

LE FLYER

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

Août 2012

Best of 2011-2012

- **Durée de traitement et arrêt de la méthadone** page 3
La rédaction du Flyer
- **La constance du jardiner** page 7
Dr Jacques BARSONY, Toulouse (31)
- **L'addiction, une maladie du cerveau** page 10
*Communiqué de l'American Society of Addiction Medicine
& réaction du Dr Alain MOREL*
- **L'alcool plus dangereux que le crack ou l'héroïne** page 13
D'après l'étude du Pr David NUTT (UK) publié dans The Lancet
- **Répartition des MSO en France en 2011** page 15
Dr Maroussia WILQUIN (80), Stéphane ROBINET(67)
- **Questions-réponses sur la prescription et délivrance de méthadone** page 27
Dr Nicolas AUTHIER et al.
- **Gélules de méthadone, regard et place du pharmacien d'officine** page 37
Nicolas VOUGE, Strasbourg (67)
- **Les salles d'injection supervisée : utiles et souhaitables ?** page 43
Dr Yann LE STRAT, Colombes (92)

Comité scientifique du Flyer

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

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

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

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

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

E-mail : revue.leflyer@gmail.com

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

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"

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 française et anglaise.

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 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 guarir) 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.

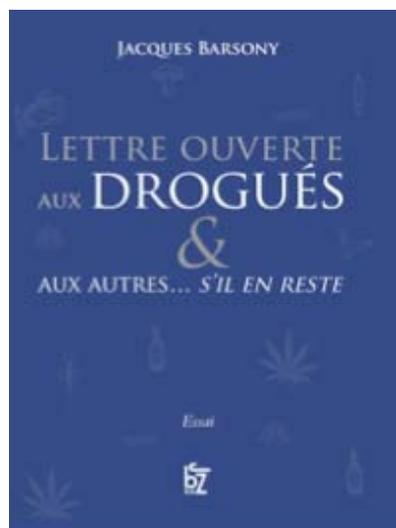
Vous êtes optimiste ?

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**

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



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

Une maladie chronique

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

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

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

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

Une définition qui diminue la stigmatisation

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

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

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

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

Public Policy Statement: Definition of Addiction

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

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

Réaction :

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

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

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



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

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

Une définition bien peu scientifique !

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

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

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

Une définition qui accroît les clivages et surmédicalise

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

L'addictologie française s'est construite sur des bases qui permettent le dialogue interdisciplinaire et le dépassement des logiques purement corporatistes ou institutionnelles, au bénéfice des personnes addictes et de leur entourage.

Au bénéfice aussi d'un regard social et coopératif sur ces questions. Si nous affirmons que l'addiction peut être une cause de souffrance et créer des situations de maladie nécessitant des soins médicaux, nous savons que la médecine seule ne peut pas grand chose face à ces situations.

Une définition qui aggrave la stigmatisation des usagers et patients

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

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

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

Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

Pr David J Nutt et al. The Lancet, Novembre 2010



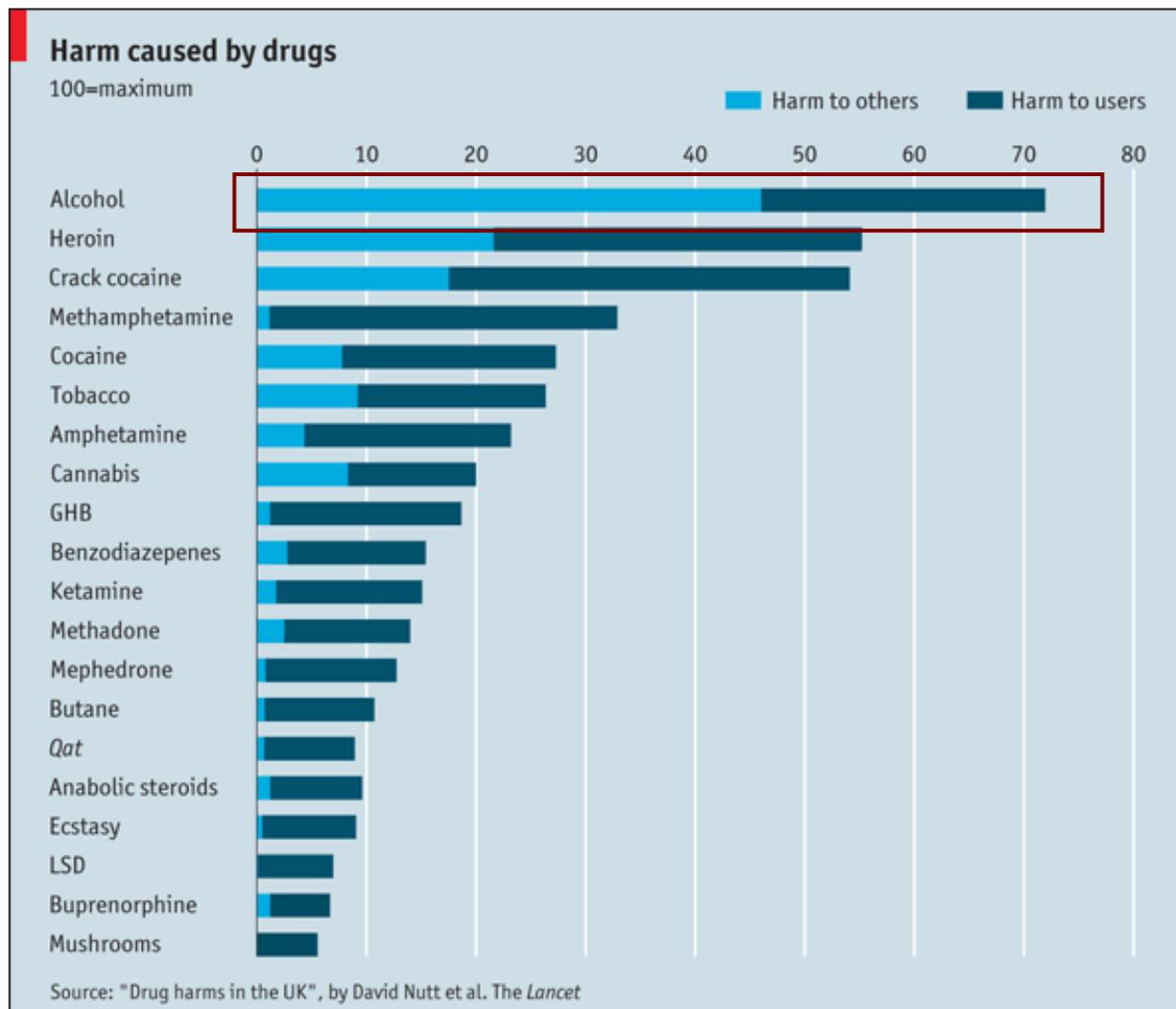
« **L'alcool plus dangereux que le crack ou l'héroïne** », c'est que conclut une étude britannique largement médiatisée par les journaux et publiée dans la prestigieuse revue *The Lancet* en Novembre 2010. Cette recherche a été réalisée par l'« *Independent Scientific Committee on Drugs for Crime and Justice Studies* ».

L'objectif de cette étude était d'évaluer et de comparer les différents risques liés à la consommation récréative de drogues sur l'individu et sur la société. Pour cette recherche, le Pr Nutt et son équipe ont élaboré leur propre système d'analyse de décision multicritères (MCDA) - méthode se référant à la connaissance et à l'expérience d'experts dans la classification des drogues. 20 substances légales ou illégales ont pu être ainsi évaluées sur 16 critères : 9 concernaient les risques pour l'individu (*mortalité, dépendance...*) et 7, les risques pour l'ensemble de la société (*criminalité, coût économique...*).

Les experts ont ensuite noté chaque substance addictive sur 100 points, le score augmentant en fonction de la nocivité du produit.

Les conclusions de cette étude indiquent que les drogues les plus dangereuses pour l'individu sont l'héroïne, le crack, et la méthamphétamine (*scores respectifs 34, 37 et 32*), alors que celles les plus néfastes pour la société sont l'alcool, l'héroïne et le crack (*46, 21, et 17, respectivement*).

L'analyse du score global conclut que l'alcool représente la substance la plus nocive (score global 72), avec l'héroïne (55) et le crack (54) en deuxième et troisième places.



Les auteurs de cette étude concluent que leur analyse confirme les résultats de recherches antérieures réalisées au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Ils recommandent une révision de la classification des drogues en tenant compte des risques réels comparés des différentes substances et un sérieux renforcement de la stratégie de prévention contre l'usage abusif d'alcool. Faute de pouvoir interdire la consommation d'alcool pour des raisons culturelles en Europe, les auteurs soulignent que les états devraient concentrer leurs efforts sur les alcoolodépendants plutôt que sur les consommateurs occasionnels d'alcool et privilégier l'éducation et la modération.

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

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



1. Préambule

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



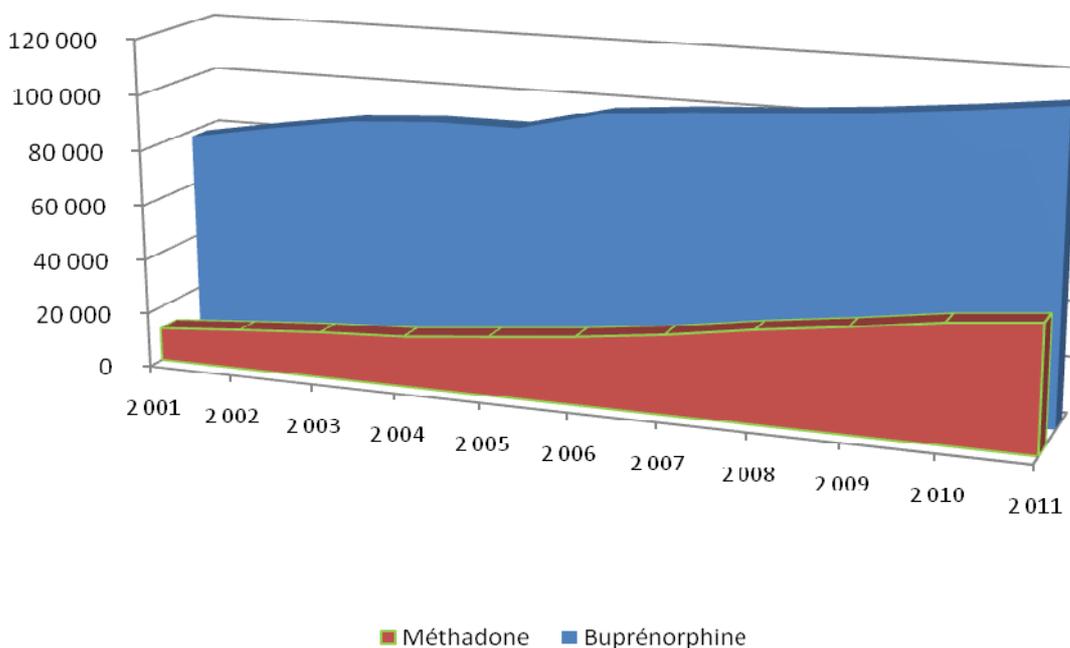
L'objectif de ce travail n'est pas d'évaluer l'efficacité de dispositifs mis en œuvre dans les différentes régions par les différents types d'intervenants mais de faire un état des lieux et d'avoir une vision, plutôt quantitative, de l'accès aux différents MSO. La méthodologie décrite dans le paragraphe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

