

Prise en charge des toxicomanes

# Les programmes de substitution

**La France s'est longtemps distinguée par une position en retrait quant aux programmes de substitution pour la prise en charge des toxicomanes. Le risque important de transmission du sida dans la population toxicomane relance le débat sur les objectifs et l'efficacité de ces programmes.**

**L**e débat sur la substitution demeure en France vif et souvent éloigné de considérations cliniques. Des arguments tranchés sont utilisés par les contradicteurs :

- ▶ les uns, pour prouver la dangerosité de la substitution, la simplifient en une forme de cynisme pragmatique où le seul message délivré est : « droguez-vous mais droguez-vous propre ». Ils redoutent par ailleurs la mise en place d'un contrôle social exercé sur les toxicomanes ;
- ▶ les autres estiment qu'il est « criminel » de ne pas distribuer de produits de substitution de nos jours, laissant ainsi les toxicomanes s'infecter par le VIH.

## La méthadone

Ce débat se focalise plus particulièrement sur l'utilisation d'un produit de substitution, la méthadone. Ce dérivé morphinique est un produit de synthèse découvert en 1942, qui a été rapidement utilisé aux USA comme produit de substitution pour les personnes abusant d'opiacés. Prescrite à l'origine pour une aide au sevrage, la méthadone est désormais utilisée de façon exclusive pour des cures longues ou comme maintenance.

La propriété de demi-vie longue de la méthadone permet une seule prise quotidienne. Les premiers prescripteurs de ce produit pour des usagers d'héroïne ont témoigné d'une stabilisation de ceux-ci. Ils ont en effet constaté que la prise régulière de cet opiacé détournait les usagers de la délinquance, leur permettait de « souffler » et ainsi pouvoir davantage centrer leurs intérêts sur la recherche d'emploi, etc.

Le conditionnement en France de la méthadone, liquide très sirupeux, ne permet pas un détournement pour un usage par voie injectable. Ainsi, sa prescription devrait éviter aux toxicomanes le recours à la voie injectable, une des sources de diffusion du VIH.

Par contre, ce produit génère, comme tout opiacé, une dépendance majeure. Son sevrage est plus long que celui d'un sevrage à l'héroïne. Par ailleurs, une prise importante de méthadone ou couplée avec d'autres opiacés peut conduire à une mort par surdose. En outre, sa caractéristique de demi-vie longue contribue à ne pas générer de « flash », évènement recherché par les usagers d'opiacés. Des toxicomanes sous méthadone décrivent un ennui, la prise régulière conduisant à une stabilisation de l'humeur et des sen-

sations, stabilisation que justement des toxicomanes n'apprécient pas. Cette situation conduit des usagers sous méthadone à prendre d'autres produits, héroïne pour majorer les effets de l'opiacé, cocaïne pour donner des effets de contraste.

## La situation internationale

Étant donné des objectifs différents (voir encadré ci-contre), les comparaisons entre les politiques menées par différents pays sont pratiquement impossibles.

En 1978, les USA recensaient 200 000 toxicomanes sous méthadone, il y a eu cette année-là à New-York, plus de morts par surdose de méthadone que d'héroïne. Actuellement, il y a environ 100 000 toxicomanes sous méthadone aux USA.

Les Pays-Bas qui de longue date utilisent la méthadone dans un objectif de contact avec les toxicomanes se félicitent de cette stratégie. Elle leur permet en effet de disposer d'une bonne connaissance de la population et de ses difficultés favorisant une meilleure adaptation des réponses aux besoins, de développer un suivi médical rigoureux des toxicomanes. En outre, les relations de confiance établies avec cette population ont permis l'instauration d'une politique de prévention des risques infectieux audacieuse comportant notamment d'importants programmes d'échanges de seringues très bien utilisés par la population. Ils estiment que depuis 1985, les séroconver-

sions dans cette population sont presque nulles. Ils précisent en outre qu'il y a une stabilisation des consommateurs d'héroïne, même s'ils sont par ailleurs inquiets de l'augmentation du nombre de consommateurs de cocaïne. Le nombre d'« over dose » est également stable. Le marché noir de méthadone leur apparaît secondaire au regard des bénéfices tirés de cette stratégie ; en outre il demeure marginal, ce produit étant peu recherché du fait de ses propriétés peu attractives.

### La situation française

La méthadone n'est pas un produit nouveau en France. Depuis 1973, 2 centres spécialisés utilisent cette possibilité. Pour des raisons diverses tenant notamment aux caractéristiques françaises de la prise en charge des toxicomanes, cet outil est resté marginal et méconnu entre 1976 et 1988.

