ou structure de personnalité psychotique qui n'est manifeste qu'aux oreilles d'un praticien averti, apte à "interpréter" la position subjective du sujet persécuté. Cette question déborde le cadre fixé à cette contribution. Néanmoins, à côté d'autres éventualités, de névrose (post-traumatique ou phobique par ex.) ou de perversion, la

psychose chronique, avérée ou dissimulée, semble une structure particulièrement représentée au sein de la patientèle chronique des institutions spécialisées.

Il n'est pas exclu que, pour un sujet psychotique, les opiacés, et en particulier la méthadone, soient une façon d'accommoder, de "matelasser" sa psychose, de mobiliser des suppléances. La survenue d'une décompensation psychotique à l'issue du sevrage des opiacés est d'ailleurs rencontrée en pratique clinique et dans la littérature ²⁶.

À Bruxelles, plusieurs institutions se sont spécialisées dans l'accueil aux sujets dépendants de substances qui présentent une structure psychotique avérée ou probable.

Cette hypothèse d'une structure de personnalité psychotique sous-jacente, affection chronique récidivante s'il en est, rendrait compte, au moins en partie, de la chronicité irréductible rencontrée chez une forte proportion des patients en maintenance à la méthadone. Elle confirmerait l'importance d'une attitude de respect à adopter devant ces patients, y compris devant les aspects positifs de leur dépendance, vue comme une tentative de traitement de cette psychose.

Bibliographie

- ¹ Deglon J.J., Arrêt de la méthadone, attention danger !, THS La Revue des Addictions, vol. V, n° 17, mars 2003, pp. 910-911.
- ² Voir par ex. : www.methadoneaddiction.net.
- ³ Maddux JF, Desmond DP. Ten-year follow-up after admission to methadone maintenance. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1992;18(3):289-303.
- ⁴ Sees KL, Delucchi KL, Masson C, Rosen A, Clark HW, Robillard H, Banys P, Hall SM. Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 Mar 8;283(10):1303-10.
- ⁵ Bachmann Cl. Coppel A., La drogue dans le monde, Le Seuil, 1989, chapitre 10, "Méthode brusque ou sevrage progressif", pp. 166-171
- ⁶ Riordan CE, Mezritz M, Slobetz F, Kleber HD., Successful detoxification from methadone maintenance. Follow-up study of 38 patients. *JAMA*. 1976 Jun 14;235(24):2604-7.
- ⁷ Stimmel B, Goldberg J, Rotkopf E, Cohen M. Ability to remain abstinent after methadone detoxification. A six-year study. *JAMA*. 1977 Mar 21;237(12):1216-20.
- ⁸ Cushman P Jr. Abstinence following detoxification and methadone maintenance treatment. *Am J Med*. 1978 Jul;65(1):46-52.
- ⁹ Eklund C, Melin L, Hiltunen A, Borg S. Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: long-term outcome and effects on quality of life and life situation. *Int J Addict*. 1994 Apr;29(5):627-45.
- ¹⁰ Eklund C & al., op. cit.
- ¹¹ Cushman P Jr, op.cit. ¹² Cushman P Jr, op.cit.
- ¹³ Newman R.G., Methadone treatment : defining and evaluating success, *New England Journal of Medicine*, 1987 (317), 447-450.
- ¹⁴ Voir par ex. Alcohol and drugs of abuse : genetics, neurobiology, clinical definitions and endpoints, future therapies, European Workshop, Brussels, 7 february 2001.
- ¹⁵ Kreek M. J., Methadone-Related Opioid Agonist Pharmacotherapy for Heroin Addiction: History, Recent Molecular and Neurochemical Research and Future in Mainstream Medicine, *Annals of the New York Academy of Sciences* 2000 (909):186-216.
- ¹⁶ Eklund C & al., op. cit.
- ¹⁷ Michael Lenné , Nick Lintzeris, Courtney Breen, Simon Harris, Lynn Hawken, Richard Mattick, Alison Ritter, Withdrawal from methadone maintenance treatment: prognosis and participant perspectives, *Aust N Z J Public Health* 2001; 25: 121-5.
- ¹⁸ Kosten T.R. & O'Connor P., Management of Drug and Alcohol Withdrawal, *N Engl J Med*, 2003;348:1786-95.
- ¹⁹ Hensel M, Kox WJ. Safety, efficacy, and long-term results of a modified version of rapid opiate detoxification under general anaesthesia: a prospective study in methadone, heroin, codeine and morphine addicts. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2000 Mar;44(3):326-33.
- ²⁰ Hanak C. & al., Le « sevrage » ultra-rapide de patients dépendants aux opiacés : un complément à l'article de Fontaine & al., *l'Encéphale*, 2002 ; XXVIII : 176-7.

