

LE FLYER

Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et
structures de soins auprès des usagers de drogues

Avril 2010

N° 39

- **Editorial :** page 3
Le retour confirmé de l'héroïne
Le comité de rédaction
- **Etude observationnelle de l'équivalence thérapeutique
des formes sirop et gélules de méthadone** page 4
*« Analyse intermédiaire des 101 premiers patients »,
Dr Alex MAIRE, Paris*
- **Etude du niveau de connaissance des facteurs de risques d'overdose
par les usagers de drogues dans 3 départements français** page 12
*Dr Maroussia WILQUIN, CH Abbeville (80), Dr Dominique GUIRLET,
CH Bar-le-Duc (55) et Dr Antoine GERARD, CH Le-Puy-en-Velay (43)*
- **Des consultations mobiles en cabinet de ville par le centre
Emergence Espace Tolbiac à Paris** page 21
*« Une expérience innovante dans le cadre de l'arrivée des gélules de méthadone »
Dr Pascale BOUTHILLON-HEITZMANN et al. Paris (75)*
- **Un autre regard sur les Médicaments de Substitution Opiacée** page 25
Dr Jean-Marc COHEN, Nice (06)
- **Commentaires de lecture et infos brèves** page 27

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 (Bondy), Fabrice OLIVET (Paris), Dr Antoine GERARD (Le Puy-en-Velay), Dr Brigitte REILLER (Bordeaux), Dr Jean-Pierre JACQUES (Bruxelles), Dr Olivier POUCKET (Metz), Dr Thierry LEDENT (Carvin), Dr Catherine PECQUART (Paris), Dr Colette GERBAUD (Nice).

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

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

E-mail : novamb@club-internet.fr

Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés et n'engagent que leurs auteurs.

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"

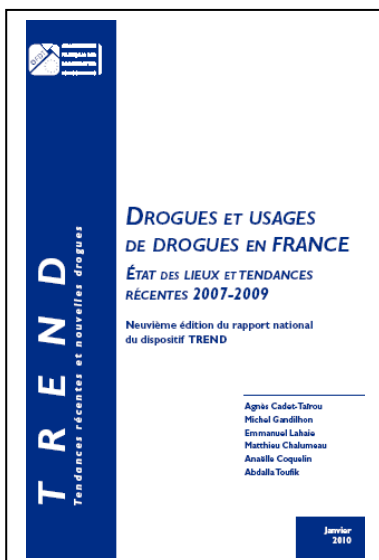
L'héroïne fait son retour parmi les drogues utilisées en France et qui sont consommées par des publics de plus en plus hétérogènes, selon deux rapports de l'**Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies** (OFDT) publiés en début de cette année 2010.

Dans une première étude transmise et s'appuyant sur le dispositif TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues), l'observatoire dresse un "état des lieux et tendances récentes sur la période 2007-2009".

Ce document "permet de confirmer le 'retour' de l'héroïne" évoqué dès 2006, commente l'OFDT, ajoutant que "la disponibilité du produit est en hausse sur la quasi-totalité des sites du dispositif". "Outre les populations traditionnellement usagères au sein de l'espace urbain, des consommateurs (d'héroïne) souvent plus jeunes et plus insérés socialement sont apparus" et "de nouveaux espaces de consommation se sont développés comme la scène festive", relève le rapport.

L'OFDT publie également un ouvrage d'analyse des principales mutations intervenues depuis 1999, date de création de TREND, centré sur les populations particulièrement consommatrices de drogues en France. **Entre 1999 et 2008, la quantité d'héroïne saisie a été multipliée par près de 5,5.** En 2008, les interpellations pour usage ont augmenté de 21 % par rapport à l'année précédente. Ce nombre a été multiplié par pratiquement 2,5 depuis 2003, après une chute continue depuis le milieu des années quatre-vingt-dix. Le dispositif TREND s'appuie sur un réseau de sept sites (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Toulouse, Paris et Rennes) et sur le Système d'Identification National des Substances (SINTES).

Ces deux rapports confirment bel et bien ce que les intervenants de terrain observent au quotidien. Ce retour de l'héroïne s'accompagne malheureusement d'une hausse du nombre de décès par overdose relevée par les données de l'enquête DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances). En effet, **les cas de surdoses mortelles liées à l'héroïne sont en augmentation en France depuis 2006**, selon le communiqué de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) publié le 16 décembre 2010. L'héroïne seule est impliquée dans 22,6% des 168 cas de surdoses mortelles en 2006, dans 29,2% des 192 cas observés en 2007 et dans 28,5% des 217 cas en 2008, selon l'enquête annuelle.



Ces constats rendent pertinent le travail publié dans ce Flyer (*Etude du niveau de connaissance des facteurs de risques d'overdose par les usagers de drogues dans 3 départements français*), qui tend à démontrer que **les usagers ne sont pas tous, loin s'en faut, informés des facteurs de risque de faire une overdose.** De surcroît, en présence d'un tiers, **ils sont trop peu nombreux à savoir comment réagir** face à une overdose. Ce travail légitime la nécessité de diffuser à grande échelle les éléments d'information, comme le document dont il est question dans l'article, document mis au point par un collectif d'associations (Aruda, Asud Nîmes, Nova Dona) et déjà diffusé à près de 100 000 exemplaires.

La Rédaction du Flyer

Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés et n'engagent que leurs auteurs.

Etude observationnelle de l'équivalence thérapeutique des formes sirop et gélules de méthadone

« Analyse intermédiaire des 101 premiers patients »

Dr Alex MAIRE, Paris

Introduction

Lors de la demande d'AMM des spécialités Méthadone AP-HP, gélule, il a été convenu avec l'Afssaps de mettre en œuvre une étude observationnelle prospective dans le cadre du PGR (Plan de Gestion des Risques) qui accompagne la mise sur le marché de cette nouvelle forme. Cette mise sur le marché est survenue en avril 2008. Cette étude a pour but de vérifier en pratique clinique l'équivalence thérapeutique des deux formes de méthadone (sirop et gélule), dans le cadre du passage du sirop à la gélule. Il avait été convenu également qu'une analyse intermédiaire des 100 premiers cas serait transmise aux services de l'Afssaps en charge du suivi du PGR. Cette analyse a été réalisée en fin d'année 2008. Les données de cette analyse intermédiaire sont présentées ici.

Rappel du protocole de l'étude

Objectif principal :

- **Décrire l'évolution du score d'Handelsman lors du passage de la forme sirop à la forme gélule en comparant pour chaque patient, les deux premières semaines sous gélule par rapport à la période de référence des 14 jours sous sirop (J0 à J14), chaque patient étant ici son propre témoin.**

Objectifs secondaires :

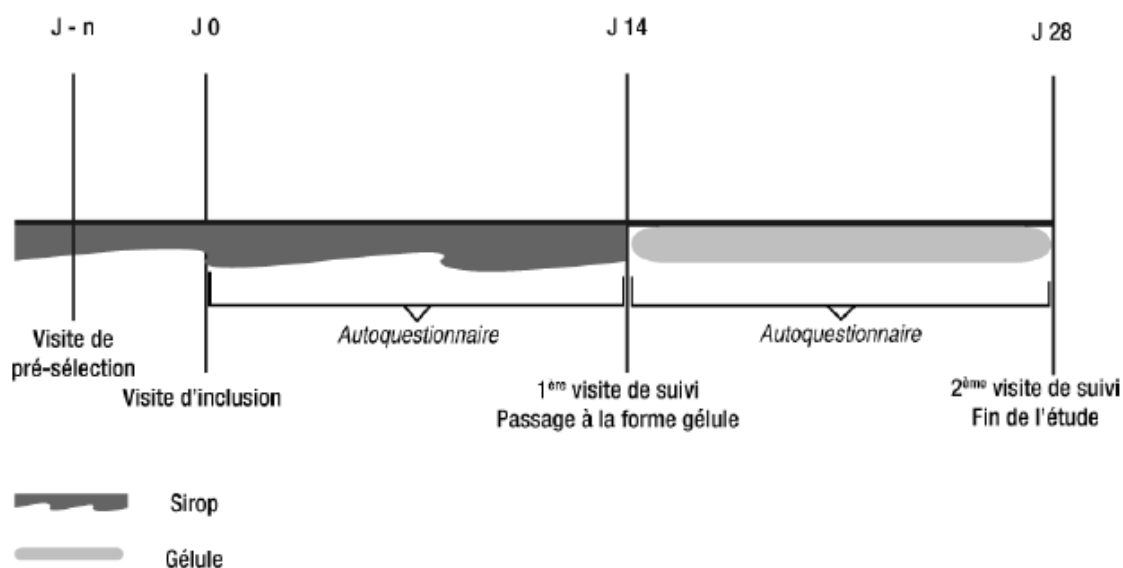
- Comparer la stabilité des posologies des patients traités par les deux formes de méthadone sirop ou gélule.
- Comparer la fréquence et la quantité des consommations de médicaments psychotropes associés aux deux formes de méthadone.
- Comparer la fréquence et la quantité des consommations de substances psychoactives associées aux deux formes de méthadone.
- Comparer la fréquence des patients ayant nécessité un complément de prescription par anticipation pour chacune des deux formes de méthadone.
- Comparer la fréquence de survenue d'éventuels effets indésirables des deux formes de méthadone.

Les patients doivent être âgés de plus de 18 ans et répondre aux critères requis pour pouvoir bénéficier du passage de la méthadone sirop à la méthadone gélule conformément aux conditions de l'AMM à savoir :

- suivre depuis au moins un an un traitement avec la méthadone sirop,
- être stabilisés sur un plan médical, psychologique et social, de même que sur celui des conduites addictives,

- avoir un avis favorable pour le passage à la forme gélule et une primo-prescription sous la forme d'une ordonnance de délégation de prescription par le médecin généraliste, délivrée par un médecin de CSST, de CSAPA ou d'un service hospitalier spécialisé dans les soins aux patients consommateurs de méthadone.

Schéma de l'étude :

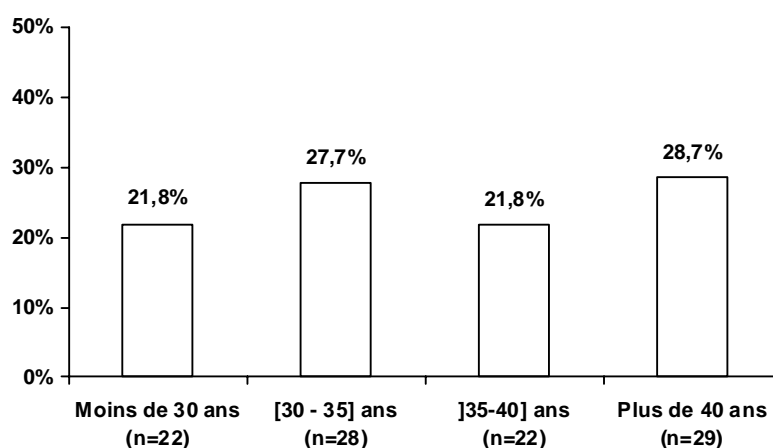


Population étudiée :

Pour cette analyse intermédiaire, 101 dossiers exploitables ont été étudiés.

