



**Santé  
Réduction des Risques  
Usages de Drogues**

**SWAPS n° 19**



***Etat des lieux***

# **Les programmes européens de prescription médicale d'héroïne**

**par Isabelle Célérier**

*La 40ème rencontre du Crips était consacrée aux différentes expériences européennes de prescription médicale d'héroïne. Grande-Bretagne, Suisse, Pays-Bas : c'est, en effet, à l'étranger que sont localisées ces expériences, en attendant un hypothétique feu vert au projet pilote français. Swaps rend compte ici des principaux enjeux débattus lors de cette rencontre multidisciplinaire.*

## **L'expérience de la Grande-Bretagne**

*Nicky Metrebian, (The center for research on drugs and health behaviour, Londres).*

L'approche anglaise est unique, souple, et éclectique: l'héroïne et la méthadone font partie d'une série de choix de traitements possibles. La méthadone prise oralement est considérée comme la meilleure forme de substitution et de maintenance. Mais elle ne convient pas à certains toxicomanes qui ne sont pas prêts à renoncer à l'héroïne.

La prescription d'héroïne et de morphine injectable existe en Grande-Bretagne depuis 1920, si elle peut permettre au patient de "mener une vie utile", selon un rapport de 1926. Entre 1920 et 1950, seules 50 à 100 personnes en recevaient pour traiter leur dépendance et, jusqu'en 1968, tous les médecins étaient habilités à le faire.

Dans les années 60, le nombre d'usagers d'héroïne pharmaceutique prescrite obtenue sur le marché illicite -fruit d'un détournement des prescriptions médicales- n'a cessé d'augmenter.

En 1968, les autorisations de prescription ont donc été limitées aux seuls

médecins détenteurs d'une licence délivrée tous les 3 ans par le ministère de l'Intérieur avec accord de celui de la Santé. En pratique, seuls les psychiatres rattachés aux centres de traitement de la toxicomanie du National Health Service (NHS) en bénéficient. Il n'existe pas de politique nationale, pas de protocoles de traitement, pas de consensus sur les critères d'admissibilité des patients, ni de limite légale au nombre de doses à rapporter chez soi, ou de dose limite légale de prescription.

Qui prescrit ? Environ 100 médecins du NHS -dont 40 à Londres- sont actuellement titulaires d'une licence mais tous n'exercent pas leur droit à prescrire de l'héroïne. 20 médecins sont à l'origine de la majorité des prescriptions.

A qui? Environ 400 patients, certains depuis 20 ans. Mais bien que la prescription de méthadone augmente, celle d'héroïne reste faible et stable. La méthadone représente actuellement environ 96% des prescriptions de traitements de substitution, contre 1 à 2% pour l'héroïne.

Comment? Prescrite par des médecins rattachés à des dispensaires spécialisés, l'héroïne est délivrée par des pharmacies de quartier (avec des tampons et de l'eau) pour être administrée chez soi sans surveillance. La plupart des "clients" vont la chercher tous les jours à la pharmacie.

L'héroïne est prescrite sous forme de poudre sèche en ampoule de 10, 30 et 100mg pour l'injection intraveineuse. Elle est également disponible sous forme de comprimés, de cigarettes imprégnées d'héroïne, ou en solution. La fourchette des doses prescrites se situe entre 10mg et 1000 mg/jour.

Faute de preuve de son efficacité dans le traitement de la toxicodépendance, l'héroïne est reléguée au second plan mais la recherche clinique nécessaire n'intéresse pas les spécialistes de la question. Seules 6 études empiriques ont été menées sans fournir la preuve des avantages sanitaires et sociaux de la prescription d'héroïne.

Il y a environ 150 000 toxicomanes en Grande-Bretagne dont seul un petit nombre a accès à ce type de traitement. Pour Nicky Metrebian, *"le problème c'est de savoir comment les attirer vers ces programmes et comment les y garder. On sait qu'ils sont sans doute nombreux à ne pas répondre au traitement par méthadone orale alors qu'ils pourraient bénéficier d'héroïne injectable."*

## **Six années de prescription d'héroïne en Suisse**

***Barbara Broers, (responsable de recherche à la Division d'abus de substances, Genève).***

L'expérience suisse est très différente, très réglementée, très "suisse" dans un sens. La Suisse compte 8 millions d'habitants dont 30 000 usagers de drogues. L'offre de traitements est très diversifiée (sevrage, centres résidentiels...), avec environ 16 000 personnes sous traitement de maintenance à la méthadone pour l'année dernière. Mais les problèmes

rencontrés par les scènes ouvertes de Zurich et Berne ont amené le gouvernement à réfléchir sur une prescription médicale d'héroïne et à autoriser les premiers essais en 1992. Les premiers programmes ont commencé en 1994 avec, comme objectif, d'atteindre les toxicomanes ayant échoué plusieurs fois dans les traitements conventionnels, de les garder, d'améliorer leur santé, de diminuer la consommation d'héroïne et, à plus long terme, l'abstinence.