2. Introduction

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

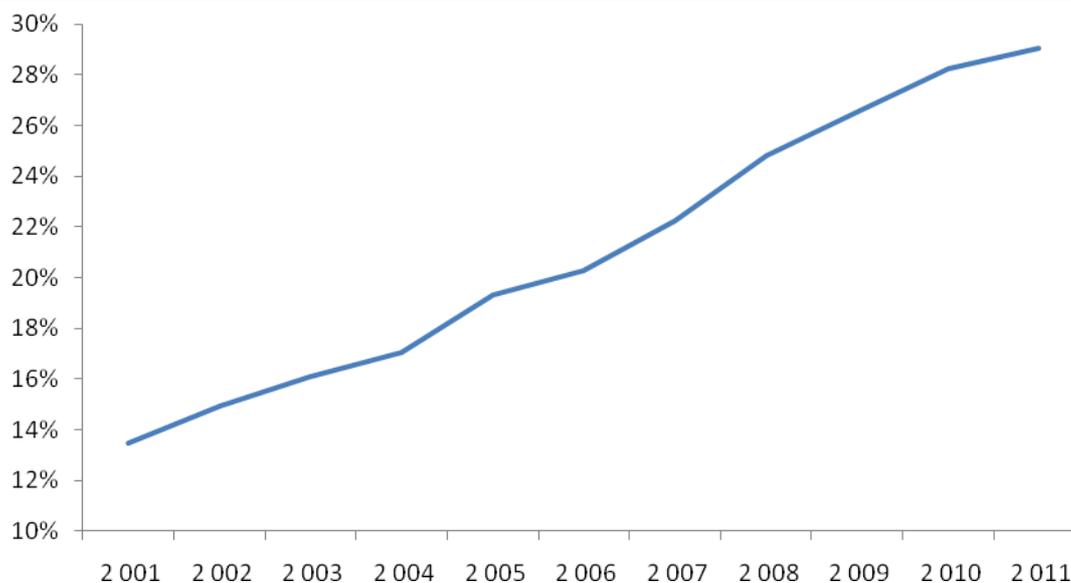
L'arrivée de la forme gélule de méthadone a complété en 2008 la gamme des traitements mis à disposition. Cependant, le lien entre augmentation du nombre de patients sous traitement et accès à une nouvelle forme galénique ne peut être clairement établi. D'autant plus que la forme gélule remplace chez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

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



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

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



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

3. Matériel et méthode

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

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

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

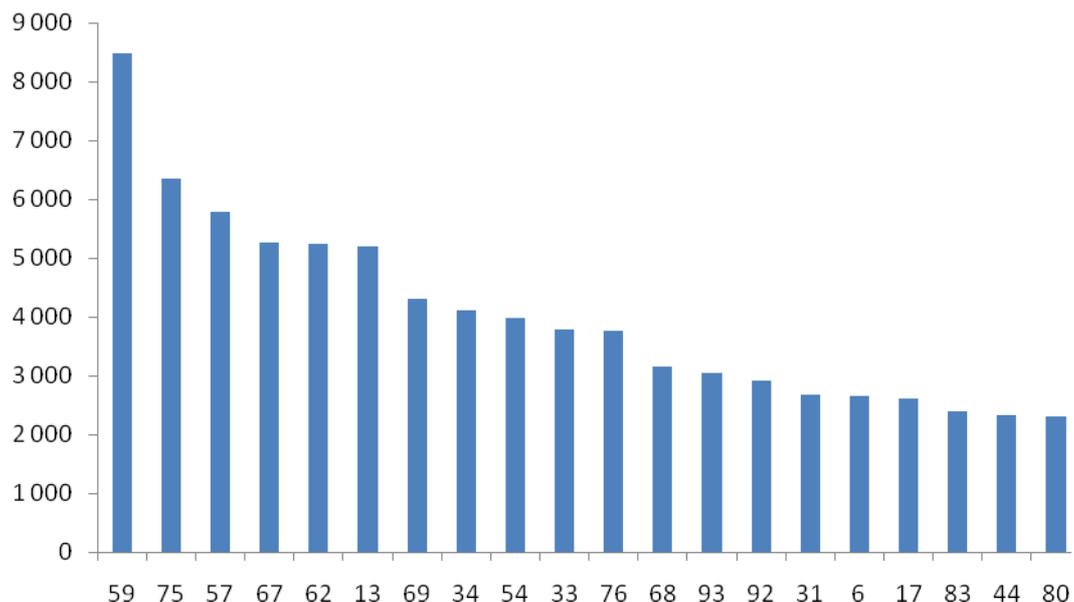
La troisième étape a consisté à analyser, après 3 années de commercialisation, le nombre de patients traités par méthadone gélule et à mesurer le taux d'accès à cette nouvelle forme galénique dans les principaux départements.

4. Résultats

4.1. Principaux départements touchés par la pharmacodépendance aux opiacés

4.1.a. *En nombre de patients*

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



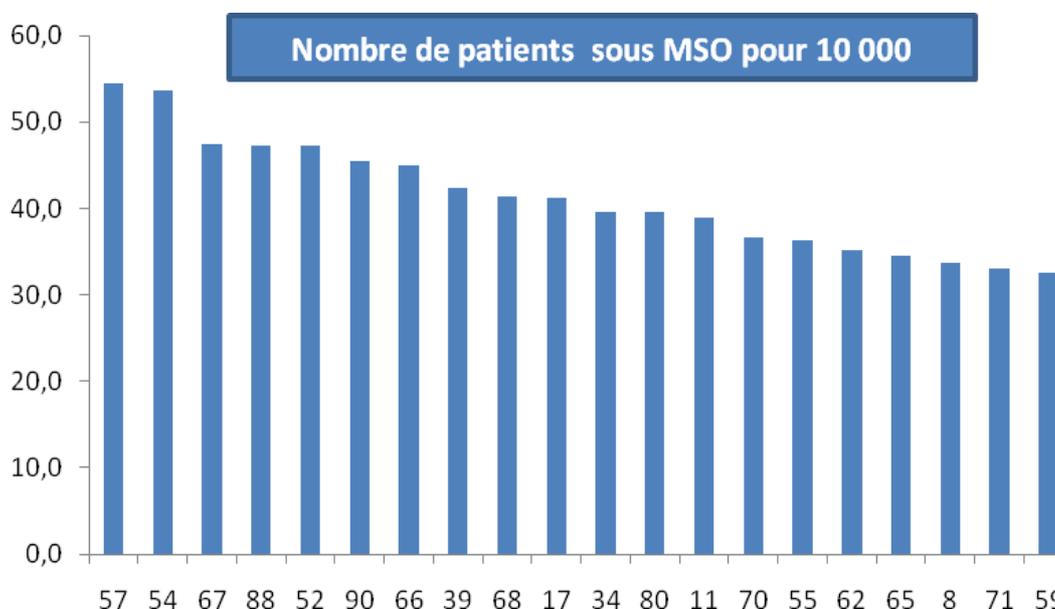
Le Nord (59) est le département qui arrive en tête de ce classement avec près de 8 500 patients traités par MSO. Ce département est suivi par Paris (75) avec 6 400 patients et deux départements de l'est de la France : Moselle (57) et Bas-Rhin (67). Viennent ensuite le Pas-de-Calais (62) et les Bouches-du-Rhône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

4.1.b. En prévalence

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

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

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



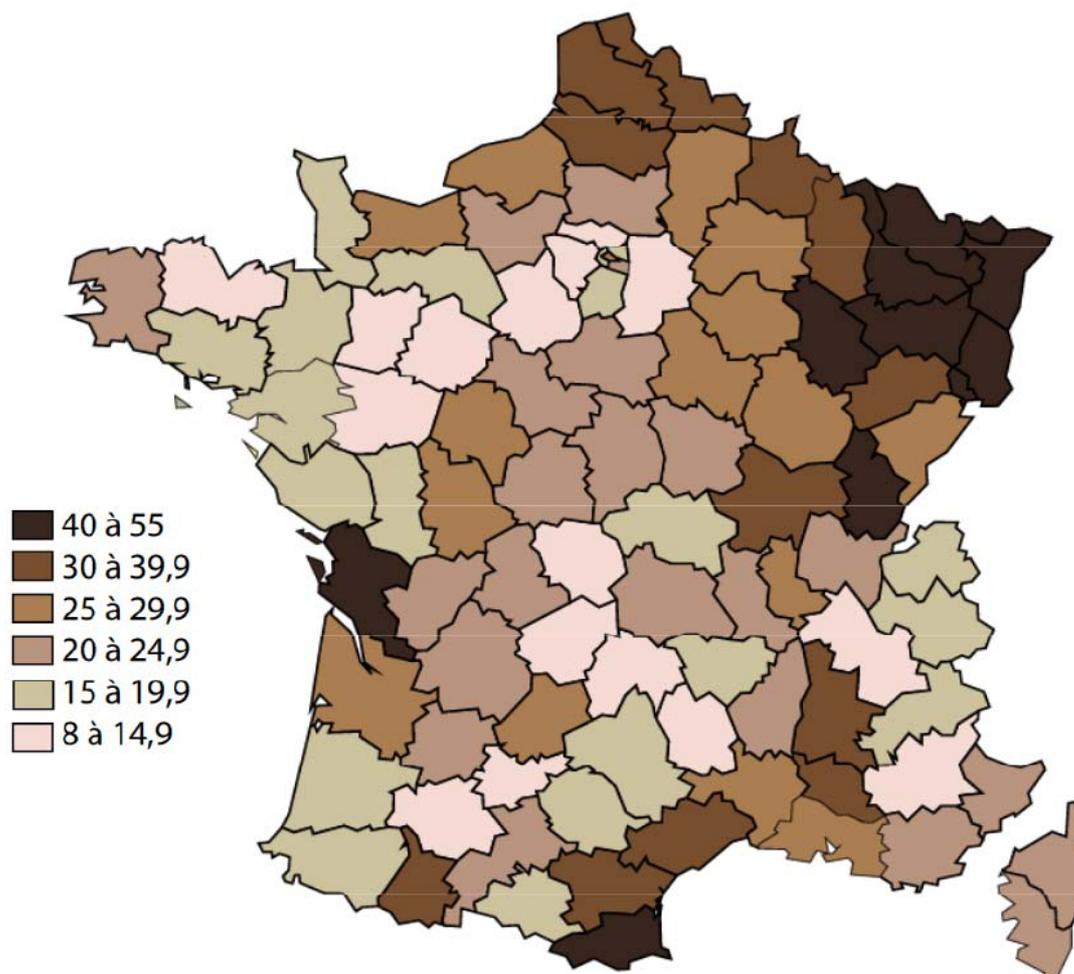
Dans l'analyse des données brutes, le Nord (59), Paris (75) ainsi que la Moselle (57) et le Bas-Rhin (67) arrivaient en tête. **Les prévalences par département font ressortir la Moselle (57) en tête suivie de peu par la Meurthe-et-Moselle (54), le Bas-Rhin (67) et les Vosges (88).** Tout comme le constat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