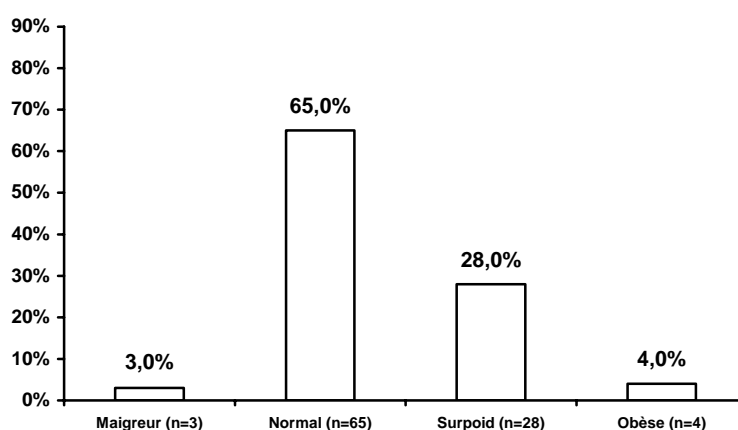
Cette première analyse donne un aperçu de cette population de patients actuellement suivie en médecine de ville, recevant un traitement par sirop de méthadone et éligible à un traitement par gélule de méthadone.

Graph. 1 : Âge

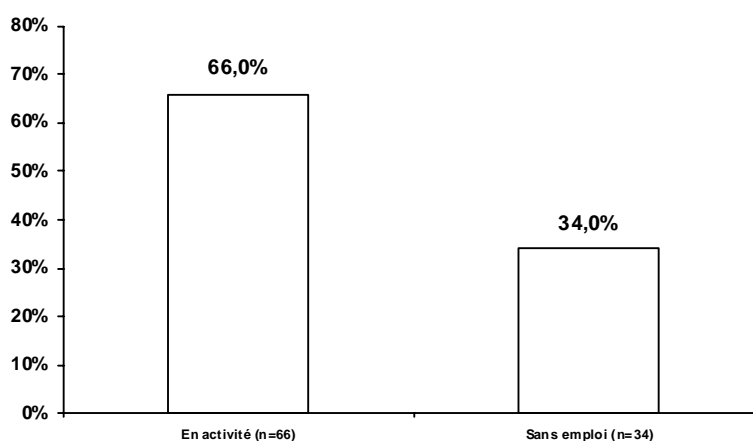


82 % des patients ont plus de 30 ans (graph. 1) et 65% ont un poids normal (28 % présentent un surpoids) (graph. 2). Par ailleurs 34% sont sans emploi (graph. 3), ce qui témoigne d'un bon niveau d'insertion de cette cohorte, principalement suivis en médecine de ville et stabilisés (pour répondre aux critères de l'AMM).

Graph. 2 : IMC (Indice de Masse Corporelle)



Graph. 3 : Situation professionnelle



À J-0

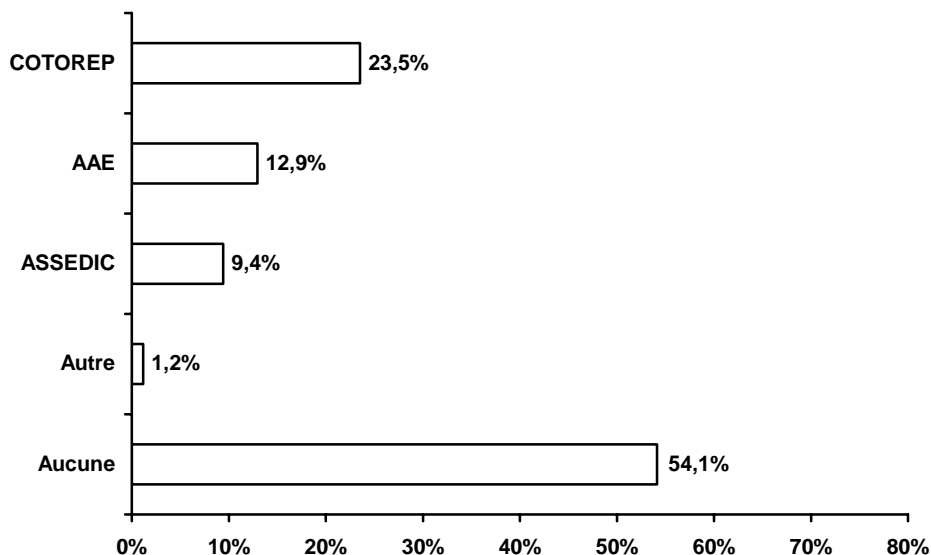
Pour les 101 patients étudiés, on note :

- **Un âge moyen de début de consommation régulière d'opiacés de 20,8 ans (min : 14 ans, maxi : 38 ans)**
- **Un âge moyen de début de la mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés de 28,7 ans (mini : 18 ans, maxi : 47 ans)**
- **Un âge moyen de début de la mise en place d'un traitement par la méthadone de 31,7 ans (mini : 18 ans, maxi : 49 ans)**
- **Le nombre moyen de mois depuis que la stabilisation a été obtenue est de 38,5 mois (mini : 3, maxi : 144)**

On peut en conclure, sur cet échantillon, qu'il faut **8 ans en moyenne pour accéder à un TSO** à partir du moment où la consommation d'opiacés est régulière et **3 ans de plus pour accéder à un traitement par la méthadone**. Sur ces 101 patients, la **durée moyenne de stabilisation est supérieure à 3 ans**.

D'autres informations ont été recueillies :

- **Antécédent d'overdose : 20,2 %**
- Problèmes judiciaires actuels : 6 %
- Emploi régulier rémunéré : 65,7 %
- Concernant les prestations sociales, elles se répartissent de la façon suivante :



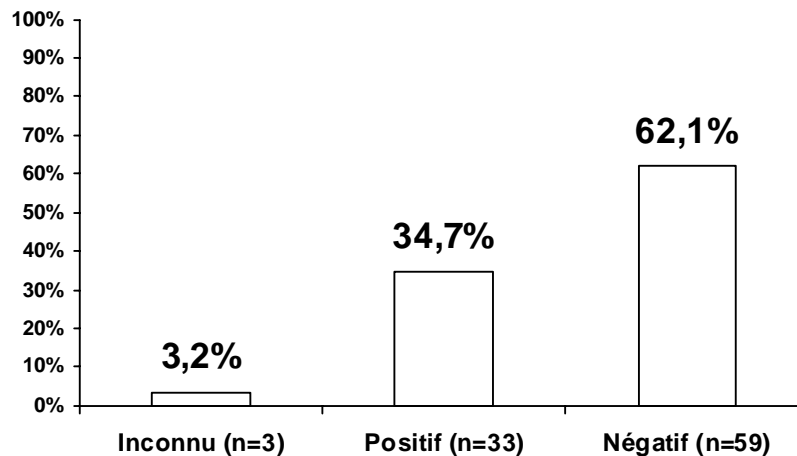
- **La posologie moyenne de méthadone au moment de l'inclusion est de 55,9 ± 41,1 mg/jour (médiane : 47,5, min : 4,0 ; max : 180,0), un peu en deçà de celle relevée auprès d'usagers suivis en milieu spécialisé (OPPIDUM 2007 : 62,2 ± 32,7mg/jour).**
- **La mono prise quotidienne concerne 86,3% des patients.**
- Les posologies quotidiennes antérieures sont les suivantes :

Posologies quotidiennes antérieures	N	Moyenne	Écart type	Médiane	Minimum	Maximum
Il y a 1 an	91	61.2 mg/jour	37.8	60.0	5.0	190.0
Il y a 6 mois	91	57.6 mg/jour	40.8	50.0	4.0	200.0
Il y a 1 mois	91	55.2 mg/jour	41.2	50.0	4.0	180.0

L'évolution de ces posologies moyennes sur les 12 mois précédents montre clairement **une tendance à la diminution progressive** de la posologie dans cet échantillon de patients.

- **64,4%** des patients ont une délivrance pour 14 jours, et **31 %** pour une semaine.
- **32,3%** ont un suivi conjoint dans un service spécialisé.
- A J0, **pour 74,5% des patients**, un protocole de soins avec la CPAM a été mis en place. *Ce protocole de soins étant obligatoire, on peut penser que la demande est faite pendant la période de J0 à J14 pour le quart restant.*
- **66,3% des patients ne déclarent aucun effet indésirable avec le sirop de méthadone dans la période précédant l'inclusion.**

- Le statut sérologique pour l'hépatite C est le suivant :



La séroprévalence du VHC est de 34,7%, **inférieure** aux données de l'enquête Coquelicot par exemple (InVS-ANRS 2004) qui fait état d'une séroprévalence de 59,8%, avec là-aussi une différence de recrutement (*Coquelicot = recrutement plus varié : CAARUD, CSST, MG...*).

- **9,4%** de patients ont une séropositivité au VIH, proche du taux de l'étude Coquelicot (10,2%), avec 3,1% de patients qui ne connaissent pas leur statut sérologique pour le VIH.

À J-14

- **84,2% des patients ne présentent pas d'effets indésirables** au cours des 14 derniers jours (traitement par le sirop de méthadone).
- **2%** des patients ont nécessité un complément de prescription entre J0 et J14
- La posologie moyenne de prescription de méthadone en gélule est de **56,6 mg/jour** (\pm **40,0 mg**), comparable à la posologie moyenne prescrite à J0 (sirop), **soit 55,9 mg/jour**.
- La mono prise quotidienne concerne **88,8% des patients contre 86,3% à J0**.

Analyse à J 28

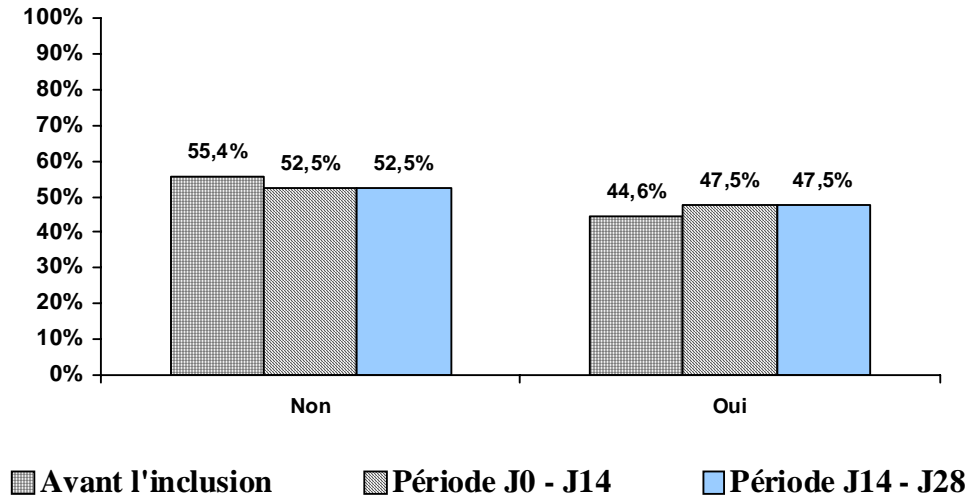
- Effets indésirables :

Le pourcentage de patients ayant éprouvé un effet indésirable au cours des 14 derniers jours est de 18% sous sirop (J0-J14) versus 22,5% sous gélule (J14-J28), écart non significatif ($p=0,3938$).

