

LES DIFFICULTES D'ACCES A LA METHADONE



OFDT/EVAL – Mai 2011

Note n°2011-10 à l'attention de la MILDT

(Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie)

Maitena Milhet

Cette note a pour objectif de fournir des éclairages sur la question de l'accès au traitement par méthadone en étayant des propos rapportés par les usagers et les professionnels, concernant des difficultés d'accès à la méthadone, en particulier en termes de délai d'attente. Pour ce faire, l'OFDT a réuni deux types de données : des éléments de cadrage relatifs à l'offre de méthadone et à son organisation d'une part et des éléments qualitatifs issus de témoignages d'usagers d'autre part.

En partenariat avec ASUD (auto-support pour les usagers de drogues) un appel à témoignages a été diffusé pendant deux mois consécutifs sur le site de l'association afin de recueillir des éléments d'information émanant des usagers potentiellement concernés. Simultanément, les témoignages relatifs à cette question postés sur un autre forum présent sur le site et consacré plus largement à « la substitution » ont été consultés. Seule une enquête conduite auprès d'un échantillon représentatif d'usagers de drogues permettrait de documenter pleinement l'ampleur des problèmes actuels d'accès à la méthadone. En nombre limité, les témoignages recueillis n'en offrent pas moins une information qualitative d'une grande richesse. Ils pointent un certain nombre de difficultés qui font écho à des données déjà soulignées dans des évaluations précédentes [1,2].

En 2009, on estime à 134 000 le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement par médicament de substitution aux opiacés (MSO)¹. Parmi eux, un peu plus de 25 % sont traités par la méthadone. La prépondérance des traitements de substitution Buprénorphine haut dosage (BHD) étant une spécificité française. Au contraire des traitements BHD massivement initiés et suivis en médecine de ville, les traitements méthadone sont nécessairement primo-prescrits dans un centre spécialisé ou à l'hôpital. Historiquement, la mise en place des traitements de substitution (TSO) en France s'est constituée sur ce clivage entre une modalité thérapeutique organisée autour de la méthadone, plutôt en centre spécialisé et pour des patients au profil plus sévère d'un côté, et une autre, autour de la BHD, plutôt en médecine de ville, pour des profils de patients moins gravement dépendants. Cette organisation typiquement française a néanmoins fait l'objet de discussions dès sa mise en œuvre, la nécessité d'élargir l'accès à la méthadone étant notamment mise en avant. Ce point continue de faire débat aujourd'hui.

¹ Il s'agit d'un nombre théorique établi à partir d'une posologie moyenne prescrite. Voir graphique 1. Ce nombre étant concordant avec les données de l'Assurance Maladie. Selon une estimation réalisée par cette dernière, 136 000 patients auraient obtenu un remboursement de MSO au 1^{er} semestre 2009.

Une évaluation de la question de l'accès à la méthadone réalisée en 2001

A la demande du Ministre délégué à la Santé, une évaluation de l'accès à la méthadone en France a été réalisée en 2001 [1]. Les auteurs ont tout particulièrement analysé les fondements de ce système de délivrance de TSO typiquement français massivement organisé autour de la BHD. Ils ont interrogé ce qu'ils ont appelé une « disparité chimique » couplée à une « disparité géographique » entre les deux molécules pour en conclure que la franche prédominance des traitements par BHD en médecine de ville ne reposait ni sur des critères médicaux -plus grande adéquation *supposée* de la BHD pour certains profils de patients-, ni sur un état des besoins réels.

Les raisons identifiées en 2001 pour expliquer la sous-représentation de la méthadone dans les prescriptions étaient les suivantes :

- une crainte des surdoses ;
- une représentation de la méthadone comme « un médicament de spécialistes », peu accessible aux médecins tout venant ;
- un conditionnement –sirop dans des flacons de verre- très peu malléable pour les soignants comme pour les patients ;
- des conditions de délivrance dissuasives (lourdeur du protocole, cadre collectif sans discrétion) ;
- une symbolique (basée sur des croyances) discriminant la méthadone supposément adaptée aux « cas lourds – après échec » ;
- une différence des moyens de promotion des 2 molécules et de formation à leur prescription ;
- un cadre législatif privilégiant la sécurité à l'accessibilité et faisant de la méthadone un médicament d'exception au contraire de la BHD.

Au total, aux yeux des auteurs, toutes ces caractéristiques étaient responsables du déséquilibre BHD-méthadone et des problèmes d'accès à la méthadone.