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

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

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

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



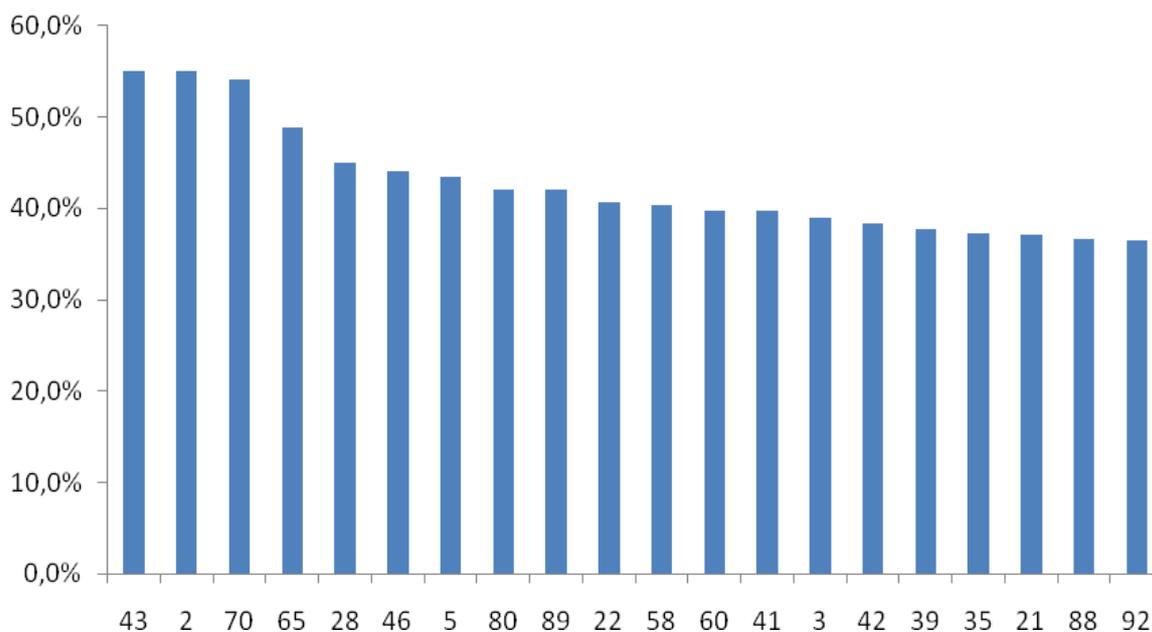
4.1.c. Proportion de patients sous méthadone

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

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

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

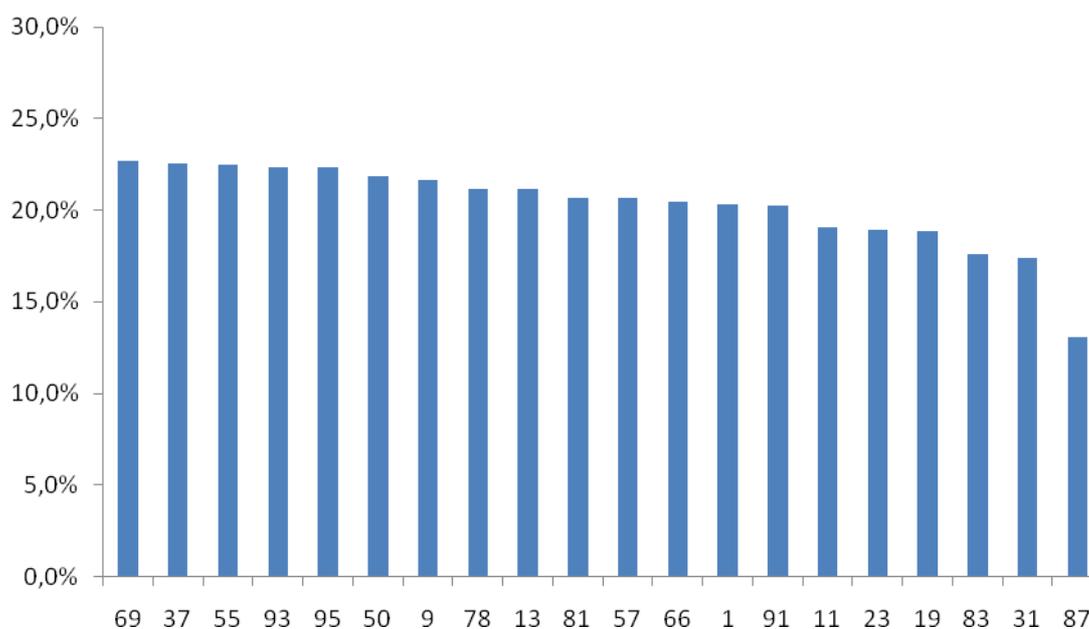
Figure 6 : 20 premiers départements pour la proportion de patients sous méthadone



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

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

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

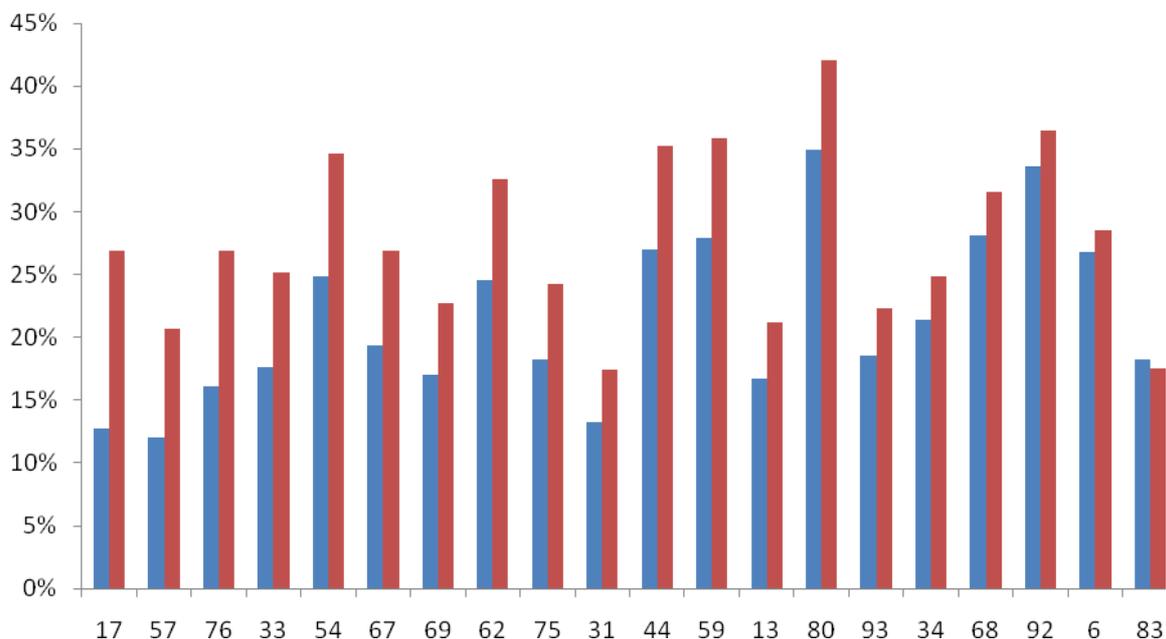


Au-delà de ce constat, il peut être intéressant de regarder les principales évolutions sur ce critère. L'analyse suivante a été effectuée sur les 20 départements les plus importants en

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

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

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

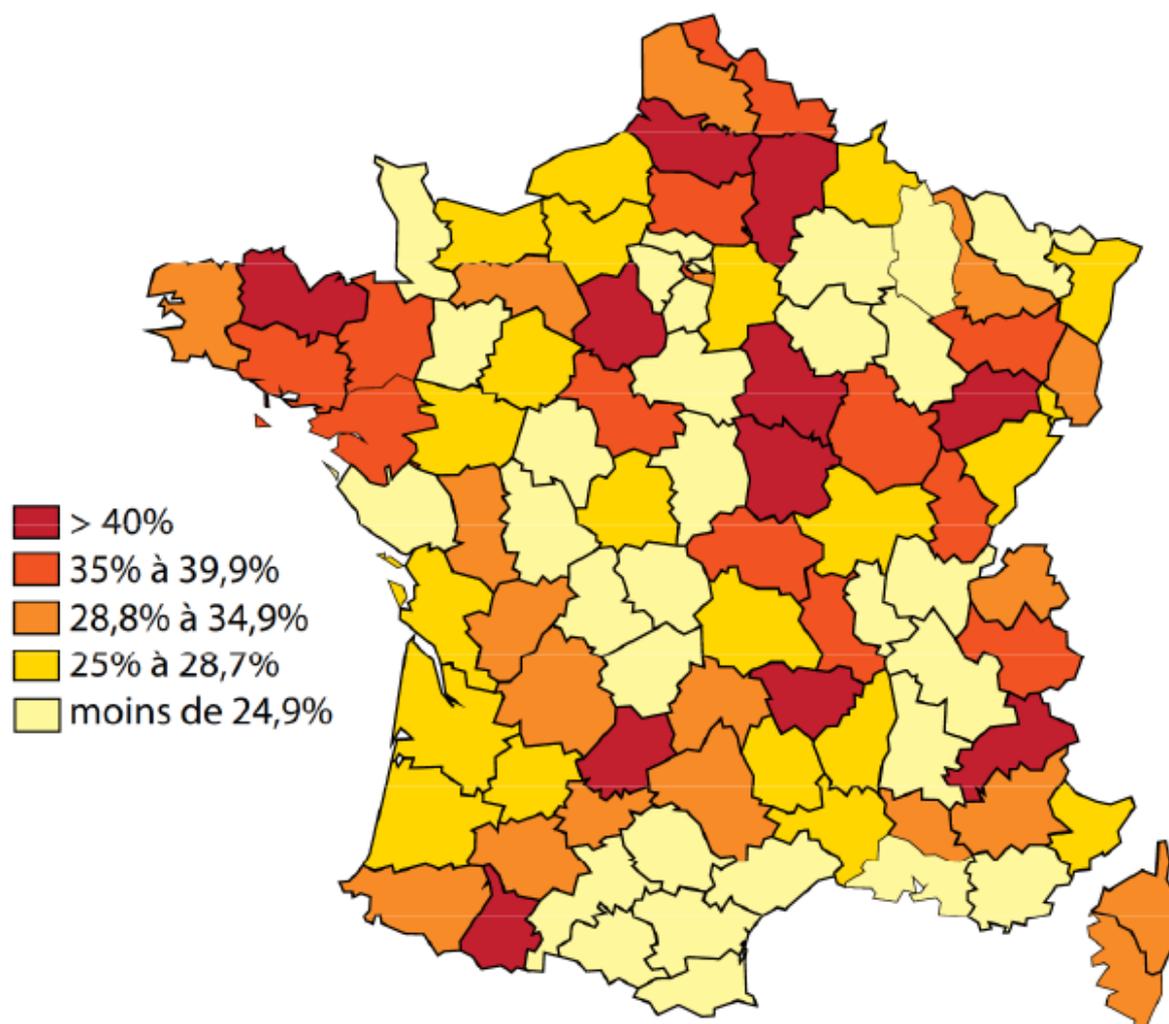


De manière générale, nous pouvons constater qu'à l'exception du Var (83), l'ensemble de ces départements a connu une hausse du nombre de patients sous méthadone. Trois groupes différents peuvent être identifiés en fonction de l'augmentation de ce taux :