- Consommation de psychotropes :

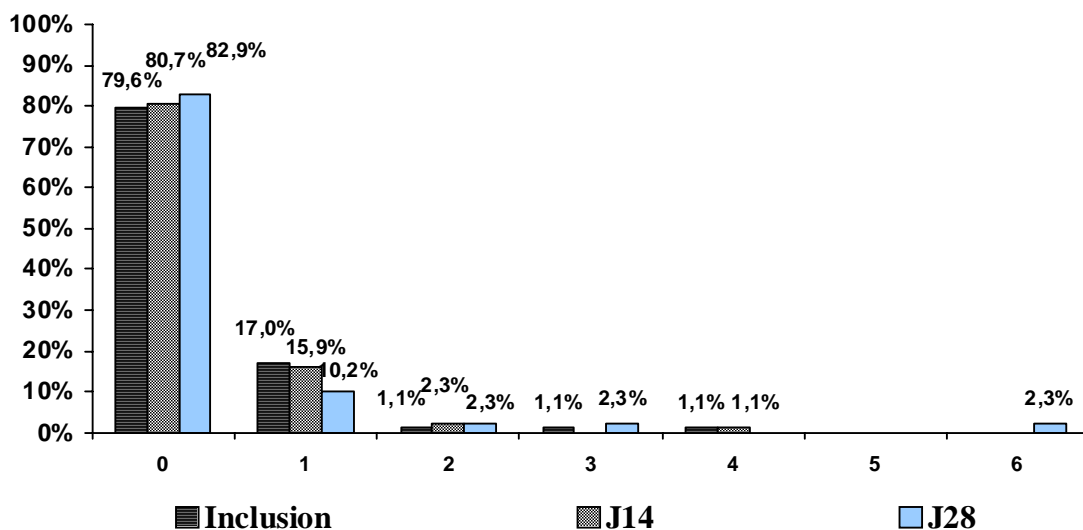
Celle-ci est stable entre les deux périodes. *Il avait été considéré qu'un défaut de bio-équivalence entre les deux formes aurait pu se traduire par une augmentation de cette consommation de psychotropes pour pallier le manque.*

Consommation de psychotropes



- Consommation de benzodiazépines :
Plus spécifiquement concernant les BZD, la consommation est retrouvée chez 33,7% des patients sous sirop (J0-J14) contre 30,7% sous gélule (J14-J28), écart non significatif ($p=0,2528$).
- Il en est de même pour la consommation d'antalgiques, d'autres psychotropes et d'autres médicaments, pas d'écart significatif.
- La consommation de cigarettes et d'alcool est stable dans la période J14-J28 par rapport à J0-J14, avec de faibles écarts non significatifs.
- Pour les consommations de cannabis, solvant, amphétamines, héroïne, cocaïne, **il n'y pas d'augmentation de ces consommations** 'déclarées' aux médecins au cours de la période gélule qui succède à la période sirop (à confirmer par les auto-questionnaires).
- Sur le critère principal de l'étude (évolution du score de Handelsman) :

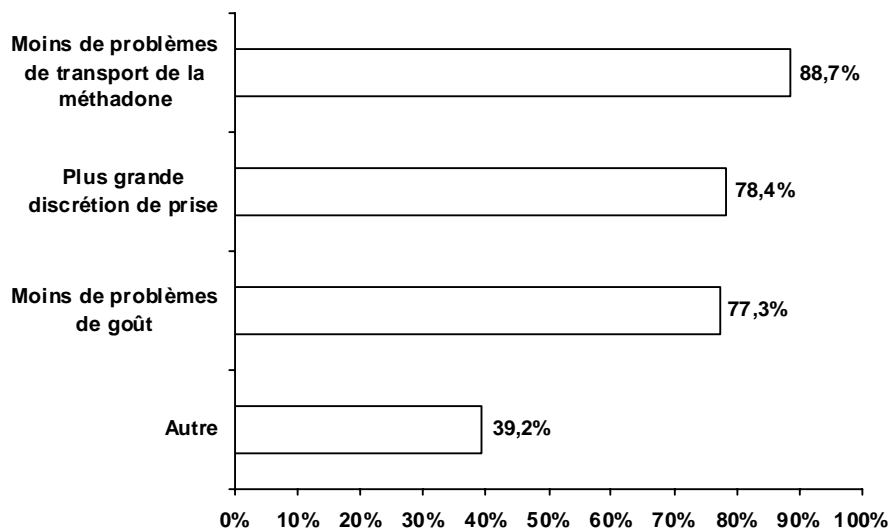
Il n'y a pas d'évolution du score de Handelsman ce qui suggère une équivalence thérapeutique entre les deux formes :



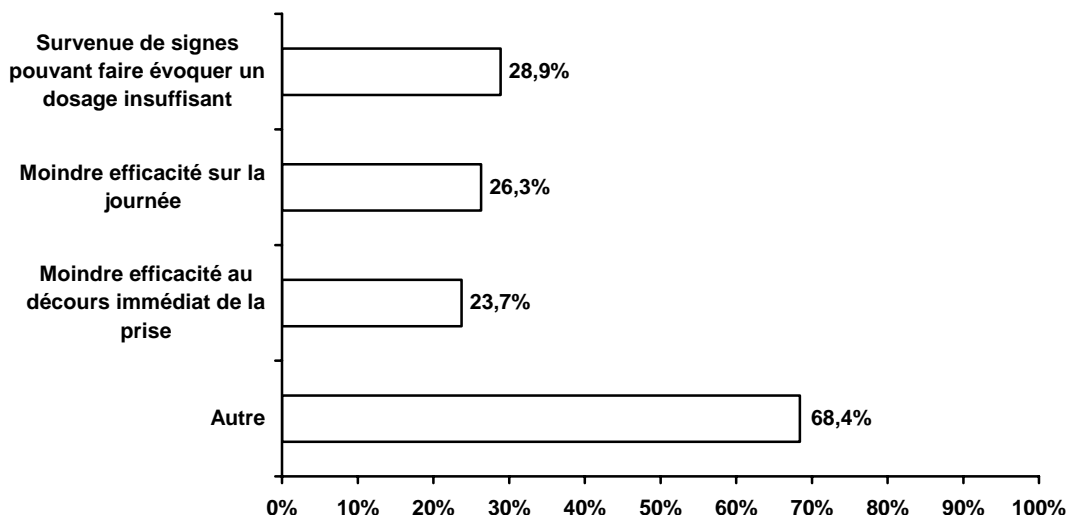
82,9% des patients ont un score de Handelsman = 0 après 14 jours de gélule (absence totale de signes de manque) contre 80,7% après 14 jours de sirop. Cette évaluation est faite sur les 88 patients dont les dossiers sont correctement remplis (score de Handelsman à J0, J14 et J28).

- Appréciation par les patients :

- 98,9% des patients souhaitent rester sous la forme gélule ;
- Avantages décrits par les patients (**sur proposition** du médecin au cours de l'observation à J28) :



- Inconvénients décrits par les patients (**sur proposition** du médecin au cours de l'observation à J28) :



37,6 % décrivent un inconvénient et c'est parmi ces patients que se répartissent les inconvénients dans le graphique précédent.

Nous voyons ici, dans la réponse à cette dernière question, l'aspect subjectif de la bio-équivalence ressentie par les patients. A ce stade de l'étude, l'évolution du score de Handelsman laisse entrevoir l'absence d'apparition significative de signes de manque lors du passage du sirop à la gélule. Pour autant, quand on leur propose à titre d'inconvénient, d'éventuels choix laissant penser à des situations de manque, certains patients sont plus enclins à évoquer ces situations de manque.

Conclusion

Même s'il ne s'agit que de résultats intermédiaires, cette analyse semble confirmer l'équivalence thérapeutique des gélules de méthadone avec le sirop de méthadone qui avait été suggérée lors de l'étude de bioéquivalence qui avait précédé l'AMM de la Méthadone AP-HP, gélule. Cette bio-équivalence est de 99,6 % avec un intervalle de confiance de 90% (1).

Après le passage à la gélule, le score de Handelsman n'a pas évolué, ni les consommations annexes licites et illicites, dont on aurait pu penser qu'elles seraient augmentées en cas de défaut de bio-équivalence. Objectivement, il n'y a pas d'apparition significative de signes cliniques ou de modification de consommations pouvant évoquer un manque d'équivalence thérapeutique entre les deux formes.

Cette étude étant réalisée principalement par des médecins généralistes suivant déjà des patients sous méthadone sirop (qui leur ont été adressés bien avant l'étude après primo-prescription en service spécialisé), **elle montre également la faisabilité de ce passage du sirop vers la gélule en médecine de ville**. En effet, les médecins ayant participé cette étude ont initié le traitement par gélule de méthadone, depuis leur cabinet de médecine générale, en possession d'une délégation de prescription émanant d'un service spécialisé leur autorisant la prescription des gélules de méthadone.

Plusieurs études réalisées en CSST (2, 3) confirment cette notion d'équivalence thérapeutique entre les 2 formes. La mise à disposition des gélules de méthadone semble répondre à ce qu'on en attendait. Une amélioration très sensible pour les usagers sur des aspects pratiques (4). Néanmoins, pour quelques patients, le changement de forme provoque un stress anxigène qui peut se caractériser par la sensation d'être en manque, voire même pour certains, de surdosage (1). Au regard de la sensibilité des usagers de drogue à la problématique du 'Manque'(5), un défaut de bio-équivalence ou même d'équivalence thérapeutique émergerait de façon très visible aux yeux des cliniciens et des systèmes de pharmacovigilance (6). Cela ne semble pas être le cas.

Bibliographie :

- 1 A propos de la pharmacocinétique de la méthadone, des conditions du passage du sirop de méthadone aux gélules et de l'étude de bio-équivalence. Entretien avec le Dr Xavier LAQUEILLE, Paris. Flyer n° 34, décembre 2008.
- 2 PEYBERNARD C., Expérience de la méthadone gélule en CSST. Flyer n° 36, mai 2009.
- 3 DANG-VU PM., Suivi d'une cohorte de 56 patients traités par gélule de méthadone. Flyer n° 38, décembre 2009.
- 4 MICHEL L., Gélules de méthadone, quand les préoccupations de santé publique rejoignent les attentes des cliniciens et usagers. *Alcoologie et Addictologie* 2008 ; 30(1).
- 5 WILL A., La méthadone gélule un an après, *Asud-journal* 40 été 2009 ;
- 6 BENSLIMANE M., Bilan plutôt positif pour la gélule de méthadone, *Swaps* n° 56, 2009.

Etude du niveau de connaissance des facteurs de risques d'overdose par les Usagers de Drogues dans 3 départements français (Meuse, Somme, Haute-Loire)

*Dr Maroussia WILQUIN, CH Abbeville (80), Dr Dominique GUIRLET, CH Bar-le-Duc (55),
Dr Antoine GERARD, CH Le-Puy-en-Velay (43)*

Contexte

Un collectif d'associations, impliquées dans la réduction des risques et plus particulièrement sensibilisées aux risques d'overdose que prennent les usagers de drogues, décide en fin d'année 2008 de concevoir un document d'information sur les risques d'overdose et la façon les prévenir. Il s'agit de :

- Nova Dona (CSAPA et CAARUD à Paris) et son directeur Mustapha BENSLIMANE,
- l'ARUDA (Association pour la Réinsertion des Usagers de Drogues du secteur d'Abbeville dans la Somme) et sa présidente le Dr Maroussia WILQUIN,
- ASUD Nîmes (CAARUD et Association d'usagers) et son directeur Jef FAVATIER.

En janvier 2009, **un comité scientifique s'emploie à la rédaction du contenu**. Aux initiateurs du projet cités précédemment, s'ajoutent le Pr Christophe LANÇON, psychiatre à Marseille, Elisabeth KENNEDY, pharmacien d'officine à St-Germain-en-Laye, Pascaline DEBRABANT, infirmière à St-Valéry-sur-Somme, Etienne MATTER, représentant les usagers, le Dr Bruno VANRENTERGHEN, médecin urgentiste à Dunkerque et le Dr Michel KFOURY, urgentiste à Abbeville.