- ²¹ Woody GE, Mintz J, Tennant F, O'Brien CP, McLellan AT, Marcovici M., Propoxyphene form maintenance treatment of narcotic addiction, Arch Gen Psychiatry. 1981 Aug;38(8):898-900. ²² Banys P, Clark HW, Tusel DJ, Sees K, Stewart P, Mongan L, Delucchi K, Callaway E. An open trial of low dose buprenorphine in treating methadone withdrawal. J Subst Abuse Treat. 1994 JanFeb;11(1):9-15.
- ²³ Eklund C, Hiltunen AJ, Melin L, Borg S. Abstinence fear in methadone maintenance withdrawal: a possible obstacle for getting off methadone. Subst Use Misuse. 1997 May;32(6):779-92.
- ²⁴ Eklund C, Hiltunen AJ, Melin L, Borg S. Patient perceptions of psychological and physiological withdrawal symptoms and positive factors associated with gradual withdrawal from methadone maintenance treatment: a prospective study. Subst Use Misuse. 1997 Sep;32(11):1599-618.
- ²⁵ Bleich A, Gelkopf M, Hayward R, Adelson M., A naturalistic study on ending blind dosing in a methadone maintenance clinic in Israel, Drug Alcohol Depend. 2001 Jan 1;61(2):191-4.
- ²⁶ Voir par exemple, Levinson I, Galynker II, Rosenthal RN, Methadone withdrawal psychosis, J Clin Psychiatry, 1995 Feb;56(2):73-6.

Colloque du FLYER

Les interventions du Colloque
du **5 septembre 2014** sont en ligne



Pierre-Yves Desprez
*Action anti-métastatique d'un composé
du cannabis, le CBD (Cannabidiol)*



Phuc Nguyen
E-cigarette = E-revolution ?



Olivier Cottencin
TSO et alcool, entre mythes et réalités

Et bien d'autres !!

Indiquez dans votre **moteur de recherche**



Durée de traitement et arrêt de la méthadone

Extrait du Manuel du client Traitement de maintien à la méthadone

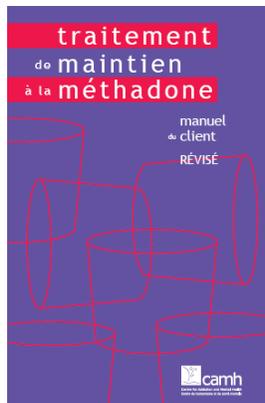
CAMH (Centre for Addiction and Mental Health) - Canada

La rédaction du Flyer

L'arrêt d'un Traitement de Substitution Opiacée est une question qui suscite souvent des polémiques. Elle fait parfois ressurgir des 'désirs' d'abstinence, tant chez les praticiens qui les mettent en œuvre que chez les usagers eux-mêmes. A ce titre, le traitement de cette question est souvent idéologique. Par ailleurs, selon l'intervenant, qu'il travaille par exemple dans une structure d'accueil de primo-accédants à un TSO ou dans une structure dont la vocation est plutôt d'accueillir des patients en fin de parcours et désireux d'en 'finir' avec ce fil à la patte, la propension à promouvoir l'arrêt du traitement est variable. Dans le second cas, il est plus naturellement enclin à se pencher sur l'arrêt des MSO qu'il prescrit quotidiennement que le médecin en structure bas-seuil pour lequel la question n'est pas au goût du jour. Les usagers eux aussi varient dans le temps et ils sont d'autant plus promoteurs des arrêts de leur MSO quand ils ont en fait l'expérience 'réussie' (car ils n'en ont plus besoin) que ceux qui en prennent toujours et qui en perçoivent, ou croient en percevoir, les bénéfices.

Nul doute que la parole de l'utilisateur doit être entendue, même si le médecin pense que le temps n'est pas venu pour lui **d'affronter sa dépendance**, car c'est bien cela dont il s'agit quand on parle de l'arrêt d'un TSO. Le TSO est bien ce qui permet d'accompagner l'utilisateur jusqu'à ce moment précis où il pourra faire face à sa dépendance, dans les meilleures conditions sanitaires et sociales possibles (réduction des risques, prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques, réinsertion...). Comme d'autres l'ont déjà souligné, parfois avec excès, il se peut que pour certains, ce moment n'arrive jamais ! Pour autant, le médecin n'a d'autre choix que d'accompagner une baisse progressive de la posologie, si elle est demandée par l'utilisateur, sous peine que l'utilisateur l'entreprenne seul, ce qui n'est pas forcément (toujours) la meilleure solution.

Cette question a déjà été traitée (ici et ailleurs) et le sera encore, le plus souvent, par le biais d'études cliniques, de suivis de cohorte ou de recommandations et guidelines à usage médical mettant en avant les avantages et inconvénients de l'arrêt d'un TSO ou les risques et bénéfices d'une telle stratégie visant à l'abstinence. Nous avons fait le choix, cette fois, d'aborder la question en deux temps (qui nous paraissent étroitement liés) : **la durée de traitement et l'arrêt du traitement**. Bien que consacré à la méthadone, le texte ci-dessous, extrait du « Manuel du client en traitement de maintien à la méthadone » est probablement applicable au traitement par buprénorphine. Le texte qui suit s'adresse directement aux usagers et il peut apparaître comme porteur des réponses adaptées à des demandes, opportunes ou prématurées, d'arrêt d'un TSO.



Manuel du client en traitement de maintien par la méthadone, disponible sur <http://www.camh.net> en version

Combien de temps vais-je prendre de la méthadone ?

