

Royaume du Maroc



Ministère de la Santé

Direction de l'Épidémiologie et de  
Lutte contre les Maladies

A faded, blue-tinted image of medical supplies is visible in the background. It includes two syringes, a vial, and some papers or a map.

## **Programme de Maintenance à la Méthadone au Maroc**

Octobre 2008



Royaume du Maroc



Ministère de la Santé

Direction de l'Epidémiologie et de  
Lutte contre les Maladies

# **Programme de Maintenance à la Méthadone au Maroc**

Octobre 2008



## **Document du Ministère de la Santé Royaume du Maroc**

Le présent document a été élaboré par le Service de la Santé Mentale et des Maladies Dégénératives, dirigé par le Dr Fatima ASOUAB, et sous la Direction du Dr Noureddine CHAOUKI, Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies.

Ce document d'orientation pour le Maroc en matière de traitement de substitution aux opiacés a été élaboré grâce à la consultation du Dr Pierre GOISSET, Directeur du centre Mosaïque, Montreuil, France, et expert international. Nous regrettons l'absence du Docteur Pierre Goisset, en ce moment où nous nous apprêtons à éditer ce document. Le Dr Goisset, ami, collègue et partenaire nous a quitté récemment, et nous n'oublierons jamais qu'il a été parmi les personnes ressources qui ont constamment soutenu le Ministère pour la mise en place de sa stratégie de lutte contre les toxicomanies en général et le Programme National de Réduction des Risques en particulier. Toutes nos condoléances à sa famille et ses proches.

Enfin, nous présentons nos vifs remerciements au Groupe Pompidou du conseil de l'Europe, à l'ONUSIDA, l'UNODC, et Fonds Mondial, nos partenaires internationaux pour leur appui continu à la mise en place de la politique nationale en matière de Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues Injectables.



## Préface

Les traitements de substitution sont une des options thérapeutiques offertes aux personnes dépendantes aux opiacés. Ils consistent à prescrire des médicaments à base de dérivés morphiniques, qui ont une activité pharmacologique similaire à celle de la substance psychoactive à l'origine de la dépendance.

Les traitements de substitution à la méthadone sont considérés comme un moyen efficace de réduire la consommation d'opioïdes, l'abus d'autres intoxicants, l'activité criminelle et le taux de mortalité. Ils ont également fait leurs preuves en matière de réduction des comportements à risques liés à l'usage des drogues injectables, notamment les comportements présentant des dangers de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite C et des infections sexuellement transmissibles (IST). Par conséquent, le traitement de substitution à la méthadone améliore la santé physique, mentale, la vie en société et la qualité de vie.

Ainsi, le Programme de Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) au Maroc s'inscrit dans le cadre du dispositif de réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogues injectables. Un consensus unanime entre professionnels de santé et intervenants en matière de toxicomanies a été à l'origine de l'implantation d'un projet pilote de substitution. Les éléments pris en compte pour faire le choix du produit, sont l'expérience internationale et le contexte marocain (coût, structures de soins, prévalence et foyers d'usagers de drogues). Le consensus a porté sur la méthadone en première intention.

Le présent document est un guide national pour l'implantation du programme de Traitement de Substitution aux Opiacés. Il est destiné aux prescripteurs et autres acteurs impliqués et comporte des informations techniques indispensables à sa mise en œuvre.

**Dr. Nouredine CHAOUKI**

Directeur de l'Epidémiologie et de la lutte  
contre les Maladies, Ministère de la Santé





# SOMMAIRE

<b>1) Introduction</b>	<b>8</b>
<b>2) Traits distinctifs de l'usage d'héroïne au Maroc</b>	<b>9</b>
<b>3) Situation des femmes héroïnomanes</b>	<b>10</b>
<b>4) Objectifs du programme</b>	<b>11</b>
<b>5) Critères d'inclusion dans le programme</b>	<b>11</b>
a) Critères d'admissibilité	
b) Inclusions prioritaires si nécessaire	
c) Gestion des inscriptions en liste d'attente	
<b>6) Critères d'exclusion : respect des contraintes</b>	<b>13</b>
<b>7) Montée en charges des admissions et nombre de patients dans le programme</b>	<b>13</b>
<b>8) Evaluation du programme</b>	<b>14</b>
a) Domaines d'évaluation observés	
b) Durée de l'évaluation	
<b>9) Durée du traitement pour un patient donné</b>	<b>16</b>
<b>10) Organisation administrative du programme</b>	<b>16</b>
a) Informatisation de la prescription et de la dispensation	
b) Gestion d'un dossier patient partagé	
<b>11) Articulation des programmes Méthadone avec les activités de Réduction des Risques : Choix d'une implantation mixte</b>	<b>17</b>
<b>12) Choix des modalités de dispensation du traitement</b>	<b>19</b>
a) Pas d'emport du Traitement au domicile	
b) Supervision de la prise du Traitement au centre	
<b>13) Choix des jours d'ouvertures et des horaires de dispensation</b>	<b>20</b>
<b>14) Choix de la substance</b>	<b>21</b>
a) Arguments pour et contre l'emploi de la Buprénorphine	
b) Arguments pour et contre l'emploi de la Méthadone	
c) Conclusion	
<b>15) Stockage de la substance</b>	<b>23</b>
<b>16) Effectif soignant et composition des équipes</b>	<b>23</b>
<b>17) Préconisations concernant les locaux</b>	<b>24</b>
<b>18) Posologies initiales et adaptation durant la 1<sup>ère</sup> semaine</b>	<b>25</b>
<b>19) Posologies de stabilisation ou «de maintenance»</b>	<b>26</b>
<b>20) Rythme des consultations médicales</b>	<b>26</b>
<b>21) Pratique des analyses urinaires</b>	<b>26</b>
<b>22) Formation des équipes</b>	<b>27</b>

## 1) - Introduction

Depuis ces dernières années, les autorités marocaines se sont alertées de l'existence d'une épidémie d'usage de drogues dans le pays. C'est plus particulièrement le développement de l'usage d'héroïne par la voie injectable au cours des années 2004 à 2006 qui a été observé avec une certaine inquiétude. Le Ministère de la Santé a alors procédé à une évaluation qualitative et quantitative du phénomène ainsi que du risque de diffusion du Virus de l'Immunodéficience Humaine (V.I.H.) parmi les personnes concernées.

Les résultats de cette évaluation ont été remis au milieu de l'année 2006 et ont amplement confirmé les premières impressions. Le gouvernement a alors décidé la mise en œuvre d'un plan d'action pour faire face à cette situation et à ses conséquences sanitaires. La démarche de «réduction des risques» qui a été approuvée, est destinée à diminuer les dommages encourus par les usagers de drogues eux-mêmes aussi bien que les méfaits qui sont occasionnés à la société dans son entier.

Les mesures proposées sont destinées à faire barrage à l'épidémie de SIDA et d'hépatite C au Maroc chez les consommateurs de drogues mais aussi à protéger la population générale d'une épidémie jusqu'ici contenue. Le plan comprend des initiatives destinées à prévenir la diffusion des virus mais aussi à aider les personnes concernées en leur proposant un traitement médical de leur addiction avec la mise en place de programmes de traitement par prescription d'une substitution opiacée. Ces initiatives doivent être adaptées aux spécificités de la situation marocaine qui ont été mises en évidence par le travail d'évaluation réalisé en 2006.

