

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

Décembre 2010

N° 41

- **Editorial** : page 3
Le comité de rédaction
- **Durée de traitement et arrêt de la méthadone** page 4
La Rédaction du Flyer
- **Les arrêts de rigueur** page 8
Fabrice OLIVET, Asud Paris
Réaction à l'article «Durée de traitement et arrêt de la méthadone »
- **Brève biblio** : page 12
Préférence pour Suboxone® pour des patients traités par Subutex®
Dr Jean-Pierre DAULOUEDE et al., Biarritz (64)
- **Grossesse, buprénorphine et méthadone. A propos d'une dépêche et de ses conclusions !** page 13
Pr Claude LEJEUNE (Paris), Pr Loretta FINNEGAN (Bethesda, USA)
et Dr Robert NEWMAN (New-York, USA)
- **Brève congrès** : page 18
Méthadone et réduction de l'incidence de l'hépatite C
Dr Einat PELES, Tel-Aviv, Israël
- **Et les commentaires de lecture adressés à la rédaction...** page 19
(à propos de l'article du Flyer 40 : « Places de la méthadone, de la Buprénorphine et de l'association buprénorphine-naloxone... »)

Comité scientifique du Flyer

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

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

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

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

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

E-mail : revue.leflyer@gmail.com

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"

Il y a 10 ans, nous décidions (*une poignée de ceux qui composent aujourd'hui les comités de rédaction et de lecture*) de créer une revue qui permettrait de remplir un vide : une information scientifique et pratique sur les traitements de substitution et en particulier sur la méthadone. Il nous semblait en effet que cette modalité de traitement concernant un médicament issu du secteur public (*c'est toujours l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris qui détient les AMM des différentes formes de méthadone en France*) souffrait d'un très net déficit d'information.

La littérature scientifique sur la méthadone, son environnement sans cesse mouvant et surtout l'envie qu'avait un grand nombre d'intervenants de témoigner de leurs pratiques des TSO nous laissaient penser qu'il y avait suffisamment de matière pour créer une revue.

Dès les premiers numéros, nous avons sollicité des auteurs d'études et d'articles publiés dans des revues internationales parmi les plus prestigieuses et les plus pertinentes afin d'obtenir les droits **de traduire et de reproduire en français leurs travaux** publiés.

Pour assurer une information la plus large possible, les rubriques '**brèves bibliographiques**' et '**analyse bibliographique**' nous ont permis, sur des formats de lecture très courts, de rendre compte du contenu d'études apportant des éclairages possibles aux cliniciens.

Le comité de rédaction a lui-même produit des **articles de synthèse** sur des sujets d'actualité et **différents lecteurs nous ont proposé de publier leurs contributions originales** ou plus simplement **des commentaires de lecture** sur des articles publiés dans les numéros précédents.

Aujourd'hui, **le Flyer est diffusé à plus de 20 000 exemplaires**. Le site rvh-synergie.org nous fait l'amitié, depuis les premiers numéros, de le mettre à disposition en format PDF et il peut être ainsi téléchargé et reproduit sans restriction. **En une année, les recherches de pages correspondant à un article du Flyer s'élèvent à plus de 15 000 pour plusieurs centaines de visiteurs**.

Nous avons organisé un colloque, qui s'est tenu le 3 décembre à l'Espace Saint-Martin à Paris. Nous souhaitions ainsi aller au devant de nos lecteurs et surtout de leur permettre de se rencontrer et de communiquer autour des thèmes et des articles qui ont fait l'objet de plus d'échanges au sein de la rédaction et au travers des commentaires de lecture.

Ce colloque sera décliné dès le début de l'année prochaine (*dans toutes les régions où il pourra être organisé*) afin d'aller au devant de nos lecteurs qui ne pouvaient pas être à Paris le 3 décembre. Nous souhaitons bien sûr que ces futures manifestations répondent à vos attentes et nous restons à votre écoute pour les améliorer et pour faire évoluer « **vosre revue** ».

En attendant, ce Flyer d'hiver a décidé de rouvrir le débat autour de **l'arrêt des traitements de substitution**, à partir d'un article de la rédaction, s'appuyant lui-même sur une production canadienne, et fortement polémique dès les pages suivantes. Comme pour l'article sur la « *Place respective des différents MSO* » du Flyer 40, qui nous a valu de nombreuses réactions, nous souhaitons animer au travers de vos réactions un débat constructif sur le sujet. A vos claviers !

Mustapha Benslimane, pour le Comité de Rédaction

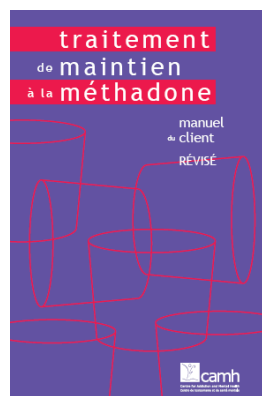
Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés et n'engagent que leurs auteurs.

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.

Les arrêts de rigueur

Fabrice OLIVET, membre du comité de lecture du Flyer, Directeur d'ASUD

Ndlr : c'est à plusieurs titres que la Rédaction du Flyer a souhaité la réaction de Fabrice OLIVET à l'article « *Durée de traitement et arrêt de la méthadone* ». En sa qualité de représentant des usagers, de membre du Comité de Lecture du Flyer, de membre de la Commission Addiction, mais surtout en sa qualité de polémiste sur le sujet, déjà perçue à d'autres moments. Comme le dit par ailleurs Jean-Pierre Jacques sur le sujet, en introduction d'un article publié dans un Flyer précédent¹ : « *Les opinions sont contrastées, on constate un imbroglio entre les critères scientifiques et les considérations basées sur les valeurs morales prioritaires.* ». On peut bien sûr y ajouter l'expérience personnelle et celle des personnes, de leurs proches (soignants, amis et familles) et nul doute que le débat pourrait s'enrichir encore de multiples contributions.

Chers amis du comité de la Rédaction du Flyer, il m'a été demandé de réagir au document que vous allez produire sous le titre « *Durée de traitement et arrêt de la méthadone* » ainsi qu'au texte de présentation qui le précède.

Cela fait maintenant plusieurs années que je pense que ce problème, car s'en est un, est devenu un enjeu crucial de la substitution. En effet, mes expériences conjuguées d'usager de drogues, de patient et de professionnel de la réduction des risques m'ont convaincu de l'indifférence ou plutôt de la désinvolture avec laquelle on appréhende les probables 150 000 usagers d'opiacés sous prescription médicale qui vivent, travaillent, font des enfants, vieillissent et votent dans notre pays. Ce commentaire me donne l'occasion de souligner un écart grandissant que je perçois entre les attentes des usagers et le discours balbutiant sur l'arrêt des TSO qui, s'il a le mérite d'exister, ne me semble pas à la hauteur de l'enjeu historique que représente la prescription d'opiacés.

Le problème de fond reste l'assimilation de la substitution à un traitement médical, rien qu'un traitement, et seulement un traitement. Ce dogmatisme dirige d'emblée le lecteur des publications institutionnelles dans un bric-à-brac conceptuel auquel n'échappent pas les textes du Flyer. Un exemple, le manuel du « *client en traitement* », d'origine canadienne, qui nous est présenté, prétend informer les patients sur les risques associés à l'arrêt de la méthadone. Or ce document entremêle des affirmations de type cliniques, des critères sociaux, avec des considérations morales très éloignées du sujet. Parmi les « *risques associés à l'injection de drogues* » sont mentionnés le VIH, l'hépatite C, l'incarcération et les activités criminelles. Le moins que l'on puisse dire est qu'il s'agit d'un raccourci inquiétant.

Pire, en insistant sur le seul phénomène de la « *rechute* » - un terme qui en dit long - identifiée à la prise d'héroïne, on passe à côté de la partie la plus intéressante du débat : quels sont les buts poursuivis par un usager d'héroïne lorsqu'il commence un traitement à la méthadone ? S'agit-il seulement d'éviter la prison, le VIH et les activités criminelles ? En termes de réduction des risques c'est un objectif incontournable mais un peu simplificateur, d'autant que s'on l'on prétend être cohérent l'accès sécurisé, voire légal à l'héroïne représente la véritable solution idoine.

