

Arrêter la méthadone, pour quoi faire ?
Jean Dugarin, Gaël Dupuy et Patrice Nominé
DANS **PSYCHOTROPES 2013/2 (Vol. 19)**, PAGES 9 À 22

ARTICLE

Renoncer au prodige de la substitution, qui avait semblé si bien solutionner le problème, avant de devenir éventuellement problématique, n'est-ce pas risquer de se déjuger inconsidérément au regard des raisons qui avaient poussé à une aussi pertinente opération. La brassière pneumatique propre à faire surnager le baigneur en perdition s'est peut-être vue substituée par un « boulet de sauvetage » plombant la progression nautique. De la vitale opération de santé publique à l'autodérision des plus anciens patients substitués, comment se forger des repères ? Si l'on se tourne vers les études cliniques sur ce point, elles sont plutôt rares, anciennes et se fondent sur des référentiels quelque peu dévitalisés et hétérogènes. Si, *a contrario*, l'on se tourne vers les analyses cliniques, on se trouve aux prises des chausse-trappes de la subjectivité des cliniciens et/ou de la diversité des valeurs et des théories implicites ou explicites sur lesquelles ils s'appuient. La seule position raisonnable est peut-être de prendre en compte ces deux types d'approche avec circonspection, et de se forger une philosophie de soin lors de la rencontre avec la singularité de chaque patient. Dans une première partie, nous évoquerons l'ensemble des conclusions auxquelles sont parvenues ces études scientifiques, avant de faire place à des considérations cliniques issues d'une quarantaine d'années de prescription, en tenant compte de la spectaculaire évolution des contextes qui les ont en partie déterminées.

1

Après ces cinquante ans d'expérience, la littérature internationale sur le traitement par méthadone est riche et majoritairement d'origine nord-américaine, surtout dans la période allant de la fin des années 1960 au début des années 1990. Cependant, alors que de nombreuses études scientifiques ont démontré, d'une part, les bénéfices majeurs du traitement de maintenance par méthadone chez les patients dépendants

2

aux opiacés en termes de morbi-mortalité et, d'autre part, les échecs très fréquents des tentatives de sevrage avec rechutes et risque d'overdoses (arguments principaux pour recommander le maintien du traitement sur plusieurs années, mais pas nécessairement à vie...[1]), très peu d'études se sont intéressées aux stratégies, indications et modalités favorables à cet arrêt.

Ksouda *et al.* ont réalisé une recherche dans les bases de données *PubMed*, *Embase*, *Cochrane Library* et *PsycINFO*, ainsi que dans deux revues francophones non indexées : *Le Courrier des Addictions* (Edimark Santé) et *Le Flyer* (Réseau Synergie Ville Hôpital). Sur les cinquante dernières années, seulement 23 articles consacrés à la fin des traitements de substitution par méthadone ont été retrouvés [2]. Sur le même principe, si l'on recherche les études en cours dans cette thématique sur le site référençant toutes les études scientifiques au niveau international *clinicaltrials.gov* avec les mots clés suivants : *methadone*, *maintenance*, *cessation*, *detoxification*, *tapering* et *withdrawal*, aucun résultat n'est retrouvé.

Ce constat a plusieurs raisons. Tout d'abord, ce type d'études sur les pathologies chroniques nécessite, entre autres, des cohortes importantes de patients, portant sur plusieurs mois ou années, avec une méthodologie rigoureuse. Or ces conditions sont d'autant plus difficiles à réunir que la population étudiée dans notre cas est peut-être plus réticente à participer à des protocoles de recherche et plus difficilement évaluable et observable sur le long terme, avec une rétention faible des sujets au cours du temps. De plus, leurs résultats sont souvent peu probants, car le taux de réussite de l'arrêt de méthadone est faible et peu représentatifs du fait de l'hétérogénéité des études, des pratiques et des philosophies inspirant les objectifs thérapeutiques.