Ce texte a été conçu à la suite de rencontres qui se sont déroulées sur le terrain au printemps 2007. Il constitue la mise en forme de discussions qui ont eu lieu tant avec les autorités chargées d'engager la réalisation de ces programmes, qu'avec les professionnels chargés de les faire fonctionner sur le terrain. Il se donne pour objectif de soumettre une série de recommandations pratiques pour favoriser une mise en œuvre du programme de traitement de substitution afin que celui-ci se révèle adapté aux objectifs que se sont donnés les autorités, à la situation du pays, avec le souci de bâtir un projet qui soit praticable, prudent et qui laisse place à des évolutions possibles dans le futur.

## 2) - Traits distinctifs de l'usage d'héroïne au Maroc et conséquences pratiques

Il est nécessaire d'adapter les modalités d'intervention à la situation locale, aux besoins spécifiques et aux moyens disponibles qui préexistent pour viser une efficacité maximale. Les principaux traits distinctifs de l'épidémie marocaine tels qu'observés dans l'évaluation sont résumés ici brièvement :

- Concentration géographique du phénomène au nord du pays, à proximité des zones de contact avec l'Espagne et le continent européen plus généralement.
- Relative jeunesse de l'épidémie de consommation d'héroïne,
- Taux d'accroissement rapide du nombre d'usagers,
- Faible diffusion à ce jour dans le milieu des usagers des informations, connaissances et outils permettant de réduire les risques encourus lors de cette consommation en matière de surdose et de transmission du VIH et des hépatites.
- Prévalence basse de l'infection VIH dans le groupe cible
- Situation à risque majoré pour les femmes

Parmi les caractéristiques de l'épidémie précédemment citées, certaines peuvent être considérées comme décrivant une situation favorable. En particulier la faible prévalence actuelle du VIH fait partie de ces bonnes nouvelles. De même la concentration du phénomène au Nord du pays fait espérer une meilleure efficacité des interventions nouvelles. Cette situation globale demeure toutefois extrêmement fragile. L'urgence de la mise en place des mesures préconisées ne fait aucun doute. De nombreux pays qui étaient dépourvus d'interventions adaptées, ont connu une ascension fulgurante de l'épidémie de SIDA dans un délai inférieur à une année. La rapidité dans la mise en œuvre des dispositifs de réduction des risques et de soins sera donc le meilleur gage d'efficacité pour relever ce défi.

La concentration géographique de l'usage d'héroïne dans le nord du pays est une caractéristique qui menace de n'être que provisoire. Malgré une origine localisée, il est courant d'observer secondairement une diffusion des phénomènes d'usage de drogue dans tout l'espace géographique. En effet, les voies de communications routières se sont développées et améliorées dans les dernières années. Les marocains circulent aujourd'hui facilement au sein du pays. Le commerce et les transports routiers suivent le même mouvement. L'offre de substances illicites existe déjà ailleurs et va s'accroître. Il est essentiel que les premières interventions de prévention et de soin soient prioritairement dirigées vers la région Nord du pays. Il sera néanmoins nécessaire que les propositions soient étendues secondairement à l'ensemble des grandes villes du Maroc.

On peut relever un certain nombre de traits favorables dans la perspective de la mise en place d'une intervention :

- L'absence de préjugés chez les usagers qui pourraient être difficiles à modifier
- La mobilisation des professionnels
- La mobilisation de la société civile
- Le soutien prévisible des familles
- Le soutien gouvernemental et institutionnel
- Le soutien international

D'autres éléments par contre peuvent faire difficulté :

- La situation économique du pays qui limite les possibilités d'insertion professionnelle (mais cette situation est en voie d'amélioration avec une croissance économique forte)
- Le lien entre usage et revente du produit très sensible (peu nombreux sont les consommateurs qui ont les moyens d'acheter de l'héroïne avec leurs revenus)
- Les ressources limitées pour l'intervention (l'aide internationale peut suppléer)

### **3) - Situation des femmes héroïnomanes**

L'enquête fait ressortir les spécificités suivantes pour ce qui concerne la situation des femmes qui font usage de drogues :

- Elles sont plus nombreuses proportionnellement au sud qu'au nord
- Elles consomment moins souvent de l'héroïne
- Elles injectent moins souvent les drogues qu'elles consomment
- Elles partagent plus souvent les seringues
- Elles sont plus jeunes
- Elles sont plus souvent divorcées
- Elles bénéficient plus rarement d'un dépistage des affections virales
- Elles ont moins facilement accès aux traitements de sevrage

Ces éléments indiquent la probabilité d'un risque accru de contamination pour les femmes, un isolement social sans doute plus important et une difficulté très spécifique pour accéder aux soins. Il est nécessaire que les initiatives qui vont être mises en place tiennent compte de ces éléments. Il est probable qu'un programme Méthadone ouvert à toutes et à tous, et donc de type mixte, rencontre des difficultés atteindre la cible des femmes usagères d'héroïne.

Il serait utile de réaliser quelques interviews de femmes héroïnomanes, pour mieux comprendre les éléments qui font obstacle à leur accès aux soins afin d'adapter au mieux l'offre qui leur sera proposée.

Dans un souci d'efficacité, il sera certainement nécessaire de proposer des initiatives de soin, spécialement conçues à l'intention des femmes. Celles-ci ont à la fois des besoins spécifiques en tant que femmes et on peut penser que certaines d'entre elles ne souhaitent pas se mélanger à un public majoritairement constitué d'hommes. Il sera nécessaire de réfléchir à la possibilité de leur proposer des temps d'accueil séparés et des services spécifiques en fonction des besoins qui seront repérés.

#### **4) - Objectifs visés par le programme**

- Favoriser l'amélioration de la situation personnelle des patients accueillis
- Favoriser la réduction de la consommation de drogues illicites en tendant vers l'abstinence
- Favoriser le traitement des affections somatiques ou psychiatriques co-morbides chez les patients traités
- Permettre une amélioration de l'état physique des patients
- Permettre une amélioration de la qualité de vie des patients
- Prévenir les contaminations virales VIH et Hépatites
- Réduire les risques de surdose
- Favoriser la reprise d'une activité, rémunérée ou non
- Favoriser la restauration des liens familiaux et amicaux
- Assurer aux femmes un accès au traitement à parité avec les hommes

#### **5) - Critères d'inclusion dans le programme**

##### **a) Critères d'admissibilité**

Les critères retenus pour accéder au programme pourraient être les suivants :

- être dépendant des opiacés (critères du DSM IV)
- avoir réalisé un test urinaire qui se soit avéré positif pour les opiacés
- être âgé de 18 ans au minimum
- résider à proximité du programme avec un trajet inférieur à une heure

##### **b) Problème posé par les inclusions prioritaires**

Il est souhaitable de pouvoir organiser un accueil prioritaire pour certains patients, en raison de l'urgence relative qui peut être observée à stabiliser une situation personnelle ou encore à réaliser une prise en charge médicale adaptée.