Dès avril 2009, avec le concours financier et logistique des Laboratoires Bouchara-Recordati, **une plaquette d'information est mise à disposition des usagers de drogues** dans tous les lieux qu'ils fréquentent (CSST/CSAPA, services hospitaliers, pharmacies d'officine, CAARUD et associations d'usagers...). C'est un document de 16 pages, format poche, qui décline son message en trois parties distinctes :

1. Connaître les facteurs de risque
2. Reconnaître les signes d'overdose
3. Savoir réagir en cas d'overdose



L'objectif est de participer activement à la réduction du nombre d'overdoses mortelles liées aux opiacés licites ou illicites. On peut craindre une hausse de ces OD, liée à un retour confirmé de l'héroïne comme le laissent suggérer les informations convergentes fournies par les dispositifs de surveillance (Trend, Oppidum, OEDT...) (1).

Début 2010, c'est près de 100 000 plaquettes qui ont été diffusées en France auprès des intervenants en toxicomanie. A côté de cette diffusion généralisée, **une opération originale a été menée dans le département de la Meuse (55) à la fin du mois de mai 2009.**

L'expérience de la Meuse

Ce département rural se situe pourtant à la dixième place en nombre de patients recevant un traitement de substitution opiacée par buprénorphine haut dosage (Subutex® et ses génériques) : **26 patients pour 10 000 habitants**, chiffre légèrement supérieur au département Paris (75) ou des Bouches-du-Rhône (13) ou encore de la Seine-Saint-Denis (93). Cet indicateur peut être considéré comme reflétant la prévalence de la dépendance aux opiacés, en l'occurrence élevée pour la Meuse, plaçant celle-ci à la 11ème place des départements français. Concernant la méthadone, avec un chiffre de près de 6 patients pour 10 000 habitants, elle se place là-aussi au-dessus de la moyenne nationale et à la 25ème place au classement national (2).

Dans ce département comme ailleurs, les plaquettes de prévention ont été diffusées auprès des intervenants du champ sanitaire (médecins et pharmaciens impliqués dans le suivi de patients toxicomanes, centres de soins spécialisés) par Bouchara-Recordati mais également par d'autres circuits moins habituels.

En effet, en coopération avec les Procureurs de la République de Bar le Duc et de Verdun et Monsieur le Préfet de la Meuse, ce document d'information va également être diffusé par les services de police et de gendarmerie à l'occasion des enquêtes et auditions impliquant des toxicomanes ainsi qu'aux populations à risque dans les établissements scolaires et de formation professionnelle.

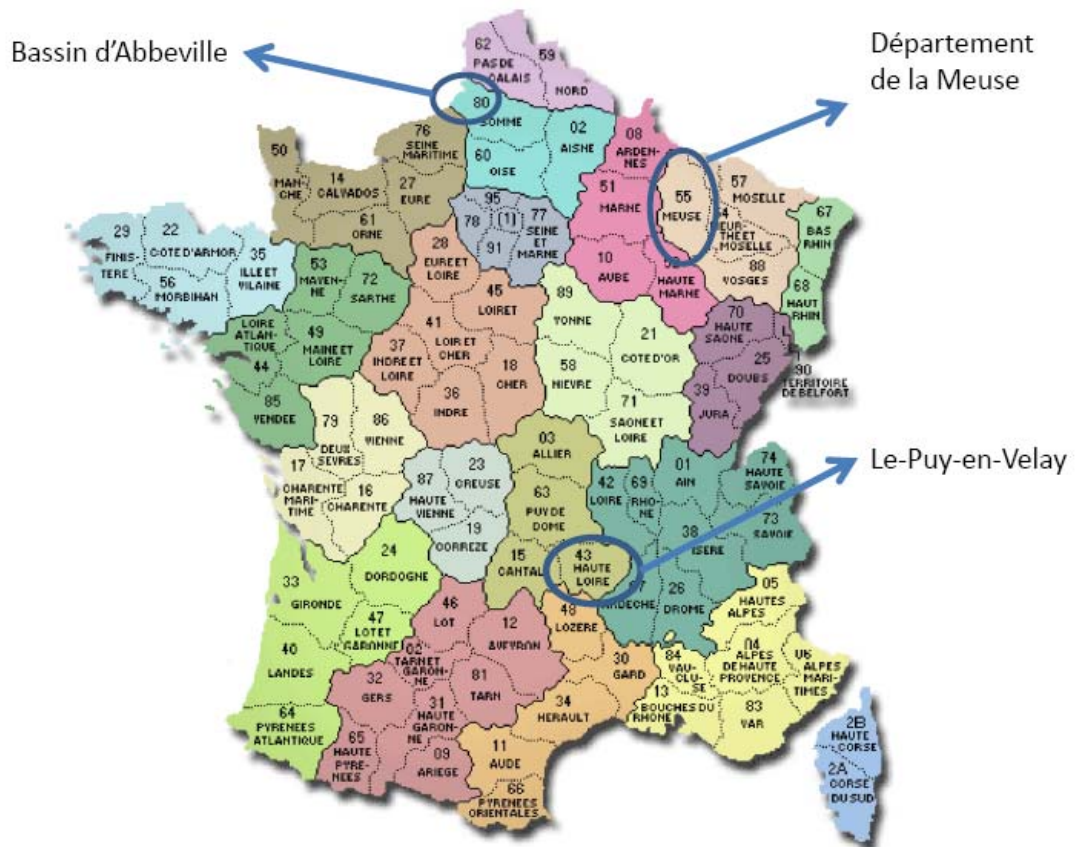
L'évaluation

Avant même la diffusion des plaquettes, la question de l'évaluation de l'efficacité d'une telle mesure est apparue indispensable aux personnes impliquées dans le projet.

Evaluer l'efficacité en termes de mortalité eût été audacieux mais probablement compliqué. Nous avons alors parié sur une évaluation comparative, avant et après la diffusion de la plaquette, du niveau de connaissance par les usagers eux-mêmes des facteurs de risque d'overdose et ce, sur 3 bassins de populations distincts.

En avril 2009, et avant que les plaquettes de prévention ne soient diffusées, le questionnaire ci-après a été administré aux usagers sur les sites suivants :

- Le bassin d'Abbeville dans la Somme, au Nord-Ouest de la France sous la responsabilité du Dr Maroussia WILQUIN.
- Le département de la Meuse, dans l'Est de la France, sous la responsabilité du Dr Dominique GUIRLET.
- Le département de la Haute-Loire, et plus particulièrement le bassin de population du Puy-en-Velay, sous la responsabilité du Dr Antoine GERARD.



Voici les questions posées aux usagers qui se sont présentés dans les structures des 3 bassins de population au cours de la deuxième quinzaine d'avril :

Age : Sexe :

1. Depuis combien de mois consommez-vous des substances opiacées (héroïne, morphine, codéine, médicaments de substitution...) comme substances principales : ____
2. Vous considérez-vous comme usager (plusieurs réponses possibles) :
Très occasionnel / occasionnel / régulier / très régulier / dépendant
3. Quels sont vos modes habituels de consommation (plusieurs réponses possibles) ?
Injection / absorption par la bouche / fume / sniff / autre :
4. Avez-vous déjà fait ce que vous pensez être une overdose ?
Oui / je crois / je ne crois pas / non
5. Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous votre connaissance des facteurs de risques d'overdose (0 = connaissance nulle, 10 = parfaite connaissance), en dehors du fait de consommer des substances opiacées :
6. Connaissez-vous les signes d'overdose sur vous ou quelqu'un en votre présence :
Oui / je crois / je ne crois pas / non
7. Pensez-vous savoir comment réagir si quelqu'un en votre présence fait une overdose ?
Oui / je crois / je ne crois pas / non
8. Avez-vous déjà eu de la part d'un professionnel (santé, justice, social...), une information concrète sur les facteurs de risque d'overdose et comment réagir en cas d'overdose :
Oui / non

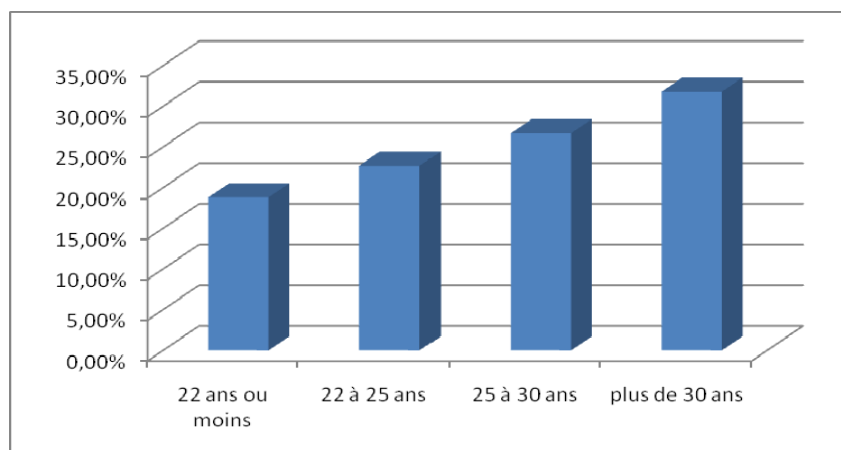
Ce premier travail donne une photographie du niveau de connaissance des usagers de la problématique des overdoses. **Nous effectuerons en avril 2010 une seconde vague d'enquête sur les 3 bassins de population** sur lesquels nous exerçons. La comparaison des données indiquera dans quelle mesure les usagers que nous suivons améliorent leur niveau de connaissance sur ce sujet. L'analyse des questionnaires a été confiée à la société CENBIOTECH à Dijon.

Population étudiée

Caractéristiques générales des patients

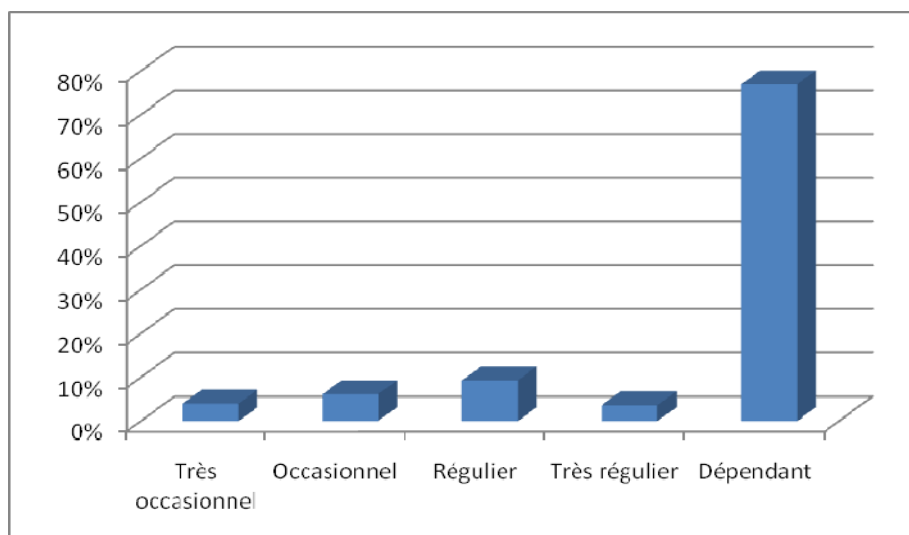
255 usagers ont répondu au questionnaire administré dans les structures des trois bassins de population. Des hommes pour la plupart (84%), âgés de 17 à 56 ans, dont 18,8% ont moins de 22 ans et 31,8% plus de 30 ans. Au total, plus de la moitié des usagers sont âgés de plus de 25 ans (tab. 1).

Tableau 1 : Répartition de la population en fonction de l'âge des usagers



La majorité d'entre eux (62,5%) consomme des opiacés depuis trois ans ou moins (plus de huit ans pour près de 14%). **Plus des trois-quarts (76,9%) se déclarent dépendants** (tab. 2), et **11,5% affirment avoir déjà fait une overdose** (3,2% croient en avoir déjà fait une).