C'est une des questions les plus souvent posées et il est très difficile d'y répondre.

Il y a deux approches sur la durée du traitement à la méthadone. **La première considère le traitement à la méthadone comme un traitement de longue durée**, peut-être même à vie, comme le traitement à l'insuline pour les diabétiques. Selon cette approche, la dépendance aux opioïdes est un trouble biologique et la méthadone est le médicament utilisé pour traiter cette condition.

La deuxième approche considère le traitement à la méthadone comme un traitement de courte durée. Selon cette approche, la dépendance aux opioïdes survient lorsqu'une personne tente de résoudre ses problèmes émotifs en prenant de la drogue. Lorsque la personne qui consomme des opioïdes apprend à résoudre ses problèmes de façon différente, sa vie devient plus stable et plus harmonieuse et elle est moins portée aux drogues lorsqu'elle a besoin d'aide. Le traitement à la méthadone est considéré comme une occasion pour la personne de se rétablir et de mettre de l'ordre dans sa vie. Une fois cela accompli, la personne peut diminuer graduellement sa dose de méthadone et peu à peu vivre une vie sans drogue. **Le traitement à la méthadone de courte durée dure habituellement de un à deux ans.**

Il y a du vrai dans les deux approches. La dépendance aux opioïdes change réellement la façon dont le cerveau fonctionne en supprimant la production d'endorphines, les opioïdes naturels du corps humain. Les personnes qui arrêtent de consommer des opioïdes, y compris de la méthadone, peuvent se sentir « déprimées » émotionnellement et peuvent avoir du mal à dormir pendant plusieurs mois après le sevrage. Il est également vrai qu'un bon soutien familial, un emploi stable et un profond désir de vivre sans drogue peuvent rendre la période qui suit le sevrage plus facile et réduire les risques de rechute.

Il faut savoir que les personnes qui arrêtent de prendre de la méthadone après un traitement de courte durée sont plus vulnérables au risque de rechute que les personnes qui suivent un traitement de longue durée. C'est pourquoi de nombreux médecins et intervenants encouragent leurs clients à opter pour le traitement de longue durée.

Rappelez-vous les dangers associés à l'injection de drogues, entre autres : risque élevé d'attraper le VIH et l'hépatite C, plus grande tentation aux activités criminelles et plus grand risque d'incarcération, et mort par surdose. Les effets du traitement de longue durée sont, en comparaison, minimes. Ce type de traitement n'affecte pas les organes internes ni la réflexion. Si la méthadone vous aide à mener une vie normale, active et heureuse, cela compense bien les inconvénients, les effets secondaires et l'attitude de ceux qui ne comprennent pas la nature de votre traitement.

- « J'ai commencé le programme de traitement à la méthadone à la fin de la vingtaine. J'ai maintenant 53 ans. Je ne pensais jamais vivre si longtemps, encore moins prendre de la méthadone toutes ces années. Je ne me souviens même pas de ma vie avant le traitement. »
- « Une fois que vous prenez de la méth(adone), vous devenez un fan ; elle devient votre meilleure amie. Je pense que si vous le pouvez, vous devriez essayer d'arrêter de prendre de la méthadone pendant que vous êtes jeune et fort. Plus le traitement est long, plus c'est difficile d'arrêter. C'est une drogue extrêmement accoutumante. » — Sandy, 53 ans, sous méthadone depuis 24 ans
- « On a tous vécu une expérience différente. Une fois que je serai stabilisée, je veux juste qu'on diminue ma dose graduellement. Je ne pense pas que ça va prendre beaucoup de temps. Je veux commencer à vivre ma vie. » — Jill, 40 ans, sous méthadone depuis quatre semaines.

Être prêt à diminuer graduellement

Si vous pensez être prêt à arrêter le traitement, vous devriez vous poser certaines questions pour décider si vous devriez commencer à réduire votre dose. Les voici :

1. Avez-vous complètement arrêté de consommer des drogues illégales comme l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines ? Oui ■ Non ■
2. Pensez-vous pouvoir faire face à des situations difficiles sans vous tourner vers la drogue ? Oui ■ Non ■
3. Travaillez-vous ou suivez-vous des études ? Oui ■ Non ■
4. Évitez-vous le contact avec les toxicomanes et les activités illégales ? Oui ■ Non ■
5. Avez-vous jeté votre « kit de toxicomane » ? Oui ■ Non ■
6. Habitez-vous dans un quartier où il n'y a pas beaucoup de toxicomanes et vous y sentez-vous à l'aise ? Oui ■ Non ■
7. Vivez-vous dans un milieu familial stable ? Oui ■ Non ■
8. Avez-vous des amis qui ne prennent pas de drogue avec qui vous passez du temps ? Oui ■ Non ■
9. Pouvez-vous compter sur l'aide d'amis ou de membres de votre famille au cours du processus de diminution graduelle ? Oui ■ Non ■
10. Avez-vous participé à des séances de counseling qui vous ont été utiles ? Oui ■ Non ■
11. Est-ce que votre intervenant pense que vous êtes prêt à diminuer votre dose ? Oui ■ Non ■
12. Demanderez-vous de l'aide si vous vous sentez mal pendant le processus de diminution graduelle ? Oui ■ Non ■
13. Êtes-vous stabilisé avec une dose relativement basse de méthadone ? Oui ■ Non ■
14. Prenez-vous de la méthadone depuis longtemps ? Oui ■ Non ■
15. Êtes-vous en bonne santé mentale et physique ? Oui ■ Non ■
16. Voulez-vous arrêter de prendre de la méthadone ? Oui ■ Non ■