Il pourrait concerner :

- Les femmes enceintes.
- Les personnes affectées d'une pathologie qui nécessite des soins immédiats.

Néanmoins il paraît souhaitable de résister à la tentation d'inclure dans le programme une majorité de patients choisis en fonction des critères de gravité, c'est-à-dire ceux qui seraient affectés des co-morbidités somatiques et psychiatriques les plus sévères. Il serait dommageable d'orienter l'activité à partir de préoccupations principalement compassionnelle pour plusieurs raisons. La pratique médicale qui découlerait d'un tel choix pourrait en effet menacer l'efficacité globale du programme. Elle se montrerait assez fatigante et volontiers désespérante au quotidien, avec une faible capacité à influencer le destin de personnes déjà très malades. Le « burn out » est fréquent au terme de quelques années de travail auprès de personnes chronicisées dans leur pathologie et difficiles à traiter. Or il est humainement et pratiquement souhaitable que les soignants demeurent personnellement motivés par l'obtention de bons résultats issus de leur pratique tels qu'ils peuvent les constater au jour le jour. Il découlerait en outre d'un tel choix une incapacité à mettre en relief les aspects positifs du traitement dans le contexte de l'évaluation et une mise en danger de l'initiative elle-même.

Cependant, ce travers qui a été observé lors de la mise en route des traitements dans d'autres contrées est fortement indexé sur le poids relatif des personnes affectées d'un mauvais pronostic qui seraient à prendre en charge. Pour l'essentiel, il s'agit de pays dans lesquels l'infection par le VIH est implantée de longue date. Dans ces lieux, elle a déjà atteint une fraction importante des héroïnomanes pour lesquels l'affection est très avancée et peu susceptible d'amélioration. A ce jour, on n'observe pas ces caractéristiques, fort heureusement, au Maroc.

### c) Gestion des inscriptions en liste d'attente

Dans les premières années, nous devons nous attendre à constater une importante inadéquation entre le nombre de places qui seront offertes et l'afflux des demandes. Cette situation est indépendante de toute estimation des besoins. Elle est relative à la nécessité peu contestable d'organiser une montée en charge progressive des programmes. Il serait déraisonnable de répondre favorablement à toutes les demandes sous prétexte d'équité. La réussite de l'évaluation du programme pilote est un préalable indispensable à toute généralisation ultérieure du traitement et cela dans l'intérêt des patients eux-mêmes. De plus, comme nous l'avons déjà signalé, il est nécessaire que les équipes acquièrent une expérience de la pratique de ces traitements avant qu'elles soient autorisées à augmenter leur file active.

Il importe néanmoins de se préoccuper du sort de ceux qui demeureront « non-admis » dans les premières années et de leur proposer des alternatives. La promotion du travail de Réduction des Risques (RdR) sera l'une des stratégies employées tout à la fois pour rester au contact des consommateurs demandeurs de soins mais aussi pour les aider à stabiliser ou à améliorer concrètement leur situation. Il est nécessaire de maintenir des

filières qui proposent d'autres modalités de soin qui seront fort utiles à l'avenir aux coté de la pratique de substitution. La poursuite d'un travail de type entretien motivationnel est indispensable. De même que le maintien d'un accès aux sevrages sans substitution, en ambulatoire ou avec hospitalisation, est fortement recommandé. L'accès aux soins des pathologies psychiatriques comorbides pour les personnes non-substituées doit être sauvegardé autant qu'il sera possible. Le partage du temps de travail entre ces différentes activités ne manquera pas de constituer une des difficultés majeures à surmonter.

Il serait utile d'inscrire tous les patients demandeurs de traitement sur une liste d'attente. L'estimation des besoins pourra s'appuyer sur les chiffres issus de ce recensement. Les admissions seront décidées en tenant compte d'un ordre de priorité conféré par le rang d'inscription sur cette liste. L'utilisation d'une inscription en liste d'attente à souvent été repérée comme un bon moyen de fidéliser et de stabiliser les patients afin de leur permettre d'accéder ensuite au traitement dans les meilleures conditions. Il n'est pas impossible d'assortir cette proposition de conditions minimales, comme le fait de participer effectivement à un groupe de prévention de type réduction des risques ou encore de venir consulter au minimum deux fois chaque année pour réaliser un bilan et confirmer leur inscription.

## **6) - Critères d'exclusion : respect des contraintes**

La participation d'un patient au programme Méthadone doit demeurer conditionnelle, même s'il est souhaitable d'abaisser le seuil de conditionnalité au plus bas niveau possible. Le patient doit être informé oralement de ces conditions avant son admission dans le programme. Du temps doit lui être donné pour réfléchir à ces contraintes qui vont peser sur lui, avant qu'il ne décide de s'engager de manière formelle. Ces conditions lui seront rappelées par la lecture d'un livret «des droits et devoirs» qui pourra lui être remis à l'issue de la visite de pré-admission.

La signature d'un contrat devra être obtenue, valant acceptation des contraintes qui lui ont été exposées et consentement éclairé de sa part à l'évaluation. Il doit être clair ensuite que toute infraction aux conditions définies dans ce livret, tout manquement au respect dû aux personnes présentes, professionnel ou usager, dans le cours du programme, doit impérativement faire l'objet d'un rappel solennel et ferme au règlement intérieur ou d'une sanction.

Dans le cas d'une réitération des mêmes transgressions, ou devant l'évidence du refus de se soumettre aux conditions préalablement définies, le patient s'exposera à une exclusion du programme, temporaire de préférence ou encore définitive.

## **7) - Montée en charge des admissions et nombre de patients dans le programme**

Malgré l'urgence ressentie, il est absolument impératif de ne pas précipiter le rythme des inclusions. Si tel était le cas, cette accélération se ferait nécessairement au détriment de la qualité du suivi individuel, de la régulation du programme et des

résultats obtenus. Le rythme hebdomadaire des inclusions ne doit pas être supérieur à deux personnes. Au total il est souhaitable que le nombre de personnes inclus la première année ne dépasse pas cent patients par centre. Ultérieurement ce chiffre pourra bien sûr être dépassé. L'augmentation du nombre de personnes accueillies ne pourra pas être envisagé sans réduire la fréquence de passage dans le centre pour les patients stabilisés, ce qui implique d'autoriser l'emport au domicile des doses de méthadone. Au terme de deux ou trois années, on pourra alors imaginer augmenter la population autorisée à deux ou trois cent patients par centre.

## **8) - Evaluation du programme**

Lorsqu'une nouvelle modalité de soin est initiée, il est indispensable de pouvoir rendre compte de son intérêt au terme de la première année. La prescription d'un dérivé opiacé pour traiter des personnes qui ont développé une dépendance aux opiacés peut apparaître comme saugrenue ou encore «contre intuitive», spécialement pour des observateurs peu informés. Les traitements de substitution et particulièrement la Méthadone ont pourtant été l'objet de recherches évaluatives riches et variées, entreprises dès les années 1950 et qui se poursuivent à ce jour dans de nombreux pays. Malgré la reconnaissance dont ces traitements ont pu bénéficier partout dans le monde et leurs succès incontestables, il importe toujours de convaincre du bien fondé de leur emploi et d'afficher leurs résultats dans chaque nouveau pays qui les met en œuvre.