Tableau 2 : Répartition par modalité d'usage



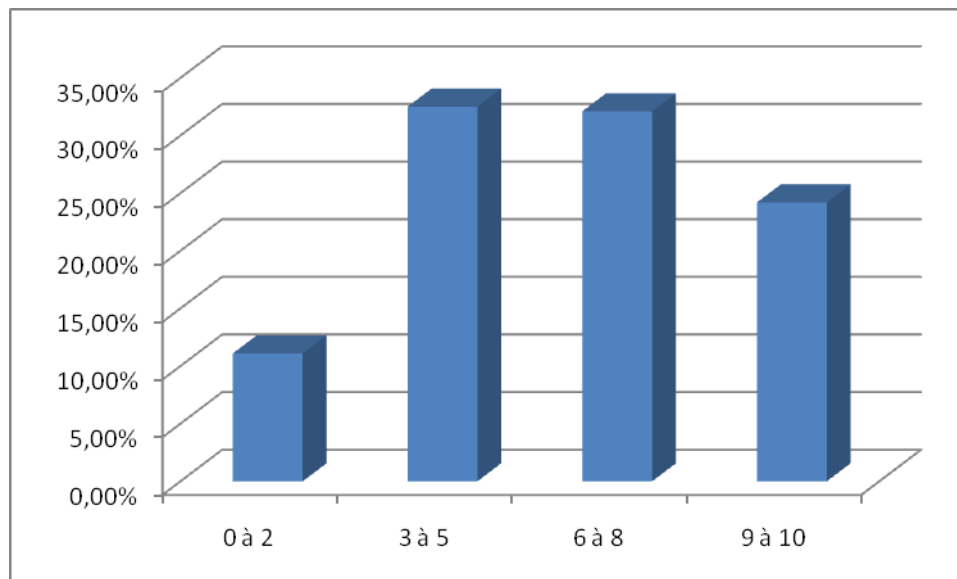
Concernant les modes habituels de consommation (plusieurs réponses possibles), **le sniff (67,5%) arrive largement en tête**, devant l'absorption par la bouche (42%) et loin devant la fumée (29%) ou l'injection (13,7%). *A posteriori*, la question posée pouvait induire une erreur dans le choix de la réponse (*le pourcentage élevé de fume incite à penser que certains usagers interrogés ont évoqué ici la consommation de cannabis par exemple*). La forte prévalence de l'absorption par la bouche est probablement liée à une représentation élevée d'usagers bénéficiant d'un traitement de substitution opiacée. Quoiqu'il en soit, cette enquête fait apparaître **un taux d'injecteurs plutôt faible (13,7 %) à l'inverse de l'usage en sniff (67,5 %)** qui peut aussi bien concerner l'héroïne que certains médicaments de substitution opiacée. C'est cette dernière donnée dont l'extraction nous paraît significative.

Résultats

1. Niveau de connaissance des facteurs de risques d'overdose

Cotée de 0 (connaissance nulle) à 10 (connaissance parfaite), **la connaissance des facteurs de risque d'overdose (OD) par les usagers eux-mêmes semble plutôt bonne : 6,3 en moyenne**. La plupart s'attribue entre 3 et 5 (32,5%) ou entre 6 et 8 (32,1%). Malgré cela, **c'est 40 % d'usagers qui ont une connaissance des facteurs de risque d'OD inférieure à 5** (tab. 3).

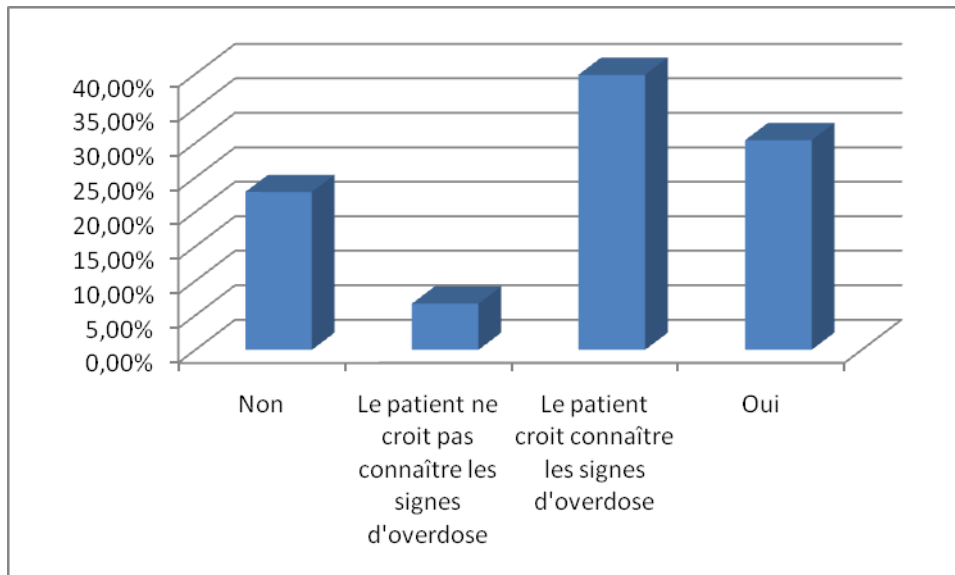
Tableau 3 : Répartition par niveau de connaissance des facteurs de risque d'OD



2. Identification des signes d'overdose par les usagers

Si on évalue la connaissance des signes d'overdose sur eux-mêmes ou sur une autre personne en leur présence, **seul un petit tiers des usagers interrogés (30,4%) déclare connaître les signes d'OD**. 39,9% croient les connaître et presque un quart ne les connaît pas (22,9) ou ne croit pas les connaître (tab. 4).

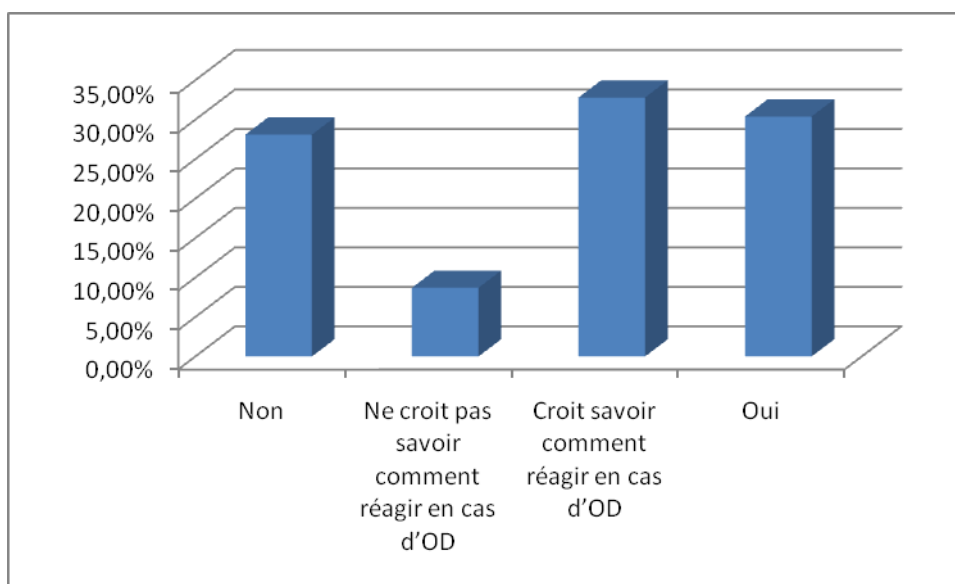
Tableau 4 : Connaissance des signes d'overdose



3. Aptitude à réagir en cas d'overdose

Seul 30% des usagers interrogés déclarent clairement (OUI) savoir réagir si quelqu'un faisait une overdose en leur présence. Une proportion presque équivalente (28,1%) ne sait pas comment réagir (NON) si quelqu'un fait une OD. Le reste se répartit entre ceux qui ne croient pas savoir et ceux qui croient savoir (tab. 5).

Tableau 5 : Réaction en cas d'overdose chez un tiers



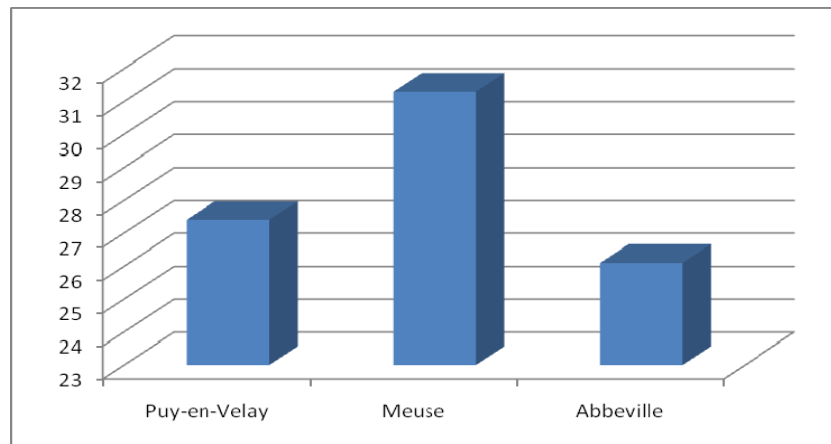
4. Information de la part d'un professionnel sur les overdoses

Presque 70% des personnes interrogées disent n'avoir jamais reçu d'information sur ces sujets de la part de professionnels, de la santé, de la justice ou du milieu social. C'est une part élevée d'usagers non informés par les différents professionnels si l'on tient compte du nombre et de la diversité d'entre eux qui croisent leur trajectoire (Assistants sociaux, éducateurs, médecins, pharmaciens, psychologues, pairs...).

5. Différences liées aux sites de l'étude

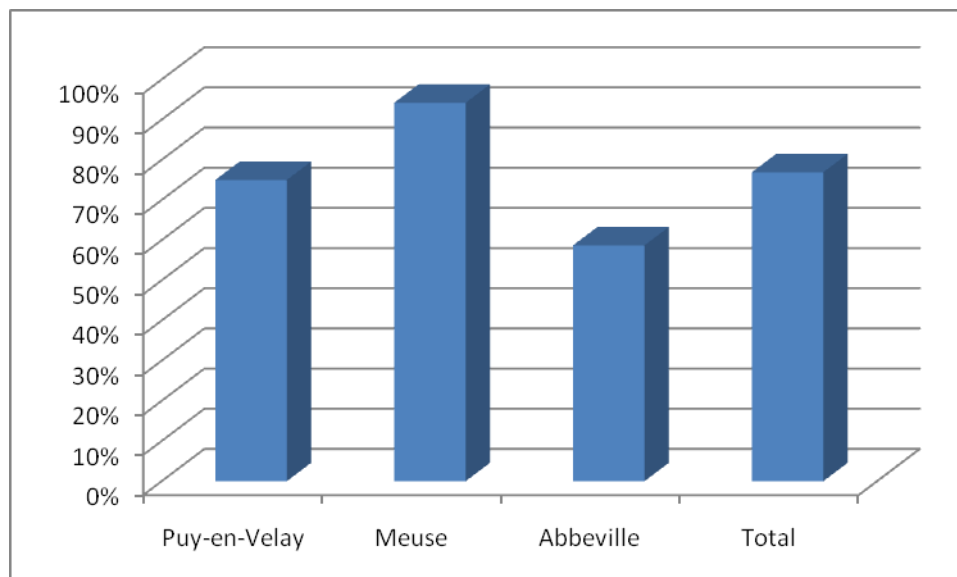
Si les patients se répartissent globalement de la même manière en fonction des tranches d'âge à Abbeville (80) et au Puy-en-Velay (43), **47,6% de ceux de la Meuse (55) ont plus de 30 ans**. L'âge moyen des usagers suivis est ainsi de 31,3 ans contre 27,4 et 26,1 sur les deux autres sites de l'étude (tab. 6).