Répondez honnêtement à ces questions. Plus souvent vous répondez « Oui », plus grandes seront vos chances d'être **prêt à diminuer graduellement votre dose de méthadone**. Considérez chaque fois que vous répondez « Non » comme un facteur sur lequel vous devriez vous concentrer pour augmenter vos chances de réussir une diminution graduelle et un rétablissement.

- *« Ma prochaine étape est d'arrêter. Ça peut être très difficile d'arrêter la méth, même si ça ne fait pas longtemps qu'on en prend. La vérité, c'est que plus le traitement dure longtemps, plus c'est dur d'arrêter. Je sais que je peux y arriver, mais j'ai peur. »* — Margaret, 41 ans, sous méthadone depuis 10 ans.

La diminution graduelle

Il vaut mieux décider de réduire graduellement la dose de méthadone avec votre médecin et intervenant et avec le soutien de vos amis et de votre famille. Si vous prenez de la méthadone depuis longtemps, vous avez peut-être arrêté de voir votre intervenant. Le moment est venu de faire de nouveau appel à ses services. La plupart des clients ont peur et sont angoissés vers la fin de leur traitement. Le risque de faire une rechute augmente. Il est important que vous vous prépariez à faire face au défi en créant un réseau de soutien.

Vous pouvez réduire votre angoisse en vous renseignant sur le processus de diminution graduelle. Plus vous en saurez sur le sujet, moins vous aurez peur. **Le processus de diminution graduelle est le plus efficace quand la dose est réduite de 5 mg tous les trois à 14 jours.** À ce rythme, vous devriez ressentir peu de symptômes physiques, même aucun. **Une fois que la dose sera réduite à environ 20 mg, le processus de diminution devrait être ralenti pour permettre une réduction encore plus graduelle afin de limiter ou d'éliminer tout symptôme.**

De nos jours, la plupart des dispensateurs de méthadone vous permettront de choisir le rythme de diminution de votre dose. Vous aurez ainsi un plus grand contrôle sur le processus et vous réduirez les symptômes de sevrage au minimum. Il faut accorder à ce processus **le temps nécessaire : un minimum de six mois à un an.** Peu importe la longueur de votre traitement à la méthadone et la dose que vous prenez, le processus est le même et c'est pareil pour les difficultés éprouvées lors du sevrage. **Tous les clients trouvent que le stade le plus difficile est le stade final du processus.** C'est alors que certains symptômes de sevrage se feront ressentir.

Le sevrage de la méthadone est plus lent et peut durer plus longtemps que le sevrage d'opioïdes comme l'héroïne ou l'oxycodone. Le processus de diminution graduelle devrait minimiser les symptômes de sevrage. **Vous devriez cependant vous attendre à ressentir les symptômes suivants : douleurs, insomnie et perte d'appétit.** Ces symptômes devraient disparaître en l'espace de 10 à 14 jours. Par la suite, vous éprouverez peut-être un sentiment de perte et de tristesse et vous aurez peut-être du mal à dormir pendant plusieurs mois.

C'est à ce moment que la rechute a généralement lieu. Il est important de reconnaître ce qui pourrait vous pousser à rechuter. Ne fréquentez pas vos anciens lieux de rencontre et vos anciens amis de l'époque où vous preniez de la drogue. Appelez des amis qui ne prennent pas de drogue, des membres de votre famille ou votre intervenant lorsque vous êtes déprimé, frustré ou stressé. **Rappelez-vous que vous avez cessé de consommer des opioïdes depuis un certain temps et que votre tolérance à leurs effets a diminué, c'est-à-dire que ce qui était autrefois une dose normale est maintenant une surdose.** Ne devenez pas une triste statistique. Faites attention.

Changement d'idée

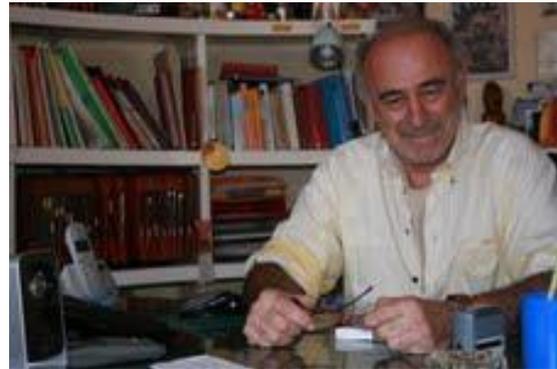
N'oubliez pas que vous n'êtes pas obligé d'arrêter de prendre de la méthadone. Vous pouvez changer d'idée et recommencer le traitement à n'importe quel moment du processus de diminution graduelle. **Vous n'êtes peut-être pas prêt ou vous le serez peut-être plus tard** — peut-être même jamais. Pour certains, le meilleur choix est de continuer à prendre de la méthadone. C'est à vous de décider. **Recommencer le traitement n'est pas un échec.** Si vous avez le choix entre rester sous méthadone ou risquer une rechute dangereuse, optez pour la méthadone. C'est mieux pour vous et pour tout le monde.