Pourtant, cette situation de sevrage progressif ambulatoire de méthadone mérite une attention toute particulière puisqu'elle est fréquemment rencontrée en pratique clinique. Si l'on se réfère aux données de la littérature, environ la moitié des patients déclarent envisager un arrêt de la méthadone, les pourcentages allant de 35 à 70 % selon la façon dont la question de l'arrêt est posée [3, 4, 5]. Les raisons évoquées sont diverses : espérances erronées et peu réalistes associées à l'état d'abstinence, pressions de l'entourage, notamment familial, stigmatisation sociale associée à la méthadone, programmes de méthadone orientés vers l'abstinence, facteurs associés aux règles de prescription, aux contraintes financières et de déplacement, et le désir d'expérimenter l'abstinence et une vie sans substance [6]. On pourrait ajouter les effets secondaires inhérents à ce type de traitement. Par ailleurs, une revue systématique des publications sur les taux de réussite des sevrages de méthadone, sans présumer du maintien de l'abstinence sur la durée, réalisée par Milby au cours de trois périodes de cinq ans entre 1970 et 1985, a montré une augmentation progressive des taux de réussite au cours du temps passant de 39,7 % à 54,9 % puis 76,3 %. Selon l'auteur, cette augmentation était principalement liée aux nouveaux traitements disponibles dans la prise en charge des symptômes de sevrage [7].

Ces considérations faites, nous citerons les principales conclusions de la revue systématique « Stratégies d'arrêt du traitement de substitution par méthadone » réalisée par le Dr Ksouda [2], puis nous illustrerons les difficultés et limites d'interprétation des résultats de ces études, déjà évoquées précédemment, en décrivant plus précisément certaines d'entre elles. Dans l'article du Dr Ksouda, les conclusions prônent une approche pragmatique indiquant : la possibilité d'arrêter la méthadone chez des patients stables durablement (10 à 30 % des patients traités par méthadone) et motivés avec de bonnes capacités d'introspection (5 à 10 %) [1, 2, 3, 4, 8], des modalités de sevrage prudentes associant une décroissance lente et durable avec retour en arrière possible (5 à 10 % toutes les 4 semaines) [4, 8, 9], des facteurs de réussite représentés par une moindre sévérité du tableau clinique de départ, le maintien des soins après l'arrêt [8, 10] et la possibilité de troquer la méthadone pour de la buprénorphine au cours des derniers paliers de décroissance [11]. Les auteurs rappellent, par ailleurs, le très faible taux de réussite des sevrages observés avec un maintien d'abstinence d'au moins quelques mois (0 à 15 % selon les études) [9, 10, 11] ainsi que le risque de dépendance à l'alcool et de décès particulièrement dans les trente jours qui suivent l'arrêt [12].

Si l'on analyse plus précisément ces études, une des principales critiques est la comparabilité peu satisfaisante des résultats, si l'on prend en compte les pratiques et philosophies parfois radicalement opposées concernant les attitudes face à l'arrêt de la méthadone selon les centres étudiés : certains étant favorables, voire incitateurs au sevrage de méthadone, d'autres au contraire prônant le maintien à vie du traitement. Pour exemple, une étude rétrospective réalisée à Seattle entre 1997 et 2002 dans un centre où les objectifs thérapeutiques sont en faveur d'un traitement par méthadone à vie avec, par conséquent, des critères d'éligibilité pour le sevrage et des modalités de décroissance très strictes, retrouvait des résultats peu encourageants. Sur les 216 patients étudiés, 30 avaient été retenus pour débiter un sevrage progressif de méthadone, aucun n'avait réussi à se sevrer de la méthadone et un tiers des patients avaient rechuté ; seul un patient avait réussi un sevrage complet, mais avait nécessité un relais pour la buprénorphine [11]. Par opposition, une étude prospective réalisée à San Francisco au milieu des années 1980 proposait un programme intensif d'aide au sevrage de méthadone et de soins post-arrêt « *tapering network* » dans le cadre d'un projet du National Institute on Drug Abuse. Sur les 57 patients inclus, 24 ont suivi le programme complet ; 30 % ont atteint l'abstinence et la moitié d'entre eux sont restés abstinents à un an. Trois facteurs de succès potentiel étaient proposés par les auteurs : un an ou plus depuis le dernier usage d'héroïne, peu ou pas d'héroïne et autres drogues dures utilisées lors du traitement de maintenance, volonté de participer au traitement à l'issue de l'arrêt [10]. D'autres auteurs, enfin, ont directement comparé sur des périodes de un à deux ans les deux stratégies « pro- et anti-sevrage » à l'entrée du programme de substitution : certains patients se voyaient proposer un projet thérapeutique de sevrage sur 6 mois, bénéficiant d'un programme intensif d'interventions

