



# Traitements de substitution aux opiacés : les recommandations à la loupe

par Lydie Desplanques

*Dans les jours qui suivirent la conférence de consensus des 23 et 24 juin derniers à l'Ecole normale supérieure de Lyon, le jury s'est réuni pour rédiger des recommandations sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO). Cette méthode éprouvée par l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)<sup>1</sup> a donné naissance à une "bible" de 40 pages. Revue de détail...*

Le texte issu de la conférence de consensus<sup>2</sup> a le mérite de synthétiser un grand nombre de connaissances sur les TSO, d'avancer des réponses, des propositions. Mais il reste approximatif sur certaines questions et il élude étrangement quelques problématiques qui avaient pourtant été soulevées avec force par le public et une poignée d'experts.

Le document est organisé en six parties correspondant aux six grandes questions posées lors de la conférence :

- Quels sont les finalités et les résultats attendus des TSO ?
- Quels sont les résultats obtenus ?
- Quelles sont les indications ?
- Quelles sont les modalités de prise en charge nécessaires à la mise en oeuvre et au suivi des TSO ?
- Quand et comment les modalités d'un TSO doivent-elles être adaptées en pratique ?
- Comment promouvoir la qualité des pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients bénéficiant d'un TSO ?

## **Un bilan positif de la substitution**

La première partie expose les finalités et les résultats attendus des TSO du point de vue de la société, des personnes dépendantes aux opiacés et des professionnels de la santé et intervenants en addictologie. Ceux-ci ne concordant pas forcément, il est rappelé la nécessité de les élaborer ensemble dans le cadre d'un projet individualisé de soins et de la construction d'une alliance thérapeutique. Sans quoi les TSO sont improductifs.

Les auteurs ajoutent que le TSO est un excellent moyen pour (r)établir du lien : *"la demande d'un médicament de substitution aux opiacés est l'occasion d'offrir au patient toute une palette de soins médicaux et psychologiques, et de*

*faire le cas échéant le bilan de ses problèmes sociaux. Le TSO est un "passeport pour les soins".*

Vient ensuite un bilan des résultats obtenus par les TSO, globalement positif : *"La politique de traitement de la dépendance aux opiacés est indéniablement un succès dont l'efficacité sanitaire et économique est démontrée. En 7 ans (1996-2003), on peut estimer que près de 3500 vies ont été sauvées. En termes économiques, ce sont 595 millions d'euros, soit à un peu plus du quart (26,75%) du coût social de la consommation de drogues, qui ont été épargnés"*<sup>3</sup>.

Cinq grandes limites sont cependant soulignées : l'hétérogénéité et l'inégalité du dispositif, des mauvaises utilisations des traitements (injection de BHD<sup>4</sup>, décès, primo-dépendance aux médicaments de substitution, marché parallèle), le maintien ou le renforcement de consommations parallèles, la prévalence de l'hépatite C et l'insatisfaction des patients quant à la persistance de la stigmatisation et la prise en compte de leur souffrance psychologique.

## **Guide pratique**

Les trois parties suivantes s'intéressent à la mise en oeuvre concrète des TSO : caractéristiques de la méthadone et de la BHD, indications, contre-indications, interactions possibles avec d'autres traitements ou substances, précautions d'emploi, posologies, modalités de prescription et de délivrance, etc. Les TSO doivent être constamment réévalués, à toutes les étapes de la prise en charge, pour d'éventuelles adaptations.

Malgré une foule de renseignements opérationnels, ce texte ne constitue pas pour autant un guide exhaustif pour les professionnels de la santé.

Qu'en est-il des 2500 "marginiaux" substitués aux sulfates de morphine, signalés lors de la conférence mais totalement ignorés par ce document ? Si ces traitements sont efficaces pour quelques milliers d'individus, ne peuvent-ils pas constituer une alternative pour d'autres chez qui les TSO officiels sont inopérants ? Quelle réaction avoir face à une personne qui demande ce type de prescription ?

De plus, les critères permettant de trancher entre méthadone et BHD pour un patient laissent une impression de flou en dehors de quelques circonstances précises : par exemple, la BHD est préférable en cas de prise de certains inducteurs enzymatiques ou médicaments anti-VIH car leur interaction avec la méthadone peut favoriser de véritables états de manque. Les auteurs reconnaissent d'ailleurs que *"le choix thérapeutique est plus contraint par le cadre réglementaire que par un choix médical"*.