Sortie de toxicomanie : « La constance du jardinier »

Dr Jacques BARSONY, Toulouse (31) par PRA31

Note de la rédaction :

Ce texte est une interview donnée par le Dr Barsony au réseau PRA31. Ce mode « interview » permet à ce praticien expérimenté de répondre aux questions fréquemment posées sur ce sujet d'actualité et non sans un certain sens de l'humour. Il a été publié dans le Flyer 47 de mai 2012



Il y en a beaucoup qui s'en sortent ?

Il y en a 22 !

Sur une cohorte de 326 patients en traitement de substitution aux opiacés, suivis pendant 54 mois, 94 ont arrêté. Seuls 22, dont le sevrage a été fait de façon progressive, dans le cadre d'un suivi ancien et régulier, ont été recensés (*Thèse de médecine de Marie Porcher 17 déc. 2011, d'après une étude des données de la CPAM de la Haute-Garonne*).

Ils sont guéris ?

La rechute étant toujours possible et la durée moyenne de l'après-cure étant de 50 ans (*le temps moyen qu'il reste à vivre*), le diagnostic définitif de guérison ne pourra être fait que post mortem.

Et les autres ? Les très nombreux toxicomanes stabilisés sous traitement de substitution ?

Ils prennent encore un médicament, donc ils sont pharmacodépendants, mais ne sont plus toxicomanes. Rappelons que les médicaments de substitution, pris convenablement, ne provoquent aucun effet psychotrope (au-delà de l'effet opiacé de substitution attendu). Alors pourquoi ne pas les considérer comme guéris ?

S'ils étaient vraiment guéris, ils auraient arrêté tout traitement ?

Pas si sûr... peut-être que c'est justement parce qu'ils se sentent guéris qu'ils n'éprouvent pas le besoin de changer quoi que ce soit. D'ailleurs, il suffit parfois de le leur dire pour qu'ils arrêtent leur traitement. Ils étaient guéris mais ne le savaient pas, ou bien ils préfèrent conserver par habitude ou par appréhension un traitement à dose réduite. Pas très important, la vie est ailleurs, nous savons tous ça. Ne soyons pas plus toxicomane que les toxicomanes!

Il y a quand même des irréductibles !

Effectivement, sur d'autres, le temps ne semble pas avoir de prise. Ils font n'importe quoi, cumulent toutes les galères, mettent tout le monde en échec, ils le paient cher mais ne veulent pas avancer d'un pouce.

C'est incompréhensible !

Sauf si l'on se rapporte à la définition étymologique de la guérison qui a deux versants. Dans celui qu'on emploie couramment, la guérison est apportée de l'extérieur par le médecin, l'autre désigne

l'activité spontanée d'un individu pour se protéger (se guérir) se cacher (dans une guérite) ou s'enfuir (à la guarite !).

Parmi ces modes de guérison, la maladie occupe une bonne place, surtout la maladie mentale et la toxicomanie une place de choix.

C'est pour cela qu'il existe des jeunes gens (ou moins jeunes) inexpugnablement retranchés dans la toxicomanie : c'est leur mode de guérison. Ils vont sur les lieux de deal comme on va à l'hôpital de jour, au bureau, au marché ou au club du 3^{ème} âge. Souvent, ils cumulent de tels handicaps qu'on ne peut pas leur proposer grand chose et qu'il est toujours risqué de perturber leur équilibre précaire. Ils s'amélioreront spontanément vers l'âge de la retraite, libérés de l'injonction de « faire quelque-chose de leur vie ».

Quelles sont les répercussions sur la famille ?

Quand l'alcoolisme ou la drogue sont présents dans une famille, personne ne peut faire comme si de rien n'était. Personne ne peut se comporter normalement. Normalement n'existe plus.

Nous sommes au théâtre, l'alcool, la drogue ont écrit le scénario. Pour l'entourage, le nombre de rôles possibles est limité : persécuteur, persécuté, gendarme, complice, protecteur, associé. Dans la famille de l'alcoolique, l'alcool a tout inondé, tout le monde est alcoolisé. Dans la famille du toxicomane, tout le monde est intoxiqué. Dans ce scénario le médecin n'est pas oublié. Quelques rôles lui sont réservés : sauveur, arbitre, épouvantail, entrepreneur moral, redresseur de tort. Mais, il a affaire à plus fort que lui, pris dans les enjeux familiaux, il deviendra souvent, une marionnette cynique ou un otage accablé. Il subit plus qu'il n'agit : les addictions sont des maladies contagieuses.

Alors, le médecin n'y peut rien ?