Par arrêté du 26 avril 1972 le ministre de la Santé publique et de la sécurité sociale a autorisé l'administration à l'homme de méthadone en vue de son utilisation thérapeutique expérimentale. Cette possibilité est subordonnée à une autorisation préalable du ministre de la santé, qui requiert à cet effet l'avis d'une commission consultative d'experts, et au respect d'un protocole d'utilisation. Un suivi de cette utilisation confié à l'INSERM est prévu.

Quatre centres ont été autorisés, en 1973, à prescrire de la méthadone : les hôpitaux Sainte-Anne et F. Vidal, le centre médical Marmottan et l'intersecteur de Marseille. Seules deux équipes ont utilisé cette possibilité (hôpitaux Sainte-Anne et F. Vidal) avec au total 40 places de méthadone sur Paris. Entre 1973 et 1976, le suivi de ces deux programmes est organisé par la DGS en collaboration avec l'INSERM. Depuis 1976, le suivi de ces deux unités n'est plus assuré. Dans le même temps, la position française au sein des instances internationales se particularise par une résistance aux pressions de certains de nos voisins européens quant à des recommandations concernant la substitution.

suite page 4

## LES OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SUBSTITUTION

Les pratiques de substitution peuvent viser des objectifs divers. En fonction de ceux-ci, le fonctionnement des programmes de substitution et leur évaluation en seront bien-sûr fort différents.

### Objectif Prise en charge

L'objectif de la prescription est d'apporter une stabilisation pendant un temps limité en l'accompagnant d'une prise en charge lourde et d'un contrôle important. Ces programmes, étant donné l'exigence de prise en charge de qualité, ne peuvent qu'être de taille réduite. La prise en charge vise à soutenir le toxicomane dans les différents deuils qu'il a à élaborer : deuil d'une vie de « galère » centrée autour de la recherche du produit (il faut savoir que cette galère est à la fois la plainte la plus importante des toxicomanes mais, dans un même temps, structure tellement leur existence que sa suppression est source de déstabilisation importante), deuil de l'injection et surtout du flash. Cette élaboration finit par aboutir à une capacité de séparation d'avec la méthadone, le thérapeute et le groupe de pairs également sous méthadone (ils se dénomment « les méthadoniens »).

#### + Avantages

Le contrôle exercé sur la distribution empêche la mise en place d'un marché noir de méthadone et rend pratiquement impossible les risques de surdose. Ces programmes conviennent à certains toxicomanes qui ont déjà un long parcours de dépendance majeure aux opiacés, et sont prêts à se plier aux exigences du programme (prise quotidienne, contrôles urinaires réguliers, etc.).

#### - Inconvénients

De nombreux toxicomanes ne peuvent se plier à ces exigences et sont donc exclus de ce type de prise en charge.

### Objectif Prise de contact

Ces programmes réalisent une distribution large de méthadone avec un contrôle minimum, une prise en charge légère accompagnant la prescription. Ils disposent généralement d'une capacité d'accueil importante, au delà de la centaine, dans la mesure où la prestation offerte réclame peu de suivi individuel. Ces programmes visent à ce que des soignants *entrent en contact* avec le maximum d'usagers d'opiacés.

#### + Avantages

Cette prise de contact permet de les informer sur :

- les risques infectieux,
- les outils thérapeutiques à leur disposition ; elle facilite donc l'accès aux soins et à l'information.

Ces programmes peuvent aider un certain nombre d'entre eux à se stabiliser, cette stabilisation est un atout essentiel pour élaborer une demande d'aide, pour faire attention à sa santé et par exemple, prendre les précautions nécessaires pour éviter une contamination par le VIH.

#### - Inconvénients

Ce type de programme ne peut s'accompagner d'un contrôle important qui viendrait en contradiction avec l'objectif visant à être en contact avec le maximum de toxicomanes, aussi l'existence de marché noir de méthadone et les risques de surdose à la méthadone seule ou par apport d'autres opiacés sont inévitables.

À partir de 1988, les débats reprennent timidement, nos voisins européens se font plus pressants, l'infection par le VIH frappe de façon majeure les toxicomanes utilisant la voie veineuse. Le rapport du Docteur Taboada (1988) sur l'expérimentation d'utilisation de la méthadone pendant 10 ans à l'hôpital F. Vidal est le premier document sollicité par l'administration sur le sujet. À la suite de ce rapport, fin 1989, le protocole d'utilisation de la méthadone de 1973 a été modifié par la Direction générale de la santé, en collaboration avec la commission consultative d'experts.