Quelques imprécisions viennent également ternir ces recommandations. Ainsi, au sujet de la méthadone, il est simplement indiqué qu'elle doit faire l'objet d'une *"prise quotidienne unique"*. Or, d'après l'intervention du pharmacien Patrick Beauverie, sa demi-vie d'élimination est d'une grande variabilité inter- et intra-individuelle, allant de 9 heures à 47 heures ! Si la prise quotidienne est globalement justifiée (pour la plupart des sujets la demi-vie est de 25 heures), cette variabilité peut entraîner un manque ou un surdosage qu'un suivi régulier permet de déceler, à condition de le savoir...

## **Améliorer le dispositif**

Un des buts d'une conférence de consensus est de dégager des suggestions pour améliorer les pratiques et le dispositif en cours. Les présentes

recommandations plaident pour une homogénéisation du cadre réglementaire de la méthadone et de la BHD (primo-prescription en ville, conditions de prescription et de délivrance s'alignant sur celles de la BHD), pour une diversification des dosages de méthadone et des galéniques de la BHD (proposer de la BHD non injectable et une galénique injectable pour ceux qui n'arrivent pas à abandonner cette pratique). Les auteurs défendent également la continuité des soins lors des déplacements, en cas de changement de médecin, pendant et après une incarcération, et le développement de dispositifs bas seuil, plus souples, pour *"aller au devant des publics précarisés"* avec *"comme unique critère d'inclusion dans ces structures la dépendance avérée aux opiacés"*.

Le texte met en avant quatre éléments pour la promotion de la qualité des pratiques professionnelles. En premier lieu la formation, en précisant que les professionnels *"doivent être incités et aidés"* à y participer. Puis la recherche, qui doit permettre de mieux connaître les trajectoires des usagers substitués et l'incidence positive et négative des TSO, en particulier chez les "intermittents" de la substitution. Troisième pilier, l'évaluation. A ce propos, l'Anaes s'engage à élaborer un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles des TSO. Enfin une communication adaptée à destination des professionnels, des usagers et du grand public, notamment pour *"faire évoluer l'image des personnes dépendantes"*.

Reste que de telles recommandations, si incontestables soient-elles, se confronteront aux investissements publics et risquent de rester de simples bouteilles à la mer.

### **Question de vocabulaire**

Les débats tenus lors de la conférence avaient révélé l'ambiguïté et la polysémie de mots pourtant usités par tous. Ce texte propose de les clarifier. Dans le préambule, une distinction est opérée entre TSO et "médicaments de substitution" (MSO) : *"Les TSO ne se limitent pas à la prescription de MSO, mais comportent des notions de prise en charge et d'alliance thérapeutique avec le patient. Les TSO constituent une pratique, les MSO ne sont que des moyens"*.

En annexe un glossaire explicite les termes drogues, usage, mésusage, abus, usage à risque, usage nocif, toxicomanie, dépendance, pharmacodépendance, addiction, pratiques addictives, etc.

Les auteurs notent la double acception des mots sevrage et abstinence, se rapportant dans un *"sens actuel"* uniquement aux opiacés illicites, ou dans un *"sens traditionnel"*, à toute prise d'opiacé, y compris les MSO. Ce glissement sémantique dénote peut-être un glissement de l'objectif assigné aux TSO (et de l'idéologie qui l'entoure) par les professionnels de santé et les pouvoirs publics. A l'origine, dans l'esprit de la majorité de ces personnes, la finalité des TSO était de parvenir à terme à l'arrêt complet de toute prise d'opiacé, illicite ou non. La prise de MSO n'était qu'un objectif intermédiaire, à court terme. Quelques années et doses de pragmatisme plus tard, nombreux sont ceux qui admettent que l'arrêt de tout opiacé n'est pas nécessairement un but, que la prise de MSO peut durer toute la vie sans que ce soit un échec. Cette évolution des concepts est donc révélatrice de la place accordée aux traitements de substitution.

Enfin, il est regrettable qu'une notion si fondamentale que celle de substitution,

amenant une distinction "*substitution vraie*" / "*substitution thérapeutique*", soit ainsi reléguée en annexe. Cette notion sous-tendant la question de savoir s'il faut proposer des traitements ayant un effet renforçant, c'est la problématique du plaisir qui est une fois de plus refoulée.

---

1- "Les conférences de consensus reposent sur une analyse bibliographique et une présentation publique de rapports d'experts faisant la synthèse des dernières connaissances acquises au terme de laquelle un jury multidisciplinaire et multiprofessionnel arrête les points d'accord et de divergence de la communauté scientifique."

2- Une version courte de ce texte est disponible sur le site <http://www.anaes.fr/>

3- Pour plus de détails, lire l'article "*Substitution aux opiacés en France : état des lieux*" dans *Swaps* n°35

4- Buprénorphine haut dosage, vendue sous l'appellation Subutex®