Il serait toutefois inutile et coûteux d'imaginer reproduire la richesse évaluative des grandes études multicentriques princeps à l'occasion de l'implantation au Maroc. Priorité devra être donnée à une démonstration de l'efficacité sur quelques critères simples et faciles à documenter. Il importe aussi de témoigner de la sécurité d'emploi de ces traitements. Enfin, il est toujours éclairant d'enquêter brièvement auprès du groupe constitué par ceux parmi les consommateurs actifs d'héroïne qui n'utiliseront pas ces traitements, soit parce qu'ils en refusent le principe ou pour un quelconque autre motif, afin d'identifier les obstacles qui persistent. A terme, les résultats de cette évaluation doivent pouvoir être utilisés pour améliorer la qualité des futurs programmes et définir de nouvelles priorités.

Il est proposé de réaliser une évaluation de type comparative «avant-après», basée sur un recueil d'informations préalable qui sera réalisé au temps de l'inclusion des patients dans le programme. Ces informations seront comparées au résultat d'un second recueil qui aura lieu douze mois après l'entrée du patient dans le programme. Les critères sur lesquels fonder une évaluation des programmes marocains doivent être définis dès aujourd'hui. La définition des champs d'observation et des indicateurs qui seront retenus a fait l'objet d'une première réunion organisée avec le soutien méthodologique et pratique de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (O.F.D.T.).

Il nous faudra demeurer particulièrement attentif à la faisabilité de cette évaluation. Nous devons garder à l'esprit que les moyens seront comptés. En particulier, il n'est pas envisageable de mettre en place un système constitué d'évaluateurs indépendants. Le recueil d'information devra être réalisé par les soignants eux-mêmes. Il faudra donc concentrer les efforts évaluatifs sur les thèmes essentiels et sensibles afin de ne pas surcharger inutilement les praticiens.

#### **a) Domaines d'évaluation utiles à observer**

1. Le taux de rétention dans le programme au terme d'un an.
2. L'observance du traitement pour les patients suivis. (nombre de jours effectifs de traitement)
3. Les motifs d'abandon et de reprise du traitement (questionnaire abandon – questionnaire reprise)
4. La consommation de drogues illicites durant le traitement (mesurée par auto-questionnaires et corrélée aux analyses des recueils d'urine)
5. L'évolution des pratiques à risque (auto-questionnaires sur les pratiques d'injection, fréquence d'injection, réutilisation et partage du matériel)
6. L'amélioration de l'état de santé des patients (questionnaires WHO – SF12)
7. Le ressenti des patients face au traitement (satisfaction et causes d'insatisfaction, effets secondaires)
8. L'incidence des décès et leurs causes (dont la mortalité par overdose)
9. L'incidence des événements judiciaires (incarcérations : Nombre de jours de prison sur l'année)
10. L'insertion sociale
11. La prévalence du VIH parmi les patients admis et l'existence d'éventuelles séroconversions
12. La proportion des patients qui débutent un traitement anti-VIH

#### **b) Durée de l'évaluation**

Il paraît raisonnable de fixer à un an la durée des traitements individuels ouverts à l'évaluation. Compte tenu du temps nécessaire pour inclure les patients (cf. plus loin), il est à prévoir une durée totale minimale de deux ans pour compléter l'évaluation des patients, qui sera suivie de six mois dédiés à la première analyse des données. La mise en œuvre est prévue pour le début de l'année 2009 et les premiers résultats de l'évaluation seront donc attendus le courant de l'année 2011.

### c) Effectif de la cohorte

Le calcul d'effectif n'a pas encore été réalisé. Il sera fonction des critères principaux qui seront choisis et des seuils de positivité attendus pour ceux-ci. Toutefois, compte tenu d'une montée en charge qui devra être très progressive (cf. plus loin) avec pour objectif principal de ne pas surcharger les équipes lors de la première année, il paraît souhaitable de ne pas dépasser cent patients inclus par centre dans cette première année.

## 9) - Durée du traitement pour un patient donné

Il n'est jamais fixé de durée maximale aux traitements de substitution opiacé. La toxicomanie est malheureusement une condition qui demeurera souvent chronique. Privés du soutien offert par le programme, nombre de patients ne pourront que rechuter dans la consommation d'héroïne. L'importance et la nature des troubles psychiatriques conjoints reste un bon marqueur des besoins de soins dans la durée. On estime généralement qu'après cessation complète de toute consommation d'héroïne, une durée de traitement d'un an est un minimum à prévoir, avant d'entreprendre la diminution lente et progressive de la posologie de stabilisation de la Méthadone. Deux à trois ans de traitement au total, sera la durée minimale requise pour espérer un succès durable. S'il est concevable qu'une fraction des patients traités puissent maintenir leur stabilité sans traitement, dans un tel délai, il est néanmoins certain qu'un grand nombre de personnes parmi eux nécessiteront des soins au très long cours dont il est difficile de préjuger de la durée.

Par ailleurs, certains patients souhaitent diminuer ou arrêter leur traitement Méthadone quand bien même les conditions citées plus haut ne seraient pas satisfaites. Il est nécessaire de tenter de les convaincre de la nécessité de demeurer plus longtemps sous la protection du traitement. En cas d'échec, il est préférable d'accompagner le patient dans sa demande de régression de la posologie, éventuellement jusqu'à l'arrêt du traitement. Il est habituel d'observer que certains patients ne pourront se convaincre de la nécessité de poursuivre qu'après avoir essayé échec et rechute dans la consommation d'héroïne. Ces patients devront a posteriori être considérés comme prioritaires pour une réadmission dans le programme s'ils en font la demande.

## 10) - Organisation administrative du programme

L'optimisation des ressources financières disponibles nécessite une organisation performante de manière à permettre l'accueil d'un grand nombre patients malgré une allocation de ressources limitée et un nombre réduit de soignants.

La dispensation d'un traitement stupéfiant comme la méthadone nécessite une rigueur d'organisation au service de deux objectifs : la sécurité de la dispensation pour les patients inclus dans le programme et la conservation de la substance sous contrôle

strict afin qu'elle ne soit l'objet d'aucune diversion et demeure inaccessible aux personnes non inscrites dans le programme. Il est utile de rappeler qu'une absorption de 40 mg de Méthadone, par une personne n'ayant pas acquis de tolérance vis-à-vis des opiacés, peut entraîner la mort.

#### a) Informatisation de la prescription et de la dispensation

Une comptabilité précise et fiable de la Méthadone doit être organisée. Il convient donc de s'assurer du concours d'un système d'enregistrement informatisé des prescriptions et dispensations de la substance. Compte tenu du risque lié aux interactions médicamenteuses, les autres psychotropes prescrits et délivrés devront faire l'objet des mêmes précautions. Ce système informatisé devra avoir été testé et mis en œuvre avec succès sur d'autres sites préalablement. Il est gage d'un gain de temps appréciable et d'une traçabilité sans faille de l'allocation de traitement au patient. Il permet le suivi quotidien des quantités de substance stupéfiante engagées et la tenue d'un stock à jour. La possibilité d'utiliser un support informatique (PC équipé d'un logiciel dédié) présente de nombreux avantages. La rapidité et l'ubiquité d'accès aux informations depuis plusieurs bureaux est appréciable après la mise en réseau des PC.