¹ De l'opportunité d'arrêter, ou non, la méthadone. Flyer 16, avril 2004

Un livret destiné aux candidats au sevrage puis à l'abstinence de MSO devrait logiquement recenser d'abord les raisons objectives qui poussent les patients- *a priori* tous anciens usagers d'héroïne ou assimilés - à vouloir rompre avec l'addiction à la méthadone. Dans un autre contexte, on trouverait parfaitement normal de commencer par lister les avantages de la substitution si l'on s'adresse à des patients en attente de traitement. Il serait donc souhaitable de commencer ici par les inconvénients objectifs induits par la prise de ce « médicament », puisque c'est le terme consacré. Or c'est un peu l'inverse qui semble servir d'introduction. On commence par rappeler au candidat au sevrage tous les avantages inhérents au bon, au merveilleux traitement à la méthadone qui, encore une fois, protège du VIH et des activités criminelles. Le plus troublant est la difficulté ou, mieux encore, le malaise que l'on sent affleurer dès qu'il s'agit de traiter les motivations d'un candidat au sevrage. On évoque des motivations subjectives ou des représentations vaguement morales. Ce sont les « désirs d'abstinence » attribués autant aux praticiens qu'aux usagers, la volonté d'en finir avec un « fil à la patte », dont on ne sait pas grand-chose, sans parler des fameux « critères idéologiques », le mot qui fâche aujourd'hui toute personne raisonnable. Rien sur le désir légitime de vouloir mener une existence sans tutelle pharmaceutique, rien sur les effets indésirables de la consommation d'un opiacé puissant, rien encore sur le souhait naturel de vouloir échapper aux circuits technocratiques qui enserrant la vie des patients, toujours à la merci d'un oukase pseudo-sanitaire. Bref, rien de clair, rien de précis et pour tout dire rien de scientifique au point que l'on finit par se demander quelle mouche a piqué la rédaction du Flyer à vouloir encourager les lubies des candidats au sevrage.

Si le sujet est bien celui de l'arrêt du médicament, il eut été plus simple de commencer par faire la part du social et des aspects non médicamenteux, y compris les questions réglementaires que je viens d'évoquer, pour ensuite entamer d'emblée le véritable débat : les raisons profondes qui fondent une addiction à l'héroïne sont les mêmes qui maintiennent dans le traitement méthadone. Cet aspect des choses est primordial si l'on veut « affronter sa dépendance » comme il est dit très joliment par la rédaction. En dehors de cette formule heureuse, tout ce qui relie l'héroïne et la méthadone est passé sous silence au nom de la sacro-sainte dichotomie entre le médicament qui soigne et la drogue qui détruit (la gentille méthadone combat la méchante héroïne). Quels sont donc les mécanismes qui permettent d' « affronter sa dépendance » ? Le document ne le dit pas.

Rien n'est dit ou pas grand chose sur la place occupée par la méthadone dans l'économie générale de la vie d'un ex-usager d'héroïne. Mieux, la seule vérité scientifique relative à ce problème central est énoncée dès les premières lignes de présentation mais de façon elliptique: « la dépendance aux opioïdes change la façon dont le cerveau fonctionne ». Cette information - la première et la seule de nature neurobiologique - épouse le principe de la marche du crabe. Il s'agit non pas de mettre en garde contre un éventuel abus d'opiacés prescrits, mais de poser un pseudo-diagnostic sur les chances ou plutôt les risques de l'arrêt de traitement. Cette manière d'aborder le sujet central de la dépendance aux opiacés est caractéristique des pudeurs qui animent les partisans de la substitution - et je m'inclut dans le nombre - dès lors que nous devons aborder l'épineux problème du sevrage puis de l'abstinence. Ce n'est certes pas la « dépendance », une notion floue, subjective et non-quantifiable, mais bien le volume quotidien d'opiacé absorbé qui conditionne la plus ou moins grande quantité d'endorphines naturelles que notre organisme est susceptible de continuer à produire. Plus la quantité d'opiacés est importante, plus notre corps aura du mal à rétablir une production normale une fois l'apport extérieur interrompu. Cette importante question n'est effleurée que pour expliquer les troubles de plusieurs mois qui vont nécessairement accompagner et perdurer au-delà du sevrage. Il eut été normal d'ajouter que plus le traitement est long et plus l'arrêt va s'avérer problématique jusqu'à devenir quasi impossible au-delà d'un certain délai. Le patient aimerait également en savoir plus sur les raisons, les critères, les

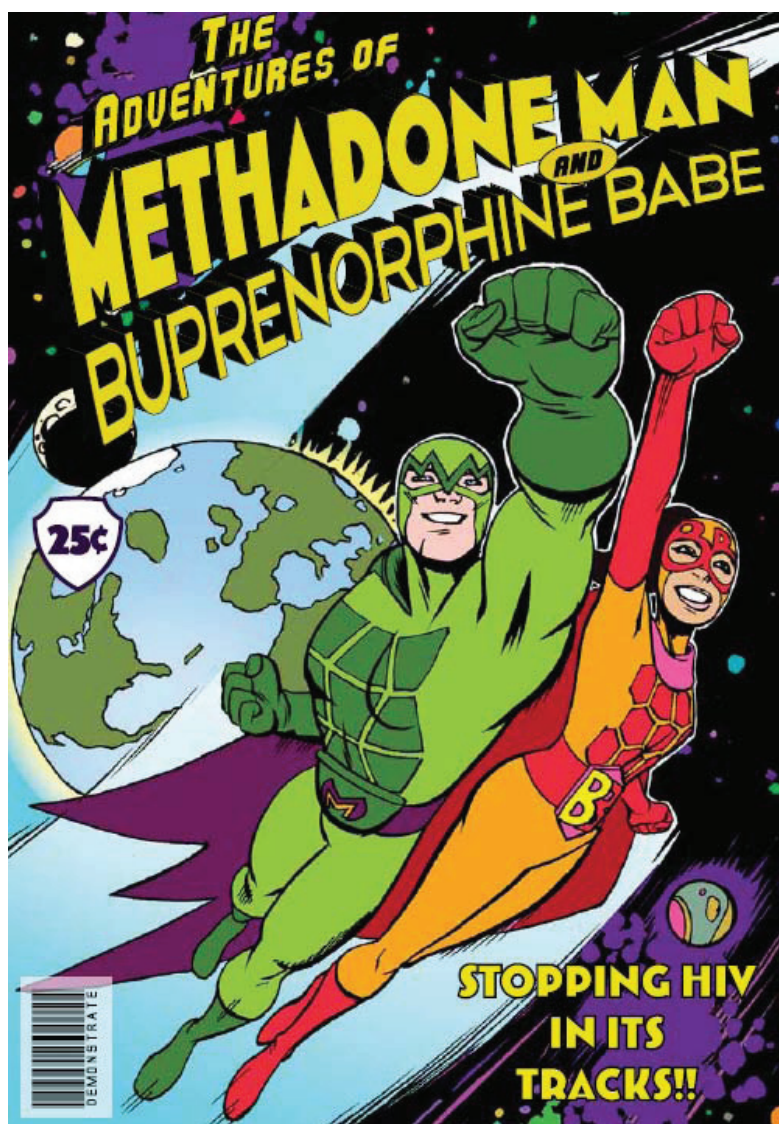
motifs scientifiques qui permettent à certains de quitter les TSO rapidement et à d'autres de devoir affronter le spectre du traitement à vie.

Revenons au document d'origine canadienne destiné aux « clients ». Il présente les TSO selon un plan en deux parties, d'une part les traitements de « *longue durée* » peut-être « à vie » et de l'autre la *courte durée* « *un ou deux ans* ». Bien que le document insiste sur la validité des deux approches, il indique très vite sa préférence. Les « risques de rechute » sont plus importants après un traitement de courte durée. La « rechute » c'est ce bon vieux shoot d'héroïne bien sûr, pas la reprise de méthadone. Ça, c'est le retour à un cours normal des choses. Il s'agit donc d'une promotion induite des fameux traitements de *longue durée* ou à *vie*. Or le simple bon sens conduit à penser que 10, 20 ou trente ans de méthadone vous laissent beaucoup moins de chance de revenir un jour à une existence sans méthadone que les un ou deux ans de la « courte durée ». Ne parlons pas du traitement à vie qui laisse apparaître en contrepoint l'inanité de toute velléité de sevrage pour un nombre de patients X, impossibles à prédéterminer. C'est du reste l'aspect le plus gênant de ce type de présentation. Le peu de considération accordée à toutes les raisons objectives qui existent pour vouloir cesser le compagnonnage institutionnel entretenu par les usagers de méthadone ou de buprénorphine avec le système de soin. On tente vaguement de nous laisser croire que le projet est réalisable, mais sous-tendu par des bases assez branlantes - « nul doute que la parole de l'usager doit être entendue » - et consolidée par des armatures assez lâches – un « entourage familial stable ».