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

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

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



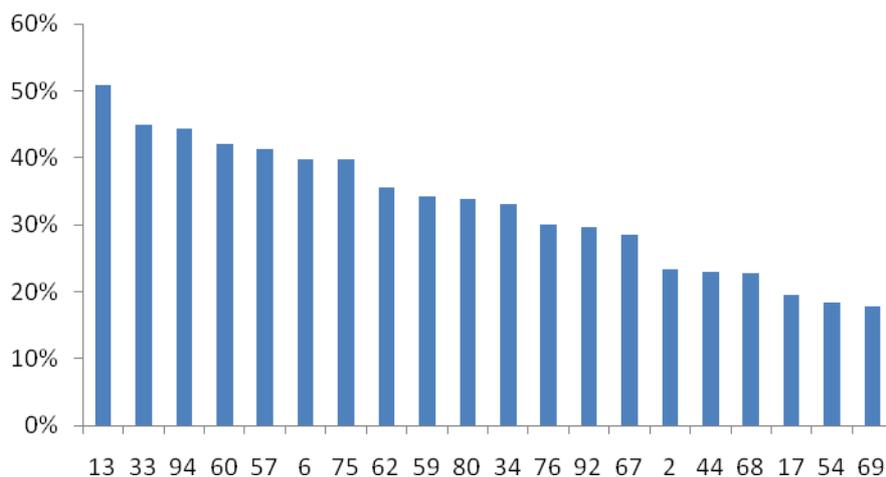
4.1.d. Implantation de la méthadone, gélule par département

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

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

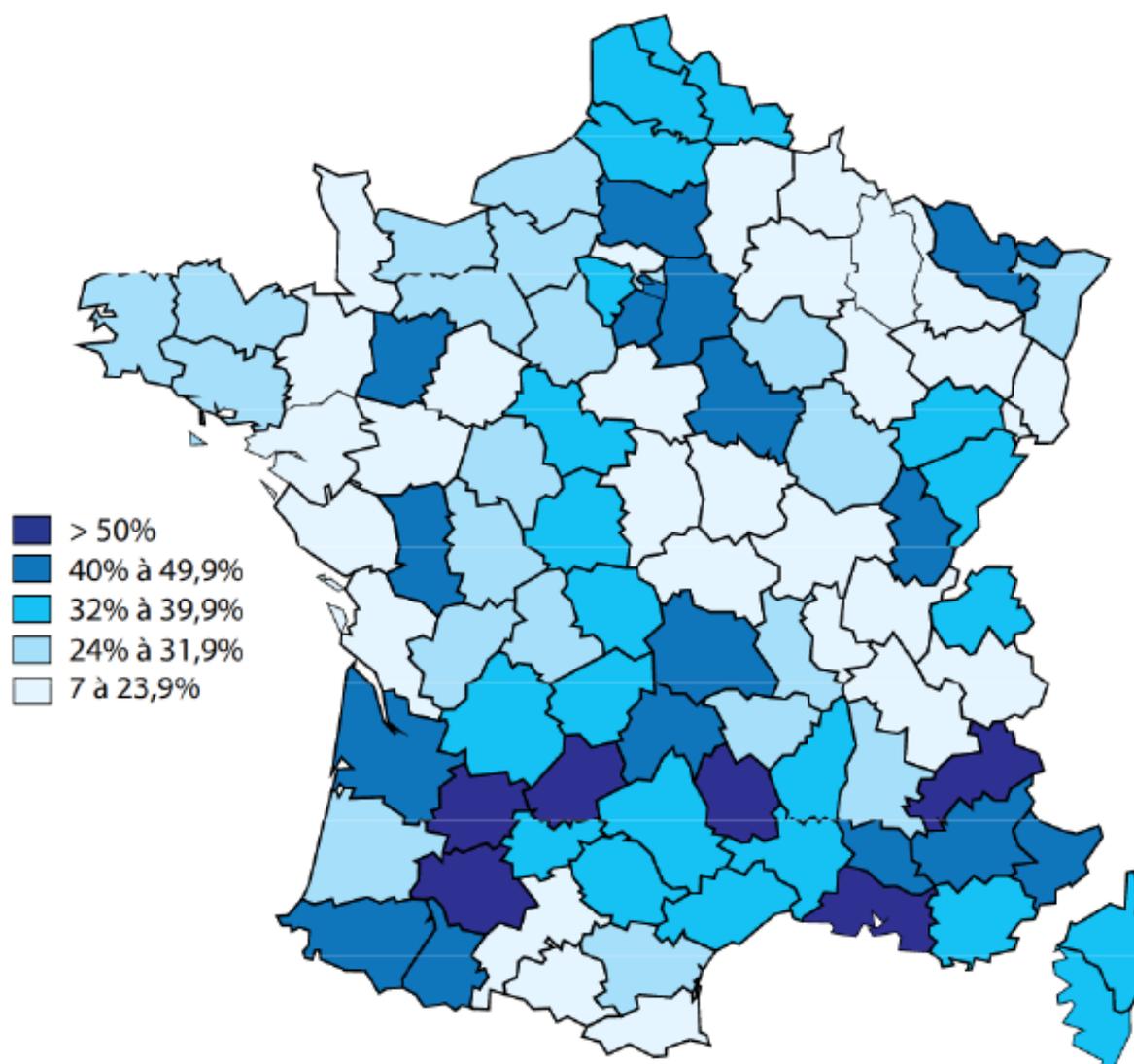
- Un premier groupe pour lequel les taux se situent entre 40% et 51%, soit largement au dessus du taux national avec, par ordre décroissant : les Bouches-du-Rhône (13), la Gironde (33), le Val-de-Marne (94), l'Oise (60), la Moselle (57), les Alpes-Maritimes (06) et Paris (75).
- Un deuxième groupe pour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

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



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

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



5. En synthèse

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

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

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

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

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

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

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

6. Discussion

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

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

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

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

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

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

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

Bibliographie

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

Prescription et dispensation de la méthadone (sirop et gélule) : Questions-Réponses

Nicolas AUTHIER, Clermont-Ferrand (63), Nicolas BONNET, Paris (75),
Grégory PFAU, Paris (75), Stéphane ROBINET, Strasbourg (67),
Dr Saman SARRAM, Bordeaux (33), Gilbert FOURNIER, Chatenay-Malabry (92)

Introduction

La prescription des traitements de substitution et, en particulier, de la méthadone suscite en permanence de nombreuses questions. Nous avons souhaité, sous l'impulsion de Stéphane Robinet, lui-même membre du Comité de Rédaction de la revue, répondre à la plupart d'entre elles, de façon la plus pédagogique qu'il soit, en donnant un éclairage à des textes (*mentions légales, textes officiels...*) qui manquent parfois de clarté.

Nous avons séparé les questions qui relèvent spécifiquement de l'une ou l'autre des 2 formes galéniques de méthadone, pour finir par un paragraphe consacré aux questions communes aux deux formes.

Méthadone, sirop

1. Qui peut prescrire un traitement par Méthadone, sirop ?

Les règles de prescription et de délivrance de la méthadone imposent que **la prescription initiale** soit réservée aux médecins exerçant en centre spécialisé – CSAPA - ou aux médecins exerçant dans un établissement de santé (1,2).

Les services d'accueil et de traitement des urgences des établissements de santé, compte tenu de leurs modalités de fonctionnement, ne constituent pas un contexte adapté à la primo-prescription de la méthadone (1). S'il n'y a donc pas de contre-indication à l'initialisation d'un traitement par la méthadone par ces services, elle reste toutefois peu pertinente, sauf si le médecin s'assure du suivi de sa prescription et de l'accompagnement psycho-social préconisé par l'AMM.

1. Circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002
2. Mentions légales Chlorhydrate de Méthadone AP-HP, sirop

2. Qui peut poursuivre la prescription du traitement par la méthadone, sirop ?

Une fois le traitement initié, les patients peuvent être suivis par ces primo-prescripteurs autorisés (*médecins de centre ou hospitaliers*) avec une délivrance soit sur place, soit en pharmacie de ville.

Dans ce second cas, l'ordonnance pour la prescription, rédigée par ces primo-prescripteurs, répondant aux spécifications fixées par l'arrêté du 31 mars 1999 (**ordonnance sécurisée**).

Le primo-prescripteur peut ensuite **déléguer la prescription** à un médecin de ville (*choisi en accord avec le patient*). Dans ce cas, lors de la 1^{ère} délivrance en pharmacie d'officine, le patient doit présenter 2 ordonnances :

- 1) **L'ordonnance de délégation** rédigée par un primo-prescripteur autorisé (*médecin exerçant en service spécialisé - CSAPA - ou hospitalier*) indiquant les mentions obligatoires et le nom du médecin qui va assurer le relais. **Cette délégation est permanente.**

Classiquement, l'ordonnance de délégation peut se présenter sous 2 formes. Soit une ordonnance du primo-prescripteur avec une durée de délivrance et la mention « À renouveler par le Dr X ». Soit, plus fréquemment, une ordonnance sans délivrance avec la mention « Délégation de prescription au Dr X ».

- 2) **L'ordonnance du médecin de ville**, sur laquelle le médecin de ville aura indiqué, en plus des mentions obligatoires, le nom du pharmacien ou de la pharmacie qui assurera la délivrance.

Méthadone, sirop : combien de patients en France bénéficient du traitement ?

En 2011, il y avait en France près de 8 000 patients recevant un traitement par méthadone sirop, délivré en centre spécialisé ou en prison. On estime qu'un nombre identique se faisait prescrire par un médecin de centre (ou hospitalier) un traitement par la méthadone avec une délivrance en pharmacie d'officine. Au total, environ 16 000 patients traités par le sirop de méthadone sont suivis par un médecin du milieu spécialisé (service hospitalier, CSST/CSAPA, établissements pénitentiaires).

En 2011, le nombre de patients suivis par un médecin de ville dont le traitement est délivré par un pharmacien (avec une délégation de prescription) est environ de 15 000 patients.

Soit au total 31 000 patients bénéficiant d'un traitement par méthadone, sirop.

Il n'y a pas de délai imposé entre l'initiation du traitement en milieu spécialisé et la délégation vers un médecin de ville. Celui-ci peut être très court si le patient répond aux critères fixés dans la circulaire de janvier 2002 faisant état notamment à des capacités d'autogestion du traitement et de facteurs de stabilité.

Note du Comité scientifique :

Dans la réalité, les durées de maintien en milieu spécialisé avant le relais en ville dépendent également de pratiques différentes au sein des équipes en matière de relais. La présence ou non de médecins acceptant le relais de patients traités par substitution opiacée peut également faire varier la mise en place de cette option. Enfin, la situation psycho-sociale de certains usagers de drogue nécessite parfois un accompagnement de longue durée en milieu spécialisé.

3. Peut-on délivrer de la méthadone à un patient se présentant pour la 1^{ère} fois dans une pharmacie d'officine avec une ordonnance d'un médecin généraliste (et sans l'ordonnance de délégation) ?

NON. Il existe schématiquement 2 cas de figure :

- ❖ Le patient a bénéficié d'une ordonnance non conforme par un médecin de ville qui a initié le traitement en dehors du cadre médico-légal. **Dans ce cas, le traitement ne doit pas être délivré.** Idéalement, il faudrait informer le médecin de la non-conformité de sa prescription.
- ❖ Le patient a changé de pharmacie. Il faut alors lui demander dans quelle pharmacie a été exécutée la 1^{ère} délivrance en ville et demander au confrère qui a assuré cette 1^{ère} délivrance, de faxer l'ordonnance de délégation, attestant l'initialisation du traitement par un prescripteur autorisé et du relais vers un médecin de ville.

