

## DOSSIER

Alors que l'ouverture de salles de consommation à moindres risques en France devient une hypothèse tangible, la rédaction de Swaps a souhaité ouvrir le dossier complexe et délicat des injecteurs de sulfates de morphine, et plus particulièrement du Skenan, qui comptent parmi les usagers potentiellement concernés par la création de tels lieux.

# Sulfates de morphine : la boîte de Pandore

Bertrand Lebeau / médecin addictologue

*Bertrand Lebeau compte parmi les pionniers de la RdR. Il nous raconte les débuts de la prescription des TSO, avec ses hésitations et ses combats, et la place particulière des sulfates de morphine.*

J'ai commencé à prescrire du sulfate de morphine dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital Saint-Antoine au début de l'année 1993. Les toxicomanes infectés par le VIH étaient chaque jour plus nombreux, hospitalisés dans le service. À l'époque je partageais mon temps entre une activité de journaliste médical et un cabinet de médecine générale à Paris où j'avais commencé à prescrire du Temgésic.

### L'épidémie de VIH à l'origine des TSO

la VIII<sup>e</sup> conférence sur le sida de juillet 1992 à Amsterdam a été le détonateur. Alors que les autres pays européens bougeaient devant ce tremblement de terre qu'était la dissémination du VIH parmi les injecteurs de drogues, la France restait immobile. Nous nous sommes farouchement engagés dans la lutte pour la réduction des risques et les traitements de substitution. En septembre de la même année, je signalais, avec une dizaine de personnes, un texte publié par *Le Monde*, rédigé par Anne Coppel et Jean Carpentier et intitulé « le repère du toxicomane ». Il provoqua des réactions violentes et outrancières de nos « ennemis ». Un combat s'était engagé et nous étions devenus des « *dealers en blouse blanche* ». Au début de l'année 1993, sur l'initiative d'Anne Coppel, de Phuong Charpy et de Valère Rogissart le collectif « Limiter la casse » était créé et allait devenir le fer de lance de ce combat.

Sans avoir présent à l'esprit ce contexte explosif, on ne peut guère comprendre ce qui va suivre. À l'époque, le Subutex n'existait pas et seules trois équipes, exclusivement parisiennes (Sainte-Anne, Fernand Widal, Pierre

Nicole) avaient une expérience –très limitée– de la méthadone. Dans le cadre rassurant de l'hôpital, je commençais à prescrire du Moscontin (jamais de Skenan à cette époque) à un certain nombre de patients presque tous VIH et suivis pour leur infection dans le service. Habituellement ils étaient déjà sous Temgésic et soit les shootaient soit avaient besoin de doses peu compatibles avec des comprimés dosés à 0,2 mg (4mg correspondaient à... une boîte de Temgésic par jour !). Je savais bien que la morphine est difficile à gérer (« *Hot stuff, cant get enough* » chantent avec raison les Rolling Stones) et, sauf situation particulière, je demandais à la pharmacie dispensatrice de délivrer le Moscontin sur une base hebdomadaire.

Il me fallait aussi prendre une décision, forcément arbitraire, sur la dose maximale que j'étais prêt à prescrire sur les carnets à souche que le Conseil de l'ordre des médecins nous distribuait avec parcimonie, ce que Jean Carpentier appelait alors de la « *rétenion de papeterie* ». Considérant que 100 mg de méthadone était une dose assez élevée et qu'il existait un rapport de 1 à 4 entre méthadone et morphine, je décidais de ne jamais prescrire au-delà de 400 mg par jour. Et je m'y tins.

Je tentais, sans en être moi-même bien certain, de convaincre mes patients que le Moscontin n'était pas shootable. C'est la raison pour laquelle j'évitais le Skenan. Stratégie pas toujours convaincante, j'en conviens. Mais, et cela mériterait un long développement qui n'a pas sa place ici, j'avais une circonstance atténuante : je prescrivais aussi à quelques patients de la morphine injectable, plus rarement du Dolosal (péthidine), jamais de Palfium (dextromoramide) franchement

ingérable. Il est vrai que ma patientèle de Saint-Antoine était très limitée puisque je n'y travaillais qu'une demi-journée par semaine.