Le PEPS (Programme expérimental de prescription de stupéfiants) a ouvert à Genève en septembre 1995 avec une équipe multidisciplinaire (1 psychiatre à plein temps, 1 interniste et 1 assistante sociale à mi-temps et 6 infirmiers pour encadrer 40 à 50 personnes). Il est ouvert 7 jours sur 7, 3 fois par jour (7h30-9h00, midi et 17 à 20h00). Les patients, qui injectent seuls ou avec l'aide d'un infirmier, viennent sur place prendre leur prescription. L'héroïne est aussi fournie sous forme de comprimés oraux et les patients peuvent demander de la méthadone pour la journée, le week-end ou les vacances, par exemple. La prise en charge est en fait très individualisée.

La Suisse compte actuellement 16 centres de prescription d'héroïne mais qui fonctionnent de manière très différente. Ils peuvent être publics et universitaires (comme le PEPS de Genève), dépendre d'une association, être indépendants, intégrés à un centre de maintenance méthadone, voire même se dérouler en prison. Ces programmes vont de 30 à 550 places et certains proposent des listes d'attente.

Selon l'évaluation menée sur les 2 premières années (1994-96, auprès 1146 patients), le groupe cible a été atteint, il n'y a pas eu de problème avec l'entourage et pas d'overdose mortelle. La prescription d'héroïne est donc faisable -avec des taux de rétention en traitement de 89% à 6 mois et de 69% à 18 mois-, elle améliore significativement la santé physique, psychologique et sociale, et diminue l'activité criminelle et la consommation d'héroïne illicite.

Afin d'évaluer l'efficacité par rapport à d'autres traitements, Genève a entrepris une étude randomisée qui a démarré au tout début du programme. Dans le groupe héroïne, 25 personnes sur 27 ont achevé 6 mois de traitement avec une dose moyenne de 507 mg/jour tandis que, dans le groupe contrôle 19 sur 22 ont reçu de la méthadone. A l'issue de cette période, les deux groupes allaient mieux mais avec un plus grand bénéfice dans le groupe héroïne en ce qui concerne le fonctionnement social, la santé mentale, le nombre de tentatives de suicide et les revenus illégaux. Mais cette étude ne tenait pas compte des différents niveaux de services associés. La prescription d'héroïne permet, en effet, d'offrir aux patients des services psychosociaux associés et de les voir régulièrement.

Parmi les 1 700 personnes traitées jusqu'à la fin 1999 (avec un âge moyen à l'entrée de 31,9 ans), 35% étaient en traitement depuis plus de 4 ans et 50% ont connu une amélioration dans tous les domaines. Les facteurs d'échec sont surtout la polytoxicomanie, notamment l'alcool, le cannabis et les

benzodiazépines qui constituent un mauvais pronostic.

Le coût est d'environ 50-55 francs suisses (200 FF) par jour, dont 30% sont pris en charge par la Caisse maladie, 25% par le patient et le reste par les cantons et communes et la Confédération.

Les objectifs de l'Office fédéral de la santé publique sont désormais d'améliorer la qualité des services (prévenir le "burn out" des équipes, améliorer la gestion des établissements, développer des standards de qualité...), de publier des directives dans un "manuel de traitement avec prescription d'héroïne" (déjà paru en Allemand, la version française est attendue début 2001), de développer les recherches, et d'enregistrer la substance -la diacéthilmorphine- comme un médicament.

## **L'évaluation des programmes aux Pays-Bas**

*Vincent Hendriks, (Central committee treatment heroin addicts, Utrecht).*

Le programme hollandais est destiné aux personnes qui présentent une "résistance chronique" aux traitements. Les Pays-Bas comptent environ 24 000 héroïnomanes dont 17 000 (71%) sont en traitement, méthadone (74%) ou programme de sevrage (26%). Chez les patients sous méthadone (12 500 personnes), un tiers sont considérés comme stabilisés, 40% ne sont pas vraiment intégrés (ont des problèmes sociaux et médicaux), et les 3 000 restants présentent de gros problèmes. L'essai clinique de prescription d'héroïne concerne ces deux dernières populations, soit environ 8 000 personnes.

Entre 1980 et 2000, la méthadone orale a montré son efficacité en termes d'assiduité, de taux de participation, de taux de survie et de réduction des méfaits mais de manière moins claire en ce qui concerne la réduction des comportements addictifs.

L'objectif du programme hollandais est d'évaluer de manière comparative l'efficacité des programmes (méthadone orale seule versus méthadone-héroïne en traitement combiné) et leurs effets néfastes.

Deuxième objectif: comparer les effets d'une co-prescription héroïne-méthadone à 6, 12 mois, et à l'arrêt, évaluer les effets des différents traitements en ce qui concerne la satisfaction du patient et les adapter.

Le groupe contrôle recevait 150 mg de méthadone une fois par jour, prescrits pour le week-end.

Dans le groupe cible, l'héroïne était proposée sous forme injectable ou inhalable 7 jours sur 7, 3 fois par jour, 400 mg maximum par administration et 1000 mg (soit 1 gramme d'héroïne pure) maximum par jour. Les dosages individuels étaient élaborés par le médecin et la consommation d'autres produits illicites était interdite. Il y a eu 2 études, l'une sur l'héroïne injectable, l'autre sur l'héroïne inhalable.

Le groupe initial a été divisé en 3: un groupe méthadone sur 12 mois avant passage à un traitement héroïne-méthadone combiné (groupe A); un sous

traitement combiné sur 12 mois puis arrêt (groupe B); et le dernier (groupe C) sous traitement méthadone pendant 6 mois puis combiné pendant 6 mois, et enfin arrêt.

L'évaluation porte à la fois sur la substance, la santé physique et mentale, et l'intégration sociale, l'objectif étant d'améliorer d'au moins 40% la santé physique et mentale et l'intégration sociale, et de réduire à moins de 20% l'usage d'autres substances (cocaïne, amphétamines). L'enquête porte sur 6 villes, mais il est impossible d'en donner les résultats tant qu'elle n'est pas terminée. Seulement quelques impressions: depuis juin 1998, environ 600 personnes (400 fumeurs et 200 injecteurs) ont intégré le programme. Au bout de 12 mois, le taux de suivi était très satisfaisant (de 80% à 95%). Le dernier patient devrait quitter le programme en octobre 2001 et les résultats seront connus en février 2002.

## **Andalousie: les négociations avec les politiques**

*Antonio Hevia Alonso, (directeur du département de pharmacologie clinique, faculté de médecine de l'université de Séville)*

L'Andalousie est la plus grande région d'Espagne. Dans les années 80, l'ensemble du pays a assisté à l'augmentation de la consommation de drogues et, en 1985, le gouvernement andalou a arrêté un plan d'action afin de traiter le problème et de canaliser la demande sociale et politique. Entre 1990 et 2000, le budget attribué à ce programme est passé de 40 à 172 millions de francs. Différentes actions ont été entreprises: information téléphonique gratuite pour les familles (1986); premières rencontres sur les drogues organisées par 270 associations engagées dans la toxicomanie (1987); constitution de la fédération des associations de lutte contre la toxicodépendance et mise en place de la réduction des risques (1990); de la commission andalouse de participation sur les toxicodépendances qui comprend des représentants de l'administration, et des organismes publics pour élaborer un consensus sur les problèmes de drogue (1994); ou encore une analyse comparative des attitudes des "Andalous face aux drogues" (1987-2000) qui a notamment montré que 60% d'entre eux se déclaraient favorables aux programmes héroïne.

En 1997, le projet héroïne, élaboré par la direction générale des toxicodépendances, l'école andalouse de santé publique, et l'Université d'Andalousie, qui prévoyait une étude comparative randomisée héroïne versus méthadone orale d'un an pour 150 (75/75) toxicomanes ayant échoué à tout traitement a été approuvé à l'unanimité par le Parlement andalou. La demande d'autorisation a été présentée aux autorités sanitaires de Madrid en 1998 et, en janvier 1999, la recherche clinique sur l'héroïne comme traitement de maintenance a été approuvée et intégrée dans le plan national sur les drogues. Mais en mai, l'Agence espagnole du médicament a refusé le projet et décidé la création d'une commission d'enquête sur la prescription

d'héroïne. La direction générale des toxicodépendances andalouse a aussitôt déposé un recours administratif. Toujours sans réponse à ce jour.

Conclusion: la société et les professionnels ne sont pas convaincus de l'intérêt de ces programmes et le seul moyen de le faire serait de pouvoir mener des recherches.

## **Le contexte français**

*Pierre Goisset, (coordinateur du centre Mosaïque, Montreuil)*

Dans les années 80, il n'y avait pas du tout d'intervention de réduction des risques, seulement 2 ou 3 programmes d'échange de seringues à partir de 1989. En 1993-94, ces programmes se sont étendus et les traitements de substitution se sont multipliés. Pendant 20 ans, la France n'a compté que 50 patients sous méthadone. Dans la deuxième partie des années 80, les médecins généralistes ont initié les premières prescriptions de substitution avec le Temgésic® puis, en 1996, le gouvernement a demandé au laboratoire d'élaborer une forme plus dosée de buprénorphine. Parallèlement, les programmes méthadone se sont développés.

Les deux bonnes surprises de la réduction des risques sont qu'il y a eu une réduction significative (de 505 à 92) du nombre d'overdoses mortelles entre 1994 et 1998, et du nombre de cas de sida déclarés chez les usagers de drogues (de 1500 par an en 1993 à moins de 400 en 1998).

En ce qui concerne l'évolution des traitements de substitution, le nombre de patients sous Subutex® est passé de 40 000 en 1996 à 72 000 aujourd'hui et celui de ceux sous méthadone, de 3 900 en 1993 à 8 000 en 1999.

Quant au nombre d'interpellations liées à l'héroïne qui était de 17 000 en 1995, il est tombé à 6 000 en 1999. Ajouté à la diminution du nombre d'overdoses, on peut, selon Pierre Goisset *"probablement en déduire que l'usage d'héroïne est en baisse dans notre pays. Néanmoins, le nombre de seringues distribuées est passé de 15,6 millions en 1996 à un peu plus de 18 millions en 1999. L'usage de cocaïne intraveineuse croît probablement et il y a un plus grand nombre de seringues utilisées. Dès lors, la pratique de réutilisation personnelle des seringues décroît-elle? Si elle reste identique, les progrès de la réduction des risques sont plus faibles."*

La fréquence d'injection de la buprénorphine varie de 12 à 31% des personnes traitées, et 50% des usagers l'ont injectée au moins une fois.

En ce qui concerne le sulfate de morphine, le nombre de patients traités est estimé entre 1 000 et 1 500 personnes -essentiellement à Paris et Montpellier-, soit environ 1% des patients sous traitement de substitution. 25% l'injectent dont 17% tous les jours.

L'injection de méthadone ne semble pas un problème pour l'instant. Mais nombre de patients n'arrivent pas à se stabiliser et doivent être considérés en échec.

En matière d'échec provisoire de traitement, on estime que sur 80 000

personnes sous traitement (pour 160 000 usagers d'opiacés), 65% sont stabilisées, 15

non stabilisés, et 20% ont disparu.

Parmi les pistes à développer, il faut donc élargir les protocoles (bus, primo-prescription de méthadone...) et le nombre de médicaments disponibles, améliorer le travail auprès des personnes en traitement, l'accès au logement, à l'hospitalisation, les soins en détention...

Autre bonne surprise: l'opinion publique. Selon un sondage d'avril 1999, 63% des Français pensent, en effet, qu'il faut accroître l'aide aux usagers, 68% sont favorables au cannabis thérapeutique, 81% aux traitements de substitution et 53% à la dispensation médicalement contrôlée d'héroïne.

Mais plusieurs difficultés restent attendues pour la mise en place de programmes héroïne en France: tout d'abord ne pas confondre opinion publique et public de proximité, ensuite, les politiques sont toujours en retard, les professionnels ne sont pas tous acquis aux stratégies de réduction des risques, et enfin le recrutement d'un essai clinique contrôlé et randomisé n'est pas toujours facile.

En comparant aux coûts budgétaires des programmes suisses, on arrive en France, pour le même prorata d'usagers, à 6 800 personnes à 205 francs par jour, soit 75 000 francs par personne et par an, et un budget total de 500 millions de francs.

*"Notre proposition de programme a été élaborée il y a 18 mois et redéposée en septembre. J'espère qu'elle verra le jour un jour, a conclu Pierre Goisset. Il s'agissait d'une étude sur 120 patients répartis en 3 groupes: 1 sous méthadone+héroïne 3 fois par jour (40 personnes), l'autre sous méthadone+héroïne 1 fois par jour (40) et le dernier sous méthadone seule. L'objectif étant d'évaluer la méthadone seule versus méthadone+héroïne."*

\* [www.infoset.ch](http://www.infoset.ch)

[www.admin.ch/bag/sucht](http://www.admin.ch/bag/sucht)