Dans tous les cas, le nom du pharmacien ou de la pharmacie devra être inscrit sur l'ordonnance.

Note du Comité Scientifique :

Selon l'article R 5132-35 du Code de la Santé Publique, une copie de toute ordonnance comportant la prescription d'un ou plusieurs médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, doit être conservée pendant trois ans par le pharmacien. Ces copies sont présentées à toute réquisition des autorités de contrôle. Nous recommandons également au pharmacien de conserver une copie de l'ordonnance de délégation sur laquelle est indiqué le nom du médecin généraliste autorisé à poursuivre le traitement par la méthadone.

4. Quelle est la durée de validité d'une ordonnance de délégation pour la forme sirop méthadone ?

La délégation est, par défaut, permanente. **Elle n'a donc pas à être renouvelée.** Ce n'est pas une PIH (*Prescription Initiale Hospitalière*). Pour autant, dans des situations cliniques qui le justifient, le médecin peut ré-adresser le patient à un service spécialisé pour une réévaluation de l'indication, une adaptation du traitement ou un mode de suivi conjoint avec le service spécialisé.

Méthadone, gélule

1. Quelles sont les indications ?

Elles sont identiques au traitement par le sirop de méthadone : « traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique ». En revanche, **la forme gélule est réservée à des patients traités par la forme sirop depuis au moins 1 an et stabilisés**, notamment au plan médical et à celui des conduites addictives.

2. Comment déterminer si un patient est stabilisé au plan médical et à celui des conduites addictives et s'il est donc éligible à un traitement par gélule de méthadone ?

Cette notion de stabilité n'est pas définie strictement dans les textes. **Elle reste donc à l'appréciation du médecin prescripteur**, selon la situation de son patient. Il n'y a pas de critère précis d'évaluation d'une non stabilité qui exclurait d'emblée le patient d'un traitement par gélule de méthadone (*posologie élevée par exemple*).

Ainsi, certains professionnels de santé définissent un patient stabilisé comme abstinant aux opiacés illicites ou avec des consommations stables, y compris pour toute autre substance psychoactive (*alcool, tabac, cannabis, cocaïne, benzodiazépines...*) permettant une amélioration significative de son état de santé physique et psychologique ainsi que de sa situation sociale. D'autres appliquent des critères moins stricts. Là encore, la définition de ce que sont des consommations stables peut varier d'un médecin à un autre.

3. Un médecin de ville qui suit un patient recevant un traitement par sirop de méthadone, peut-il lui prescrire directement des gélules de méthadone ?

NON. Seuls, les médecins primo-prescripteurs autorisés de méthadone (*exerçant en CSST/CSAPA ou en milieu hospitalier spécialisé*) peuvent primo-prescrire des gélules de méthadone à un patient traité depuis au moins un an par méthadone sirop et stabilisé.

Si c'est un patient suivi en médecine de ville, **le médecin doit l'adresser à un primo-prescripteur autorisé**, qui ré-adressera le patient au médecin de ville avec **une nouvelle délégation de prescription**. Celle-ci lui permettra de prendre le relais. Dans ce cas, comme pour le sirop de méthadone, lors de la première délivrance, le patient doit présenter 2 ordonnances (*l'ordonnance de délégation et l'ordonnance du médecin de ville*).

4. Quelle est la durée de validité d'une ordonnance de délégation pour la forme gélule de méthadone ?

Lors de la mise à disposition des gélules de méthadone en avril 2008, l'ordonnance de délégation d'un médecin primo-prescripteur vers un médecin de ville devait être renouvelée tous les 6 mois. **Depuis juin 2011, comme pour le sirop, la délégation est permanente.** Pour autant, là aussi, dans des situations cliniques qui le justifient, le médecin peut ré-adresser le patient à un service spécialisé s'il le souhaite pour une réévaluation de l'indication ou une adaptation du traitement

Méthadone, gélule : combien de patients en France bénéficient du traitement :

En 2011, près de 1 500 patients se faisaient délivrer de la Méthadone, gélule par un centre de soins spécialisé et environ 7 000 patients (estimation approximative sur la base d'observation par les pharmaciens) avaient une prescription d'un médecin de centre ou hospitalier, avec une délivrance en pharmacie d'officine

Dans le même temps, un peu plus de 6 000 patients faisaient l'objet d'une prescription par un médecin de ville (après avoir eu une première prescription en milieu spécialisé et bénéficié d'une délégation).

5. Y a-t-il d'autres obligations dans le cadre de prescription des gélules de méthadone ?

Les conditions de prescriptions ont été complétées (*Journal Officiel du 8 avril 2008*) par un arrêté comportant, entre autres, l'obligation d'un protocole de soins pour tout traitement méthadone gélule, **dès son initiation.**

C'est le médecin traitant qui établit le protocole de soins (L. 324-1). Les médecins de CSAPA ou de service hospitalier qui prescriront des gélules de méthadone avec délivrance en officine pourront demander à la CPAM, à titre dérogatoire, un protocole de soins, sans toutefois être médecin traitant. Ils peuvent également, même si la pratique n'est pas courante, devenir médecin traitant.

6. Y a-t-il une surveillance particulière ?

La commercialisation des gélules de méthadone est accompagnée d'un **PGR (Plan de Gestion des Risques)** dont les objectifs sont de déterminer les risques identifiés ou potentiels liés à l'utilisation des gélules de méthadone, d'assurer un suivi spécifique pour évaluer ces risques et de mettre en œuvre des mesures pour les minimiser.

La mise en place d'un PGR pour la gélule de méthadone comprend donc un suivi renforcé de pharmacovigilance, de pharmacodépendance et de toxicovigilance.

Il est d'ailleurs rappelé aux professionnels de santé qu'ils ont obligation de déclarer tout cas d'abus ou de dépendance grave à une substance (sauf alcool et tabac) au Centre d'Addictovigilance (Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance) dont ils dépendent (articles R5219-1 à 5219-15 du Code de la Santé Publique).

Par ailleurs, lors de la primo-prescription ou primo-délivrance d'un traitement par méthadone gélule, les patients doivent recevoir **une lettre d'accompagnement** (disponible sur le site www.afssaps.fr ou auprès des Laboratoires BOUCHARA-RECORDATI - 01 45 19 10 59). Celle-ci les informe notamment sur le danger d'intoxication mortelle (plus particulièrement chez l'enfant) et les risques encourus en cas de mésusage, pour eux-mêmes et pour leur entourage.

Note du Comité Scientifique :

Le bilan après 2 années de commercialisation des gélules de méthadone a été jugé globalement positif par les Autorités de Santé. Les détournements de voie d'administration ont été exceptionnels (injection, sniff) et le risque avéré le plus important est l'intoxication pédiatrique par absorption accidentelle.

Il semble néanmoins nécessaire de sensibiliser les patients à ce risque d'intoxication chez l'enfant et de la nécessité de conserver leur traitement dans un lieu inaccessible aux enfants.

Méthadone, sirop et Méthadone, gélule

1. Le médecin généraliste peut-il modifier la posologie de méthadone ?

OUI. L'ordonnance de délégation d'un traitement par la méthadone, rédigée par un médecin de CSAPA ou hospitalier, confère au médecin de ville **le statut de prescripteur de méthadone pour un patient donné**. Le médecin de ville peut donc augmenter ou diminuer les posologies en fonctions des besoins du patient. Il peut accompagner le patient vers l'arrêt progressif du traitement, ou envisager de recommencer le traitement par la méthadone (par exemple suite à une rechute après une période d'abstinence). Si le médecin de ville éprouve des difficultés à réinstaurer le traitement par la méthadone chez son patient, il peut également l'adresser à un service spécialisé.

Quoi qu'il en soit, après une période d'arrêt de traitement par la méthadone, il est fortement recommandé de **recommencer à une posologie basse** (au maximum 40 mg/jour, mais plutôt à 10 ou 20 mg par jour si le patient est devenu abstinent aux opiacés) et **d'augmenter progressivement** (par palier de 10 mg tous les 4 à 10 jours) conformément au schéma d'induction préconisé par l'AMM.

2. Existe-t-il une posologie maximale de méthadone ?

NON, il n'existe pas de posologie maximale pour la méthadone, ni de relation clairement établie entre la posologie optimale de méthadone et la quantité d'opiacée consommée avant l'entrée en traitement par la méthadone. En France, la **posologie moyenne se situe plus particulièrement dans la fourchette basse**, c'est-à-dire aux alentours de 60 mg, alors que les recommandations internationales préconisent quant à elles une posologie moyenne de méthadone comprise entre 60 et 100 mg/jour, voire 80 à 120 mg/jour.

3. Quelles sont les contre-indications strictes ?

- Age inférieur à 15 ans
- Insuffisance respiratoire grave
- Hypersensibilité à la méthadone
- Traitement concomitant par un agoniste-antagoniste morphinique (*nalbuphine, buprénorphine, pentazocine*) ou sultopride ou par un antagoniste ;

La prescription de morphiniques à visée antalgique (*morphine, fentanyl*) n'est pas contre-indiquée, mais nécessite des précautions d'emploi (potentialisation des effets dépresseurs centraux)

La prescription de naltrexone (*Révia® et ses génériques*) à un patient recevant un traitement par la méthadone peut entraîner l'apparition d'un syndrome de sevrage.

4. Quel est le statut du médecin de ville assurant le relais dans le suivi du traitement ?

Le médecin de ville qui assurera le suivi du traitement est désigné par l'ordonnance de délégation établie par un primo-prescripteur autorisé. En cas de vacances ou absence du médecin de ville, le patient devra présenter lors de la délivrance en pharmacie, une nouvelle ordonnance du centre précisant le nom du nouveau médecin relais. Par contre, en cas de remplacement, le médecin remplaçant prescrit sous la responsabilité et sur les ordonnances du médecin qu'il remplace. **Le médecin de ville ne peut pas relayer lui-même le patient vers un autre médecin de ville.** Pour ce faire, le patient doit retourner vers un médecin autorisé à la primo-prescription (*CSAPA ou hôpital*), qui fera une délégation vers le nouveau médecin de ville dans les mêmes conditions qu'un premier relais-ville.

Note du Comité Scientifique :

Il est fréquent que, dans les cabinets de groupe, les patients bénéficient de prescription d'un des médecins du cabinet, autre que celui désigné par la délégation (absence, congés...). Dans la pratique, ces ordonnances sont dans leur majorité honorées et le remboursement pris en charge pas les organismes payeurs. Toutefois, ceci doit rester une exception car non conforme à la législation en vigueur.

5. Le médecin doit-il contacter le pharmacien à l'instauration d'un traitement par la méthadone ?

Conformément à la Circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002, le médecin prescripteur devra déterminer, en accord avec le patient, le pharmacien qui réalisera la dispensation du traitement. Cela sous-entend que le pharmacien choisi doit être contacté par le médecin même si ce dernier n'en a pas clairement l'obligation.