Tableau 6 : Âge moyen en fonction du site de l'étude



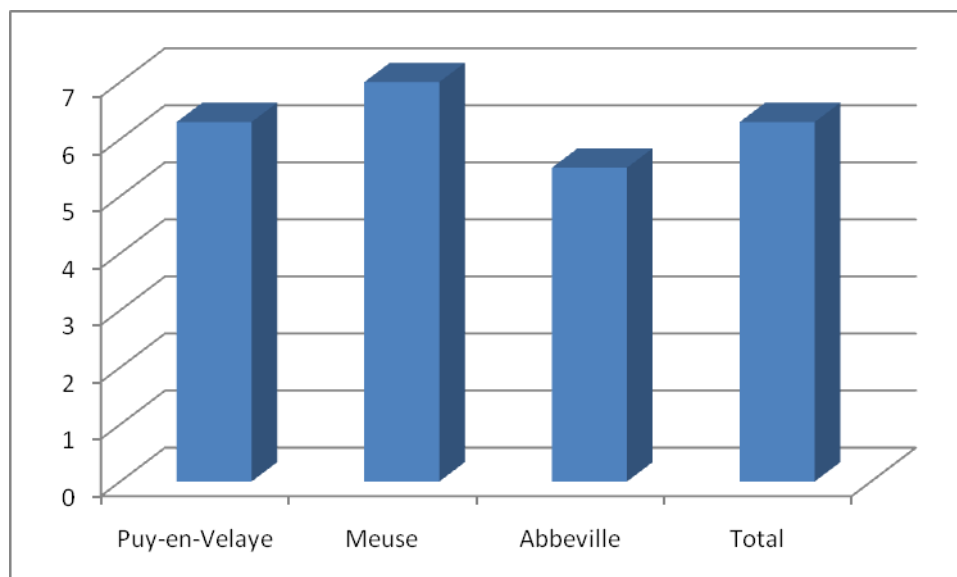
L'ancienneté de la consommation ne varie pas de manière significative en fonction du lieu de l'investigation mais, la presque totalité (94,2%) des répondants se déclare dépendants en Meuse, contre 75% au Puy-en-Velay et seulement 58,7% à Abbeville (tab. 7).

Tableau 7 : Pourcentage d'usagers se déclarant dépendants selon le site



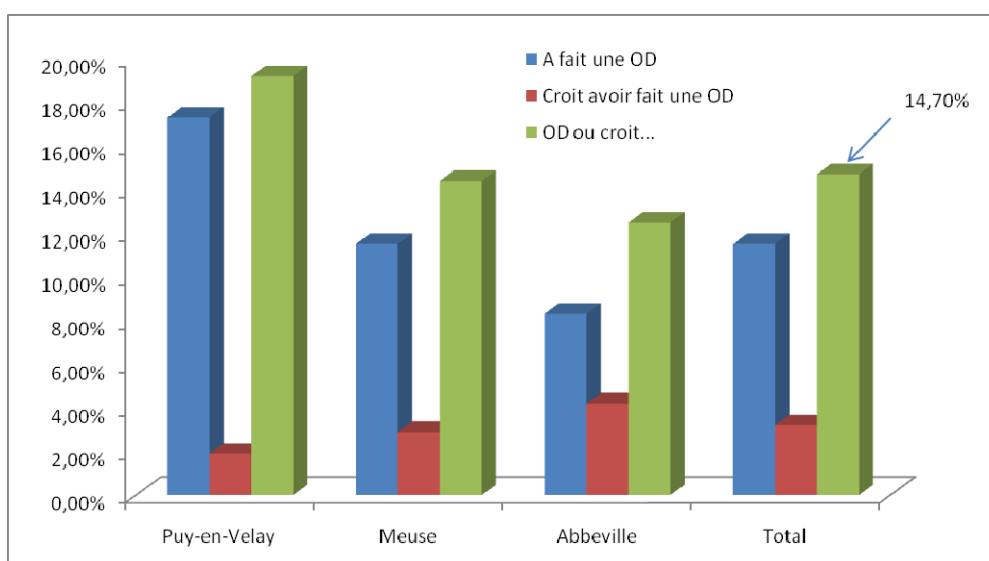
Les usagers **du Puy-en-Velay et de la Meuse** ont par ailleurs **une meilleure connaissance des facteurs de risque d'overdose**, où plus de 60% ont une note supérieure à 6 contre moins de 45% à Abbeville. En moyenne par site, c'est dans la Meuse que les usagers déclarent connaître le mieux les facteurs de risque d'overdose (tab. 8). Cette connaissance étant par ailleurs corrélée à l'âge, ce résultat n'est pas surprenant.

Tableau 8 : Niveau de connaissance des facteurs de risques d'OD (coté de 0 à 10) selon le site



Enfin, dans cet échantillon d'usagers, une part importante d'entre eux a fait ou croit avoir fait une overdose avec des différences non significatives selon les sites. **Ce pourcentage est élevé, près de 15% des usagers sur les 2 items, dans cette étude** (tab. 9).

Tableau 9 : Pourcentage de patients ayant fait ou croyant avoir fait une OD



Discussion

Cette étude est, à notre connaissance, la première en France à explorer la connaissance des overdoses par les usagers (connaissance des facteurs de risque, reconnaissance des signes en cas d'overdose et aptitude à gérer une overdose chez un tiers). L'échantillon - 255 usagers - nous paraît suffisant pour tirer sinon des conclusions au moins des enseignements.

Il est avant tout édifiant de constater que près de **70 % des usagers interrogés déclarent ne pas avoir eu d'information de la part d'un professionnel sur ce sujet**. Au cours de leurs trajectoires, bon nombre d'entre eux ont probablement rencontré de multiples intervenants du champ social, sanitaire ou encore judiciaire. Chacun de ces professionnels devrait s'atteler à diffuser une information sur les risques d'overdose et contribuer ainsi à réduire la mortalité

des usagers. Dans la mesure où **15 % d'entre eux ont déjà ou croient avoir déjà fait une overdose**, on peut estimer que l'impact d'une information systématique et répétée sur les risques d'overdose pourrait être bénéfique en termes d'overdoses évitées et de vies sauvées, même si nous avons conscience de la difficulté à l'établir.

Si la connaissance des facteurs de risque d'overdose semble assez bonne dans cette étude (près de 60% des usagers l'évaluent à plus de 5, sur une échelle de 0 à 10), il faut préciser qu'elle est établie sur le mode de l'auto-évaluation et que les usagers interrogés n'ont pas été questionnés sur les facteurs de risque connus par eux (co-consommations, injection, niveau de tolérance...). Cependant, il reste une part élevée qui déclare ne pas ou peu connaître les facteurs de risque, et c'est vers eux, les plus jeunes *a priori*, que doivent s'orienter les efforts en matière d'information et de prévention.

Courant 2010, nous soumettrons aux usagers qui fréquentent nos structures un nouveau questionnaire afin de mesurer leur niveau de connaissance sur l'overdose. Ce deuxième questionnaire sera administré après une période au cours de laquelle nous aurons remis les plaquettes de prévention réalisées par le collectif d'associations (Asud Nîmes, ARUDA, Nova Dona). Notre ambition est d'améliorer le niveau de connaissance des usagers sur l'overdose, notamment sur les 3 points évoqués dans cette même plaquette (connaître les facteurs de risque, reconnaître les signes d'overdose, savoir réagir en cas d'overdose).

Les résultats de cette enquête nous incitent à préconiser une mise à disposition massive de cet outil de prévention dans tous les lieux de passage des usagers de drogue et par tous les intervenants qui les rencontrent, quel que soit leur champ d'activité. **Il est nécessaire que les professionnels prennent conscience de leur rôle dans la prévention et l'information des usagers avec un langage clair et adapté.** La description des facteurs de risque et des signes d'overdose nous paraît de nature à contribuer à leur prévention. La description pédagogique par les croquis sur la PLS (Position Latérale de Sécurité) pourrait être très utile quand un usager est en présence d'un tiers qui fait une overdose.

Enfin, signalons qu'un poster existe afin d'attirer l'attention des usagers sur la disponibilité des guides de prévention.



Bibliographie :

1. Cadet-Tairou A. et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 Huitième rapport national du dispositif Trend, OFDT, février 2009
2. Velastegui S. et Carpentier D., Analyse de la répartition par département des patients recevant un traitement par BHD et par méthadone. Le Flyer, n° 33, septembre 2008 : 6-17.

Des consultations mobiles en cabinet de ville par le centre Emergence Espace Tolbiac à Paris

Une expérience innovante dans le cadre de l'arrivée des gélules de méthadone
*Dr Pascale BOUTHILLON-HEITZMANN, Hélène DAVID,
Dr Christian GLAUZY, Colette SEGUIN*

Introduction

Dès 1995, le Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie Emergence a participé activement à la diffusion et à la mise en place des traitements par la méthadone. Par le biais de ces traitements nous visons la stabilisation de la situation sociale du patient et la réduction des risques ainsi que ceux liés à l'injection de substances en intraveineux ou la prise par voie nasale (notamment la contamination par le VIH et l'hépatite C), les risques de surdosage ou d'overdose et les risques liés aux activités illégales (recherche de produit, deal, prostitution, désinsertion sociale). La priorité d'Emergence a été et est toujours de **privilégier le travail dans la confiance et la complémentarité avec un large réseau de médecins (jusqu'à 350) et de pharmaciens de ville pour éviter la chronicisation des patients dans notre CSST**. En effet, il ne nous paraît pas envisageable ni souhaitable pour des patients stabilisés dont le projet est l'insertion en milieu de droit commun, de maintenir les prescriptions de méthadone en CSST.

Depuis l'ouverture du centre en 1995, **un traitement par la méthadone a été instauré pour près de 2 500 patients puis ont fait l'objet d'un suivi en médecine de ville et pharmacie d'officine**. Ce chiffre est bien supérieur à celui des patients suivis en CSST. Ceux dont nous assurons la continuité du suivi au centre sont majoritairement ceux présentant de lourdes comorbidités psychiatriques ou des problèmes sociaux et/ou juridiques complexes soit au total une dizaine de patients (*dont la prise en charge au centre est supérieure à 3-4 ans voire jusque 10 ans !*).

Aujourd'hui, le centre poursuit son action en s'adaptant aux nouvelles situations et problématiques comme par exemple la commercialisation de la gélule de méthadone en avril 2008. Considérant l'importante file active de patients traités par la méthadone et attachés à EMERGENCE, l'équipe a mené une réflexion approfondie sur le sujet. Le cadre législatif contraignant des gélules de méthadone amènerait immanquablement des aménagements particuliers pour cette population de patients bien insérés en médecine de ville mais nous n'imaginons pas lesquels et à quel point.

Emergence réaffirme alors ses concepts en vigueur depuis 1995 :

- permettre un accès facilité aux traitements de substitution par la méthadone (sirop et gélules),
- organiser et développer une prise en charge adaptée et définie avec les médecins de ville dès la stabilisation du patient,
- proposer un soutien aux médecins de ville pour certains patients chronicisés dans leurs prise en charge (problématiques avec l'alcool, syndromes anxieux et dépressifs, hépatites B et C ...).

Favoriser l'accès aux gélules de méthadone : une expérience innovante

La méthadone sous forme de gélule présente de nombreux avantages pour les patients comme notamment :

- sa commodité d'usage. Elle est de ce fait susceptible d'améliorer la qualité de vie des patients et d'accroître l'adhésion thérapeutique en renforçant l'observance,
- un dosage de méthadone gélule à 1 mg qui permet de répondre au besoin de disposer de dosages permettant une adaptation optimale de la posologie,
- les petits dosages pouvant faciliter la période de sevrage,
- la dé-stigmatisation du traitement.