#### b) Gestion d'un dossier Patient partagé

La bonne tenue des dossiers patients est une condition essentielle pour le bon fonctionnement des centres. Chaque acte de dispensation, mais aussi chaque entretien ou soin particulier, ou encore chaque évènement marquant dans la vie ou le suivi du patient devront faire l'objet d'une brève mention dans le dossier personnel du patient. Les conditions de dispensation peuvent exceptionnellement faire l'objet d'un accord particulier entre le patient et l'équipe. Elles doivent avoir été discutées au sein de l'équipe en amont et la décision doit être consignée dans le dossier du patient et demeurer partageable et accessible à tous les soignants.

## **11) - Articulation des programmes Méthadone avec les activités de Réduction des Risques (RdR) : choix d'une implantation mixte**

Rares sont les patients qui à ce jour ont pu bénéficier d'un dépistage VIH et Hépatites (entre 12 et 15%). Parmi eux, on retrouve seulement 4 parmi 434 qui allèguent la connaissance d'une séropositivité VIH et seulement 23 patients sur 424 se déclarent séropositifs pour « les hépatites ». Bien que nous ne disposions pas de données de séroprévalence en nombre suffisant, ces chiffres permettent de penser que l'épidémie VIH chez les usagers de drogues marocains est encore contenue. Dans le même rapport d'évaluation, on a pu noter le manque d'information dont souffrent les usagers concernant les risques de contamination liés aux pratiques d'injection.

L'évaluation rapide a montré que les consommateurs de drogues marocains sont peu informés à ce jour des dommages qu'ils encourent en injectant des drogues. Ils

identifient mal les différents risques et ne connaissent pas les moyens de s'en prémunir. La possibilité d'overdose est mal connue. Le fait de contracter l'un des virus hématogènes comme celui du VIH et des hépatites B, C et D est mal compris. Cette situation nécessite une mobilisation immédiate afin d'éviter une évolution épidémiologique défavorable comme on a pu l'observer en Europe du Sud ou aux Etats-Unis. Le savoir des usagers est appelé à évoluer avec la mise en œuvre du travail de réduction des risques qui doit être développé en même temps que l'accès au traitement va être rendu possible. Les usagers doivent être éduqués le plus rapidement possible afin de se protéger immédiatement des risques liés à la consommation injectable. Il existe une réelle urgence au Maroc à débiter les initiatives de réduction des risques. Des outils et des conseils personnalisés seront fournis (seringues stériles et livret d'information) et des explications seront données sur les moyens de se protéger mais aussi de protéger les autres et d'accéder à des soins.

Promouvoir une proximité spatiale entre activités de réduction des risques et traitements de substitution est une idée féconde. Les deux types d'intervention doivent être envisagées comme complémentaires et synergiques, car il est peu réaliste d'imaginer que tous les consommateurs de drogues vont se décider immédiatement et en même temps à renoncer aux drogues en s'engageant dans la voie d'un traitement. Il est donc nécessaire de leur proposer différentes modalités de changement dont certaines sont immédiatement accessibles. Pour ceux qui ne peuvent ou qui ne veulent pas accéder aux traitements substitutifs, il est possible d'apprendre dans un premier temps à domestiquer les risques liés à l'usage. Ultérieurement il leur sera possible de capitaliser cette première expérience réussie et plus facile d'amorcer un nouveau changement en envisageant de renoncer à la consommation. Dans cette perspective, il est très utile de prévoir une implantation mixte des interventions qui fasse coexister en un même lieu, le travail de réduction des risques et l'accès au traitement par la Méthadone. Ainsi les usagers pourront progressivement améliorer leur situation en procédant par étapes successives sans changer de lieu, ni renoncer à leur première relation positive avec les soignants. L'aspect économique d'un tel projet est aussi favorable. Une optimisation de l'allocation de ressources peut être réalisée par la mise en commun de locaux et de personnels entre les deux actions. On peut en outre espérer que s'installe un cercle vertueux entre réduction des risques et prescription de Méthadone. La première activité présentant à la seconde ses clients désireux de se stabiliser. L'accessibilité des soins en sortira renforcée.

Une telle implantation mixte présente des avantages mais aussi quelques inconvénients. Les activités de réduction des risques s'adressent à des consommateurs actifs alors que la prescription de méthadone ambitionne d'aider des personnes qui souhaitent renoncer à l'usage. Une déstabilisation des patients substitués pourrait advenir, en raison de leur trop grande proximité avec les usagers actifs qui fréquentent

l'accueil dans la structure de réduction des risques. Même si cette distinction demeure théorique, il apparaît nécessaire de maintenir une frontière entre les deux activités. Pour favoriser le premier scénario vertueux et décourager le second, il faudra impérativement organiser la séparation temporelle des deux activités (voir plus loin). Il sera tout aussi essentiel de signifier aux patients l'intérêt d'un parcours à «sens unique» entre les deux structures : depuis la réduction des risques vers le traitement de substitution. Si cette séparation temporelle n'était pas nettement circonscrite, il est à craindre l'installation d'une certaine confusion. Les deux activités deviendraient alors plus difficiles à réguler, la fatigue chez les soignants ne manquerait pas d'augmenter et les revendications des patients de fleurir devant le manque de clarté du dispositif.

## **12) - Choix des modalités de dispensation du traitement**

### **a. Pas d'emport du traitement au domicile**

Dans la période de deux ans qui suivra l'ouverture des programmes, il semble raisonnable de ne pas autoriser l'emport de la Méthadone au domicile du patient. Cette durée correspond à la première phase d'évaluation du programme, mais c'est aussi la période durant laquelle les médias et l'opinion publique vont concentrer leur attention sur la nouvelle modalité de soin et porter sur elle un jugement. Cette durée est en outre nécessaire pour asseoir l'expérience des équipes et éviter le risque, même minimal, d'effet latéral négatif du traitement dans la communauté. L'emport du traitement au domicile fait courir des risques non négligeables aux proches du patient, particulièrement en présence d'enfants au domicile. Ce dernier expose les tiers au risque de surdose et menace de décrédibiliser l'initiative, alors que les bénéfices n'ont pu encore être observés à l'échelle du pays. Ces détournements, si minimes soient-ils, nuisent à l'image du traitement, tant chez les patients impliqués qu'auprès de la population générale.

La rareté du traitement peut exciter la convoitise et donner lieu à un commerce de revente illicite de la Méthadone. Il serait très dommageable pour l'avenir du projet lui-même, que des saisies policières de Méthadone soient réalisées à l'extérieur des centres. Il serait plus préjudiciable encore que les autorités soient amenées à constater la survenue de décès par surdose liée à la Méthadone chez des patients traités, voire ce qui serait pire encore chez des personnes qui auraient consommé la méthadone soustraite. Ces événements, bien que rares, deviennent à peu près inévitables lorsque la Méthadone est remise pour être emportée au domicile.