Note du Comité Scientifique :

Pour le partage du projet de soin, et pour favoriser le partenariat entre le médecin et le pharmacien, le Comité Scientifique recommande au médecin prescripteur de contacter le pharmacien à l'instauration d'un traitement par la méthadone et de maintenir ce contact régulièrement.

6. Le médecin peut-il prescrire un traitement par la méthadone à un mineur sans accord parental ?

Les conditions pour qu'un mineur puisse consentir seul à des soins, hors autorisation de ses parents, sont nombreuses et très précisément posées (*articles L. 1111-4 et L. 1111-5 du Code de Santé Publique*).

- Il faut que le traitement en question s'impose pour sauvegarder sa santé ;
- Il faut que le mineur se soit expressément opposé à ce que ses parents soient au courant et souhaite conserver le secret sur son état ;
- Le médecin doit tout mettre en œuvre pour tenter de convaincre le mineur d'informer ses parents, et ce n'est qu'en cas d'échec que les soins pourront être entrepris hors le consentement de ceux-ci ;
- Le mineur devra impérativement se faire accompagner d'une personne majeure de son choix ;
- Si le mineur est en rupture avec sa famille et bénéficie à titre personnel d'une couverture sociale, il pourra consentir seul aux soins le concernant.

Dans tous les autres cas, le praticien devra déterminer s'il s'agit de soins indispensables, insister auprès du mineur pour qu'il sollicite le consentement de ses parents et s'assurer de la présence d'une personne majeure en cas de maintien du refus du mineur. Ces conditions concernent exclusivement les mineurs de 15 à 18 ans, **un âge inférieur à 15 ans étant une contre-indication à l'instauration d'un traitement par la méthadone.**

7. Quelle est la durée de délivrance maximale de méthadone ?

La durée maximale de prescription est limitée à 14 jours. Sans mention particulière, le pharmacien doit alors délivrer par fraction de périodes de 7 jours. Toutefois, le médecin peut, pour des raisons particulières tenant à la situation du patient, exclure le fractionnement en écrivant sur l'ordonnance : « délivrance en une seule fois ». **La délivrance peut alors se faire au maximum pour 14 jours** (R 5132-30 du Code de la Santé Publique).

8. La durée du traitement par la méthadone est-elle limitée dans le temps ?

NON, il n'y pas de durée limitée pour le traitement par la méthadone. **Il est impossible de fixer une durée optimale du traitement susceptible de convenir à tous les patients.** La durée d'un traitement par la méthadone doit être établie en fonction de l'évaluation clinique du médecin et de tout autre professionnel de santé impliqué dans la prise en charge. L'arrêt du traitement est une décision qui doit être prise de manière conjointe entre le médecin et son patient. **Cet arrêt doit être progressif.**

Note du Comité Scientifique :

*En pratique, la durée d'un traitement de substitution opiacée varie de quelques mois à plusieurs années. Pour certains, on évoque parfois l'utilité d'un traitement à vie. L'arrêt du traitement par la méthadone n'est pas une fin en soi. **Le risque de rechute est élevé en cas d'arrêt et il est dangereux (risque d'overdose en cas de re-consommations).** Toutefois, la demande du patient est légitime et doit être accompagnée.*

9. Un pharmacien peut-il refuser de délivrer un traitement par la méthadone même si la prescription respecte le cadre légal ?

A priori, il n'existe pas de texte officiel opposable qui autorise un pharmacien à refuser la délivrance d'un médicament qui fait suite à la prescription d'un professionnel de santé dans l'indication appropriée. Si le pharmacien refuse la délivrance, il lui est recommandé d'en avertir le médecin et de motiver sa position.

Comme pour tout autre médicament, un pharmacien peut également refuser la délivrance du traitement s'il a la conviction que c'est dans l'intérêt du patient et qu'il présente un caractère de dangerosité, **après en avoir informé le prescripteur.**

10. Le pharmacien peut-il délivrer un traitement par la méthadone à un tiers ?

OUI, mais le pharmacien doit enregistrer le nom et l'adresse du porteur de l'ordonnance, si celui-ci n'est pas le malade, conformément à l'article R 5132-35 du Code de la Santé Publique.

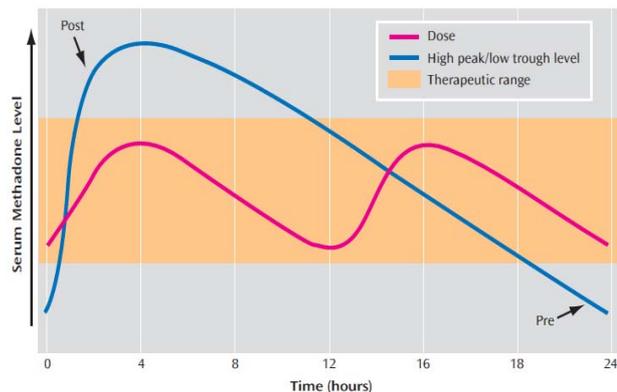
11. Le pharmacien peut-il délivrer un traitement par la méthadone en bi-prise si l'ordonnance de prescription l'indique ?

NON, l'AMM de la méthadone précise que le traitement doit être pris en une prise quotidienne.

Note du Comité Scientifique :

Même si la règle de prescription pour les médicaments de substitution opiacée est la mono-prise quotidienne, dans un certain nombre de cas (clinique /métabolique), une prise bi-quotidienne peut être plus adaptée pour le patient. Elle ne peut être la règle pour tous mais doit répondre à une adaptation en vue d'améliorer l'efficacité et la sécurité du traitement.

Dans ce cas de la bi-prise doit être précisée sur l'ordonnance (X mg le matin, X mg le soir). En tant que prescription hors-AMM, elle doit être discutée avec le médecin-conseil, par exemple dans le cadre du protocole de soins.



12. Dans quel cas le chevauchement de deux ordonnances de méthadone est-il autorisé ? Quelles en sont les conditions ?

Conformément à l'article R. 5132-33 du Code de la Santé Publique, « une nouvelle ordonnance ne peut être ni établie ni exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement par une mention expresse portée sur l'ordonnance ».

Ainsi, si le médecin autorise le chevauchement avec la précédente ordonnance par une **mention expresse**, la nouvelle prescription peut être délivrée dans sa totalité sous réserve du respect des autres conditions de prescription et de délivrance.

13. Quel est le délai de carence et de chevauchement ?

L'ordonnance doit être présentée en pharmacie dans les trois **jours suivant son établissement** pour être exécutée dans sa totalité. Si l'ordonnance est présentée après le délai de carence des **3 jours**, le pharmacien devra déconditionner la spécialité pour ne délivrer que pour la durée restant à courir (*article R. 5132-33*).

14. Le traitement par gélule de méthadone est-il plus cher que par le sirop ?

Cela dépend de la posologie et du nombre d'unités de prise nécessaire à celle-ci. Par exemple, pour un patient traité par 40 mg/jour, le traitement par gélule de méthadone est moins cher. Cette comparaison est faite sur la base du prix public en pharmacie.

Posologie journalière Présentation	Méthadone sirop (le flacon) CTJ	Méthadone gélule (la gélule) CTJ
40 mg	1,51 €	1,15 €
60 mg	1,61 €	2,20 € (1 gélule de 20 mg + 1 gélule de 40 mg)
80 mg	3,02 € (1 flacon de 60 mg + 1 flacon de 20 mg)	2,29 € (2 gélules de 40 mg)
120 mg	3,22 € (2 flacons de 60 mg)	3,44 € (3 gélules de 40 mg)

15. A l'instauration d'un traitement par la méthadone, la recherche de toxiques urinaires est-elle obligatoire ?

Lors de la mise en place du traitement par le sirop et par la gélule de méthadone, une première analyse urinaire permet de vérifier la réalité d'une prise récente d'opiacés. Ce contrôle urinaire permet de s'assurer qu'un même patient ne bénéficie pas de deux suivis parallèles avec prescription de méthadone. Les contrôles portent sur : la méthadone, les opiacés naturels et/ ou de synthèse, l'alcool, la cocaïne, l'amphétamine, les dérivés amphétaminiques, le cannabis, le LSD. La recherche et le dosage des produits listés ne sont pas systématiques mais sont effectués sur demande du prescripteur (*voir RCP des spécialités à base de méthadone commercialisées en France*). **Une analyse urinaire positive à la méthadone (avant l'initialisation du traitement) n'est pas une contre-indication à l'instauration d'un traitement par la méthadone sirop.** Pour autant, elle doit faire poser la question de la méthadone prise hors-circuit (*dosage, fréquence*) ou d'un éventuel doublon. **Une analyse urinaire positive aux opiacés n'est pas une contre-indication à l'instauration d'un traitement par la méthadone gélule.** Pour autant, elle doit faire poser la question de la stabilité sur le plan des conduites addictives.

16. La délivrance d'un traitement par la méthadone doit-elle être inscrite au Dossier Pharmaceutique (DP) ?

NON, pas obligatoirement. C'est au patient de décider d'ouvrir ou pas le dossier pharmaceutique et cela n'est pas obligatoire. De même, ce sera au patient de décider s'il souhaite inscrire certains médicaments ou tous. Le patient peut aussi, à n'importe quel moment, demander la suppression du dossier pharmaceutique et cette procédure n'aura nul effet sur ses remboursements et sur le système du tiers payant.

Note du Comité Scientifique :

*Le DP est un dossier électronique de santé partagé. C'est un outil professionnel pour les pharmaciens qui vise à sécuriser la dispensation des médicaments au bénéfice de la santé des patients. Il recense tous les médicaments délivrés à un patient au cours des quatre derniers mois dans n'importe quelle officine reliée au dispositif. Le pharmacien peut ainsi repérer les risques d'interactions médicamenteuses. **Le DP est créé avec le consentement** du patient. Pour le consulter et l'alimenter, le pharmacien doit utiliser simultanément sa carte de professionnel de santé et la Carte Vitale du patient. Sans ces deux cartes, l'accès au DP est impossible. **Aucune donnée n'est inscrite sur la Carte Vitale du patient.***

17. Lors de la première délivrance de méthadone, le pharmacien doit-il demander un justificatif d'identité au patient ?

OUI, si le porteur de l'ordonnance est inconnu du pharmacien, celui-ci doit demander une justification d'identité dont il reporte les références sur le registre prévu à l'article R. 5132-9.

La rédaction du Flyer remercie les membres du Comité Scientifique pour l'élaboration de cet article.

Conflit d'intérêt : les membres du Comité Scientifique n'ont bénéficié d'aucune rémunération pour la rédaction de cet article. Ils ont bénéficié d'une prise en charge de leurs frais de déplacement et une rémunération de 400 € par les Laboratoires Bouchara-Recordati pour leur participation à une journée de travail dans le cadre de la préparation de cet article. Le Professeur Gilbert Fournier et le Dr Nicolas Authier ont refusé leur rémunération.