Le cadre de prescription et de délivrance des gélules de méthadone implique cependant, que le patient stabilisé depuis au moins 1 an sous sirop retourne dans un service spécialisé (CSST/CSAPA ou service hospitalier) et ceci, tous les 6 mois. Encore faut-il que les critères de stabilisation soient homogènes selon les intervenants ! *Ce serait une autre question à débattre !*

Après discussion avec nos confrères médecins généralistes en ville, nous sommes arrivés au constat que tous **les patients sont satisfaits de leur prise en charge en ambulatoire et certains ne souhaitent pas, pour obtenir une primo-prescription de méthadone gélule, retourner dans les CSST.**

La majorité des usagers de drogues suivis en médecine de ville **refusent de « retourner en arrière »**. Le passage au Centre se révèle être alors un véritable problème. En s'appuyant sur cette conclusion, nous sommes donc partis de l'idée que **puisque les patients avaient des difficultés à revenir au CSST, ce serait le CSST qui se déplacerait jusqu'à leur médecin de ville.**

En pratique

Nous proposons aux médecins généralistes, dont les patients souhaitent passer du sirop à la gélule de méthadone et qui sont sous sirop depuis minimum 1 an, de nous contacter par téléphone afin de fixer un rendez-vous avec l'un des médecins du centre. **Ainsi, c'est un des médecins du CSST qui se déplace au cabinet du médecin généraliste pour réaliser une évaluation du patient d'environ 30 minutes et primo-prescrire la gélule de méthadone.** Cet acte est bien sûr non payant.

Lors de cette consultation nous effectuons une analyse d'urine au moyen de bandelettes urinaires à lecture immédiate, afin de déterminer la présence de consommations annexes (cocaïne, benzodiazépines, opiacés illicites, méthadone).

Une analyse urinaire positive à l'une des différentes substances testées n'est en rien une contre-indication à la primo prescription de la gélule, mais représente une occasion d'ouvrir une discussion thérapeutique entre le médecin, le patient et le Centre. Cette demi-heure d'entretien est l'occasion d'une discussion plus globale concernant les consommations annexes, les troubles du sommeil, les troubles anxieux et dépressifs, les hépatites...dont certains patients ne parlent parfois plus à leurs médecin « de peur de l'embêter ! ».

Nous demandons ensuite au patient de bien vouloir remplir un questionnaire afin d'évaluer son niveau de qualité de vie ainsi que son degré de satisfaction vis-à-vis de son traitement de substitution. A la fin de ce rendez-vous, nous délivrons, sauf contre-indication, une ordonnance de délégation pour les gélules de méthadone, avec la posologie et le nom du médecin généraliste.

D'avril à novembre 2008, Emergence a pu instaurer au centre 70 traitements par des gélules de méthadone, ce qui était très peu en regard du nombre de patients à qui un traitement par la méthadone (sirop) a été instauré au cours des 15 dernières années. A ce jour, en janvier 2010, Emergence a procédé à 135 passages aux gélules de méthadone, dont 25 ont été effectués au cabinet du médecin de ville.

Dès novembre 2008, nous avons souhaité mettre en place ce projet de « consultation mobile » chez les médecins généralistes et nous avons tout d'abord pris contact avec notre réseau de médecins de ville chez qui nos patients étaient relayés, afin de les informer. Nous travaillons actuellement avec une dizaine de médecins généralistes (et sommes en contact avec une trentaine d'entre eux), ce qui nous a permis de réaliser **vingt-cinq primo-prescriptions de méthadone gélule au cabinet de nos confrères**, 7 suivis rapprochés de VHC qui devraient aboutir à un traitement courant 2010 et 2 suivis de syndromes anxieux généralisés.

Un autre rendez-vous au cabinet du médecin généraliste est organisé à l'occasion de chaque renouvellement semestriel de la primo-prescription de la gélule de méthadone : ce cadre introduit une autre temporalité du suivi assortie d'une nouvelle instance de réflexion pour chaque cas. De ce fait, le patient peut imaginer une plus grande sécurité liée à l'intérêt qui lui est porté.

Et ensuite...

Dès juin 2009, nous pressentions que ce projet ne pourrait pas être l'œuvre d'un seul centre, ni que la seule préoccupation serait le passage du sirop de méthadone à la gélule, puisque toute rencontre avec un patient est susceptible « d'ouvrir des portes ». Tout simplement déjà pour une question d'emplacement géographique : nous avons des demandes du nord de Paris alors que nous sommes basés dans le sud ! Ce projet nécessitait un travail de réflexion entre médecins de ville et les intervenants des CSST/CSAPA. Nous avons donc assuré une coordination pour que ce travail de terrain perdure et que la réflexion s'amorce. Nous avons pu réunir pour une soirée 65 professionnels intéressés par ce projet (médecins de ville, pharmaciens de ville, intervenants en CSST/CSAPA).

Fin janvier 2010, à l'heure de l' « Agrément CSAPA » (Centre de Soins, d'Accueil et de Prévention en Addictologie) et de tout ce que ça implique (actions de formation, recherches, prévention...), plusieurs centres réunis en fédération (EPISEA : Ensemble Prévention Insertion Soins Evaluation Addictologie - *Structures membres : Charonne, La Corde Raide, Ego, Gaïa, Adaje, Horizons, Emergence Espace Tolbiac, Nova Dona, Cité Saint-Martin*) ont approuvé ce projet et certains acceptent d'y participer. En effet, entre l'hôpital et la ville, on voit se dessiner la place qu'auraient à occuper les CSAPA entre l'hôpital avec ses plateaux techniques et le terrain local et ses professionnels de santé en ville. Les acteurs d'EPISEA en ont pris la mesure.

L'année 2010 devrait voir ces consultations mobiles se déployer, poursuivre une réflexion entre médecins et pharmaciens de ville et réaliser des études sur cette population d'ex-usagers de drogues (*étude Méthagel par exemple, Dr Polomeni*).

Conclusion

Ces consultations mobiles nécessitent un véritable travail de fond avec mise en place d'un savoir faire et pourquoi pas d'une charte ! Ce travail présente de nombreux avantages que ce soit pour le médecin généraliste, le centre de soins et le patient.

Cette démarche permet au patient de poursuivre la relation de confiance qu'il a établie avec son médecin généraliste et de poursuivre son projet d'insertion dans une vie « normale ». **Le centre se positionne alors comme soutien et partenaire de sa réinsertion.**

Ainsi en nous déplaçant chez le médecin traitant, **nous évitons aux patients ce sentiment de retour en arrière** qu'ils peuvent craindre quand ils sont amenés à fréquenter de nouveau le lieu de leur début de parcours. Ainsi, nous leur permettons de continuer à bénéficier des avantages d'un relais en ville : discrétion, responsabilisation, anonymat et accueil comme n'importe quel autre patient.

Par cette démarche, le centre répond aux préoccupations de santé publique qui relèvent de ses missions :

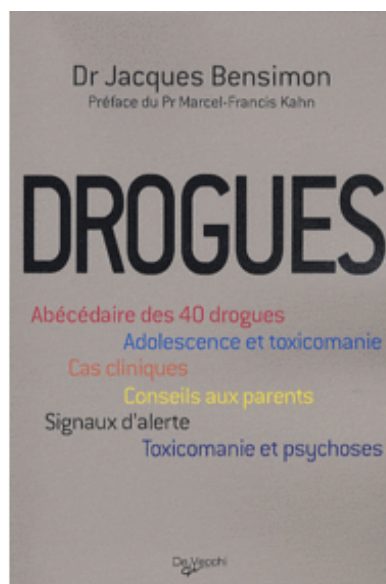
- un accès maximal et facilité des soins en addictologie pour les usagers de drogue (méthadone sirop, gélule, problèmes avec l'alcool, dépendance tabagique...),
- un accès facilité pour les bilans et les traitements des hépatites (fibrotests gratuits, gestion du dossier « hépatite » en coordination étroite avec l'hépatologue),
- un accès facilité pour les soins psychothérapeutiques et psychiatriques.

L'expérience de 2009 nous permet de dire que ces consultations mobiles en cabinet de ville par un médecin du CSAPA sont très bien accueillies par le patient et le médecin. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons continuer à accroître le réseau de médecins généralistes qui s'investissent afin d'augmenter le nombre de consultations mobiles et de ce fait favoriser l'accès aux soins spécialisés parfois encore nécessaires pour ces patients.

Ainsi, la mise à disposition des compétences et possibilités des CSAPA, peut créer une nouvelle « interface d'intervention » tournée vers les patients 'addicts'. Ces actions répondent aux préoccupations de santé publique et favorisent l'accès aux soins pour les usagers. **Ce dispositif, nous l'espérons, devrait soutenir le travail des médecins de ville** qui, nous le savons, tiendra (tient déjà) une place centrale dans le système de soins et risque de s'alourdir.



Vient de paraître :



Dans cet ouvrage, le docteur Jacques BENSIMON (*psychiatre au Centre Hospitalier de Saint-Denis – 93*) s'adresse au lecteur comme il s'adresse aux parents, aux démunis, aux ados en rupture, aux usagers de drogues délinquants, qu'il reçoit chaque jour dans son service : de façon claire et extrêmement pédagogique.

Son approche très globale du sujet, médicale bien sûr, psychologique, légale et surtout concrète, fait de cet ouvrage le livre incontournable pour quiconque se sent concerné de près ou de loin par ce problème de société.

Un autre regard sur les médicaments de substitution

Pourquoi un MSO¹ n'est pas une drogue et ne doit pas être considéré comme tel ?

Dr Jean-Marc COHEN, Nice (06)

Il ne nous est pas rare d'entendre la critique suivante dans la bouche de certains de nos patients, de leurs familles, mais plus surprenant, de certains soignants : « je suis (il est) encore drogué : la preuve, je (il) ne peut pas me (se) passer de Subutex® ou de méthadone ! ».

Quelques remarques sont à faire : un MSO utilisé correctement sans mésusage, c'est-à-dire, ni injecté, ni sniffé et ni fractionné n'entraîne aucun effet flash² ni tolérance³, contrairement à la drogue. De nombreux chercheurs considèrent qu'au plan neurobiologique, des « cicatrices » (défaut de synthèse des endorphines ?) pourraient persister chez certains ex-héroïnomanes, au point de devoir prendre des opiacés de substitution pour de très longues périodes, peut-être à vie, l'avenir nous le dira. Le médicament de substitution agirait alors comme un correcteur de ce défaut biologique qui correspond à une maladie chronique⁴. Dans le même esprit, la toxicomanie à l'héroïne fut appréhendée par Dole et Nyswander⁵, comme une maladie métabolique.

Certains héroïnomanes arrivent à arrêter (le plus souvent progressivement) leur MSO après plusieurs années de traitement. Cela aurait tendance à prouver que nous ne sommes pas tous égaux face à la dépendance. Il en est ainsi pour l'héroïne : certains n'y goûtent pas, d'autres l'expérimentent et en resteront là, d'autres l'essaient et deviennent 'accro' et en meurent parfois, d'overdose ou de certaines complications (infectieuses notamment). Le produit, seul, ne fait pas le toxicomane : c'est l'interaction entre le produit, l'individu (notamment sa psychopathologie) et son environnement qui crée la toxicomanie. Quant au traitement, si certains l'arrêtent définitivement, une grande majorité aura besoin d'un appui médical, médicamenteux, psychologique et social pour longtemps.