Dans leurs recommandations, les auteurs préconisaient un certain nombre de dispositions visant à réduire ce déséquilibre, élargir l'accès à la méthadone et mettre en place un accès garanti à la méthadone dans tous les départements (20 % des départements français étaient alors dépourvus de lieu de primo-prescription) organisé en 3 portes d'entrées : ville (primo-prescription, dispensation et suivi en ville), établissements de santé ou centres spécialisés (primo-prescription, dispensation et suivi en centre spécialisé).

Qu'en est-il aujourd'hui ? Les données disponibles

Données de cadrage

Couverture géographique du territoire en centres prescripteurs

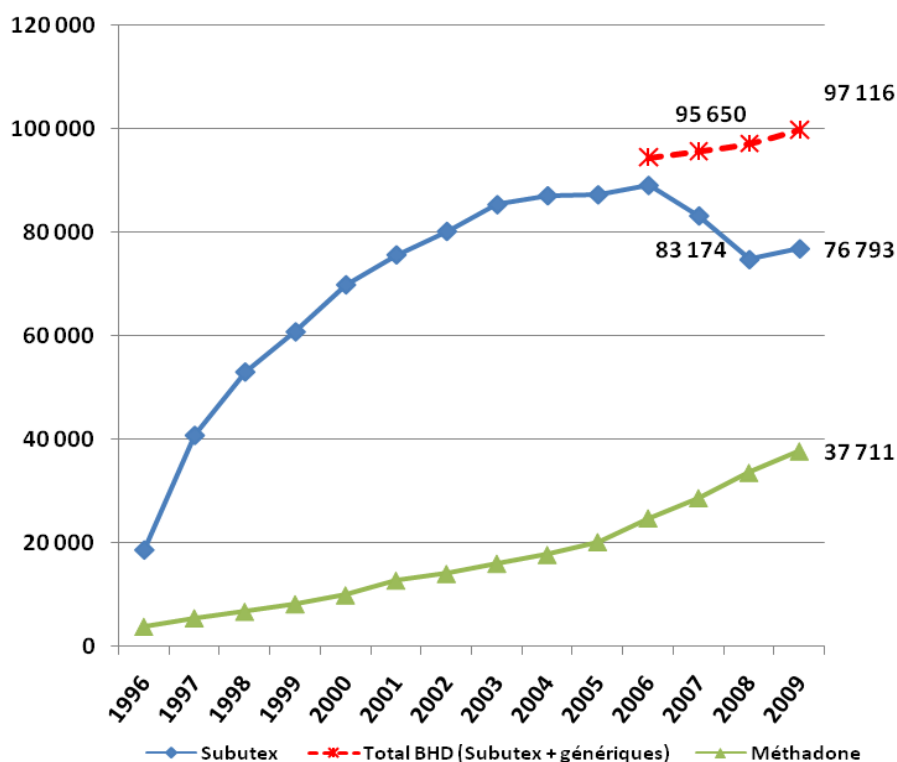
En 2008, selon les données disponibles issues des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, à peine une dizaine d'entre eux déclare n'avoir jamais prescrit de méthadone à un patient. Contrairement à l'analyse de 2001, aucun département n'est totalement dépourvu en centre prescripteur [3].

Nombre théorique de « patients méthadone »

Sans commune mesure avec la proportion de patients bénéficiant d'un traitement BHD, le nombre théorique de patients en traitement méthadone a néanmoins progressé de façon continue entre

1995 et 2009. Effectuée à rythme constant jusqu'en 2004, cette progression a été beaucoup plus lente que celle concernant les patients bénéficiaires de BHD en raison des modalités plus restrictives de prescription de la méthadone. A partir de 2004, suite aux recommandations de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution visant à diffuser la prescription de méthadone [2], la progression du nombre de patients suivant ce traitement s'est accélérée (voir graphique 1).

Graphique 1. Estimation du nombre de personne recevant un TSO (subutex 8mg, méthadone 60mg) depuis 1995²



Source GERS-SIAMOIS-INV5

Au total, alors qu'elles étaient pointées par les auteurs de l'évaluation en 2001 comme des faiblesses, la couverture départementale en centre prescripteur s'est améliorée. La progression accélérée du nombre de patients est elle aussi notable. Pour autant, ce double mouvement ne signifie pas que les besoins en traitement méthadone sont désormais couverts ou en passe de l'être.