Je sais que mes paroles vont sembler dures voire déformées par le masque détestable de la « repentance » ou du « rehab » voire du « born again » made in USA, bref celui qui brûle ce qu'il a adoré. Mais hélas la passion qui anime ma plume est exactement la même qui m'habitait lorsque je me suis battu pour l'introduction de ces mêmes « traitements », il y a plus de quinze ans, à une époque où mes amis, mes anciennes amours et mes collègues de l'auto-support crevaient tous comme des mouches du sida. Notre objectif de l'époque est le même aujourd'hui : retrouver la maîtrise de sa vie, faire des choix de femme ou d'homme libre, retrouver un potentiel physique et psychique à la hauteur de ses engagements de citoyen, actif dans le corps social. Notre hypothèse de l'époque était que la méthadone légale, contrôlée et relativement peu coûteuse, serait un bénéfice énorme pour l'héroïnomane pourchassé, traqué par le manque et la police, condamné aux substances fabriquées par les mafias. C'est un combat politique, social, « idéologique » (eh oui), voire tout simplement humaniste. Mais ce combat doit être pondéré par la relativité du temps historique. Les vérités d'hier peuvent devenir les mirages du présent. Les mêmes raisons qui nous ont poussé à combattre le « sevrage » comme seul remède à l'addiction doivent nous amener à considérer la substitution de manière au moins circonspecte. Le simple fait de présenter les traitements de « courte durée » comme une option parmi d'autres, pas nécessairement plus souhaitable que les traitements à vie est révélateur du piège éthique dans lequel les usagers de TSO risquent d'être enfermés.

Il faut réaffirmer quelques valeurs simples qui sont la base de la philosophie (encore un gros mot) qui sous-tend toute la réduction des risques. Oui la consommation de drogues est un acte délibéré et un acte de femme et d'homme libre. Oui la consommation récréative (le simple usage) est préférable à l'abus et bien sûr à la « dépendance », malgré la porosité et le flou qui nimbent ces deux derniers termes. Mais ni la médecine, ni la loi ne pourront se substituer à la volonté individuelle ou pour le dire de manière moins simpliste aux forces autonomes qui guident chacun d'entre nous vers des choix de vie fondamentaux où la part du conscient et de l'inconscient reste à pondérer.

La prison chimique peut s'avérer autrement plus pernicieuse que la prison tout court. C'est pourquoi il est de notre devoir de réaffirmer que le passage par un TSO est un pis aller, rendu nécessaire par la faillite du système tout entier. Faillite sociale, économique et surtout culturelle et politique, incarnée par la guerre à la drogue qui rend quasi impossible l'idéal de vie que devrait être la consommation récréative (et non pas l'abstinence de drogues comme veut nous le faire croire un autre courant hygiéniste de la médecine). En ce domaine la référence à la consommation d'alcool reste pertinente. Autant de choses qui mériteraient un peu de courage institutionnel, une dose d'anticonformisme et un soupçon d'idéologie progressiste (décidément). A l'instar du débat actuel sur les salles de consommations, les TSO peuvent, à l'occasion d'une campagne de presse, représenter l'entrée de service du grand débat sur les drogues illicites qui guette notre pays. Attention à ne pas laisser cette porte ouverte aux vents mauvais si prompts à souffler la haine de l'autre, de celui qui voyage dans sa tête ou en caravane en s'arrêtant ici et là, selon ses disponibilités psychiques ou les aires de repos.



A l'occasion de la XIII INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE qui s'est tenue à Vienne du 18 au 23 juillet 2010, l'Open Society Institute (fondée par Georges SOROS) a produit et diffusé une BD mettant en scène 2 sympathiques personnages merveilleux. Ces deux super-héros, **Methadone Man** et **Buprenorphine Babe** sont mis en scène dans une aventure qui les conduit à travers le monde afin de lutter contre les politiques qui restreignent l'accès à la méthadone et à la buprénorphine. Les deux héros pourfendent, dans un esprit très BD des années 70, la stigmatisation (y compris en occident) autour des traitements de substitution opiacée, leur manque d'accès dramatique dans des pays où l'épidémie de sida est meurtrière (Ukraine, Georgie, Indonésie...) parmi les usagers de drogues, et en soulignant également leur déficit d'accès en prison.

Cette BD peut être téléchargée sur le site :

<http://www.methadoneman.org/>

On y trouve également quelques vidéos plutôt amusantes et des liens vers des éléments bibliographiques en faveur d'un accès large et facilité (*lower threshold*) aux traitements de substitution opiacée.

Brève bibliographique :

Preference for buprenorphine/naloxone and buprenorphine among patients receiving buprenorphine maintenance therapy in France: A prospective, multicenter study

*Jean-Pierre Daulouède, Yves Caer, Pascal Galland,
Pierre Villeger, Emmanuel Brunelle, Jérôme Bachelier,
Jean-Michel Piquet, Jean Harbonnier, Yves Leglise, Pascal Courty*
Journal of Substance Abuse Treatment (janvier 2010)

Cette étude récente, réalisée par une équipe française, a pour objectif de comparer la préférence des usagers de drogues pour le Subutex® (buprénorphine) ou pour Suboxone® (association buprénorphine/naloxone). Utilisée dans de nombreux pays comme traitement de la dépendance aux opiacées, Suboxone® possède une autorisation de mise sur le marché européen depuis octobre 2006. Cette forme combinée de buprénorphine et de naloxone (Suboxone, rapport 4 :1) pourrait être une alternative pour réduire l'usage détourné de la buprénorphine, tout en conservant son efficacité et son innocuité.

Dans ce contexte, les auteurs ont donc réalisé une étude multicentrique prospective, ouverte, afin de comparer la satisfaction globale des patients vis-à-vis des deux formulations en fonction de plusieurs critères dont les caractéristiques des comprimés, le bien-être (well-being) et de désir de poursuivre le traitement avec l'association buprénorphine/naloxone. Les effets indésirables ont également été enregistrés pour mesurer la sécurité du transfert direct entre les deux formes.

A cette fin, les auteurs ont sélectionnés 53 patients dépendants aux opiacés (15 femmes et 38 hommes ; moyenne d'âge : 39±8.6 ans) , stabilisés par la buprénorphine depuis au moins 6 mois (posologie 2 à 16 mg/jour). Les patients recevaient un traitement par la buprénorphine à posologie habituelle les jours 1 et 2. Le passage à Suboxone se faisait directement à posologie équivalente les jours 3, 4 et 5. Après chaque prise les patients ont évalué eux-mêmes, leur degré de satisfaction sur une échelle visuelle analogique (VAS) (0 = score le moins bon, 10 = meilleur score) en fonction d'une série de paramètres (score global, goût, taille, temps de dissolution des comprimés). A J5 les patients étaient ensuite interrogés sur le médicament avec lequel ils souhaitaient poursuivre le traitement.

L'analyse statistique des résultats a permis de mettre en évidence un taux élevé de satisfaction, similaire entre la buprénorphine (VAS : 6,83 – 7,04) et la combinaison buprénorphine/naloxone (VAS : 6,89-7,38). Les seules différences qui ont pu être observées entre ces 2 médicaments concernaient les caractéristiques des comprimés. Les patients préféraient nettement Suboxone® que ce soit pour le goût (p < 0,001, différence 4,3), la taille (p < 0.001, différence 1,1) et la durée de dissolution en sublingual des comprimés (p < 0.001, différence 2,8). Ainsi, pour 54 % des patients Suboxone® était le traitement préféré, 31 % pour la buprénorphine seule, et 15 % des patients n'exprimaient pas de préférence. A la fin de cette étude, la majorité des patients (71 %; 37/52) souhaitaient poursuivre le traitement par la buprénorphine/naloxone.

Les auteurs de cette étude n'ont pas identifié d'obstacles pouvant décourager l'utilisateur à passer directement de la buprénorphine à l'association buprénorphine/naloxone, ni à poursuivre le traitement avec la forme combinée. De plus certaines caractéristiques propres à Suboxone® (goût, taille, dissolution...) pourraient, selon les auteurs, faciliter le traitement par rapport à la buprénorphine seule (tout en limitant les risques d'usage détourné).

Grossesse, buprénorphine et méthadone : À propos d'une dépêche et de ses conclusions !

Pr Claude LEJEUNE, président du GEGA (Groupe d'étude Grossesse et Addiction) et
Directeur du Diplôme d'Université "Périnatalité et Addictions" de l'Université Paris-Diderot



Mercredi 19 mai 2010, l'APM (Agence Presse Médicale) publiait une dépêche au titre explicite et incisif : **Dépendance aux opiacés pendant la grossesse : la buprénorphine plus sûre que la méthadone pour les nouveau-nés.** Dans cette dépêche, le journaliste évoque une étude présentée à San Francisco, au congrès de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) qui s'est tenu en mai 2010.