psychosociales sur un an alors que les autres bénéficiaient d'un traitement de maintenance par méthadone sur le long terme. Les auteurs concluaient en faveur des stratégies de traitement à long terme puisqu'ils observaient un taux de rechute plus faible, moins de consommations de drogues et de comportements à risque ainsi qu'un meilleur rapport coût-efficacité [13, 14, 15]. Certains auteurs rappelaient par ailleurs que l'utilisation de doses plus faibles de méthadone dans les centres favorisant le sevrage pouvait être une explication de ces résultats [16]. Enfin, Magura *et al.*, dans une revue de littérature sur le devenir des patients après arrêt de méthadone dans les programmes orientés vers le sevrage, incitaient à la prudence quant aux stratégies « pro-sevrage » du fait du risque plus élevé de rechutes et de décès [17]. Malgré ces difficultés, il paraît donc nécessaire d'approfondir les recherches et d'étudier plus largement et de manière prospective les conditions d'arrêt du traitement par méthadone. Dans cette perspective, nous pouvons citer une étude naturaliste innovante réalisée à partir des données centralisées de dispensation de méthadone en pharmacie dans la province de Colombie-Britannique au Canada. Plus de 20 000 patients étaient évalués à partir des prescriptions de méthadone sur 10 ans de 1996 à 2006. Les résultats observés étaient un peu plus encourageants puisque l'auteur rapportait un taux de réussite des sevrages observés avec 18 mois d'abstinence de 13 % [9].

Pour conclure sur le plan de ces études, citons la réponse de Kléber à la question « Méthadone : Terminable or Interminable ? » dans un article commentant, quarante ans après, l'article historique de Dole et Nyswander de 1965 sur le traitement de maintien par la méthadone ; l'auteur répond prudemment en considérant le traitement à long terme comme une alternative raisonnable aux risques associés au sevrage et la possibilité d'envisager le traitement à vie... [18].

Si l'on se réfère à l'historique de la substitution en France, depuis 1973, plusieurs étapes peuvent être distinguées, caractérisant des contextes très divers dans lesquels prescrire et sevrer d'un substitut renvoyaient patients et prescripteurs à des enjeux radicalement différents [19]. En effet, on peut penser que les modalités d'une sortie de substitution dépendent en partie de ce qui a présidé à sa mise en place [20]. Durant la première vingtaine d'années de sa pratique, la substitution par la méthadone n'a concerné que quelques dizaines de patients à la fois, parmi les plus problématiques, ce qui lui donnait un statut d'exception, et n'encourageait certes pas les patients à abandonner ce qu'ils étaient si péniblement parvenus à obtenir. Par surcroît, elle faisait accéder la plupart d'entre eux au statut néo-aristocratique de « méthadonien », extravagante pseudo-identité, dont on entrevoit la difficulté de se défaire. Le regard qu'il jetait sur les autres patients réduits au sevrage en disait long à ce sujet. Dès 1995, l'autorisation de mise sur le marché de la méthadone, qui avait conservé jusque-là un caractère expérimental, l'a fait accéder au statut de médicament. Chacun va se saisir à sa façon de ce statut. Certains médecins vont s'en emparer de façon enthousiaste, au nom de la santé publique au regard de l'épidémie de sida, voire au nom du droit du citoyen d'accéder à un traitement de réputation

internationale. D'autres continueront à se montrer hostiles à une telle approche, au nom d'une rédhibitoire compromission avec le « symptôme » du patient. D'autres enfin apprendront avec plus ou moins de réticence à l'employer. Pour le patient, le problème de l'arrêt ne se pose plus tout à fait dans les mêmes termes, désormais garantis qu'ils sont de pouvoir se la revoir prescrire plus facilement en cas de nécessité. Durant cette période, chacun s'adapte à ces nouvelles conditions et dans le cadre d'une pratique considérée comme une thérapeutique, du moins au sens large. À l'orée des années 2010, les substituts en général qui auront en partie échappé au contrôle médical verront leur disponibilité étendue au trafic de rue pour des sommes modiques, et l'on commencera à voir des patients solliciter du monde médical la prise en charge de leur consommation sauvage de ces derniers, quand elle devient trop onéreuse à leurs yeux. L'effet de masse a joué ; si en 1990 le programme expérimental limitait à une cinquantaine de patients la prescription de la méthadone dans les deux ou trois centres spécialisés impliqués dans l'expérimentation, ils sont 50 000 en 2013 et le paysage clinique s'est modifié tant sur le plan de la prescription que sur les modalités et les enjeux de l'arrêt.