### **b. Supervision de la prise orale du traitement**

Afin d'éviter absolument tout événement de cette nature, la Méthadone sera absorbée sur place au sein des centres par les patients sous supervision de l'équipe infirmière. Aucun flacon ne sera remis aux patients ou à des tiers pour être emporté hors du centre. Si la méthadone ne doit pas être emportée au domicile, il est tout aussi indispensable qu'elle soit ingérée (absorbée) sur place et en présence d'un soignant. Il faut clairement décourager tous les risques de détournement, de partage ou de revente à des tiers, pour les raisons évoquées précédemment.

Pour les mêmes motifs il faut absolument éviter toute possibilité de remise du traitement à un tiers. Il faudra toutefois considérer certaines exceptions, comme la situation d'un patient malade, alité à son domicile. Il est possible de demander à chaque patient de désigner un tiers de confiance qui pourra lui apporter son traitement à domicile, dans des circonstances qui devront rester tout à fait exceptionnelles.

Suite à la validation définitive des programmes qui interviendra nous le souhaitons après l'évaluation initiale, plusieurs raisons pourront pousser à un assouplissement des conditions de dispensation et d'accès au traitement. La nécessité d'accueillir à terme un grand nombre de patients est l'une d'entre elles. La seconde est le besoin éprouvé par de nombreux patients de voir s'alléger les conditions de leur traitement au quotidien. C'est en effet la fréquence des venues dans les centres et le temps passé avec chaque personne qui limitera pour une part l'ouverture des programmes et qui pourra être ressenti comme difficilement supportable par les patients sur le long terme.

Lorsque les patients auront atteint un seuil de stabilisation jugé suffisant, il sera logique d'autoriser un allègement des conditions qui sont imposées. On pourra par exemple leur proposer de venir au centre sur un rythme moins astreignant, de réduire la fréquence des consultations qui sont exigibles et leur permettre d'emporter le traitement au domicile en sécurisant la conservation de celui-ci. Dans le même délai, il serait souhaitable de réfléchir à la possibilité de promouvoir une dispensation de ces traitements dans d'autres lieux comme les officines, avec une prescription du traitement lui-même qui pourrait être confiée à certains médecins de famille sous condition d'une formation adéquate.

### **13) - Choix des jours d'ouvertures et des horaires de dispensation**

Compte tenu du choix de fonctionnement mixte des centres, avec une activité de réduction des risques et une dispensation de méthadone mises en œuvre par les mêmes soignants, il sera nécessaire de différencier les temps consacrés à l'une et l'autre activité. Par ailleurs, il est utile de disposer de deux plages quotidiennes de dispensation séparées de quelques heures, durant les jours de semaine. Elles permettent de voir les patients qui débutent le traitement à deux reprises dans la même journée, pendant les cinq premiers jours.

Le planning doit être adapté autant que possible, aux besoins des patients. Il n'est pas rare d'observer chez certains d'entre eux des difficultés pour se présenter au centre le matin. Inversement, d'autres ont maintenu une activité professionnelle et ne peuvent se libérer le matin. Il est alors souhaitable qu'il puissent bénéficier de la prise de leur traitement en fin d'après-midi

Un exemple de planning, à aménager en tenant compte des situations locales :

9h – 13h 1 <sup>ère</sup> plage de dispensation METHADONE + Entretiens individuels	13h–15h Repas et Concertation de l'équipe	15h00 – 16h30 Accueil Réd. des Risques Entretiens Indiv.	16h30 – 18h 2 <sup>e</sup> plage de disp. METHADONE + Entretiens indiv.
---	--	---	--

Le choix d'un planning d'ouverture des centres fonctionnant sept jours sur sept, est surdéterminé par la volonté de ne pas autoriser, initialement au moins, l'empport de la Méthadone au domicile. Il est donc nécessaire de proposer au moins une plage d'ouverture pour chaque jour. L'expérience nous montre, qu'il faut compter environ trois heures pour pouvoir dispenser la Méthadone à une centaine de patients.

Le choix des horaires doit permettre d'organiser un planning de présence des soignants qui soit réaliste sur la durée. Les éléments de recommandations à prendre en compte seront les suivants :

- La présence de deux soignants en même temps dans le centre est un minimum. Trois serait optimal.
- La continuité des soins est essentielle. Il faut prévoir la suppléance en cas d'absence de l'un ou l'autre soignant.
- La polyvalence fonctionnelle des soignants est indispensable et doit permettre à chacun de dispenser les traitements dans des conditions d'égale sécurité.
- L'organisation de deux plages de dispensation chaque jour découle, on l'a vu, du besoin de limiter le risque de diversion du traitement, mais aussi de pouvoir délivrer la Méthadone en deux fois, durant les cinq premiers jours du traitement. Ces deux plages seront ouvertes à l'exception du samedi et du dimanche où une seule période de trois heures sera organisée.

## 14) - Choix de la substance

Deux substances sont principalement utilisées au plan international pour la prescription substitutive, qui possèdent chacune des caractéristiques assez différentes: la Buprénorphine et la Méthadone.

La Buprénorphine a pour principal avantage sa grande sécurité d'emploi. Il s'agit d'une substance qui possède les propriétés d'un agoniste partiel opiacé. Il est rare de constater avec elle des surdoses mortelles. La discrétion et le faible volume qu'autorise la galénique sèche est appréciable. Les inconvénients sont toutefois nombreux, qui vont du prix élevé, à une efficacité anti-craving légèrement inférieure à la Méthadone, une difficulté à contrôler son administration sous la forme de comprimés et donc un risque plus élevé de voir le médicament détourné de son emploi médical.

La Méthadone a pour elle de nombreux avantages. Il s'agit d'une substance facile à produire et à moindre coût. Sa formulation liquide sous forme de sirop dissuade de

toute utilisation par la voie injectable. La forme liquide recèle toutefois deux inconvénients. Elle est plus instable au plan pharmacologique et plus difficile à conserver. Son stockage occupe plus d'espace que la forme sèche. On peut néanmoins être assuré de son absorption après un simple contrôle de la déglutition. La supervision de sa dispensation est donc plus aisée et les diversions du traitement sont beaucoup plus rares. Les détournements d'usage par voie injectable qui peuvent en résulter sont peu fréquents. Son profil pharmacologique est optimal avec une capacité à réduire le besoin d'opiacés («craving») à peu près inégalée. Ses inconvénients sont connus. Sa sécurité d'emploi est intrinsèquement moins bonne que celle de la Buprénorphine. Il s'agit d'un agoniste opiacé pur et ses effets sont proportionnels à la dose ingérée. Toute administration individuelle à une posologie supérieure au niveau de tolérance acquise du patient peut se solder par le décès du patient. Dans le cadre d'une prise de traitement supervisée, ce risque est rare mais non nul. Il augmente lorsque la prise du traitement est laissée à l'initiative du patient. La mise en œuvre de la Méthadone nécessite des précautions et le respect d'un protocole plus exigeant.

Le choix de la Méthadone en première intention paraît s'imposer au Maroc s'il ne devait y avoir qu'un seul médicament retenu. Les qualités de la Méthadone semblent outrepasser largement ses inconvénients.