² Etabli à partir des données de vente des médicaments de substitution fournis par le GERS, le graphique présente une estimation du nombre de patients recevant un traitement de substitution aux opiacés en partant de l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite sur une année de 8 mg par jour pour le Subutex® et de 60 mg pour la méthadone. Il s'agit de patients théoriques parce que les patients réels ne sont pas tous aussi observants et ne suivent pas tous un traitement du 1er janvier au 31 décembre. Ces estimations du nombre de patients sont d'autre part peut-être surestimées pour le Subutex® dans la mesure où les posologies moyennes réelles semblent être supérieures aux posologies utilisées dans ce calcul. Une étude récente menée par l'OFDT à partir des bases de données de l'Assurance maladie (2 échantillons représentatifs de patients recevant un traitement de substitution en 2006 puis en 2007) montre en effet que les dosages quotidiens moyens de Subutex® sont respectivement de 9,5 mg par jour en 2006 et de 8,9 mg en 2007. A l'inverse, concernant la méthadone, les dosages quotidiens moyens retrouvés dans ces échantillons sont inférieurs à la dose théorique de 60 mg puisqu'ils sont respectivement de 48,8 et 49,5 mg par jour en 2006 et 2007. Ceci pourrait s'expliquer en particulier par la diffusion progressive de la prescription de cette molécule -et conformément aux recommandations émises lors de la Conférence de Consensus- à des sujets plus jeunes et sans doute moins dépendants. Le nombre de patients théoriques est donc dans le cas de la méthadone sans doute un peu sous estimé.

Afin de répondre à cette question, il faudrait pouvoir estimer l'ampleur des besoins d'un côté et croiser ces besoins avec l'offre effective de traitement proposée à l'échelon territorial. En l'absence d'une telle estimation, il est toutefois possible de sonder la nature des difficultés rencontrées par des usagers afin d'accéder à un traitement méthadone.

Des difficultés persistantes : témoignages d'usagers

Un appel à témoignages relatif aux problèmes d'accès à la méthadone a été diffusé sur le site d'ASUD pendant 2 mois consécutifs à partir du mois de mars 2011. La question des difficultés d'accès à la méthadone a été entendue dans un sens large. On a retenu les témoignages couvrant tout type d'éléments présentés par les usagers comme ayant freiné ou empêché leur inscription en traitement.

Texte de l'appel à témoignage : « Vous rencontrez ou vous avez rencontré des difficultés pour accéder à la méthadone. Parce que vous habitez trop loin d'un centre ? Pour trouver un médecin généraliste pour passer en médecine de ville ? Pour trouver un pharmacien ? Pour continuer un traitement à l'hôpital ? Relatives au délai d'induction, que ce soit en Centre méthadone, en service d'addictologie hospitalier ? Pour passer du Subutex® à la méthadone ? Pour augmenter votre traitement de méthadone ? Parce que vous continuez à consommer des produits illicites et que votre centre ou médecin ne le tolèrent pas ? Autres ? Merci d'avance ».

Résultats

1. Des délais d'attente

Certains témoignages font état d'une offre de traitement insuffisante –parfois un seul centre prescripteur à proximité–, se traduisant dans des délais d'attente pouvant aller jusqu'à plusieurs mois. Dommageable, cette situation peut conduire les usagers dans une impasse, comme en témoigne l'extrait suivant :

« Au centre et il y avait 1 liste d'attente de 6 mois avant d'être pris en charge; Quand on a demandé comment faire en attendant, le médecin nous a répondu qu'il fallait continuer pendant 6 mois comme on avait toujours fait (c'est-à-dire en consommant)! Vous vous rendez compte?! Bref, delà nous sommes allés en Belgique et avons trouvé un médecin qui a bien voulu nous prescrire de la méthadone pendant cette période de 6 mois ; Et au bout des 6 mois, nous sommes retournés dans le Centre Méthadone de notre ville et nous avons été refusés parce que nous avions de la méthadone et pas de came dans les urines!!! Découragés, c'est d'ailleurs à ce moment là que nous avons repris le chemin de l'héroïne!!! »

2. Un cadre de délivrance dissuasif

Plusieurs témoignages pointent la lourdeur des conditions de délivrance de la méthadone, depuis le protocole de primo-prescription, jusqu'aux modalités générales de dispensation. Dans l'ensemble, non adaptées aux conditions de vie et aux besoins des usagers, les conditions de délivrance de la méthadone mettent les usagers en difficulté.

Les exemples suivants sont rapportés par les usagers :

- Nombre de rendez-vous organisés pour l'initialisation du traitement.

Ce nombre est jugé excessif en ce sens que le temps de démarrage effectif du traitement en est allongé d'autant. Les usagers déplorent les délais existants pour l'obtention du premier rendez-vous, puis entre chacun des rendez-vous du protocole initial.

Excessif également au sens où ces étapes étalées dans le temps marquent le caractère contraignant du cadre de traitement synonyme pour les usagers qu'ils ne sont pas des patients comme les autres.

- Délivrance quotidienne.