Du point de vue fort légitime de l'avenir des patients, il faut bien se résoudre à considérer que pour faire de la thérapeutique, il vaut mieux que le patient soit vivant et c'est peut-être une des vertus de la substitution de favoriser une telle disposition. Dans de nombreux pays, dont la France, cela n'a pas toujours été une évidence, eu égard aux effets pervers de cette pratique et au fantasme d'une supposée aliénation orchestrée par les médecins. On peut essayer de comprendre cette réticence au vu du caractère désarçonnant de ce type de patient. En effet, qu'apprend-on à un médecin au cours de ses études ? Premièrement à parvenir à un diagnostic, à proposer un traitement, à soulager la douleur et tenter de restaurer chez le patient une autonomie optimum. Or, à quoi se trouve-t-il confronté ? À un sujet qui débarque avec son propre diagnostic, qui suggère fortement le traitement qu'il a concocté, bien souvent un substitut, qui par sa dépendance même à un opiacé, garantit le spectre de la douleur du manque et s'est déjà installé dans un courant de vie obligatoire réduisant son autonomie. Bref, à l'extrême, pour certains patients particulièrement déterminés, le médecin sera mis en demeure de faire subsister ensemble la dépendance et la santé, ceci en parfaite concordance avec la définition de celle-ci proposée par l'OMS en 1948 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

La nature et les modalités de la prescription découlent de l'interprétation apportée à cette situation de départ, induisant d'emblée, au moment de sa mise en place, un style de commentaires pouvant aller d'une réticence à prescrire à une promesse idyllique en passant par une sorte de résignation à devoir se positionner face à une telle problématique existentielle. Le médecin prescrira donc en fonction de la représentation qu'il aura de ce qu'est une intoxication opiacée, des discours auxquels il peut se montrer sensible, développés par son milieu professionnel, ou la *doxa*.

Prescrire un substitut, en effet, ne saurait se réduire à faire de la substitution. L'institutionnalisation de cette pratique a introduit des enjeux débordant largement la simple prescription, légitimant des enseignements, garantissant des budgets et des emplois, asseyant des discours, etc. En effet, en quarante années, le regard social aura beaucoup changé. La question pour le médecin reste de tenter de savoir ce que l'on fait avec un patient plus enclin à se faire quelque chose qu'à faire quelque chose pour lui, mettant le médecin en position non pas de traiter un patient, mais une situation. Quand la question de l'arrêt se posera, resurgira la problématique qui aura présidé à la prescription originelle [21]. Parmi la multiplicité de ces questionnements, citons le discours privilégiant la méthadone comme traitement en soi de la dépendance aux opiacés, la considération de la méthadone comme un pis-aller ou comme un facteur de resocialisation, ou encore comme moyen temporaire ou prothèse biologique définitive. Enfin, il est des prescripteurs pour tenter, avec la méthadone, de créer les conditions de l'instauration d'une relation d'allure thérapeutique visant à favoriser l'évolution de la situation, tentant de conjuguer une thérapeutique de style médical et une tentative d'attribution de sens [22]. Dans le cadre d'une prescription « de masse », et dans cet esprit, cela reviendra à s'embarasser du patient dans toute sa complexité, ou à s'en débarrasser en répondant au pied de la lettre à sa demande : s'il le demande, c'est qu'il en a besoin.

Quant à l'épineuse question de ce qu'il s'agit de prendre en compte pour suggérer un arrêt ou entériner la demande du patient de mettre fin à sa dépendance au substitut, elle se posera en termes d'avantages et d'inconvénients, ce que tentent de documenter les études cliniques, et devra se préoccuper des modalités pratiques de l'usage du substitut par le patient, du statut qu'il lui donne et de la représentation qu'il se fait de sa propre dépendance. On pourra ainsi distinguer différents niveaux d'appropriation par le patient de l'opération qu'il fait sur lui-même avec le succédané de son appétence. Du moins en institution, lorsqu'on est le témoin de la consommation elle-même, on peut se faire à un niveau très élémentaire une idée de la forme donnée par le patient à l'intensité de ce qui le lie à l'absorption du produit lui-même. On verra ainsi le patient manifester son impatience par l'urgence d'y procéder ; ou celui qui s'attachera à montrer sa résignation à une triste nécessité, en passant par le farouche partisan des « rincettes » multiples afin ne pas en perdre une goutte ou le détachement affecté par celui qui ne voudrait pas exhiber un intérêt à ce point extravagant. Ceci s'illustre sur le plan de l'expression par la subtile distinction effectuée entre « je viens chercher ma méthadone », « je viens chercher de la méthadone », ou de façon plus circonspecte, « mon traitement ». On pourra également repérer, à travers d'éventuelles confidences, la pratique de ceux qui doublent les doses le week-end, à la recherche d'effets aigus (doublettes), auxquels bien souvent ils ne croient plus eux-mêmes, au point de tenter d'en assurer le succès grâce au renfort de l'alcool ; mais aussi ceux dont on apprend incidemment qu'ils revendent les doses du week-end pour acquérir de la bonne vieille héroïne, ou qui stockent inconsidérément les doses dont ils ne se serviront jamais, sinon comme