Si le médecin peut guérir un malade, qu'il le guérisse ! S'il n'a pas ce pouvoir, il doit renoncer. Il n'a pas le droit de promettre ce qu'il ne pourra tenir. Pour le médecin, c'est la fin du monde, pour le malade, c'est le début. Il va découvrir qu'il a le pouvoir de guérir. Pouvoir dont il ne veut pas pour l'instant. Ce serait plus commode que le médecin s'en charge mais, justement, soigner c'est tenter de « rendre aux patients un pouvoir qu'ils veulent qu'on leur prenne ». C'est tracer au cordeau la frontière entre ce qui revient aux patients et ce qui revient au médecin, séparer inlassablement le tien du mien, éviter l'abus autant que le rejet.

Cette position professionnelle serait facile à tenir si les addictions n'étaient pas à l'image des trous noirs atmosphériques, d'une telle densité qu'elles peuvent absorber tout ce qui s'en approche. Leur champ de gravitation émotionnel est assez puissant pour avaler n'importe quel thérapeute armé de sa seule bonne volonté.

Pourtant, tenir une position professionnelle est la condition de l'efficacité. C'est aussi une question d'éthique et si ce n'est la garantie de sauver tous les toxicomanes, au moins pourra-t-elle sauver... le médecin.

Les addictions ne datent pourtant pas d'hier. L'opium, le khat, l'alcool ont provoqué des guerres, ruiné des empires, détruit des populations sans que la médecine ne s'en émeuve plus que cela. La situation est bien moins dramatique aujourd'hui. Alors pourquoi cette mobilisation de la médecine ?

Les « addictions », autrefois nommées « passions » relevaient d'un traitement social : politique, philosophique ou religieux. Mais la médecine a fait de tels progrès que plus personne n'est en bonne santé. La découverte d'une « biologie des passions », pour ne parler que de l'ouvrage le plus connu et de la dopamine a versé les « passions » dans l'escarcelle de la science.

Passion du jeu, du sexe, du travail, des drogues. Ce n'est pas une épidémie d'addiction, c'est une

épidémie de médecine.

Comme dirait quelqu'un, la médecine, c'est la rencontre entre une personnalité, une profession et un moment socio-culturel !

Vous êtes partisan du sevrage ou de la maintenance ?

Une guerre picrocholine a longtemps opposé les gros-boutistes, tenants du sevrage qui ne le concevaient que définitif, aux petits-boutistes (*qui l'ont finalement emporté*) partisans de la maintenance qui ne l'envisagent qu'à vie. Opinions aussi tranchées que régulièrement démenties par l'expérience. Il faudrait s'en tenir à une position plus professionnelle, en l'occurrence celle du jardinier. Le jardinier prépare la terre, arrose, soigne ses plantes, les surveille, les protège, les traite parfois, place éventuellement un tuteur et s'en tient là.

Il est patient et sûr de lui, il sait que ses plantes finiront par pousser, s'il fait ce qu'il faut, seulement ce qu'il faut. Si les médecins avaient la même expérience de la nature, ils sauraient que les toxicomanes aussi finissent par pousser. Un gland, c'est le début d'un chêne, toutes les raisons d'être optimiste... je suis partisan du jardinage.

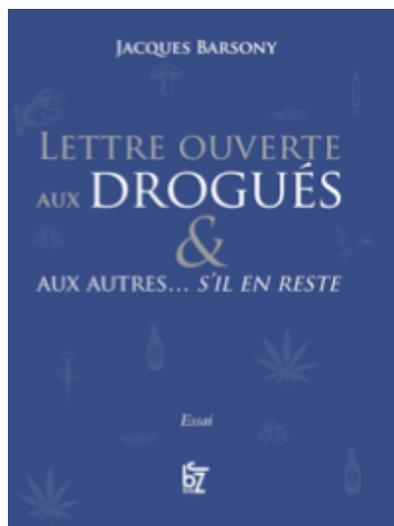
Vous êtes optimiste ?

Oui ! Pour une bonne raison : ils s'en sortent tous, ce n'est qu'une question de temps. Il n'y a pas plus de vieux toxicomanes que de vieux trapézistes. C'est un métier de jeune, trop dur pour un vieux. Si certains restent parfois dans le cirque, cette grande famille, c'est pour faire les clowns, pas de la haute voltige.

Je vais vous raconter une histoire :

Lucien est un vieux, très vieux clown de 93 ans. Il vient tous les mois chercher sa méthadone chez son jardinier. Celui-ci, par égard pour les vieilles jambes de son patient, a pris des libertés avec la législation en lui prescrivant le traitement pour le mois au lieu des 14 jours autorisés. Lucien est un brave type. Veuf, il a élevé seul deux turbulents, mais néanmoins affectueux, garnements qui lui en ont fait voir de toutes les couleurs.

Il y a 13 ans, pour les 80 ans de leur père, les deux frangins alors quinquagénaires firent une petite fête au cours de laquelle Lucien, avec le champagne, siffla la méthadone de ses rejetons et, n'eut été leur expérience et la rapidité des secours, le vieux aurait passé l'arme à gauche. Les fistons eurent très peur et dès lors ne touchèrent plus aucun produit et prirent grand soin de leur vieux père. C'est une belle histoire et un acte héroïque de transmission mais une question angoisse le médecin : « Lucien va-t-il s'en sortir ? ».