La Buprénorphine garde trois indications que la Méthadone ne peut lui disputer.

1) Compte tenu de la faible sensibilité de son catabolisme aux médicaments inducteurs enzymatiques (Cytochrome P450), la Buprénorphine peut être utilisée facilement en cas de comorbidité avec une tuberculose pulmonaire traitée par Rifampicine. La Méthadone est dans cette indication d'un emploi malcommode contraignant à des augmentations de posologie pour juguler l'induction enzymatique produite par le traitement anti-tuberculeux. Il serait utile de pouvoir disposer de la Buprénorphine pour l'utiliser dans cette indication car la tuberculose est une affection qui peut se rencontrer assez fréquemment au Maroc. Sa prévalence menace en outre de s'accroître dans le contexte de l'épidémie VIH naissante.

2) La grande sécurité d'emploi et la discrétion de la formulation en glossettes de la Buprénorphine rendent le traitement plus acceptable pour des patients qui ne veulent pas révéler leur addiction à leurs proches et ne souhaitent pas se mêler à un public de consommateurs de drogues pour accéder au traitement.

3) Enfin, un certain nombre de patients venus d'Europe qui séjournent au Maroc pourraient bénéficier de ces prescriptions.

Il pourrait être envisagé d'autoriser l'enregistrement administratif de la Buprénorphine au Maroc et d'en limiter l'accès à ces rares indications auprès de médecins spécialistes agréés.

## 15) – Stockage de la substance

La Méthadone est une substance classée parmi les produits stupéfiants. Sa valeur de revente sur le marché clandestin est telle qu'il est nécessaire d'organiser une forte vigilance afin d'éviter toute mauvaise surprise. Il importe d'en organiser le transport et le stockage dans des conditions de sécurité suffisantes. Le détournement d'un stock complet de Méthadone serait bien sûr très préjudiciable en terme de communication dans la phase d'évaluation du projet. Plus encore, sa revente par des malfaiteurs et son emploi par d'éventuels usagers qui en feraient l'acquisition au marché noir exposerait ces personnes à un fort risque de surdose. Il s'agit en effet d'une substance agoniste vraie et puissante des récepteurs opiacés, concentrée dans sa formulation.

Il faut imaginer un stockage de la substance stupéfiante dans des armoires fortes (ou coffre fort) au sein de chaque centre munies de serrures accessibles par code numérique, si possible. Celui-ci sera seulement connu des professionnels et il sera prévu de le modifier régulièrement, deux ou trois fois par an et par mesure de précaution après le départ de chaque professionnel qui viendrait à quitter son activité. Il importe en outre que le centre n'ouvre pas ses portes au public durant les périodes dédiées à la livraison de la substance. Chaque jour, seule la quantité nécessaire à la dispensation de la journée devra être extraite du coffre et ce mouvement devra intervenir avant l'ouverture du centre aux patients. Les quantités sorties du coffre pour la dispensation de la journée ne doivent pas être laissées à la portée, ni à la vue des patients pour éviter les tentatives de vol. Le coffre doit impérativement être maintenu verrouillé durant les heures d'ouverture aux patients. Chaque bureau devra être muni d'une serrure et particulièrement la pièce dédiée à la dispensation du traitement. Cette pièce devra être fermée lors de chaque allée et venue des soignants, pour les mêmes raisons.

Comme il a déjà été dit, il est nécessaire que l'accès au centre lui-même soit sécurisé afin que toute tentation de cambrioler l'armoire durant les heures de fermeture du local soit a priori découragée. Une porte d'entrée avec verrous et la pose de volets métalliques ou de barreaux aux fenêtres en rez-de-chaussée paraît indispensable. L'armoire doit être scellée dans le sol si son poids est insuffisant, pour éviter tout «déménagement impromptu».

## 16) – Effectif soignant et composition des équipes

L'activité de prescription et dispensation de Méthadone est de nature strictement médicale. Elle doit être placée sous la responsabilité d'un médecin chef de service, responsable du programme sur chaque site. Celui-ci délèguera la capacité à prescrire la substance aux autres médecins qui collaborent au programme. Ces médecins seront placés sous sa responsabilité. L'activité de dispensation du traitement est elle-aussi de nature médicale. Cette tâche est le plus souvent déléguée aux infirmiers. D'autres professionnels pourraient être appelés à collaborer avec profit à un tel programme, comme des psychologues ou des travailleurs sociaux. La situation marocaine impose d'utiliser les compétences qui sont immédiatement disponibles. Les équipes seront donc constituées essentiellement de médecins et d'infirmiers.

La richesse du tissu associatif marocain ainsi que l'engagement de la société civile que nous avons pu constater sur place devrait permettre à chaque programme de trouver localement des collaborations de professionnels issus de la société civile, à temps partiel sur le mode du bénévolat. Il doit être possible de s'appuyer sur le volontariat pour étoffer les équipes et leur permettre un fonctionnement sans heurt sur la durée. Cette modalité de travail qui implique des collaborations extérieures présente des avantages qui dépassent la simple opportunité du temps de travail mis à disposition. Elle est de nature à ouvrir l'initiative sur le monde extérieur, à faire sortir l'activité des centres de soins pour en faire un sujet dont il est possible de discuter dans la société. Elle renforcera la compréhension générale de l'utilité d'un tel programme parmi la population. Secondairement, il est plus que probable que l'activité devra, au terme de quelques années, se trouver en partie relayée par d'autres acteurs (pharmaciens, médecins) en dehors des centres. Cette ouverture sera nécessaire pour favoriser une bonne couverture des besoins. L'implication progressive dans la phase de projet pilote de certains parmi ces acteurs, devrait préparer et faciliter cette ouverture ultérieure.

La présence dans chaque programme de deux personnes partageant la même fonction (binôme) est absolument indispensable afin d'autoriser les repos, les congés de l'un et l'autre. Il est à souhaiter que l'effectif de deux infirmiers et deux médecins, occupés à temps plein par cette activité, puisse constituer le socle minimal pour animer les centres Méthadone. Cet effectif de quatre personnes paraît toutefois extrêmement faible compte tenu de la polyvalence du travail qui sera entrepris (prescription de substitution, gestion des patients en liste d'attente, autres modalités de prise en charge). Il serait souhaitable de disposer de six professionnels au total pour assurer la pérennité de l'action.

## **17) - Préconisations concernant les locaux**

De nouveaux locaux doivent être construits ou réaménagés pour installer les programmes sur les différents sites. Les besoins requièrent de disposer d'un local d'environ 100 à 120 mètres carrés composé de :

- Trois bureaux polyvalents, dont l'un doit être équipé d'un point d'eau, d'une paillasse pour pouvoir réaliser des soins infirmiers dans des conditions d'hygiène satisfaisantes.
- Une salle d'attente d'une vingtaine de mètres carrés
- Une salle de réunion polyvalente.
- Une pièce dédiée au rangement du matériel, de la pharmacie et au stockage de la substance de manière sécurisée.

Cette définition des besoins est bien sûr extrêmement minimale. Elle devra être augmentée en cas d'activités annexes développées par les équipes ou encore dans l'hypothèse d'une augmentation du nombre de professionnels et de patients accueillis.