d'un filet de sécurité. Il y a aussi ceux qui suscitent les chevauchements de prescriptions, pour des raisons analogues, ou en raison d'une particulière malchance : produit perdu ou égaré, vol de ce dernier, disparition inexplicable, avec une répétitivité à peine vraisemblable. À ce stade, il est clair que l'intensité de leur rapport à l'opiacé, qui se traduit par surcroît souvent par des exigences outrancières, rend illusoire l'hypothèse d'une diminution et *a fortiori* d'un arrêt.

Plus tard, et dans le cadre d'une éventuelle alliance thérapeutique, quand celle-ci a eu la chance de s'établir, on peut s'intéresser au statut que le patient donne lui-même au produit de substitution. S'agit-il pour lui d'une drogue, qu'il est contraint d'obtenir auprès d'un médecin, puisqu'elle n'a pas le rang attribué à l'alcool et au tabac ? Est-ce là cette substance quasi miraculeuse, solution prodigieuse à l'impasse existentielle dans laquelle il s'est retrouvé ? A-t-on trouvé là le médicament salvateur, la panacée, à laquelle on peut sacrifier un peu de son temps, ce d'autant que les prescripteurs sont devenus des interlocuteurs abordables, et qu'ils se montrent parfois conciliants ? Mais aussi, les contraintes de délivrance vont souvent prendre du poids au regard des bénéfices de départ de moins en moins évidents. C'est le moment où la rencontre avec le prescripteur sera moins recherchée qu'avant, si les objectifs de départ et les moyens d'y parvenir se sont quelque peu perdus en route ; le moment aussi où le prescripteur qui s'était imprudemment montré au départ très enthousiaste se verra reprocher un tel excès d'optimisme, son attitude relevant alors de la promesse non tenue. La méthadone risque dans un moment pareil d'apparaître comme un cache-misère, mais aussi porteuse de l'opportunité d'une restitution à soi-même, tant l'opiacé est apparu comme facteur d'un divorce d'avec leurs émotions, voire leurs sensations les plus élémentaires, désormais réenvisagées comme restituables. D'où l'intérêt de s'assurer de l'éventuel statut de médicament palliatif ou curatif accordé au substitut, selon l'appréciation partagée ou divergente du prescripteur et de son patient. De la mise au clair de ce questionnement résultera une stratégie thérapeutique. Le patient se verra-t-il comme un « diabétique de l'âme » ou comme un futur convalescent d'une maladie qu'il lui restera à définir ? Cette appréhension sera déterminante pour l'avenir de la relation thérapeutique, dans l'hypothèse d'une éventuelle séparation d'avec le produit, tout ceci sans préjudice d'alternance et d'inversion des séquences. Selon la disposition du patient, son traitement lui apparaîtra comme promis à un arrêt ou comme prescription de la substance qui lui fera définitivement cortège. Témoin cette touchante déclaration d'un patient : « Pour moi, il s'agit d'un médicament curatif à 80 %. » Ou encore, l'impromptue survenue de symptômes de manque lors de l'arrêt d'un placebo, tant la symptomatologie anxieuse s'installant lors de la peur du manque ne peut être dissociée par le patient de l'état de manque lui-même. Preuve en est que la reprise du placebo y met fin.