Les mentions légales des spécialités à base de méthadone (*sirop et gélules*) peuvent être demandées auprès des Laboratoires Bouchara-Recordati ou auprès de la Rédaction du Flyer.

revue.leflyer@gmail.com

Comité Scientifique :

- *Dr Nicolas AUTHIER, Psychiatre, Pharmacien, Pharmacologue, Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier, Responsable du Centre d'Addictovigilance Auvergne, Consultation Pharmacodépendance, CHU, Clermont-Ferrand*
- *Nicolas BONNET - Pharmacien de santé publique, Directeur du RESPADD (Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions), Unité d'addictologie, Hôpital René-Muret, Sevrans*
- *Grégory PFAU, Pharmacien, Association Charonne, Coordinateur TREND/SINTES et ECIMUD La Pitié, Paris*
- *Stéphane ROBINET, Pharmacien d'officine, président de Pharm'Addict, membre de la commission nationale des stupéfiants et psychotropes, membre de la commission nationale addiction et du groupe TSO, Strasbourg*
- *Dr Saman SARRAM - Psychiatre Addictologue, Hôpital Charles Perrens, Bordeaux*
- *Pr Gilbert FOURNIER – Professeur et vice-doyen à la Faculté de Pharmacie de Châtenay-Malabry*

Gélules de méthadone, regard et place du pharmacien d'officine

Nicolas VOUGE, Strasbourg (67)



Introduction

Les gélules de méthadone sont disponibles depuis avril 2008 dans les officines françaises. Cette autorisation de mise sur le marché répond à une demande des différents acteurs intervenants dans la substitution aux opiacés mais également des utilisateurs eux-mêmes [1, 2].

La méthadone sous forme de gélule est accompagnée par des conditions de prescription spécifiques, différentes de celles encadrant la forme sirop, ces dispositions ont été créées afin de faire face à une certaine peur accompagnant la mise sur le marché d'une forme pharmaceutique considérée comme plus facilement sujette à des détournements (*retour initial en centre*

de soin après au minimum un an de stabilisation sous sirop, délégation limitée à six mois lors de la mise sur le marché, analyses urinaires, protocole de soins...).

Depuis la commercialisation de cette spécialité, différents articles ont rapporté un désaccord des professionnels de santé avec le cadre de prescription ou les dispositions spéciales accompagnant la prescription de cette gélule [3, 4]. L'appel a été partiellement entendu par la commission d'AMM et un premier pas a été franchi dans l'assouplissement du cadre en 2011 avec **l'abandon de l'ordonnance de délégation limitée à six mois** [5]. Après trois ans de commercialisation, l'enquête proposée ici permet de faire un premier bilan de l'utilisation de la méthadone gélule du point de vue du pharmacien.

Matériel et méthodes

L'enquête développée ci-dessous est consultative et rétrospective. Son objectif est de connaître le point de vue du pharmacien d'officine dans le changement de galénique entre la forme sirop et gélule de méthadone. La population concernée par l'enquête est composée de pharmaciens d'officine français, répartis sur l'ensemble du territoire, titulaires ou assistants et impliqués dans la prise en charge des usagers de drogue dans le cadre de leur pratique officinale. Le questionnaire leur a été envoyé par courrier électronique ou postal. L'enquête se présentait sous la forme d'un questionnaire et les données ont été recueillies entre mars et juillet 2010. 45 questionnaires ont été reçus et traités afin d'obtenir les résultats de l'enquête.

Résultats

Le total des patients suivis s'élève à 834. Le pourcentage de patients traités par sirop est de 67% et ceux traités par gélule est de 33 %. La moyenne du nombre de patients suivis est de 18,5 par pharmacie (*dont 6 sous gélule*).

Répartition des patients suivant le cadre de prescription

- **45,5 %** des patients ayant pour traitement la gélule de méthadone rentrent dans le cadre d'une **prescription initiale** en CSAPA ou en service hospitalier spécialisé **avec une ordonnance de délégation à l'intention d'un médecin de ville**.
- 32 % des patients ayant pour traitement la gélule de méthadone rentrent dans le cadre d'une prescription initiale par un médecin de CSAPA ou de service spécialisé ayant lui-même rédigé l'ordonnance de délégation à sa propre intention.
- 20 % des patients ayant pour traitement la gélule de méthadone rentrent dans le cadre d'une prescription initiale par un médecin de CSAPA ou de service spécialisé sans ordonnance de délégation.
- 2,5 % des patients ayant pour traitement la gélule de méthadone ne rentrent pas dans le cadre de prescription défini et ont une ordonnance d'un médecin de ville. Ces patients sont appelés « patients hors-cadre ».

50 % des pharmaciens délivrent la méthadone gélule, même si l'ordonnance de délégation a expiré (*validité semestrielle au moment de cette enquête*).

3,2 % des patients ont présenté un problème lors du changement de galénique, non précisé dans cette enquête.

Concernant l'origine du changement de galénique, il apparaît que :

- 45 % des cas sont à mettre à l'initiative du médecin,
- 40 % sont à l'initiative du patient,
- 15 % sont à celle du pharmacien.

A la question : « Pensez-vous que les pharmaciens ont un rôle à jouer dans le changement de galénique ? Le(s)quel(s) ? »

50 % des pharmaciens interrogés pensent qu'ils ont un rôle à jouer dans le changement de galénique, même s'ils n'ont été à l'origine du changement que dans 15 % des cas.

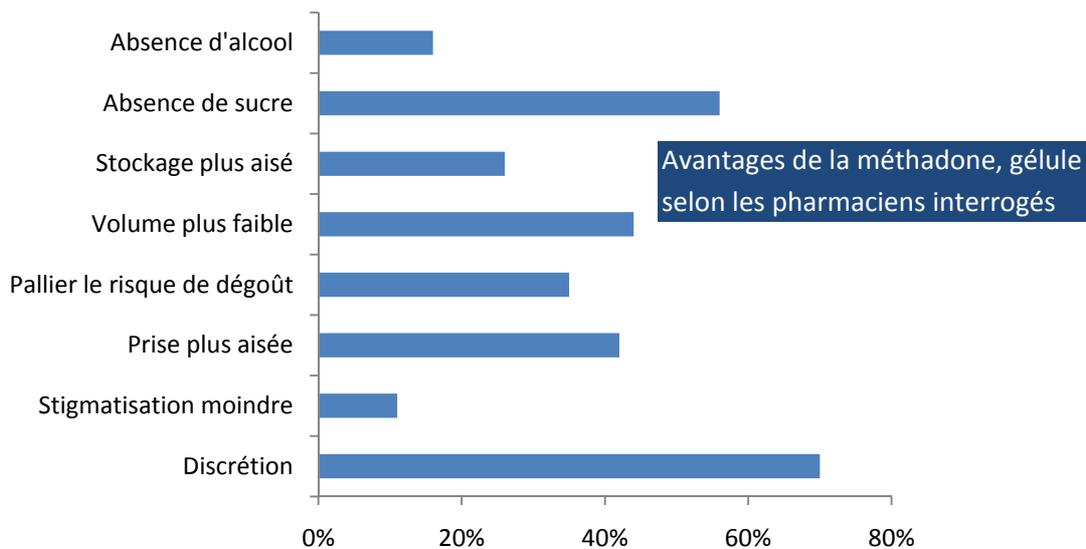
Cela se justifie, selon eux, par leur connaissance du médicament, leur disponibilité, l'écoute et le conseil, le fait que ce soit un traitement comme un autre ainsi que par la relation de confiance tissée avec les patients ou en réponse à une plainte du patient par rapport à son traitement. Le rôle de soutien du prescripteur est également mentionné.



Les pharmaciens ayant répondu par la négative répondent que cela fait partie du rôle du prescripteur que de proposer le changement de galénique à hauteur de 40 % des réponses totales.

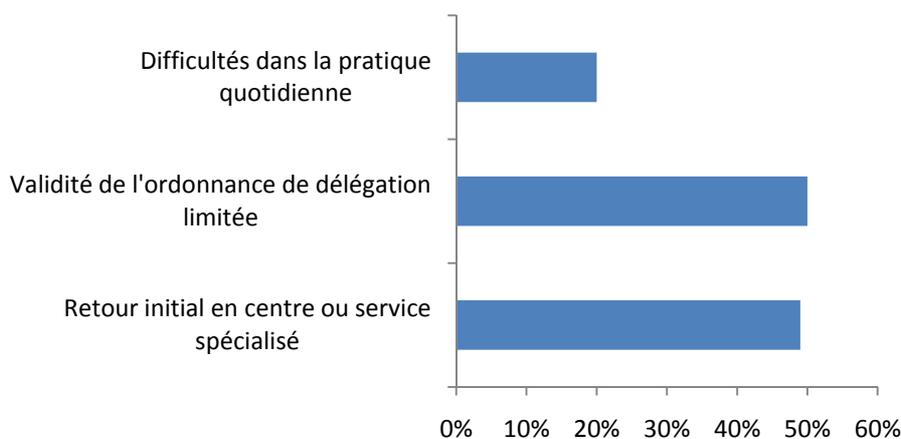
Avantages de la forme gélule

Trois axes se distinguent dans les réponses des pharmaciens au questionnaire. Tout d'abord le confort d'utilisation avec notamment une discrétion bien plus importante, ensuite le côté pratique et un encombrement fortement diminué puis, d'un point de vue pharmaceutique, une diminution des effets secondaires grâce à l'absence de sucre et d'alcool.



Freins associés à la forme gélule

87 % du total des pharmaciens interrogés dans cette enquête citent au moins un frein associé à la méthadone gélule. A nouveau, différents axes se distinguent et le premier concerne le cadre de prescription.



Comme dans l'enquête de Léna KAYA [7], le retour en milieu spécialisé pour l'initiation du traitement par la méthadone, gélule reste un frein, cité dans 50% des cas. Il paraît évident, aux yeux des intervenants du champ spécialisé comme des intervenants de ville, que le passage dans un CSAPA, notamment pour les patients les mieux stabilisés avec un traitement par la méthadone, sirop et les mieux réinsérés, est un obstacle à l'accès aux gélules de méthadone. Le paradoxe est que cette forme leur est normalement destinée et le passage en CSAPA semble être le témoin du manque de confiance des autorités sanitaires dans la médecine générale et dans le couple « médecin de ville-pharmacien » pour gérer des changements de galénique de méthadone.

Discussion

La première chose à préciser est qu'il existe des biais dans cette étude puisque les pharmaciens ont été contactés selon une liste recensant des pharmaciens impliqués dans la délivrance des TSO et connus pour délivrer de la méthadone. Cela a pour effet d'avoir une moyenne de patients traités par méthadone gélule qui s'élève à 33% alors que la moyenne nationale est aux alentours de 23% [6] au moment de cette enquête.

Le cadre de prescription des gélules de méthadone au moment de l'étude est plus strict que pour le sirop. L'ordonnance de délégation a une durée de validité de six mois. Une nouvelle ordonnance de délégation doit être présentée tous les six mois. 50 % des pharmaciens délivrent quand même la méthadone gélule à leurs patients si l'ordonnance de délégation est arrivée à expiration. Ces chiffres sont à mettre en relation avec une enquête réalisée par Stéphane Robinet, pharmacien d'officine, président de l'association Pharm'addict et membre de la Commission Nationale des Stupéfiants et Psychotropes. Il y apparaît que les pharmaciens sont confrontés à des problèmes lors du renouvellement de cette ordonnance et se prononcent pour une évolution du cadre de prescription. Ils ont été partiellement entendus puisque ce cadre vient d'évoluer et la délégation pour un patient est devenue permanente en août 2011 [5, 6]. Les mêmes tendances apparaissent dans l'enquête de Mlle Kaya, puisque les médecins interrogés se prononçaient clairement pour un assouplissement du cadre de prescription [7].