Après le passage du nuage radioactif de Tchernobyl, certaines personnes ont vu leur thyroïde ne plus fonctionner, d'autres ont développé un cancer de cette glande. Et enfin, la majorité n'a rien eu. Ceux dont la thyroïde ne fonctionne plus devront prendre à vie des hormones thyroïdiennes de substitution. La différence entre un hypothyroïdien et un ex-héroïnomanes réside dans le fait que le premier n'est pas suspecté d'être un délinquant en puissance qui va trafiquer son médicament. Le second est un « vicieux » qui pourrait faire l'effort et avoir la volonté de se passer de son médicament. Le premier est incontestablement un patient, le second un « pervers » qui nous manipule pour avoir sa substance. Nos représentations ont la vie dure ! Penser cela d'un toxicomane actif qui essaie de s'en sortir, aux débuts, pourquoi pas ? Mais pourquoi penser une telle chose d'une personne qui a (re)construit sa vie professionnelle, affective, sociale, sous prétexte qu'il consomme encore un MSO (à la même posologie parfois) depuis des années ? Nous rêvons tous d'un monde parfait, sans drogues, sans produits, ni addictions.

¹ MSO : Médicament de Substitution des Opiacés

² Flash : euphorie très puissante

³ Tolérance : accoutumance à une substance nécessitant une augmentation des doses pour obtenir le même effet.

⁴ Deglon Jean-Jacques : bilan de 40 ans de traitement de substitution par la méthadone.

⁵ 2 chercheurs américains, V. Dole et M. Nyswander, ont utilisé la méthadone au début des années 60 comme traitement de maintenance, c'est-à-dire à long terme, face au constat des rechutes à répétition des héroïnomanes sevrés, .

Mais pourquoi les MSO ne seraient-ils pas considérés pour ce qu'ils sont, des médicaments ? Parce que certains les ont détournés de leur usage ? D'autres médicaments le sont également : les benzodiazépines, les hypnotiques...

Pourquoi les personnes âgées sous somnifères depuis tant d'années, de même que les spasmophiles sous benzodiazépines, ne sont-elles pas stigmatisées de la même façon que l'ex-héroïnomanes ? Les MSO sont des traitements, qui prolongent la dépendance, mais au profit de la santé physique et mentale de nos patients ex-héroïnomanes. Nous serions tous très heureux de pouvoir disposer de tels produits pour les dépendances au cannabis, à l'alcool, à la cocaïne...

Au final, ne vaut-il pas mieux vivre avec une dépendance médicamenteuse qui autorise la (re)construction de sa propre vie que de souffrir d'une dépendance⁶ à une drogue, destructrice et bien souvent pourvoyeuse de souffrances, de complications infectieuses (hépatites, sida), sociales, judiciaires, familiales...

Alors que la dépendance à une substance comme l'héroïne peut être résumée par une perte de contrôle, un retentissement sur la santé physique et/ou psychologique et un retentissement sur la vie familiale et socioprofessionnelle, la dépendance à un MSO (prescrit et utilisé à bon escient), permet d'atteindre des objectifs à l'opposé : reconstruction personnelle (dimension médicale, affective), familiale et socioprofessionnelle.

Si nous ne sommes pas capables d'accepter cela, comment le faire admettre à certains de nos patients, dont le souhait est d'arrêter rapidement tout traitement de substitution ? Dans ce domaine, chaque cas est un cas particulier, avec sa propre histoire, son environnement, sa vulnérabilité propre... Mais de grandes tendances voient le jour :

1. C'est le soignant qui va orienter, guider le déroulement et la qualité de la prise en charge. Soit il se « débarrasse » de son patient et se contente de rédiger une ordonnance. Soit il « s'en embarrasse » et s'en occupe, l'écoute, le conseille, l'accompagne de manière globale, notamment au plan somatique (infections VIH, VHC, co-addictions...). Mais cela prend du temps, demande de la patience et de l'investissement car il s'agit de projets qui s'inscrivent dans la durée.
2. Les TSO⁷ sont des traitements longs, très longs, contrairement à ce que l'on pouvait espérer à leur tout début (en France notamment malgré une littérature scientifique abondante depuis les expériences et publications de Dole et Nyswander).
3. Les posologies prescrites varient souvent très peu dans le temps.
4. Les patients sont très souvent les premiers à demander à tout arrêter.
5. Il est bon d'entendre leur demande, sans se précipiter d'y répondre. La plupart du temps, les patients « non prêts » finissent par s'en rendre compte d'eux-mêmes.
6. Pour certains, baisser un peu la posologie de leur MSO, équivaut à une victoire, tout en restant très prudent chez les poly-dépendants, qui ont souvent tendance à compenser la diminution de leur posologie de MSO par une surconsommation d'alcool.
7. Certains deviennent abstinents !

⁶ Cf la définition qu'en donne Goodman, le DSM IV et la CIM.

⁷TSO : traitements de substitution des opiacés, qui comportent un volet médical, médicamenteux (MSO), mais également un volet psycho-social.

Commentaires de lecture adressés à la rédaction

Concernant l'article de Jean-Marc COHEN (Nice) dans le Flyer 38 : « Enquête de satisfaction Subutex® vs. génériques... ».

L'étude menée par JM Cohen avec le réseau GT 06 sur le degré d'acceptation ou de refus du générique de Subutex® par les patients montre bien qu'il y a un rapport très particulier entre le patient ex-usager d'héroïne et son médicament dit de substitution. Au fil du temps, au prix d'une énergie sans doute sous-estimée, le patient s'est constitué un certain niveau d'équilibre avec ce traitement qu'il n'est pas prêt à perturber voire à rompre avec l'arrivée des génériques. La part psychologique est essentielle puisque selon l'étude, 47% des patients ressentent un moindre effet du générique par rapport au Subutex®. Nombre de patients m'ont dit en effet ressentir des symptômes de manque psychique le soir avec la prise du générique. Ajoutez à cela le fait que les comprimés ne sont pas sécables et ont une taille plus petite que les comprimés de Subutex® et l'on comprend aisément que l'affaire ne fonctionne pas aussi bien que prévu.

Et le progrès apporté par les dosages intermédiaires du générique ne suffit pas à lever ces obstacles. On peut d'ailleurs constater les mêmes problèmes d'acceptation des génériques pour certains psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques...) avec certains patients mais le phénomène est moins important.

Il ne s'agit pas d'idéologie. Je suis bien sûr favorable à l'idée qu'un patient usager de drogues ait les mêmes droits que tout autre patient mais, il s'agit de constater une particularité clinique qui ne peut être traitée par des discours généraux.

De plus, il me semble que la pression faite autour des génériques sur le patient sous Subutex® est vécue comme un appel supplémentaire à bien se comporter et à rentrer dans le rang comme pour se racheter une

conduite, au prix souvent de la dénégation des aspects cliniques. Il me semble que ce type d'étude mériterait d'être menée dans d'autres départements, dans chaque centre de soins et en ville, auprès des pharmaciens d'officine.

Xavier AKNINE
Médecin Généraliste à Gagny (93)
& Addictologue Hôpital J. Verdier à Bondy
dr.aknine@wanadoo.fr

Concernant l'article de Pierre-Matthieu DANG-VU dans le Flyer 38 : « Suivi d'une cohorte de 56 patients traités par gélules de méthadone ».

Je suis tout à fait sensible aux interrogations du Dr DANG-VU concernant la procédure liée à la prescription de la méthadone sous forme de gélules. Et je me demande l'intérêt d'une procédure aussi lourde et systématique concernant des personnes qui sont souvent très bien stabilisées sur tous les plans. Le recours au spécialiste, *en cas de problème*, me paraît effectivement être la solution la plus satisfaisante.

Pour ma part, je plaide pour un accès direct de cette prescription au médecin prescripteur habituel sous réserve de quelques précautions (vérification des facteurs de stabilité et bilan urinaire préalable). L'expérience me montre que la primo-prescription de la forme gélule par un médecin habilité n'est pas utile, sauf en cas de doute. Comment, en un quart d'heure ou un peu plus, juger d'une situation que le prescripteur connaît si bien par le fait même qu'il voit la personne au moins 2 fois par mois ?

Je voudrais aussi apporter une réflexion concernant le statut des personnes sous MSO. Le Dr DANG-VU écrit qu'elles restent dépendantes des opiacés par le fait même qu'elles prennent un MSO. Je crois qu'un bon nombre de patients ne correspondent plus à la description du DSM IV ou des critères de Goodman ; la dépendance ne se résume pas aux manifestations de sevrage à l'arrêt d'un traitement. Ils ne me paraissent plus dépendant ou pas plus qu'une personne obligée de prendre un traitement sous peine d'avoir des

problèmes liée au sevrage du médicament (psychotropes, bêtabloquants, insuline, etc.). Pouvoir informer une personne de sa situation clinique réelle me paraît important sur le plan de son cheminement dans le soin.

Dr Philippe VENTROU
Médecin généraliste à la Rochelle (17)

Les infos brèves de la rédaction

Nouveau traitement potentiel prometteur contre l'hépatite C

Une dépêche AFP du 20 janvier 2010 nous informe, de Washington, que des chercheurs américains ont découvert une nouvelle substance qui bloque la réplication du virus de l'hépatite C, ouvrant potentiellement la voie à des traitements plus efficaces contre cette infection, première cause du cancer du foie, selon une étude parue mercredi.

Ces expériences, conduites seulement in vitro, ont permis de trouver une protéine essentielle pour que le virus de l'hépatite C ou VHC puisse se multiplier. Les auteurs de ces travaux ont ensuite développé une version synthétique modifiée de cette protéine dont ils se sont aperçus qu'elle bloquait la réplication du VHC.

A partir de cette protéine mutante, ils ont pu trouver des composants capables d'empêcher l'agrégation ou la réplication du VHC, explique le Dr Jeffrey Glenn, professeur de gastro-entérologie à la faculté de médecine de l'Université Stanford (Californie, ouest), principal auteur de ces travaux publiés dans la version en ligne de la revue Science Transnational Medicine.

Dans la mesure où ces substances agissent en bloquant un mécanisme dont seul le virus a besoin, elles pourraient être peu toxiques pour les humains. Le Dr Glenn pense qu'il faudra de 12 à 18 mois de tests pré-cliniques étendus sur des animaux avant que la Food and Drug Administration (FDA), l'autorité américaine des médicaments, donne son feu vert à des essais cliniques sur des humains. Si ces

nouveaux composants s'avèrent efficaces chez les personnes infectées par le VHC, cela permettra d'améliorer grandement la lutte contre ce virus capable de développer rapidement une résistance aux traitements actuels, tout en évitant les effets secondaires sévères de certaines de ces thérapies dont l'efficacité est par ailleurs limitée.

Fiabilité des tests salivaires au bord des routes ?

En décembre 2009, nous évoquions, dans nos colonnes, la controverse quant au dépistage des stupéfiants par les forces de police. Il s'agissait alors du risque de **faux négatifs** concernant le cannabis, le test ne pouvant détecter que les conducteurs qui auraient fumé dans l'heure qui précède le contrôle. C'est en fait de **faux positifs** dont il a été question dans un article d'*Auto-Plus* du 22 décembre 2009. Il s'avère en effet que la lecture du résultat pose problème : en cas de résultat négatif, un trait coloré apparaît sur le test, mais il est parfois presque invisible. Et, selon la gendarmerie citée par *Auto-Plus*, ce sont 12 % à 15 % des usagers contrôlés positifs qui l'ont été à tort !



Pour réagir ou commenter un article du Flyer, envoyez un mail au directeur de la rédaction, Mustapha BENSLIMANE

novamb@club-internet.fr