## Les premiers programmes méthadone

À l'hiver 92-93, j'avais écrit un projet de programme méthadone dans le cadre de Médecins du Monde. L'idée en revenait à Anne Coppel et j'avais reçu le soutien bienvenu de Didier Touzeau. Finalement une délégation de Médecins du Monde fut reçue par Mme Simone Veil, ministre des Affaires sociales dans le gouvernement Balladur, en juillet 93. Elle donna son feu vert à l'ouverture d'un centre méthadone avec en tête, du moins je l'imagine, une idée : faire savoir aux intervenants en toxicomanie de l'époque que la méthadone se ferait avec ou sans eux, quitte à laisser une organisation médicale humanitaire commencer le boulot. La honte ! Le message fut d'ailleurs reçu 5 sur 5. Quoi qu'il en soit, en juin 1994, j'ouvrais un CSST avenue Parmentier à Paris et c'est là que les choses sérieuses commencèrent.

À l'époque la méthadone n'avait pas d'AMM. De plus, nous ouvrons les premières places de méthadone sur Paris depuis les douze places de Pierre Nicole en 1989. À l'orée des vacances, nous demandions à chacun des patients qui voulaient entrer dans le programme méthadone s'ils allaient ou non quitter Paris durant l'été. Celles et ceux qui ne bougeaient pas étaient mis sous méthadone, les autres sous sulfate de morphine (toujours du Moscontin) en attendant septembre. Pas de prescription au delà de 400 mg mais une délivrance qui s'adaptait à la durée de leur absence mais ne pouvait excéder 28 jours. Nous n'avions en effet aucune possibilité d'organiser des relais méthadone. Bref la prescription de sulfate de morphine changeait d'échelle et ma mini-expérience de Saint-Antoine s'appliquait maintenant à une bonne centaine de personnes. À l'automne, la majorité d'entre eux passèrent sous méthadone mais certains restèrent sous Moscontin. Aujourd'hui, 17 ans après, j'en suis encore quelques-uns...

Globalement, ça ne se passait pas trop mal avec le Moscontin. Ainsi dans *La méthadone et les traitements de substitution*, nous écrivions : « Notre expérience et celle d'autres confrères montre que certains patients

peuvent être parfaitement bien stabilisés avec le sulfate de morphine, le plus souvent à deux ou trois prises par jour et pour des posologies variant entre 100 et 400 mg par jour »<sup>1</sup>. Certains patients me racontèrent qu'ils s'étaient fait peur après un « gros shoot ».

J'étais conscient du risque d'OD que j'allais rencontrer très concrètement quelques années plus tard avec des patients venant d'Europe de l'Est. Parfois, ça n'allait pas du tout : le patient consommait si vite sa morphine qu'il revenait au centre bien avant la date prévue. Il était clair que la « gestion » du sulfate de morphine restait problématique et, dans certains cas, franchement chaotique. Et ça montait vite en température avec les psychopathes. C'est à cette époque que je fus convoqué par le Conseil départemental de l'ordre. Je passais devant une sorte de jury qui me demanda de justifier mes prescriptions. Je défendis mon point de vue et les choses en restèrent là.

## Le new deal : méthadone et buprénorphine sinon rien

Le grand tournant eu lieu en 1995 avec les AMM méthadone et BHD. La Direction générale de la santé (DGS), en « échange » de ces deux AMM, demandait l'arrêt des prescriptions de sulfate de morphine au 31 décembre 1995. Il fallait « switcher » du monde et vite ! Patrick Aeberhard, William Lowenstein et moi demandâmes un rendez-vous à Jean-François Girard, alors directeur de la DGS. Nous lui expliquâmes que la date du 31 décembre était injouable, que nous avions besoin de plus de temps et qu'en outre, certains patients ne pourraient probablement pas passer sous méthadone (le switch sulfate de morphine vers BHD restant une rareté). Girard fut sensible à nos arguments, nous donna six mois de plus soit jusqu'au 30 juin 1996. De plus, lorsqu'il quitta la DGS il rédigea une lettre qui autorisait sous certaines conditions parmi lesquelles un accord de l'assurance maladie un TSO par sulfate de morphine. Ce texte nous fut extrêmement utile même si sa base réglementaire était fragile. En revanche, les demandes répétées d'essais cliniques pour valider ou invalider les sulfates de morphine comme TSO (ce qui était le cas dans certains pays européens) furent systématiquement refusées. Le ministère ne souhaitait clairement pas mettre ne fut-ce que le bout du petit doigt dans un processus qui risquait de donner un cadre légal au sulfate de morphine comme TSO. Et en 2001, le rapport Montastruc concluait que le sulfate de morphine ne répond pas aux critères d'un TSO sans même soulever la question des différentes utilisations de la morphine comme TSO en Europe<sup>2</sup>. Et la Sécu dans tout cela ? Elle était bien embêtée. Comment savoir si tel ou tel patient était sous sulfate de morphine comme antalgique ou comme TSO ? Difficile. Le dosage, l'âge du patient, l'origine de la prescription bien sûr ou la présence d'autres psychotropes sur l'ordonnance pouvaient orienter. Et puis il y avait un peu de trafic, difficile à éva-

<sup>1</sup> William Lowenstein, Laurent Gourarier, Anne Coppel, Serge Héjiez, Bertrand Lebeau, - *La méthadone et les traitements de substitution*, Doin, 1995.