## 18) - Posologies initiales et adaptation durant la 1ère semaine

La posologie délivrée aux patients dans la première journée ne devra pas dépasser :

- 30 mg pour les hommes (pour 70 kg)
- 20 mg pour les femmes (pour 55 kg)

Ces chiffres sont à priori inférieurs aux standards internationaux qui fixent ces limites à 40 mg pour les hommes et 30 mg pour les femmes. Cette recommandation de précaution est guidée par quelques données historiques. En effet, lorsque l'héroïne vient à diffuser dans un nouveau pays, le réseau de revente est initialement peu structuré et les produits obtenus sont souvent de médiocre qualité et de faible concentration. Ceci s'explique par le fait que les revendeurs n'ont bien souvent pas accès à des substances issues directement de la production et procèdent au coupage du produit qu'ils obtiennent pour maximiser leurs gains. D'autre part, l'héroïne faiblement concentrée est souvent apte à satisfaire les nouveaux consommateurs qui demeurent pendant un temps faiblement tolérants aux effets opiacés. De faibles quantités unitaires de produit leur suffit. Ce raisonnement est hypothétique et mériterait d'être confirmé par une analyse quantitative de l'héroïne disponible sur le marché clandestin. La concentration de l'héroïne dans le nord du Maroc pourrait donc se révéler inférieure à celle qui est observée dans les pays du nord de l'Europe en confirmant le bien fondé de telles mesures de précaution.

Les augmentations de la posologie dans la phase de début du traitement devront être très progressives et prudentes, ne jamais excéder 10 mg par jour et au total la posologie délivrée quotidiennement durant les premiers jours et avant le huitième jour ne devra pas dépasser 50 mg. La posologie devra être dispensée en deux fois chaque jour, avec 6 heures d'intervalle au minimum entre les deux prises, durant les trois premiers jours.

Les patients devront être observés au plan clinique :

- Avant chaque décision d'augmentation de posologie, à la recherche de signes de manque qui seront relevés et notés sur son dossier. Cet examen doit avoir lieu avant la prise suivante pour apprécier l'état clinique lorsque le patient se trouve en situation de concentration sanguine la plus basse (dite résiduelle).
- Après chaque augmentation, 4 heures après la prise précédente, afin de noter d'éventuels signes d'imprégnation trop marqués (sommolence).

Il est par ailleurs souhaitable que toutes les initialisations de traitement soient entreprises en début de semaine, afin que le partage de la dispensation en deux prises par jour puisse être mise en œuvre durant trois à quatre jours avant l'arrivée du samedi et du dimanche, qui sont des jours avec dispensation unique.

## **19) - Posologie de stabilisation ou «de maintenance».**

Il a été établi que la posologie quotidienne optimale doit se situer habituellement entre 60 et 80 mg pour obtenir une stabilisation efficace du patient. Il est possible compte tenu des remarques précédentes, que les patients marocains puissent se satisfaire de posologies d'équilibre plus faibles. Certains patients pourront nécessiter une adaptation posologique qui dépasse le seuil de 100 mg par jour. Certaines situations particulières ou certains patients dotés d'un catabolisme de la Méthadone plus rapide que la moyenne nécessiteront une augmentation de la posologie au-delà de ces limites. Il existe des médicaments dont la co-prescription avec la méthadone génère un phénomène «d'induction enzymatique» (cytochrome P450) qui génère une accélération du métabolisme de la Méthadone et qui rend nécessaire un aménagement à la hausse de la posologie de Méthadone. La liste de ces médicaments est bien connue et sera tenue à la disposition des équipes. On peut encore se trouver confronté à la nécessité clinique de réduire un «craving» (ou désir incoercible pour l'héroïne) particulièrement impérieux au moyen d'une augmentation de la posologie. La détermination de la posologie optimale de Méthadone pour un patient donné, sera toujours effectuée sur la base d'une évaluation individuelle multi-factorielle.

## **20) - Fréquence des consultations médicales**

Durant la période d'initialisation du traitement la situation du patient doit être réévaluée chaque jour pendant une semaine. Dans la seconde phase de stabilisation d'une durée approximative de trois mois qui s'ouvre ensuite, il est souhaitable que le patient puisse être vu au moins une fois chaque quinzaine. Ensuite durant la phase de maintenance, la fréquence des consultations sera adaptée aux besoins de soins du patient. Une consultation médicale bimensuelle est exigible en toutes circonstances.

## **21) - Pratique des analyses urinaires**

Des analyses urinaires à la recherche de diverses substances qui sont habituellement consommées (opiacés, cocaïne, benzodiazépines essentiellement) seront organisées pour chaque patient, si possible sur une base mensuelle initialement durant les trois premiers mois, puis ensuite bimensuelle ou trimestrielle. Ces analyses seront considérées comme de simples marqueurs de l'évolution du patient, parmi d'autres éléments qui seront pris en compte. Elles seront réalisées autant que de besoin à la demande du médecin, sur une base systématique ou encore un jour donné pour éclairer une situation clinique particulière. Les analyses ont pour avantage d'objectiver les reprises de consommation dans un contexte relationnel cordial et pacifié. Elles peuvent aussi attester le maintien de l'abstinence. Les résultats devront toujours être confrontés aux données de l'examen clinique et discutés avec le patient.

Ils pourront déboucher sur un aménagement de son traitement. Une positivité constatée lors de l'une de ces analyses ne devra jamais entraîner de sanction de la part des soignants à l'encontre du patient.

## **22) - Formation des équipes**

Une formation initiale à la pratique des traitements de substitution a été organisée dans la ville de Rabat en mars 2007. Une quinzaine de participants marocains ont pu s'initier aux connaissances théoriques minimales requises. Nous avons eu le plaisir d'accueillir en outre dans le cadre de cette formation quelques collègues algériens invités à l'initiative des autorités marocaines. Plusieurs praticiens français et néerlandais, dotés d'une assez longue expérience de ces traitements sont venus présenter des exposés et dialoguer avec les médecins, pharmaciens et infirmiers marocains.

A la suite de cette première formation, des stages ont été organisés en France, à Bordeaux, Paris et Montreuil, au sein de centres spécialisés qui pratiquent ces traitements. La diversité de cadre et de pratique clinique offerte par ces trois implantations aura permis, nous l'espérons, aux professionnels marocains de se familiariser avec l'usage courant de ces traitements et d'identifier les difficultés auxquelles ils vont devoir faire face et la manière dont il est possible d'y faire face.

La mise en œuvre des traitements au Maroc, devrait débiter à la fin de l'année 2008 ou encore au début de 2009. La date sera fonction de l'étendue des problèmes concrets de tous ordres qui seront rencontrés et bien sûr du temps nécessaire pour les surmonter. Il sera nécessaire d'actualiser la formation des personnes concernées dans les semaines qui précéderont l'ouverture de chacun des centres.

Dans cette perspective, et dans la semaine qui précèdera la mise en route, une ultime formation sur site est à envisager.

Dépôt légal : 2008/2739  
ISBN : 978-9981-813-80-X



Avec l'appui de :