Selon cette étude, la buprénorphine semble une option plus sûre et meilleure que la méthadone pour le traitement de substitution de la dépendance aux opiacés pendant la grossesse, en termes d'évolution immédiate du nouveau-né. C'est une communication du Dr Czerkes du Maine Medical Center à Portland (Oregon) qui, avec ses collègues, a comparé rétrospectivement 101 patientes sous méthadone et 68 sous buprénorphine pendant leur grossesse.

Voilà en substance ce qui est rapporté dans la dépêche concernant cette communication : *« Concernant les caractéristiques maternelles, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. En revanche, le score d'abstinence néonatale était significativement moins élevé dans le groupe buprénorphine (10,69) que dans le groupe méthadone (12,5). La durée d'hospitalisation du nouveau-né était également significativement inférieure avec la buprénorphine qu'avec la méthadone (8,4 jours contre 15,7 jours), tout comme le nombre de nouveau-nés nécessitant un traitement (48,5% contre 73,3%). Le poids de naissance, le pH au cordon et le score d'Apgar n'étaient pas différents entre les deux groupes. Malgré les limites de cette étude, qui est rétrospective et ne dispose pas de données à long terme, et étant donné "les différences très significatives détectées, nous concluons que l'utilisation de la buprénorphine pour la dépendance aux opiacés est probablement une option plus sûre et meilleure que la méthadone ».*

Toujours selon la dépêche : *« Ils (les auteurs) soulignent que les différences relevées sont cliniquement pertinentes, notamment la réduction de la durée d'hospitalisation, qui peut améliorer l'établissement des liens avec le nouveau-né mais aussi réduire les coûts d'hospitalisation, et la réduction du recours au traitement, permettant d'éviter à de nombreux nouveau-nés d'être exposés à un traitement prolongé par le phénobarbital ou la teinture d'opium diluée ».*

Nous avons proposé à l'APM de répondre à cette dépêche dont le titre paraît excessif au regard des résultats évoqués. Elle n'a pas jugé opportun de le faire, nous choisissons donc LE FLYER pour cette mise au point.

Cette étude '**rétrospective**' sur 169 patientes n'apporte pas les mêmes conclusions que l'étude '**prospective**' multicentrique française que j'ai coordonnée il y a 5 ans (Lejeune C., Simmat-Durand L., Gourarier L., Aubuisson S. and the Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions. *Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependant mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. Drug Alcohol Depend*

2006 ; 82: 250-7.). Celle-ci portait sur 100 femmes enceintes sous méthadone et 159 sous buprénorphine, et elle n'a retrouvé aucune différence significative concernant la sévérité du syndrome de sevrage néonatal entre les 2 groupes.

La dépêche du 19 mai à propos de l'étude américaine ne détaille pas les caractéristiques des 2 populations comparées. La différence la plus nette concerne la durée d'hospitalisation des nouveau-nés mais de nombreux autres facteurs peuvent l'influencer, dont les raisons pour lesquelles ces femmes ont été mises sous méthadone ou buprénorphine. Les résultats présentés ne nous semblent pas permettre de conclure que *"l'utilisation de la buprénorphine pour la dépendance aux opiacés est probablement une option plus sûre et meilleure que la méthadone"*, comme l'indique les auteurs.

Bien sûr, les résultats de cette étude sont intéressants mais il reste à analyser le texte de l'article dont la parution ne saurait tarder et il ne serait pas pertinent de faire un choix de MSO au cours de la grossesse (méthadone ou buprénorphine) à partir des seuls résultats de ce résumé.

A mon sens, une femme enceinte doit bénéficier du médicament le plus adapté à ses besoins, tantôt la méthadone, tantôt la buprénorphine haut dosage, sur des critères comparables à ceux retenus pour les autres patients (compulsion à l'injection, observance, comorbidités psychiatriques, poly-dépendances...). Elle ne doit pas bénéficier d'un médicament plutôt qu'un autre, seulement en fonction d'un hypothétique gain en journée d'hospitalisation néonatale ou d'une intensité moindre d'un SAN (Syndrome d'Abstinence Néonatale).

Par ailleurs, la prise en charge de ces SAN est aujourd'hui bien protocolisée et ne pose pas de problème à la plupart des équipes soignantes, grâce, en particulier, à la participation active de la mère aux soins de son enfant. En France, elle ne fait plus appel depuis longtemps au phénobarbital ou à la teinture d'opium (!), traitement du SAN évoqué par les auteurs de l'étude américaine.

Un médicament de substitution opiacée inadapté pendant la grossesse pourrait avoir des conséquences bien plus préjudiciables pour la mère comme pour l'enfant. C'est le cas des consommations d'opiacés et des co-consommations (alcool, benzodiazépines, cocaïne...) ou d'infections virales contractées lors d'injection (VIH, hépatite C). Le médicament de substitution doit être choisi en fonction de son impact avéré ou présumé sur ces événements addictologiques. L'existence d'un traitement satisfaisant pour la femme enceinte ou sa demande vers l'un plutôt qu'un autre doit être également prise en compte dans le choix fait par le médecin s'occupant de sa dépendance et tout cela, bien en amont de l'espoir d'un gain de journées d'hospitalisation pour le nouveau-né, bien que ce bénéfice soit intéressant.

Ndlr : Suite à cette analyse du Pr Claude LEJEUNE, la rédaction du Flyer a souhaité également solliciter Loretta FINNEGAN, connue dans le monde entier pour ces travaux dans le domaine de la périnatalité au cours des addictions. Elle a elle-même soumis nos échanges au Dr Robert G. NEWMAN que ceux qui s'intéressent aux traitements de substitution opiacée depuis longtemps connaissent bien pour en avoir été l'un des plus ardents avocats. Il a souhaité également réagir en nous adressant un communiqué. Nous avons le plaisir de publier ici, à la suite du commentaire de Claude LEJEUNE, les réactions à la présentation de cette étude (Czerkes).



Le Docteur Loretta P FINNEGAN est Conseiller Médical auprès du Directeur, au Bureau de Recherche sur la Santé des Femmes, National Institute of Health, Bethesda, dans le Maryland.

Elle est également Professeur adjoint de pédiatrie et Professeur de psychiatrie au Jefferson Medical College of Thomas Jefferson University. En tant que professeur de pédiatrie et de psychiatrie, elle a dirigé des programmes de recherche sur les conséquences périnatales de l'addiction.

Elle est membre de la Society for Pediatric Research, the American Pediatric Society, the College on Problems of Drug Dependence (CPDD) and the American College of Neuropsychopharmacology. Le Docteur FINNEGAN est auteur de plus de 150 publications scientifiques, et a animé de nombreuses conférences sur la santé des femmes et des enfants. Son nom est connu pour avoir développé le Score de Finnegan, test permettant de diagnostiquer, d'après des critères cliniques, un syndrome de sevrage chez les nouveau-nés de mère consommant des opiacées, des amphétamines, de la cocaïne ou des solvants et utilisé dans le monde entier.

« Je partage l'avis des professionnels de santé français pour qui, chez la femme enceinte, le traitement de substitution vise la limitation de la consommation d'autres substances. C'est indispensable pour obtenir une meilleure observance aux différents soins et suivis médicaux (comme les soins prénatals, le suivi et les évaluations psychiatriques). Les chances d'avoir un enfant en bonne santé et d'être un bon parent seraient également maximisées. Toutefois, la sévérité du syndrome d'abstinence néonatal (SAN) qui conduit à traiter médicalement l'enfant et entraîne une hospitalisation prolongée, est tout aussi importante. Cela suscite d'ailleurs un grand émoi chez les parents, les professionnels de santé et le grand public en général. Aux États-Unis, le surcoût lié à l'hospitalisation conduit à des préoccupations budgétaires. On ne retrouve pas cette problématique en Europe, car la plupart des pays proposent des soins médicaux gratuits pour tous leurs citoyens.

À mon avis, le point essentiel c'est que 'TOUS' les médicaments présentent des bénéfices et des risques. Avec la méthadone et la buprénorphine, nous pouvons stabiliser la femme enceinte dépendante aux opiacées et diminuer la morbidité de la patiente et de son nouveau-né. En contrepartie, nous devons accepter, qu'un SAN survienne chez un nombre considérable d'enfants. En tant que néonatalogiste, je préfère un nouveau-né en bonne santé comme on peut le voir chez les mères bénéficiant d'une pharmacothérapie et de soins adaptés. Il est plus facile de traiter l'abstinence néonatale qu'un enfant prématuré malade, situation que l'on retrouve quand la mère consomme toujours de l'héroïne et qu'elle ne reçoit pas de soins prénatals. Toutefois, les responsables et les administrateurs des hôpitaux aux États-Unis, vont évaluer l'augmentation de la morbidité liée au NAS et le coût comme un facteur négatif et ils souhaiteront utiliser le médicament qui diminuera plus spécifiquement les coûts engendrés. C'est ce qui influencera le choix dans les médicaments pouvant entraîner un SAN chez le nouveau-né, et par conséquent la buprénorphine pourrait être le médicament privilégié dans la grossesse des femmes dépendantes aux opiacées.