Les grandes lignes de ce protocole sont :

- la méthadone ne peut être prescrite qu'à des toxicomanes dépendants depuis au moins cinq ans ;
- le recours à la méthadone est lié à une prise en charge globale sur les plans psychologique, médical et social ;
- seul un service (hospitalier ou un centre spécialisé de soins aux toxicomanes) disposant d'autres moyens thérapeutiques concernant la toxicomanie pourra être agréé pour la prescription de méthadone.

En outre, ce protocole limite le nombre de places par centre de méthadone, pose une dose maximale par jour et instaure des contrôles urinaires fréquents par semaine.

L'objectif de ce nouveau protocole était d'inscrire cet outil dans le dispositif de prise en charge des toxicomanes.

En 1993, les deux unités agréées en 1973 disposent toujours des 20 places de méthadone ouvertes en 1973. Un centre a été agréé en 1989 (centre P. Nicole, à Paris) pour 12 places. Sept unités ont été agréées en 1992 et 1993 en banlieue et en province devant permettre de disposer de plus de 200 places de méthadone à la fin de cette année.

Diverses évolutions du protocole d'utilisation seront sans doute nécessaires. Toutefois, les grands principes demeureront :

- prescription de méthadone dans des centres agréés avec d'importantes contraintes (prise de la méthadone *in situ*, contrôles urinaires) pour éviter notamment la constitution d'un marché noir,

- prise en charge globale visant à terme pour ces patients une vie sans opiacé y compris la méthadone,
- suivi précis des patients bénéficiant d'une prescription de méthadone.

### Prévention du sida et méthadone

La seule distribution de méthadone ne peut être en soi un moyen de prévenir la propagation du VIH dans cette population pour deux raisons :

- Un usager de drogue par voie injectable réalise en moyenne 2 à 3 « shoot » par jour. La prise de méthadone, sans contrôle ni prise en charge, ne diminue pas

- La contamination par voie sexuelle est tout aussi préoccupante, or les toxicomanes sous méthadone n'utilisent pas plus a priori le préservatif que les autres, sauf si effectivement cette distribution est liée à une information.

Toutefois, la prescription de méthadone dans la prise en charge des toxicomanes constitue un outil facilitant pour :

- une insertion sociale ;
- une insertion dans le système sanitaire à travers une aide au regard de leurs problèmes de dépendance et un suivi médical de pathologies (notamment celles liées à l'infection par le VIH) ;
- une stabilisation de la consommation de drogues issues du marché illicite (no-

### Évaluation des programmes méthadone

Aux États-Unis, Ball et Ross (*The effectiveness of methadone maintenance treatment : Patients, programs, services and outcome*, 1<sup>ère</sup> édition, New York, Springer Verlag, 1991) ont été chargés d'évaluer les programmes méthadone (méthadone maintenance treatment program, MMTP) par le NIDA.

Les résultats démontrent une grande hétérogénéité de l'efficacité de ces programmes selon les critères suivants : taux de rétention, consommation de produits illégaux, état de santé, criminalité et insertion sociale. Trois paramètres

communs aux programmes efficaces ont été dégagés :

- les programmes prescrivant des doses de méthadone fortes (entre 60 et 100 mg/jour) sont plus efficaces que ceux à doses faibles (entre 40 et 60 mg)
- les programmes contrôlés sont plus efficaces (prises quotidiennes de la méthadone au centre, analyses d'urine régulières)
- les programmes offrant des services « périphériques » (soutien psychologique, suivi social, aide à l'insertion) ont de meilleurs résultats.

automatiquement le nombre de « shoot » réalisés par un toxicomane par jour ; la prise d'autres drogues est fréquente, la voie injectable reste privilégiée dans la mesure où elle est davantage susceptible de provoquer le flash. Quand le produit pris en sus de la méthadone est l'héroïne, on peut en effet espérer une diminution du nombre de « shoot », la consommation d'opiacés étant déjà pour partie comblée par la méthadone. Par contre quand le produit est la cocaïne, consommation non marginale pour les « méthadoniens » du fait de la recherche de contraste, le nombre de « shoot » peut au contraire augmenter, le spectre d'action de la cocaïne par voie injectable étant très court.

tamment l'héroïne) et donc un recours moindre à la voie injectable, source de transmission du VIH.

Le débat reste ouvert et s'appuiera sur les études en cours ou à venir. Il convient en tout cas de retenir que la méthadone ne saurait agir comme un médicament dans le cadre d'un traitement mais davantage comme un outil dans une prise en charge. Ainsi, sa pertinence ne peut être fondée que sur les objectifs visés et sur la manière dont on l'utilise. ■

**Sylvie Justin,**  
direction générale de la santé.