Enfin, demeure la question de la représentation de sa dépendance pour le patient. Celui-ci, pris dans la diversité des discours de ses pairs, des professionnels du champ de l'addictologie, ou du sensationnel médiatique, ne pourra se priver d'une

appréciation, d'une explication, de sa propre situation de dépendance. De cette représentation dépendra également en partie le fait d'envisager l'arrêt. S'insurger, se soumettre, se résigner, rechercher les bénéfices secondaires, déguiser sa collaboration à l'entreprise sous les dehors d'un pseudo-discernement, tricher de façon éhontée tout en méprisant les conséquences, faire plaisir au prescripteur, etc., tout cela est le reflet des nombreuses composantes d'un paysage psychique dans lequel se déploient la dépendance et sa représentation. Certains adhèrent davantage à l'explication biologique ; sont-ils originellement ou de façon acquise déficitaires en enképhalines ? L'aventure est-elle plus purement psychologique, reléguant la biologie au second plan ? Le rituel des prises est-il l'élément déterminant de la réassurance ? La pseudo-identité de « toxicomane » est-elle la seule garantie d'affirmation de soi ? Celle-ci, rapportée au groupe de pairs garantit-elle une appartenance sociale ? L'installation dans un courant de vie obligatoire exerce-t-elle la redoutable question du choix ? L'intérêt possible des questionnements ci-dessus exposés pourrait se manifester dans la manière dont les cliniciens peuvent les reprendre à partir de leur grille de lecture clinique des situations auxquelles ils sont confrontés, et au gré des opportunités offertes par le patient.

À partir de la complexité de ces questionnements, comment chaque patient va-t-il anticiper le moment de l'arrêt, et sur quelles modalités ? La littérature qui s'y rapporte fournit des points de repère qui ne sont pas négligeables. Cependant, certains d'entre eux présentent un caractère qui attire particulièrement l'attention dans la stratégie de l'arrêt. Certains patients semblent plus facilement sevrables, renvoyant à la question de l'indication de départ. Il en est ainsi de certains patients psychotiques ayant eu recours à des opiacés pour atténuer leur angoisse, et de cocaïnomanes par exemple qui se sont vus prescrire de la méthadone. Dans ces cas de figure, l'opiacé n'est pas central dans leur dépendance, parce qu'il n'est pas la cible principale de leur recherche de soulagement ou de leur appétence. Pour d'autres, pour lesquels l'opiacé est au premier plan des préoccupations, la diminution lente et progressive sera fonction des multiples paramètres d'amélioration psychopathologique et contextuelle, ce que notent toutes les études. Il paraît de bon sens d'expliquer aux patients que leur biologie sera plus sensible aux pourcentages qu'aux valeurs absolues. Diminuer de 5 mg quand la prescription à l'état d'équilibre est de 100 mg, soit 5 %, n'est pas « vécu » par les neurones comme diminuer de 5 mg quand on n'en prend plus que 20, soit 25 %. En outre, rappelons que l'élimination totale de la méthadone de l'organisme ne devient effective qu'au bout de six demi-vies sériques, soit au bout d'une semaine, ce qui justifie le respect de paliers de diminution des doses pour des intervalles d'au moins quinze jours, et bien davantage en fin de décroissance. La transition peut s'effectuer au moyen de la buprénorphine, dont les effets psychotropes se révèlent plus discrets que ceux de la méthadone, tout en assurant un confort physique adapté. Certains patients le repèrent de façon très fine, disant que cette transition leur apporte le sentiment

d'une réalité retrouvée. L'arrêt peut aussi se faire en hospitalisation, au moyen des classiques alpha-2-mimétiques présynaptiques, mais le contexte de réassurance bien connu de l'hôpital peut se révéler avoir été pseudo-protecteur.

Notons que certains, manifestant un désir par trop volontariste d'arrêter, pour des raisons morales ou croyant faire plaisir au prescripteur tout en retirant un sentiment valorisant, peuvent se heurter à une surestimation de leur capacité effective à s'arrêter. Il y a là un danger d'exposition à une reprise impulsive de l'intoxication de départ, au risque d'un surdosage parfois funeste. Cette situation fut déjà évoquée avec pertinence en 1890 par le Dr Benjamin Ball : « Je crois qu'il y a des morphinomanes qu'il ne faut pas guérir. La morphinomanie est une affection curable neuf fois sur dix. Mais, pour le dixième malade, la morphine est devenue un stimulant si nécessaire qu'à mon avis, il vaut mieux le contenir dans la modération que le guérir. Je crois même qu'il peut être du devoir du médecin de ramener lui-même un malade à l'usage de la morphine. N'allez pas crier sur les toits ce que je viens de vous dire ; les morphinomanes seraient trop heureux d'en profiter. Sachez-le en tant que médecins et soyez discrets, comme il convient à notre profession. [23]»