<sup>2</sup> J.L. Montastruc, - *Synthèse des données scientifiques sur l'utilisation des sulfates de morphine dans le traitement des personnes dépendantes aux opiacés*, 2001.



luer. Certains remboursements étaient refusés, des experts étaient nommés. Cette histoire d'experts fut d'ailleurs assez drôle au moins à Paris. Il existait alors une commission départementale des traitements de substitution que pilotait le docteur Marie-France Chedru de la DDASS. Nous fûmes quelques-uns à nous plaindre que les experts nous donnaient systématiquement tort. Le docteur Chedru fit nommer d'autres experts qui nous donnèrent systématiquement raison... L'art de la nuance n'est pas une chose simple dans le champ des drogues...

## Paradoxes

À partir de la seconde moitié de l'année 1996 et dans les années qui suivirent, j'eus le sentiment suivant : les prescripteurs « raisonnables », une petite centaine sur Paris, avaient levé le pied. À leur place, une ou deux dizaines de prescripteurs « déraisonnables » avaient pris le relais. Je me souviens ainsi d'un médecin qui, sachant parfaitement qu'un patient était suivi dans notre centre sous méthadone, lui prescrivait du Skenan (qui remplaçait de plus en plus le Moscontin mais peut-être valait-il mieux puisque presque tout le monde shootait le sulfate) à 600 ou 800 mg par jour. Au secours !

Les années passant, plus personne ne souhaitait vraiment ouvrir ce dossier, ni les autorités pour les raisons déjà exposées, ni les prescripteurs qui se contentaient d'un flou artistique qui perdure jusqu'à aujourd'hui. Bref, pour des raisons différentes voir opposées, nul ne veut ouvrir la boîte de Pandore. Le paradoxe de l'affaire, car il y en a un, c'est qu'il y a en France une sorte d'accès bas seuil à la morphine injectée (sinon injectable) pour quelques milliers de personnes alors qu'il n'existe aucun programme de prescription quotidienne de diamorphine (héroïne) à la Suisse. Il m'est d'ailleurs arrivé de consta-

ter la stupéfaction de certains collègues étrangers lorsque je leur expliquais qu'il était possible de prescrire de la morphine à des doses relativement élevées et pour... 28 jours avec délivrance en une fois !

Avec le temps, la situation semble s'être dégradée. J'ai travaillé huit ans, entre 2002 et 2010, à La Mosaïque, un CSST situé à Montreuil. Nous recevions beaucoup de toxicomanes venus de l'Est : Polonais, Russes, Ukrainiens... Et j'avais souvent l'impression que le seul mot qu'ils savaient dire en français, c'était : « Skenan ». Parmi les patients que nous suivions, certains sont morts d'overdose de Skenan souvent arrosé d'alcool et de benzodiazépines. Le sulfate de morphine, presque exclusivement au dosage de 100 mg, est devenu une drogue de rue recherchée.

Je reviens d'un mot sur le paradoxe évoqué plus haut : d'un côté les programmes suisses de diamorphine très structurés avec passage deux ou trois fois par jour 7 jours sur 7 et aucun « take home » et de l'autre un « programme » français de morphine bas seuil ou à seuil adapté trop souvent aux seuls grands déglingués servis par des médecins rarement avisés. Personne ne sait par quel bout prendre l'affaire. Quant à moi, à tort ou à raison, voilà bien longtemps que, sauf rare exception, je n'initie plus de nouvelles prescriptions. Mais je continue à prescrire à une dizaine de patients que je connais depuis 10 ou 15 ans. D'un côté, je suis soulagé : prescrire du sulfate de morphine reste un réel boulet. De l'autre, je sais que la situation qui prévaut est tout sauf satisfaisante. Je reste partisan de programmes structurés de morphine et/ou de diamorphine y compris injectable. Mais une chose est sûre : demander demain à des patients qui shootent du Skenan prescrit pour 28 jours de s'inscrire dans des programmes à la Suisse ne va pas être une entreprise facile. Et le dossier « sulfate » ne sera pas refermé de sitôt.



# Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

À retourner à l'association Pistes, Tour Maine-Montparnasse, BP 54, 75755 Paris cedex 15

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail