



Santé
Réduction des Risques
Usages de Drogues

SWAPS n° 17



dossier

Le sulfate de morphine, substitution hors cadre

par Marianne Storogenko

En mai 1997, Act Up-Paris lançait une étude sur la prescription médicale de sulfate de morphine (SDM). Objectif: évaluer les résultats de cette prescription en traitement de substitution, en se basant sur l'expérience de médecins et de patients utilisateurs de cette molécule.

Les 40 patients ayant répondu ont en moyenne 34-35 ans, 27 sont des hommes et 13 des femmes. La substitution au SDM a débuté, pour 27 d'entre eux, il y a plus d'un an. Pour 29 patients l'utilisation de SDM fait suite à différents essais de substitution par d'autres molécules (buprénorphine et méthadone essentiellement), alors que 11 patients débutent ainsi leur premier traitement de substitution. Sur ces 40 patients, 28 sont satisfaits des doses prescrites, 12 les estiment trop faibles. Cependant, la proportion d'insatisfaits est identique que la prescription soit faible (30 à 50 mg/j) moyenne (200 à 220 mg/j) ou forte (600 à 800 mg/j). L'insatisfaction n'est donc pas corrélée aux dosages.

Concernant la consommation associée, 18 patients déclarent ne rien consommer en parallèle à leur substitution, 5 disent consommer rarement un ou deux produits (Rohypnol®, alcool, cocaïne, héroïne), et 6 -ayant tous plus de 12 mois de substitution- déclarent consommer plusieurs fois de l'alcool, de la cocaïne ou du Rohypnol®. Enfin, 4 (dont 2 sous traitement substitutif depuis moins de 3 mois) disent consommer quotidiennement de l'alcool, du Néocodion® ou du Rohypnol®. Le SDM est absorbé par 30 patients par voie veineuse et/ou par voie orale. Il n'existe pas de corrélation entre dose prescrite et mode d'administration. De même la pratique d'injection ne peut être corrélée avec la durée du traitement de substitution.

Les patients injecteurs déclarent ne pas partager la seringue mais 12% d'entre eux disent partager cuillère et/ou coton et/ou l'eau ayant servi à préparer l'injection.

Les patients déclarent, pour 26 d'entre eux, que bénéficier d'un traitement de substitution leur a permis d'être mieux suivi médicalement, alors que 14 pensent que cela n'a rien changé à leur suivi médical.

Il convient d'indiquer que 95% des patients interrogés connaissent leur statut sérologique VIH, 83 % leur statut sérologique VHB et 87 % leur statut sérologique VHC. Les taux de contamination virale sont très élevés et pour 32 % des patients atteints par un de ces virus, le suivi médical de ces pathologie a commencé après le début du traitement substitutif.

Sur le plan social, l'accès à un traitement de substitution n'a pas, d'après les patients,

d'incidence sur leur situation en termes d'emploi ou de logement, mais favorise leur activité associative, sportive ou culturelle. Alors que 96 % d'entre eux s'estimaient en situation précaire ou extrêmement précaire avant de débiter le traitement substitutif, 96 % considèrent leur situation plus stable, plus confortable, voire les deux, depuis que le traitement à commencé.

Interrogés sur leur réaction si la prescription de SDM était arrêtée et un autre mode de substitution proposé, 1 patient déclare que cela ne lui poserait pas de problème, 19 répondent que cela les gêneraient mais qu'ils accepteraient une autre substitution, 2 disent qu'ils arrêteraient toute substitution sans redevenir consommateurs, 14 indiquent qu'ils redeviendraient consommateurs en refusant toute autre substitution, 4 ne se prononcent pas.

Côté médecins, l'analyse des 48 réponses reçues fait apparaître que 33 patients sont venus consulter pour des problèmes de toxicomanies. Dans 22 cas, la prescription de SDM fait suite à des échecs d'autres modes de substitution. Les médecins estiment que pour 40 patients sur 48, le traitement substitutif a permis un suivi médical plus régulier et 36 patients sont traités pour d'autres problèmes de santé que la toxicomanie (traitement VIH, VHC, soins dentaires...).

Si dans 46 cas les médecins estiment que la situation de leurs patients est plus confortable, plus stable, ou les deux à la fois, dans 5 cas les médecins se déclarent insatisfaits du traitement SDM et dans 42 cas satisfaits de ce traitement. Ainsi, pour 39 patients les médecins seraient inquiets s'ils ne pouvaient plus leur prescrire de SDM. Dans 34 cas les mesures prises en 1996 pour réglementer la prescription des produits de substitution sont perçues comme mauvaises, favorisant le marché noir, limitant dangereusement la palette de substitution et pénalisant les usagers pour lesquels le SDM serait indiqué.

Mais comme le fait fort justement Act Up-Paris dans son introduction et ses commentaires, il semble nécessaire de souligner les limites de cette enquête.

Cette étude a été entreprise peu de temps après la mise en place des réglementations de la délivrance des traitements de substitution aux usagers dépendants aux opiacés. Ainsi les circulaires du 31 mars 1995, du 3 avril 1996 et la note du 27 juin 1996 validaient pour ces traitements la méthadone et la buprénorphine haut dosage, mais restreignaient la prescription du SDM aux seuls cas où une nécessité thérapeutique l'imposait, requérant pour cette dernière l'obtention de l'accord d'un médecin conseil.

La restriction de prescription du SDM avait alors suscité de vives polémiques, générant des demandes d'évaluation rigoureuse de ce mode de substitution. En l'absence de toute investigation scientifique, Act Up-Paris décidait d'entreprendre cette étude. Celle-ci, aux dires mêmes des investigateurs, n'a pas eu l'ampleur escomptée. Le faible nombre des réponses (voir encadré), la nature même d'une telle opération de sondage ponctuel ne peut faire apparaître que des tendances et susciter de nombreuses questions.

Ainsi il aurait été intéressant de savoir pourquoi chez 11 patients le traitement substitutif a débuté par du SDM? Pourquoi dans 26 cas, les médecins prescrivent-ils directement cette molécule ? Quel est le rythme des visites médicales des patients? Viennent-ils consulter en dehors de leurs besoins substitutifs? Les médecins sont-ils au courant des consommations parallèles? Les médecins suivent-ils des patients ayant un traitement substitutif reposant sur la méthadone ou la buprénorphine? Et dans ce cas quels en sont, de l'avis des patients et des médecins, les avantages et les inconvénients? Comment s'orientent leur choix vers telle ou telle molécule? Comment évoluent dans le temps les patients ainsi traités?

Il est certain que tout traitement substitutif améliore considérablement la prise en charge globale des problèmes somatiques des patients suivis. Il semble nécessaire de diversifier la palette de produits de substitution mais il est indispensable d'entreprendre des évaluations de grande envergure tant ponctuelles que longitudinales pour tous les traitements substitutifs

existant aujourd'hui afin de déterminer leur limites, d'identifier et de qualifier leurs échecs et leurs réussites. Ce n'est qu'à cette condition que la substitution pourra évoluer et atteindre le plus grand nombre.

Marianne Storogenko

Deux questionnaires respectant strictement l'anonymat ont été élaborés pour l'enquête: l'un destiné aux médecins, qui avaient la charge de le remettre à leurs patients (un médecin pouvant suivre plusieurs patients sous SDM). L'autre, destiné aux patients, était à remplir en dehors de la consultation, mis sous pli cacheté et remis au médecin à la consultation suivante. Un système anonyme d'appariement médecin-patient permettait la mise en regard de leurs évaluations respectives.

Cette investigation nationale avait pour objectif de recueillir au moins 100 questionnaires patients. De mai 1997 à mai 1998, seules les données concernant 53 patients suivis par 19 cabinets médicaux ont pu être recueillies. Pour 35 patients le questionnaire patient et le questionnaire médecin ont été retournés. Pour 5 patients, seul le questionnaire patient a été envoyé. Pour 13 patients, seul le questionnaire médecin est parvenu.