**Docteur Jacques Barsony, médecin généraliste
Président Association Passages - PRA 31
Auteur de « Lettre ouverte aux drogués et aux
autres s'il en reste » - Ed JBZ**

A propos de quelques idées reçues sur la méthadone :

La méthadone, plus difficile à arrêter que l'héroïne ?

Dr Maroussia WILQUIN, Abbeville (80), Pr Olivier COTTENCIN, Lille (59)

Selon les dernières estimations de l'OFDT, il y aurait en France 500 000 expérimentateurs d'héroïne. Une proportion importante de ces personnes ne fera pas d'usage problématique de l'héroïne et l'arrêtera sans difficulté. D'autres pourront se retrouver en situation de dépendance et, ne pouvant arrêter par eux-mêmes, seront pris en soin avec un Traitement de Substitution Opiacée (TSO).



Dans le contexte du soin, il n'est pas rare que les usagers ressentent l'arrêt de la méthadone comme plus éprouvant que celui de l'héroïne. Cette 'idée reçue' dans la communauté des usagers peut être à l'origine parfois de refus de traitement : ayant peur de ne jamais pouvoir l'arrêter, certains usagers préféreront ne pas commencer un traitement par la méthadone (ou par la buprénorphine).

La différence de ressenti lors du sevrage de l'héroïne ou de la méthadone peut en partie être expliquée par des notions pharmacologiques et de pureté du 'produit' (tableau 1).

	<i>Héroïne</i>	<i>Méthadone</i>
<i>Facteurs pharmacologiques</i>	<i>Demi-vie courte Sevrage intense mais régresse généralement au bout d'une période de quelques jours</i>	<i>Demi-vie longue Forte affinité pour les récepteurs opiacés (idem pour BHD). Sevrage d'installation plus progressive et régresse uniquement au bout de plusieurs semaines</i>
<i>Facteurs liés à la pureté du produit</i>	<i>Très variable Pureté de 0 à plus de 50 %</i>	<i>Pureté constante en lien avec les contraintes de la fabrication d'un médicament</i>

Tableau 1 : Facteurs liés au ressenti du sevrage de l'héroïne ou du traitement de substitution opiacé

De l'expérience des patients suivis en milieu spécialisé ou libéral, le sevrage de la méthadone paraît plus difficile que celui de l'héroïne. En effet, certains usagers peuvent avoir des expériences de sevrage plutôt bien toléré, d'une héroïne de piètre qualité, et mettre cette expérience en parallèle avec une difficulté plus grande de se séparer d'un traitement qu'ils prennent depuis longtemps. D'autant que ce traitement est une substitution et maintient (on parle bien de traitement de maintenance) l'usager dans **une dépendance choisie** dont il tire les bénéfices (mortalité, qualité de vie, séroconversions, insertion sociale...).

Une question à se poser :

« A qui se destine un traitement par la méthadone ? »

Lors des premières expérimentations au début des années 60, Les Drs Dole, Nyswander et Kreek constatent que le sevrage, comme seule modalité de soin, conduit à des rechutes fréquentes. Chaque tentative échouée rend la tentative suivante plus difficile encore, avec en prime une dégradation de l'état de santé de la personne.



C'est à partir de ces constats qu'ils expérimentent la méthadone, dans l'objectif de prendre en soin les usagers et d'éviter la spirale infernale des reconsommations et des rechutes. Dans son utilisation pionnière, **la méthadone se destine donc aux personnes n'ayant pu arrêter l'héroïne par eux-mêmes**. En situation de rechute à répétition, le TSO trouve sa place.

Pour autant, l'arrêt du TSO reste une question qui ne doit pas être occultée. Elle se pose à différents moments selon l'utilisateur, ses aspirations et ses possibilités. Pour les TSO (méthadone ou BHD), il est recommandé de diminuer les posologies progressivement pour minimiser le syndrome de manque et diminuer le risque de rechutes (*voir à ce propos l'article du Flyer 41 sur le manuel canadien du client en traitement de maintien par la méthadone*).

L'arrêt du TSO doit être envisagé sous l'angle de la réduction des risques

Lorsque le sevrage de l'héroïne ou de la méthadone est **choisi par l'utilisateur**, il est toujours bon de se souvenir des résultats de l'étude de Strang (*Flyer 16*) menée sur 137 patients participant à un programme de sevrage (*héroïne et méthadone*).

Sur les 137 patients, 37 patients sont parvenus à une abstinence totale. **Cinq** sont décédés d'une overdose faisant suite à une reconsommation, **portant à 13,5% le taux de mortalité dans ce sous-groupe** (*largement supérieur à celui observé chez les usagers d'héroïne avant toute démarche de soin*). Ces overdoses sont liées à la **perte de tolérance consécutive de l'abstinence**.

En d'autres termes, les **patients considérés comme 'guéris' car devenus abstinentes**, sont ceux qui ont le **risque de mortalité par overdose le plus élevé**, en cas de reconsommation d'opiacés (licites ou illicites).

Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study

John Strang, Jim McCambridge, David Best, Tracy Beswick, Jenny Bearn, Sian Rees, Michael Gossop

Ces données doivent sans cesse nous rappeler, qu'indépendamment du choix effectué (*sevrage ou TSO*), l'arrêt de l'opiacé doit s'envisager au moment où le risque de rechute, et donc de mortalité, est le plus faible. Tout comme l'instauration de la méthadone, son arrêt doit s'inscrire dans une démarche globale de réduction des dommages.

En conclusion

Sur la difficulté d'arrêter la méthadone (*supposée plus difficile que d'arrêter l'héroïne*), **il faut se rappeler que ceux qui bénéficient du traitement aujourd'hui, n'ont pas pu hier arrêter l'héroïne sans substitution opiacée**. S'ils avaient pu le faire, comme d'autres l'ont fait, la question de l'arrêt de cette substitution opiacée ne se poserait pas. Pour la plupart des usagers, devenus dépendants des opiacés et bénéficiant par la suite d'un traitement de substitution, de nombreuses tentatives de sevrage, plus ou moins efficaces dans la durée, ont généralement précédé la mise en place d'un traitement de maintenance opiacé.

Pour autant, l'arrêt des traitements de substitution opiacée est une réalité pour des patients souvent traités depuis de longues années et en ayant tiré les bénéfices. Lorsque les conditions semblent réunies (*resocialisation, résolution de problèmes addictifs, infectieux...*), l'arrêt du TSO est une étape envisageable du traitement lui-même, sans en être l'objectif absolu.

Conflits d'intérêt : Les auteurs n'ont perçu aucune rémunération des firmes qui commercialisent les spécialités concernées (à base de buprénorphine ou de méthadone) pour la rédaction de cet article.

Des questions sur l'arrêt de la méthadone, le changement de MSO ou un effet secondaire ?

Demandez-nous les 8 fiches-patient !

L'arrêt du traitement par la méthadone

Est-ce le bon moment pour arrêter ?

Le traitement de substitution par la méthadone a pour but de limiter les risques liés à la consommation de drogues (héroïne) ou de médicaments détournés. Il permet de réduire les pratiques d'injection, le risque d'infections virales (hépatites et sida) et d'overdose.

Pris à une posologie (dose) adaptée, il diminue le craving, c'est-à-dire l'envie de consommer de l'héroïne ou d'autres substances.

Le traitement par la méthadone peut être arrêté mais :

- Le plus souvent, après plusieurs années de traitement
- C'est une décision personnelle et elle ne doit pas être conditionnée



Des fiches réalisées par

Dr Bernard Batejat, médecin généraliste à Oléron

Dr Karima Koubaa, CSAPA à Toulouse

Dr Sylive Balteau, CSAPA à Metz

Dr Michel Cadart, médecin généraliste à Avignon

Carine Marrec, Rennes, Association Psychoactif

Dr Dominique Jourdain De Muizon,

médecin généraliste et ELSA de Chauny

Dr Christelle Peybernard, CSAPA Arpajon

TSO et Hépatite C

Changement de MSO

Arrêt du traitement

Méthadone et prise de poids

Méthadone et Hypersudation

Grossesse et méthadone

Méthadone et examens biologiques

Méthadone et problèmes dentaires

Méthadone et problèmes dentaires

Les problèmes dentaires (ou un autre traitement de substitution) et j'ai des problèmes dentaires (caries, gingivite). La méthadone en est responsable ?

La méthadone, comme tous les opiacés (y compris l'héroïne) agit sur la salive dans la bouche (qui peut aller jusqu'à la sensation d'avoir une bouche pâteuse). La salive est une protection naturelle contre les caries donc en avoir moins est un facteur important de problèmes dentaires et de la gencive. Mais ce n'est pas tout.

Quelles sont les autres causes ?

Les principales des problèmes dentaires sont liées au mode de vie et peuvent apparaître pendant un traitement par la méthadone : consommation excessive de sucre et d'aliments acides (boissons gazeuses, bonbons, etc.).



Changement de traitement de substitution

Peut-on changer de traitement de substitution facilement ?

Il est possible à tout moment (buprénorphine pour la méthadone pour buprénorphine) et dans les meilleures conditions de tolérance, effets secondaires... Si vous ne vous sentez pas bien, n'hésitez pas à demander à votre médecin de changer de traitement pour des raisons médicales.

Si vous êtes accompagné(e) par votre médecin, il vous accompagnera et vous guidera dans ce changement et les modalités de ce changement doivent être faites dans les meilleures conditions possibles.

Le changement doit être fait dans les meilleures conditions possibles pour buprénorphine (Subutex, buprénorphine générique), sous la supervision de votre médecin.

Il est possible de faire ce changement à partir d'une posologie de 30 mg/jour, voire 30 mg/jour selon certaines recommandations. Après la dernière prise de méthadone, il y a un risque de malaise.

Les premiers signes de malaise sont les premiers signes de malaise.



**Demandez-les par mail
et inscrivez-vous à notre newsletter :**

revue.leflyer@gmail.com