D'autre part, les chiffres montrent que le cadre de prescription est respecté puisque 97,5 % des patients le suivent. Le frein cité dans 49 % des réponses est le retour initial en CSAPA ou en service spécialisé. Dans l'enquête de Stéphane Robinet, 20 % des pharmaciens souhaitent que les médecins généralistes puissent eux-mêmes passer leurs patients à la gélule [6]. Ceci était également le souhait de la firme lors de la mise sur le marché en 2008 de la forme gélule [8].

Etant données les réponses des pharmaciens au questionnaire, de nombreux points positifs se dégagent quant à la forme gélule de la méthadone, du **rôle que le pharmacien peut jouer lors du relais entre les deux formes**. La gélule s'insère dans l'arsenal thérapeutique avec succès puisque plus de 30 % des patients utilisateurs de méthadone l'utilisent. Cependant, de nombreux pharmaciens lui trouvent des inconvénients. Le cadre de prescription apparaît comme le premier frein à l'accès aux gélules de méthadone.

Même si l'évolution récente du cadre législatif permet aux patients de ne plus retourner en centre tous les six mois, d'autres griefs ont été relevés. Le fait de devoir retourner en CSAPA ou en service spécialisé afin d'initier le traitement revient en premier dans les critiques formulées à l'encontre du cadre de prescription. Les résultats de l'enquête montrent que les pharmaciens respectent le cadre de prescription mais souhaitent que l'évolution se poursuive.

Les pharmaciens interrogés pensent qu'ils ont un rôle à jouer dans le changement de forme galénique et se sentent impliqués dans la prise en soin des patients. 15 % des patients sont passés à la gélule en suivant les conseils de leur pharmacien. **Le pharmacien agit comme professionnel de santé, délivrant un conseil en s'appuyant sur ses connaissances, le profil du patient, la relation qu'il tisse avec ce dernier, les avantages qu'il voit pour le patient amené à changer de forme galénique.** Les pharmaciens agissent en maillon de la chaîne des professionnels de santé avec lesquels les usagers de drogues sont en relation. Le rôle du pharmacien à travers cette enquête apparaît comme complémentaire de celui du médecin. Comme pour ses autres patients, le pharmacien conseille et écoute.

Ce qui ressort de l'enquête, ce sont les avantages de la gélule relevés par les pharmaciens. Qu'ils soient en rapport avec la diminution des effets secondaires, le caractère pratique de la gélule, ou même logistique ces avantages sont multiples. La gélule apparaît comme une véritable avancée dans les MSO et dans l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Les choses évoluent et c'est encourageant, mais il faudrait encore alléger ce cadre de prescription. Le fait que les médecins de ville n'aient pas la possibilité de prescrire directement de la méthadone que ce soit en sirop ou en gélule à leurs patients est retrouvé dans 39,5 % des réponses de l'enquête menée auprès des médecins. Le fait que les médecins de ville ne puissent pas effectuer le changement de galénique eux mêmes est cité dans 63 % des réponses.

L'obligation d'une année préalable sous traitement par méthadone sirop est mentionnée comme un frein par 7 % des pharmaciens et 60 % des médecins. L'analyse d'urines des patients voulant bénéficier de la gélule est du même ordre. Pourquoi ces mesures discriminatoires ? Qu'est-ce qui différencie un patient utilisant le sirop d'un patient utilisant la gélule ?

Conclusion

La gélule de méthadone apparaît dans cette enquête comme un médicament de choix dans le traitement de substitution aux opiacés. Les pharmaciens interrogés voient dans la gélule de méthadone de nombreux avantages. Que ces avantages soient pharmaceutiques, pratiques ou encore logistiques, ils permettent de penser que cette forme galénique a une place encore plus importante à prendre dans les années qui viennent au sein de l'arsenal thérapeutique des traitements de substitution aux opiacés. Le revers de la médaille apparaît sous forme de critiques formulées quant au cadre de prescription de la gélule de méthadone. Bien qu'ayant évolué récemment, avec la délégation permanente vers le médecin de ville, ce cadre reste toujours trop restrictif aux yeux des pharmaciens. Ils attendent, à l'instar des médecins, d'autres mesures.

La possibilité pour les médecins de prescrire la gélule sans retour initial en CSAPA apparaît comme la mesure la plus attendue, tant du point de vue des pharmaciens que des médecins.

Conflits d'intérêt : Aucun conflit d'intérêt avec la firme qui commercialise les spécialités à base de méthadone ni avec le titulaire des AMM, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. La rédaction de cet article n'a fait l'objet d'aucune rémunération.



Bibliographie :

1. AUGÉ-CAUMON MJ., et al., L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations, in Rapport au Ministre, L.d. française, Editor 2002. p. 92.
2. MICHEL L., Gélules de méthadone : Quand les préoccupations de santé publique rejoignent les attentes des cliniciens et usagers. *Alcoolologie et Addictologie* 2008. **30**(1): p. 2.
3. DEVRIES M., Méthadone en gélules : le retour du toxicomane bandit et du généraliste incapable. 2008: p. 871-872 & 232-233.
4. PEYBERNARD C., Expérience de la méthadone gélule en CSST. *Le Flyer*, 2009. **36**.
5. AFSSAPS, Point d'information sur les dossiers discutés en commission d'AMM. Séance du jeudi 9 juin 2011. 2011.
6. ROBINET S., Gélules de Méthadone : une délégation permanente de prescription serait préférable. *Courrier des Addictions*, 2010. **12**(3): p. 29-30.
7. KAYA L., Enquête sur la prescription de gélules de méthadone. *Le Flyer*, 2010(40).
8. KIN T., Méthadone en gélules : le retour du toxicomane bandit et du généraliste incapable (suite). *La Revue Prescrire*, 2009(305): p. 232-233.

Commentaire de philippe RIEHL, pharmacien d'officine à Strasbourg



Impliqué dans la prise en charge des toxicomanes depuis 15 ans, je pense qu'il est réellement utile d'avoir à disposition plusieurs médicaments de substitution opiacée (MSO), différents au niveau de la galénique et des dosages proposés. La mise à disposition des gélules de méthadone semble répondre à ce souci de diversifier les médicaments proposés, tout comme l'ont été les dosages intermédiaires de buprénorphine haut dosage (*1 et 4 mg*) lors de l'apparition des génériques de Subutex® ou l'apparition récente de Suboxone®.

Depuis la commercialisation de la méthadone, gélule et malgré des règles contraignantes de prescription et de délivrance rappelées dans l'article de Nicolas Vouge, j'ai vu rapidement beaucoup de mes patients passer du sirop à

la gélule. Aujourd'hui, sur une file active d'environ 40 patients, près de la moitié d'entre eux bénéficie des gélules de méthadone. Cette répartition est certainement due à mon implication personnelle à proposer systématiquement aux patients, sous sirop depuis 1 an, de passer à la forme gélule, en accord avec leur médecin, bien évidemment. Les avantages sont nombreux : moins de boîtes à emmener, plus discret, pas de sirop à avaler, possibilité d'adapter par pallier de 1 mg la posologie quotidienne... Il apparaît aussi que la méthadone en gélule est une forme moins stigmatisante que le sirop, dont les usagers se souviennent des premières prises, parfois dans des cadres de délivrance très rigides et infantilisants. Les gélules, ressemblant beaucoup plus à un médicament comme un autre, viennent en rupture de cette forme sirop et de l'image désuète qu'elle a parfois.

S'il est vrai que le passage à une délégation permanente après 3 ans de commercialisation sous un 'régime' de délégation à renouveler semestriellement était une évidence (*dans la pratique, c'était impossible à respecter pour tous*), il serait bien de permettre aussi les médecins de ville, de pouvoir d'eux-mêmes décider du moment du passage à la forme gélule pour leurs patients sous sirop, sans repasser par un CSAPA ou un service hospitalier, levant ainsi une contrainte souvent mal perçue et qui ne repose sur aucune réelle nécessité.

On entend parler depuis plusieurs années de primo-prescription de méthadone en ville par des médecins généralistes préalablement formés (*étude Méthaville, plans Addiction...*). Comment imaginer que demain des médecins généralistes pourraient se voir confier l'initiation des traitements par la méthadone, si, aujourd'hui, on ne les estime pas capables de faire des changements de galénique de ce même médicament à des patients qu'ils suivent depuis parfois très longtemps !?

Les salles d'injection supervisée : utiles et souhaitables ?

Dr Yann Le Strat, Colombes (92)

D'après la publication dans la revue Lancet : **Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study**. Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Lancet. 2011 Apr 23; 377(9775): 1429-37



C'est un sujet d'actualité politique brûlant en France, avec des camps opposés campant largement sur leurs positions. D'un coté certaines communes (dont Marseille et Paris) demandent à expérimenter ces projets et sont soutenus par une expertise INSERM, par un prix Nobel français et par la ministre de la santé de l'époque. D'un autre coté, différents médecins universitaires y sont farouchement opposés et plusieurs personnalités politiques de premier plan, dont le premier ministre, les jugent « ni utiles ni souhaitables ».

C'est à la fois une préoccupation de la société, pour laquelle chaque citoyen - et chaque politique - peut donner un avis, mais également une réponse (bonne ou mauvaise) à un problème de santé publique, pour laquelle une expertise médicale et scientifique est bienvenue. Pour cela, Thomas Kerr coordonne depuis plusieurs années l'ensemble des travaux de recherche portant sur le premier site d'injection supervisée nord-américain, à Vancouver (Canada). Leurs travaux portent notamment sur l'évaluation de la pertinence clinique et économique des sites d'injection supervisée et a bénéficié d'une très large couverture dans les journaux médicaux de haut niveau. Leur dernière publication importante, parue dans le prestigieux *Lancet*, a évalué l'impact de l'implantation du centre de Vancouver sur la mortalité par overdose dans la région. Ce travail utilise une méthodologie statistique complexe, tenant compte de la distance des décès par rapport au centre d'injection supervisée, ainsi que de la densité de la population locale et des variations de celle-ci.

Leur élégante étude montre une diminution de 35,0% (intervalle de confiance (IC : 0,0%–57,7%) de la mortalité par overdose autour du centre (dans un rayon de 500 m) et une stagnation de la mortalité au-delà de ce périmètre (9,3% (IC : 19,8%-31,4%). Des travaux préalables avaient permis de montrer que la majorité des usagers de ce centre (plus de 70%) vivent dans un rayon de 500 m autour de celui-ci. Ainsi, après avoir montré une diminution du risque de contamination par le VIH, un rapport coût/efficacité adéquat, une diminution de l'usage de drogue dans la rue et une augmentation de la prise en charge médicale de leurs usagers, l'équipe de Thomas Kerr montre que la création d'un centre permet de diminuer la mortalité par overdose des usagers de drogue, et ce à travers une étude peu discutable sur le plan de la rigueur méthodologique.





La salle d'injection « Quai 9 » à Genève

La décision d'ouvrir une salle d'injection supervisée en France reste ainsi une question essentiellement politique, puisque les preuves de son intérêt en termes de santé publique comme en termes économiques atteignent un niveau qui a rarement été démontré en addictologie. Il reste à décider de l'ouverture et surtout du caractère pérenne d'un éventuel financement, ainsi que de celui d'une équipe de recherche associée au centre. C'est probablement le seul moyen de parvenir à égaler le centre canadien et ses bénéfices pour la population.

e-mail : yann.lestrat@inserm.fr