Ce sentiment est également éveillé par le cadre thérapeutique caractéristique des premiers temps du traitement. Les patients sont notamment tenus de se rendre quotidiennement sur le lieu de délivrance de la méthadone, ce que déplorent fortement ceux qui habitent à plusieurs dizaines de kilomètres.

« Le fait que je ne puisse pas m'arranger pour pouvoir venir tous les jours récupérer mon traitement (créneaux horaires super pratiques quand on bosse) n'a semblé émouvoir personne »

Dans l'ensemble, les témoignages des usagers sur ce point font écho à une dimension déjà soulevée en 2001, à savoir la primauté accordée à la « sécurité », par rapport à « l'accessibilité », statut d'exception dévolu à la méthadone. Le caractère contraignant de l'accès à la méthadone est marqué dès la première étape du traitement : aujourd'hui encore la primo-prescription et la primo-dispensation de méthadone se font toujours nécessairement dans un centre spécialisé ou à l'hôpital, la méthadone demeurant de fait d'un accès beaucoup plus strict que la BHD largement prescrite en médecine de ville. En dépit d'évolutions législatives (primo-prescription à l'hôpital, méthadone gélule), le cadre de délivrance de la méthadone ne s'est guère assoupli depuis l'évaluation de 2001.

3. Des préconceptions concernant l'indication du traitement

Un certain nombre d'usagers signalent qu'une prescription de méthadone leur a été refusée au motif que leurs profils de dépendance ou de précarité sociale, insuffisamment prononcés, étaient plus adaptés à un traitement par BHD. Certains usagers sollicitant pourtant la méthadone parce qu'ils ne supportaient pas la BHD. A nouveau, ce point fait écho à l'évaluation de 2001. Il semble que persiste une symbolique discriminant le « subutex-cas léger-première intention » par rapport à la « méthadone-cas lourd-après échec » dans les représentations de certains soignants.

« Devant ma demande de TSO méthadone, le médecin m'a dit textuellement : "ce n'est pas pour vous, la méthadone est réservée à des cas bien plus graves (et ceci en 2 minutes), je vous prescris du Subutex". J'ai pris le dit Subutex qui m'a balancé dans un état fébrile et sans contrôle pendant trois semaines jusqu'au bouquet final qui a été une injection de cc dans la carotide ! Là, le choc a été très violent et un pote m'a de suite filé quelques jours d'avance de méthadone (40 mg je crois) et un autre Csst a pris le relai de ma prescription méthadone qui depuis, m'a stabilisé mieux que tout autre chose. Je trouve absurde, voire "odieux", de subir un tel refus sous prétexte que l'on a une éducation de niveau universitaire et que l'on est issu d'un milieu "aisé" et que l'on ne présente pas comme un SDF. La déambulation dans les couloirs de la dépendance n'est pas uniquement autorisée aux personnes socialement défavorisées. »

Les difficultés mentionnées ci-dessus sont d'autant plus soulignées par les usagers quand l'offre de traitement est concentrée sur un seul lieu de prescription sur leur territoire. Ces derniers déplorent en effet de n'avoir pas la possibilité de se tourner vers un autre centre de primo-prescription alors même que les délais ou contraintes posées par le centre prescripteur constituent pour eux un puissant obstacle au démarrage du traitement.

4. Une rupture dans la continuité du traitement

Un témoignage d'usager rapporte plusieurs épisodes de rupture dans la continuité de son traitement à l'occasion de séjours à l'hôpital.

« En tant que citoyen je dirais que les vrais problèmes se situent dans les hostos où l'on peut se trouver hospitalisé en urgence et qui la plupart du temps se trouvent totalement démunis en matière de TSO. J'ai deux souvenirs cuisants et récents qui me viennent immédiatement à l'esprit: une urgence à XX (Suresnes) où l'on me garde 2 jours sans aucune possibilité d'avoir ma méthadone et idem à l'hôpital XX à Nanterre où hospitalisé à la suite d'une crise de diabète j'ai été obligé de me tirer en louché pendant la journée pour aller me munir des petites gélules magiques chez moi avant de regagner ma chambre fissa. L'infirmière m'a fait un scandale, le médecin les gros yeux et mon colocataire s'est tiré avec mes cachous le jour de sa sortie. A part ça tout va très bien madame la marquise ».

Sources

1. Augé-Caumon, MJ., Bloch-Lainé, JF., Lowenstein, W., Morel, A., *L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations*, Paris, Ministère délégué à la santé, 2002.
2. *Conférence de consensus. Stratégie thérapeutique pour les personnes dépendantes de opiacés place des traitements de substitution*. Alcoologie et addictologie, 2004. 26(S4).
3. Rapports d'activité type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, exploitation OFDT.