De plus, quelques étapes présentent un caractère critique : la première tentative de diminution, qui peut s'assortir d'angoisse, le palier autour des 30 mg, lorsque la méthadone semble ne plus couvrir les 24 h et qu'un certain type d'inconfort se manifeste, et bien sûr, le dernier milligramme. Lorsqu'il ne prend plus rien, le patient est en proie à la résurgence des sensations oubliées, intensément ressenties, dont les composantes seront difficiles à réharmoniser, et viendront déstabiliser son monde sensible, en raison de la nécessité de retrouver une nouvelle homéostasie suffisamment acceptable. Certains d'entre eux montreront leur satisfaction de renouer avec des perceptions et des émotions élémentaires agréables, ou au contraire, manifesteront des symptômes d'intensité minimale très idiosyncrasiques : sensation de fatigue, troubles du sommeil, inconfort diffus, odeurs corporelles dérangeantes, etc., qui viendront réactiver l'intrusion d'un passé qu'ils pensaient révolu. Parfois même, en raison de la disparition du filtre émotionnel opéré par les opiacés, un sentiment d'étrangeté peut survenir, renvoyant à la nécessité pour eux de se réapproprier les savoir-faire adaptatifs propres au succès des petites stratégies opératives du quotidien, et surtout à la mise en œuvre de relations interpersonnelles satisfaisantes. Faute de passer ce cap, l'arrêt peut se trouver compromis. Une attention particulière se doit d'être alors portée au patient au regard de ces réaménagements. Ce d'autant que, dans ces instants critiques, les patients ne sont guère en mesure de faire la différence entre les signes d'état de manque et la résurgence de troubles psychopathologiques. D'où le bien-fondé d'avoir repéré et traité très précocement les signes d'une éventuelle comorbidité psychiatrique.

L'arrêt de la méthadone se révèle donc une entreprise difficilement objectivable, dont le bien-fondé est fonction de multiples considérations et dont les objectifs cliniques s'avèrent très différenciés. La nécessité de s'y confronter invite à une

particulière circonspection sur les modalités de sa mise en œuvre tout en mettant l'accent, comme nous l'avons vu, sur les précautions avec lesquelles l'indication avait été posée. Il semble donc, en l'état actuel des repérages scientifiques et cliniques, qu'un pourcentage de patients inférieur à environ 10 % reste sevré après 18 mois. Encore s'agit-il, par-delà les sorties de traitement plus ou moins précoces, d'un pourcentage s'appliquant au sous-ensemble de patients éligible au sevrage (soit environ 20 %). Quelle que soit la pertinence des techniques et des thérapeutiques mises en œuvre pendant les années de l'accompagnement par le biais de la substitution, on peut penser que ce petit sous-ensemble concerné est tributaire des conditions de vie de notre monde complexe. Dans ce monde, aux interactions multiples pouvant être vécues comme déroutantes, au consumérisme coudoyant parfois la pléonexie^[1], aux incitations insistantes à l'égoïsme, toutes les formes alternatives d'addictions consolatrices semblent nous guetter. On peut seulement souhaiter pour eux qu'en cas d'addictions substitutives, elles soient moins dommageables et mieux supportées que celle qui avait présidé à leur mise sous méthadone.

NOTES

[1] NDLR : Plaisir d'avoir plus que les autres en toutes choses.

RÉSUMÉ

Français Entre études cliniques trop rares et analyses cliniques subjectives, difficile de se forger des repères quant à la stratégie d'un arrêt de la méthadone. La seule position raisonnable est peut-être de prendre en compte ces deux types d'approche avec circonspection, et de se forger une philosophie de soin lors de la rencontre avec la singularité de chaque patient. Dans une première partie, est évoqué l'ensemble des conclusions auxquelles sont parvenues ces études scientifiques, avant de faire place à des considérations cliniques issues d'une quarantaine d'années de prescription, en tenant compte de la spectaculaire évolution des contextes qui les ont en partie déterminées.

Mots clés

MÉTHADONE	OPIACÉS	HÉROÏNE	SEVRAGE	TRAITEMENT	ABSTINENCE
-----------	---------	---------	---------	------------	------------