Pourtant ce qui est le plus important, c'est l'observance au traitement et, ce que j'appelle la vision d'ensemble c'est-à-dire la réinsertion réussie de la mère dont la santé et celle du nouveau-né se sont améliorées. Même s'il y a un risque de SAN, ce que l'on doit retenir c'est que les bénéfices du médicament de substitution sont plus importants. »



Le Dr Robert G. NEWMAN est actuellement le directeur du « Baron Edmond de Rothschild Chemical Dependency Institute of Beth Israel Medical Center ». Au cours des 35 dernières années, le Dr Newman a joué un rôle majeur dans l'organisation et la mise en place d'un grand nombre de programmes incluant les médicaments de substitution opiacée (New York City Methadone Maintenance et Ambulatory Detoxification Programs, qui ont permis de traiter plus de 33 000 patients/an au milieu des années 70).

Il a été également l'ardent défenseur de l'instauration des traitements de substitution opiacée en Europe, en Australie et en Asie. Tout au long de sa carrière, il a défendu le droit des usagers de drogue à obtenir une prise en charge médicale équivalente à celle des patients souffrant d'affections chroniques. Le Dr NEWMAN est aussi professeur d'épidémiologie et de psychiatrie à Albert Einstein College of Medicine de New York.

*« Lors de la réunion annuelle de l'American Congress of OBGYN en mai 2010, une étude, qui n'est pas encore publiée, intitulée « Traitement de l'addiction aux opiacés, buprénorphine versus méthadone dans la grossesse : évaluation des résultats néonataux », a remporté un prix spécial. Cet article porte sur l'analyse de dossiers de nourrissons nés dans une seule institution à Portland (Maine) entre 2004 et 2008, de mères bénéficiant pendant la grossesse d'un traitement soit par la méthadone (n = 101) soit par la buprénorphine (n = 68). Les auteurs y concluent que : "La buprénorphine, en comparaison à la méthadone, est un traitement de la dépendance aux opiacés plus sûr ". **Je ne peux pas croire à cette conclusion ou à toute autre qui s'appuierait sur ce genre d'informations.** Un grand nombre de données qui pourraient être cruciales pour évaluer la significativité de ces conclusions et ce qu'elles pourraient impliquer sont manquantes. Ainsi :*

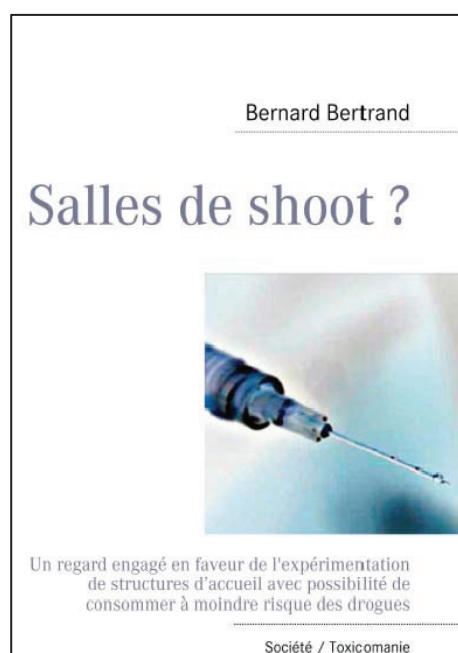
- *Aucune information n'est fournie quant à la durée du traitement pendant la grossesse que ce soit avec l'un ou l'autre des médicaments ; vraisemblablement cela pourrait varier entre 1 jour à 9 mois.*
- *Le lecteur ne sait pas si les mères ont commencé leur traitement avant d'être enceintes ou au cours de quel trimestre après la conception.*
- *Aucune donnée n'est précisée concernant le statut socio-économique, le type d'assurance ou le prescripteur du traitement (milieu spécialisé, médecin de ville ou éventuellement, clinique obstétricale).*
- *L'étude ne mentionne pas les posologies des deux médicaments ou comment celles-ci ont pu être évaluées (basée sur l'observation clinique individuelle ou conformément à un standard).*
- *Les résultats qu'illustrent l'analyse des cas n'ont pas permis d'évaluer s'il y a eu des modifications de traitement au cours des 5 ans (l'utilisation de la buprénorphine n'ayant été autorisée que peu de temps avant le commencement de l'étude).*
- *Aucune information n'est mentionnée concernant les femmes qui ont commencé l'un des traitements et qui ont ensuite soit bénéficié d'un autre traitement soit arrêté les soins médicaux. Il n'existe également aucune donnée de l'impact de tels changements sur les nourrissons.*

Il semble clair que le diagnostic de SAN (Syndrome d'Abstinence Néonatal) n'a pas été posé par des cliniciens « aveugles » au type de médication prescrite et l'article ne mentionne pas le biais que cela aurait pu engendrer sur le diagnostic et la gestion du SAN.

Aucun facteur non-pharmacologique, comme la durée du traitement ou la durée d'hospitalisation des nourrissons, n'a été pris en compte, alors qu'ils peuvent affecter considérablement la décision de traiter le SAN. À cet égard, un article publié en 2010 (Saiki T et al., *Pediatr Eur J.* 169:95-98) décrit deux cohortes de nouveau-nés diagnostiqués comme présentant un SAN. Initialement, c'est l'hôpital qui prend en charge dans l'unité de soins intensifs néonataux ces enfants. Dans cette étude, la stratégie a été modifiée, les nourrissons étaient désormais régulièrement conduits avec leur mère dans l'unité post-partum. Voici les résultats pour les 2 groupes: il s'est avéré nécessaire de traiter le SAN pour 45 % des nourrissons en unité de soins intensifs néonatales (NICU), et pour seulement 11 % de ceux qui étaient dans une unité de soins « normale ». La durée de traitement était de 13 jours pour le premier groupe et de 7 jours pour le 2ème. Indépendamment des facteurs pharmacologiques ou non-pharmacologiques, la différence dans la durée d'hospitalisation associée au traitement maternel soit par la buprénorphine soit par la méthadone, induit clairement des implications financières majeures. Cependant, d'un point de vue médical, rien dans cette étude, ni dans aucune autre, ne peut suggérer un résultat clinique différent – à court ou à long terme - une fois que les nourrissons ont été autorisés à quitter l'hôpital.

De plus, dans cette étude, aucune précision n'a été rapportée concernant la nature du traitement du SAN prescrit. **La crédibilité des auteurs de cette étude souffre toutefois considérablement du fait que leur référence dans le traitement du SAN soit « des médicaments injectables » et le phénobarbital.** Il est également affligeant de lire dans un article médical récent (*Medscape Medical News*, 21 mai) que le Dr Czerkes et son équipe « envisagent de réaliser une grande étude randomisée contrôlée sur la buprénorphine contre placebo pendant la grossesse ». Comparer l'utilisation d'un placebo avec des décennies d'expériences extrêmement favorables avec un traitement d'entretien par la méthadone, pendant la grossesse, ou dans n'importe quel sous groupe d'une population de patients dépendants aux opiacés, pourrait violer la Déclaration d'Helsinki et le code de déontologie médicale et, inévitablement mettre en danger les vies des mères et de leurs enfants. Le papier, rendu disponible par les organisateurs du congrès, ne fait pas mention d'un possible conflit d'intérêt des auteurs mais la dépêche de *Medscape* précisent que 2 des 3 auteurs ne rapportent pas de conflits d'intérêt. Aucune précision n'est donnée concernant le 3^{ème}. »

Ndlr : Dans le communiqué qu'il nous a adressé, le Dr. NEWMAN déclare ne pas avoir et n'avoir jamais eu d'intérêt financier dans une entreprise commerciale impliquée dans le traitement des addictions.



Salles de shoot ? Un regard engagé en faveur de l'expérimentation de structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues. Bernard BERTRAND.

Les "salles de shoot" ou, terme moins sensationnel, les structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues, ont défrayé la chronique cet été 2010 jusqu'à ce que le Premier Ministre français déclare qu'elles n'étaient « ni utiles, ni souhaitables ». Pourtant, ces structures existent déjà au Canada, en Australie et dans six pays européens (Suisse, Allemagne, Pays-Bas, Espagne, Norvège et Luxembourg) et les résultats des évaluations sont tous favorables tant pour la collectivité du point de vue de la lutte contre la toxicomanie et la délinquance que pour la santé publique et individuelle. En France, c'est le collectif du 19 mai, regroupant les associations ANITeA, Act up Paris, ASUD, SOS Hépatites IDF, Safe, Gaïa Paris, salledeconsommation.fr et SOS Drogue International qui travaille à la question de la mise en œuvre de projets pilotes. Le présent ouvrage est une aide à la réflexion pour une expérimentation de ce dispositif de réduction des risques.

Brève Congrès :

Methadone Maintenance Programs May Reduce Rates of Hepatitis C

41^{ème} Conférence de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM)

Barbara Boughton, from Medscape Medical News

Les résultats de cette nouvelle étude sur l'hépatite C (*présentée à l'American Society of Addiction Medicine – ASAM - le 19 avril 2010*), chez les patients en traitement d'entretien par la méthadone viennent enrichir la bibliographie existante montrant l'efficacité des traitements de l'addiction (substance abuse treatment) non seulement sur l'usage de drogue, **mais également sur la réduction du risque de contaminations virales** (étude non encore publiée).

Les auteurs (E. Peles et al.) ont réalisé cette étude au Dr. Miriam et Sheldon G. Andelson Clinic For Drug Abuse Treatment & Research de Tel Aviv (Israël) et ont constaté que, parmi les 207 patients VHC-négatifs admis entre 1993 et 2008, seulement 25 patients avaient été contaminés par le VHC. **Ceci représente 2,2 % des personnes suivies par an.**

Ils ont également évalué les facteurs de risques de la séroconversion au virus de l'hépatite C. Interrogé par *Medscape Medical News*, le Dr Peles commente les résultats de son étude et indique que le fait **d'avoir été un injecteur de drogues** (118 patients dans l'étude), de **consommer des benzodiazépines à l'admission** (43 patients) et d'être **réadmis dans le programme d'entretien à la méthadone après l'avoir quitté** (41 patients) représentaient des facteurs prédictifs importants de séroconversion VHC ; le taux de séroconversion étant significativement plus élevé chez ces groupes de patients. Le risque relatif pour les patients injecteurs de drogue était de 3,9 ($p = 0,002$), pour ceux qui faisaient l'objet d'une réadmission dans le programme de traitement par la méthadone, il était de 2,5 ($p = 0,03$), et pour les mésuseurs des benzodiazépines, le risque relatif était de 3,4 ($p = 0,009$).

Le Dr Peles a également déclaré que « *Des interventions spécifiques pourraient être nécessaires pour réduire le risque de séroconversion chez les groupes à haut risque* ». Selon les auteurs, celles-ci pourraient inclure un traitement médicamenteux de la dépendance de longue durée et une surveillance du VHC.

Une maladie chronique (« lifelong disease ») :

Le Docteur Gavin Bart (Directeur du département des conduites addictives (Division of Addiction Medicine) au Centre médical du comté de Hennepin et professeur adjoint de médecine à la Medical School du Minnesota) a présidé et a animé la session durant laquelle cette étude fut présentée, pour lui « *La dépendance est une maladie chronique, qui peut se prolonger toute la vie, et qui peut de ce fait nécessiter un traitement médicamenteux à vie - non seulement pour traiter la dépendance, mais aussi pour prévenir les infections comme l'hépatite C* ».

Lors d'une interview pour la revue *Medscape psychiatrie*, le Dr Bart explique qu' « **Il s'agit d'une étude très importante car elle montre que non seulement le traitement fonctionne sur la dépendance elle-même mais que c'est également une mesure préventive contre l'hépatite C** ». Le Dr Bart conclue l'interview en rappelant que « **le faible taux de séroconversion à l'hépatite C observée dans cette étude israélienne valide l'efficacité des traitements de la dépendance, comme la méthadone.** » Il ajoute également que « L'hépatite C représente une véritable épidémie parmi la population d'usagers de drogues avec des taux de prévalence de l'ordre de 60% à 90%. Il est donc important de rappeler que ceux qui reçoivent un traitement sont moins susceptibles d'être contaminé par l'hépatite C. »

Commentaires de lecture adressés à la rédaction

A propos de l'enquête de satisfaction « Subutex® vs génériques » menée dans les Alpes-Maritimes au cours du 1^{er} trimestre 2008 (Flyer n° 38)

C'est avec intérêt que j'ai lu l'article du Dr Jean-Marc Cohen (Flyer n°38) et le commentaire du Dr Xavier Aknine (Flyer n°39), concernant la buprénorphine sous forme de Subutex® et autres marques, qui me laissent dubitatifs...

Dans notre centre, le passage du "subu" aux autres marques de buprénorphine s'est passé sans problème, mais la présentation au patient n'a peut-être pas été la même. L'aspect financier joue à peine, les patients sont très majoritairement en ALD. Il a été systématiquement donné l'information que "c'était la même chose" et qu'il n'y avait pas de raison d'être "accro" à une marque, un labo ou à la couleur de la boîte. Au niveau du retour, quelques rares patients ont pensé que "peut-être" il y avait une "petite différence" pendant quelques jours. Un seul est revenu à Subutex®, qui ne représente donc qu'un seul patient sur notre centre (je suis à peu près certain que c'est lié à un détournement d'usage).

La prescription se fait en DCI, le fait de changer de marque lors des diminutions (ou même une fois sur l'autre comme pour le paracétamol), me paraît contribuer à la banalisation du produit. Cela ne pose pas de problème aux patients qui en parlent très peu. Les résultats des tests de dépistage ne semblent pas varier.

La question que je me pose est de savoir qui a la religion du "subu" ? Est-ce le patient ... ou le médecin ? Est-ce que les comportements des patients ne seraient pas induits par leur médecin ? Le fait de présenter le passage d'une marque à une autre comme une "expérience" me plonge dans un abîme de réflexion. La question subsidiaire est de se demander qui induit ce comportement chez les médecins ? (qui a intérêt ?). Sur le marché parallèle je note, dans mon secteur, que les génériques ne valent rien, leur commerce est difficile. Raison de plus pour en prescrire.

Dr Emmanuel PETIT
CSAPA de Ploërmel (56)

A propos de l'article « Places respectives de la méthadone, de la buprénorphine et de l'association buprénorphine-naloxone... » (Flyer n° 40) - 1

En pratique clinique, le choix entre méthadone et BHD, comme traitement de substitution de la dépendance majeure aux opiacés est multifactoriel. Nous prenons en charge différemment un patient bien intégré qui consomme depuis peu et une personne marginalisée, héroïnomanne depuis 15 ans et porteuse de comorbidités psychiatrique.

Ce choix s'oriente selon :

- Les indications thérapeutiques et les données de la littérature.
- L'histoire des patients. Son histoire personnelle, ses antécédents psychiatriques et somatiques, l'histoire de sa toxicomanie.
- Et enfin, l'expérience du praticien. En effet, au delà de l'aspect technique, il y a l'expérience acquise au cours du temps qui permet de se forger une opinion des TSO et de leurs indications préférentielles.

Bien entendu, la qualité de la prise en charge d'un patient dépendant des opiacés est essentielle, et celle-ci doit être la plupart du temps pluridisciplinaire, en réponse aux multiples problématiques que posent ces patients. Méthadone et BHD sont 2 traitements de substitution qui n'ont pas montré de différence d'efficacité, mais que nous prescrivons en pratique chez des patients ayant des profils différents.

Nous privilégions par exemple la méthadone pour les patients injecteurs, polytoxicomanes et/ou héroïnomanes de longue date, précarisés et porteurs de comorbidités psychiatriques et somatiques.

La méthadone est un **agoniste complet des récepteurs opiacés**, ce qui lui confère des propriétés analogues à celles de la morphine, qui d'expérience soulage mieux ce profil de patient. Comme pour la BHD, les accidents mortels sont très souvent liés aux BZD surconsommées en association, notamment lors de traitements mal gérés. Mais le cadre de prise en charge associé à la méthadone nous permet de voir ces patients plus régulièrement.

Des cas d'allongement de l'intervalle QT et de torsades de pointe ont été rapportés, principalement pour des posologies élevées (> 120 mg par jour).

La buprénorphine haut dosage (BHD) se distingue par une **action agoniste-partielle**, qui lui confère une meilleure sécurité d'emploi que celle des autres

opiacés, avec des risques de surdosage faible. L'existence d'un effet plafond lié à cette double action agoniste et antagoniste est retenue par la plupart des auteurs pour expliquer la minimisation des risques de dépression respiratoire, à la différence des agonistes purs comme l'héroïne, la morphine, ou la méthadone. Par contre les mésusages, l'injection et l'usage de la voie inhalée sont fréquents.

Dans mon expérience les pratiques d'injection concernent en moyenne 25 à 30 % des patients en début de prise en charge, puis diminuent avec la poursuite de celle-ci. Des complications locorégionales graves sont alors à craindre dans ce cas : occlusions de la veine centrale de la rétine, ulcères veineux compliqués, lymphoedèmes...

Si l'existence d'un effet plafond limite les risques d'overdoses les associations dangereuses avec les benzodiazépines et l'alcool en sont à l'inverse extrêmement génératrices. On estime que 10 à 20 % des patients sous buprénorphine font un mésusage de benzodiazépines. Nous prescrivons donc, plus souvent la BHD aux patients non injecteurs, qui ont gardé un bon ancrage social et qui consomment depuis peu ou sont stabilisés. Nous la réservons plutôt aux patients les plus insérés, également parce que le cadre législatif de celle-ci impose moins de contraintes, à des patients qui ont souvent une activité professionnelle.

La mise en place du traitement de substitution peut s'accompagner d'une apparition ou d'une aggravation d'un tableau psychiatrique sous-jacent. Un avis spécialisé est obligatoire pour choisir entre les différentes options thérapeutiques et assurer le traitement symptomatique.

L'indication de la méthadone pour des « effets antipsychotiques » préconisée par certains auteurs me paraît hasardeuse face aux molécules dont nous disposons actuellement. Il me semblerait plus adapté de dire que probablement la méthadone de par son effet agoniste morphinique pur contient mieux les angoisses psychotiques que la BHD.

Un aspect me paraît important et concerne l'expérience que le patient a pu avoir des TSO. Il est certain que si la méthadone ou la BHD a été mésusée, il sera difficile de l'envisager ensuite comme TSO. Or, c'est une situation qui se retrouve plus fréquemment avec la BHD, et qui incite les patients à demander préférentiellement l'accès à la méthadone.

Dr Christelle PEYBERNARD
CSAPA Arpajon (91)

A propos de l'article « Places respectives de la méthadone, de la buprénorphine et de l'association buprénorphine-naloxone... » (Flyer n° 40) - 2

Le premier choix de médicament de substitution énoncé par le patient est à privilégier. Une majorité de patients, demandeurs de prise en charge pour leur addiction, ont déjà expérimenté les deux molécules de substitution bien avant leur première consultation médicale.

Le patient, en général, connaît les dispositifs locaux. En cabinet de médecine générale, la buprénorphine, plus rapide à obtenir, est donc demandée en priorité. En institution, à l'inverse, la méthadone est le traitement privilégié par les sujets dépendants.

Le rôle du prescripteur est, outre le recueil des antécédents, de l'histoire de(s) l'addiction(s), de l'examen clinique et des souhaits du patient, de s'assurer de la réalité clinique ou biologique de la dépendance et si un traitement de substitution est indiqué, de le valider dans le cadre d'un projet de soin. Le choix de la molécule sera proposé en fonction des critères de l'article précédent, de la demande du patient et des possibilités de prescription par rapport au lieu (consultation initiale en médecine générale ou en institution). Cette dernière remarque concernant l'offre de soin reste dans beaucoup de régions l'élément décisif du choix.

Dr Thierry JAMAIN
UFATT Nancy (54)

A propos de l'article « Places respectives de la méthadone, de la buprénorphine et de l'association buprénorphine-naloxone... » (Flyer n° 40) - 3

Une réflexion sereine paraît impossible sur ce sujet pour le moment. La situation perdurant, je crois que chacun des médecins (généraliste de ville et addictologue de centre) a su trouver une place "confortable", les rôles étant, par les cadres respectifs de prescription, attribués plus ou moins par avance pour ce qui est du choix de médicament prescrit.

Ce confort, je crois, renvoie à la notion de "sécurité" bien établie dans le réseau de soins actuel. Finalement, si tous les médecins pouvaient prescrire l'un ou l'autre des 2 médicaments pour la dépendance opiacée, cela ne poserait-il pas la question de la pertinence de l'existence des Centre

de Soins Spécialisés ou CSAPA ? Si tous les généralistes étaient formés et tous les pharmaciens coopérants, l'induction en centre deviendrait peut-être l'induction en service hospitalier dans ces indications actuelles...

Dr Pierre-Matthieu DANG-VU
CH G. RENON, Niort (79)

A propos de l'article « Places respectives de la méthadone, de la buprénorphine et de l'association buprénorphine-naloxone... » (Flyer n° 40) – 4

On ne peut qu'adhérer à la qualité et au caractère pragmatique de cet article. Recentrer les choix thérapeutiques sur des critères objectifs d'indications et de contre-indications est toujours bienvenu.

Les choix énoncés me semblent particulièrement pertinents. Je serais simplement tenté d'ajouter que l'expérience du patient qui a la plupart du temps « testé » la buprénorphine ou la méthadone, appelées improprement de rue, est également un critère à prendre en considération.

Autre remarque : Le cadre légal français de prescription de ces deux molécules entraîne de fait la création de deux filières de soin, l'une spécialisée pour la primo-prescription de méthadone, l'autre en soin primaire pour la prescription de buprénorphine avec des critères d'accessibilité que nous connaissons. Ceci entraîne l'apparition d'un bruit de fond préjudiciable aux bonnes décisions thérapeutiques en soin de premier recours. Il me semble nécessaire d'œuvrer à tous les niveaux décisionnels, politiques mais également dans le cadre de la formation universitaire et continue pour réduire ce bruit de fond et ne pas attendre que le mésusage de telle ou telle molécule vienne, en stigmatisant nos patients et leurs prescripteurs, réorienter les décisions thérapeutiques vers les bonnes indications.

Dr Jean-François CANNARD, médecin généraliste à Dijon (21) et coordinateur du Réseau Toxicomanie Côte d'or

A propos de l'article « Places respectives de la méthadone, de la buprénorphine et de l'association buprénorphine-naloxone... » (Flyer n° 40) - 5

Notre perception de généraliste français des indications respectives de la méthadone et de la

BHD est effectivement fortement conditionnée par les conditions de délivrance d'accessibilité de ces traitements dans notre pays. Je ne connais pas les raisons d'une indication préférentielle de la méthadone en cas de grossesse, car la BHD a, me semble-t-il, fait ses preuves dans ce cas (sans doute les équipes des maternités ont elles une expérience plus poussée à ce sujet). Pour moi, outre l'injection IV, la méthadone serait indiquée en cas de substitution insuffisante sous BHD, avec persistance de symptômes de sevrage.

Je ne vois pas pourquoi la dépendance à la codéine serait plus une indication de la méthadone : j'ai personnellement initié des TSO par BHD dans ce cas sans problème.

La notion d'indication de la BHD en première intention, puis de la méthadone en 2^{ème} intention reste donc *a priori* valable. Il serait intéressant de connaître l'expérience des pays qui pratiquent l'inverse : sur quels critères passent-ils de la méthadone à la BHD ? En ce qui concerne les risques d'OD, dispose-t-on de statistiques valables à ce sujet, collectant les circonstances et causes des décès chez les UD ? Pour ma part, j'ai connu plusieurs décès chez les utilisateurs de BHD, aucun chez les patients sous méthadone, mais ces derniers sont moins nombreux.

Enfin l'enjeu actuel me semble aussi être celui de la possibilité de prescrire la méthadone en ville, mais c'est une autre question...

Dr Philippe PLANE
Médecin généraliste, Jarville (54)

A propos de l'article « Places respectives de la méthadone, de la buprénorphine et de l'association buprénorphine-naloxone... » (Flyer n° 40) - 6

Dans la situation française où le traitement par la buprénorphine est prescrit en première intention et en fonction de mon expérience, voici les remarques que je peux faire :

1. La buprénorphine peut être considérée comme un traitement d'urgence, en raison de sa très bonne accessibilité tant pour le prescripteur que pour l'utilisateur de drogue. Une seule consultation suffit pour proposer une solution immédiatement opératoire...en attendant une évaluation ou un passage à la méthadone si l'indication préférentielle est posée d'emblée.

2. La méthadone est indiquée lorsque la BHD a des effets secondaires mal supportés.

3. Lorsque qu'aucune indication particulière n'est posée au départ, le traitement de méthadone est indiqué lorsqu'à posologie maximale de buprénorphine, la personne ne se sent pas stabilisée. De manière assez fine, les personnes expriment souvent qu'ils ne se sentent pas « normaux ». Les faits en attestant peuvent être des consommations non festives d'opiacés ou une absence de sentiment de soulagement. Je note par ailleurs que des re-consommations tardives et répétées d'héroïne, après une phase de stabilisation parfois longue de plusieurs années, signent probablement un épuisement de l'effet de la buprénorphine dont le mécanisme est certainement complexe. La substitution de la buprénorphine par la méthadone règle le plus souvent ce problème.

4. La méthadone est indiquée, en première intention, chez les injecteurs compulsifs qui ne sont pas forcément tous polytoxicomanes (*mon avis diffère un peu de celui des auteurs de l'article*). Dans cette situation et bien que n'ayant aucune expérience de Suboxone®, je trouve que cette dernière option ne présente aucun intérêt autre qu'un traitement de troisième intention, en cas de contre-indication médicale à la prescription de méthadone.

5. La méthadone est indiquée, en première intention, chez les personnes polytoxicomanes (pas toujours injectrices compulsives) ayant un usage « dur » des produits (alcool, médicaments ou drogues illicites).

6. La méthadone est indiquée, en première intention, en cas de comorbidité psychiatrique entraînant une souffrance psychique tellement importante qu'elle a des répercussions sociales et comportementales entravant l'évolution dans le processus de soin. *Sur ce sujet, mon avis est toutefois peu étayé ; c'est juste un sentiment.*

Je souscris totalement à l'idée que le choix, de toute façon, doit être discuté entre les protagonistes. Voilà un traitement où il est vraiment possible de se livrer à des essais sans conséquences négatives. Il faut pour cela que nous puissions avoir des instruments d'évaluation suffisamment valides et adaptés à la pratique de la médecine générale pour proposer un changement de cap si nécessaire et ce, de manière active, positive et rapide.

Dr Philippe VENTROU
Médecin généraliste, La Rochelle (17)

Cet article est très intéressant puisque nos pratiques en France sont différentes. Les médecins généralistes ont la possibilité d'initier un traitement substitutif aux opiacés uniquement par la buprénorphine. Quant à la méthadone, la primo-prescription est réservée aux médecins hospitaliers et aux médecins travaillant dans les centres spécialisés.

Médecin hospitalier d'un service d'addictologie, j'ai donc la possibilité de prescrire les 2 TSO et de faire du cas par cas puisque chaque prise en charge est unique. En pratique, je propose la buprénorphine en première intention, excepté pour les patients injecteurs d'héroïne.

En cas de désir de grossesse ou de grossesse, je ne change pas de TSO puisque les deux traitements sont autorisés. Cependant, je modifierais si besoin la posologie et le nombre de prises quotidiennes afin d'éviter tout symptôme de manque que la patiente pourrait manifester.

Quant à Suboxone®, elle a sa place selon moi dans la substitution opiacée. Je n'hésiterais pas à la proposer à mes patients dès que celle-ci sera commercialisée.

En ce qui concerne mon secteur d'activité professionnelle, je constate que les médecins généralistes sont réservés quant au relais de la prescription d'un traitement par la méthadone dans leur cabinet, s'expliquant en partie par la pénurie de médecins et par conséquent de leur disponibilité limitée.

Pour un meilleur accompagnement de ces patients usagers de drogues, il serait intéressant que les médecins généralistes puissent initier des traitements par la méthadone pour que l'accès aux 2 TSO devienne équitable. Pour cela, une formation serait recommandée. Les services hospitaliers où on fait de l'addictologie et les centres de soins spécialisés resteraient un lieu ressource pour les patients avec le plus de comorbidités (somatiques, psychiatriques, sociales...), ou pour un avis spécialisé à tout moment de l'accompagnement.

Docteur Sophie VELASTEGUI
Membre du Comité de Rédaction
CH Clermont (60)

A propos de l'article « Manifeste des Médecins Généralistes pour un accompagnement humaniste des patients usagers de drogues en traitement de substitution » (Flyer n° 40)

Le même constat peut être posé en Belgique, où la majorité des traitements de substitution sont le fait de médecins généralistes. Les budgets alloués sont inversement proportionnellement distribués aux centres qui accompagnent moins de 15 % des patients usagers.

La présence de médecins généralistes dans les instances de décisions est malheureusement faible et aussi peu considérée.

Mais à recentrer le débat sur l'humanité de notre travail commun (patient et médecin), il faut en dire l'apprentissage. Quelle en est la place dans le cursus universitaire dédié à la médecine générale (et pourquoi pas à la médecine tout court) ? Quelques heures d'information sur les drogues et les traitements de substitution ne permettent pas de maîtriser l'outil relationnel évoqué.

Une fois diplômés, les confrères intéressés pourront suivre des formations complémentaires, notamment celles de sociétés scientifiques (en Belgique, la SSMG, Société Scientifique de Médecine Générale, par le biais du réseau Alto, dispense des formations à destination des médecins généralistes, www.alto.ssmg.be).

Ces formations déclinées en mode dit de base, en formation continue et en intervision touchent un large public de première ligne, pharmaciens d'officine compris.

La formation de base comprend quatre grands volets : la première consultation, les comorbidités, la dimension psychologique et sociologique et le travail en réseau. La moitié au moins de la formation touche donc à la dimension santé mentale.

La formation continue répondra aux questions ponctuelles des partenaires : alcool, cannabis, réseaux locaux, accueil aux urgences, parentalité ... Autant de sujets déjà traités dans les différents groupes de proximité.

Reste à développer les outils des entretiens. Au départ de l'entretien motivationnel, une certaine manière d'être et d'écouter est abordée dans l'une ou l'autre des interventions régulièrement proposées.

En amont ou en aval de ce manifeste, la formation, c'est-à-dire les formations, est un outil apte à développer les différentes dimensions évoquées. Déjà à faire se rencontrer différents acteurs du champ des assuétudes, à les confronter à la dimension humaine mais aussi aux données de santé publique.

Sans oublier de « prendre soin de soi ».

***Dr Dominique Lamy, médecin généraliste
Alto-SSMG, Belgique***

A propos de l'article « Enquête sur la prescription des gélules de méthadone » (Flyer n° 40)

Ce qui pose problème, c'est l'existence même d'un cadre réglementaire spécifique à une galénique. On comprend bien qu'il puisse y avoir des différences, par exemple de durée de prescription comme il en existe pour la morphine entre la forme orale et l'injectable. Mais la décision du passage d'une forme galénique à une autre obéit à des indications d'ordre médical et tout le monde verrait l'absurdité de demander, pour la morphine par exemple, un mois de traitement par voie orale avant de passer à l'injectable.

La forme gélule de la méthadone paraît ainsi plus adaptée aux diabétiques, aux patients en surpoids, aux patients en sevrage alcoolique, à ceux qui travaillent et/ ou qui se déplacent beaucoup, qui vivent ou vont dans des pays chauds ou encore qui n'ont pas de réfrigérateur...et aussi, en effet, à ceux qui sont bien stabilisés.

La méthadone est un médicament, et comme tel, doit en suivre les règles : C'est au médecin, en accord avec le patient, de décider du traitement.

***Dr Didier BRY
Médecin Psychiatre
Directeur Coordinateur
RESAD VAUCLUSE CAMARGUE***

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

revue.leflyer@gmail.com



L'Inpes lance une enquête sur la première injection de drogue à destination des 16-25 ans concernés, **directement accessible en ligne via le site [inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr) du 1^{er} octobre au 31 décembre 2010.**

Cette étude permettra d'adapter les programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogue. En effet, la consommation de drogues par voie intraveineuse reste le mode majeur de transmission du VHC et la promotion de l'échange de seringue n'a pas permis d'endiguer la transmission du virus qui se transmet également *via* l'échange du petit matériel et très souvent dans les premières années d'injections.

C'est la première enquête nationale de ce type : l'enquête primo-injection vise, dans le contexte de l'épidémie du VHC, à décrire les populations qui s'engagent dans l'injection aujourd'hui en France et à comprendre les contextes et les pratiques des premières injections parmi les 16-25 ans

Méthodologie

Afin de pouvoir à la fois décrire les populations de jeunes injecteurs mais aussi comprendre les logiques de transition et d'action qui entourent l'entrée dans l'injection de drogue par voie intraveineuse, l'enquête intègre un volet quantitatif et un volet qualitatif, tous les deux développés sur Internet.

Un site dédié permettra aux volontaires de répondre à un questionnaire d'une cinquantaine de questions et d'échanger avec un enquêteur en temps réel par un dispositif de chat ou en différé en procédant par échange de courriels ou entretien téléphonique ou en face-à-face. L'anonymat et la confidentialité des réponses seront garantis aux répondants.

Contacts **Anne Guichard, anne.guichard@inpes.sante.fr**
Romain Guignard, romain.guignard@inpes.sante.fr
David Michels, david.michels@inpes.sante.fr