QUESTION 4

Quelles sont les modalités de prise en charge nécessaires à la mise en œuvre et au suivi des traitements de substitution aux opiacés ?

Dr Bertrand Riff*
* Association nationale Médecine générale et conduites addictives, 167, rue d'Arras, F-59000 Lille

Quels sont les critères de choix pour un suivi ambulatoire par la médecine de ville ou par un centre spécialisé ?

Résumé

Quels sont les critères de choix pour un suivi ambulatoire par la médecine de ville ou par un centre spécialisé ? L'accompagnement des patients dépendants des opiacés avec les médicaments de substitution se fait à 90 % par la médecine de ville (médecin généraliste et pharmacien) et dans 20 à 40 % des cas en association avec d'autres partenaires, notamment les centres spécialisés. 90 % des patients bénéficient de la buprénorphine haut dosage (BHD) et 10 % de la méthadone. L'étude des déterminants de ces choix nous montre qu'ils sont peu conceptualisés et qu'il n'y a pas toujours choix. Les recommandations officielles sont vagues et les travaux scientifiques peu instructifs. Des critères techniques sont retenus néanmoins pour la nécessité d'un suivi en centre spécialisé : posologie de BHD supérieure à 16 mg, traitement par benzodiazépine associé prolongé ou à posologie hors autorisation de mise sur le marché.

Mots-clés

Toxicomanie – Opiacés – Traitement de substitution – Buprénorphine – Méthadone – Médecine de ville – Centre spécialisé.

Summary

What treatment modalities are necessary for initiation and follow-up of opioid replacement therapy? What are the criteria for the choice for outpatient follow-up in the doctor's office or by a specialized centre?
Management of opioid-dependent patients by opioid replacement therapy is performed in the community in 90 % of cases (general practitioners and pharmacists) and, in 20 % to 40 % of cases, in combination with other partners, especially specialized centres. 90 % of patients receive high-dose buprenorphine (HDB) and 10 % receive methadone. A study of the criteria of these choices reveals that they are poorly defined and that a choice is not always available. Official guidelines are vague and scientific studies provide limited information. Technical criteria are nevertheless adopted for the need for follow-up in a specialized centre: dosage of HDB greater than 16 mg, long-term concomitant benzodiazepine treatment or at an off-label dosage.

Key words

Drug addiction – Opioids – Replacement therapy – Buprenorphine – Methadone – Office medicine – Specialized centre.

Il faudrait que tout patient ait un médecin généraliste (MG), médecin de soin primaire, médecin de premier recours. Le patient dépendant des opiacés comme les autres. Il n'existe pas de définition de la pratique d'accompagnement en soin primaire des patients dépendants des opiacés. Le recours au soin secondaire dans ce champ n'est absolument pas codifié (aucune publication française retrouvée). Le peu de littérature traitant de cette question directement ou indirectement fait que notre propos repose tout autant sur une étude de la littérature que sur notre expertise personnelle. Celle-ci repose sur 15 ans d'accompagnement en médecine générale de patients dépendants des opiacés. Cette pratique intègre depuis le début ce que l'on appelle communément du travail en réseau.

Deux secteurs en concurrence ou en cohérence ?

Ce que nous disent les chiffres

Mars 2003 : 75 000 patients sous buprénorphine haut dosage (BHD, Subutex®) suivis majoritairement en médecine générale (94 %), et 9 600 sous méthadone. 41 % des MG n'ont pas de patient sous traitement de substitution ; nous ne pouvons pas affirmer qu'il s'agit d'un refus de suivre cette problématique. Parmi les 59 % restant, 32 % déclare un à deux patients (1). 20 % des MG suivent de 54 à 80 % des patients selon les sites (enquête CNAM) et, selon certaines sources, 4 % des MG suivraient 50 % des patients (2). 5 % des patients ont plus de deux prescripteurs, 95 % des patients ont au plus deux prescripteurs (2). 40 % des patients suivis en centre spécialisé bénéficient d'entretiens psychothérapeutiques, et pour ceux qui sont suivis en ville, 20 % bénéficient d'un suivi psychosocial (étude Vaucluse sur 12 MG). Dans les Vosges, 70 % des patients suivis en ville n'ont pas d'accompagnement psychosocial (2).

Une autre étude qui compare une cohorte de patients suivis en ville et en centre spécialisé nous montre qu'il n'existe pas de différence entre les deux cohortes, ni dans les populations, ni dans les résultats en termes de rétention ou d'évolution d'index de sévérité (*Addiction severity index* - ASI) (3). L'enquête Epsom nous montre que la prise en charge conjointe avec un psychiatre où un psychologue se fait dans 40 % des cas, mais que l'une des difficultés les plus fréquemment rencontrée est le refus de consulter un psychiatre. Elle nous montre aussi que 48 % des consultations de MG sont l'occasion d'apporter un soutien psychologique au patient (15). La posologie moyenne de méthadone se situe autour de 60 mg, alors que pour les patients suivis en ville avec demande de remboursement, elle se situe autour de 110 mg (Bordeaux, Lille, Paris) (2).

Ce que nous disent les patients

Les critères de choix pour le patient :

. La réalité géographique : lorsqu'il n'existe pas de centre ou pas de MG, le patient va devoir choisir par défaut. Il existe une grande disparité selon les départements ; en 2002, huit départements n'avaient aucun centre spécialisé de soins pour toxicomane (CSST) et 11 départements n'avaient pas de CSST initiant la méthadone. Depuis le 26 février 2003, c'est une mission obligatoire des CSST (5). Il semble difficile dans certains sites de trouver un MG ou/et un pharmacien.

. Le bouche à oreille : selon la notoriété des soignants ; en effet, on dit fréquemment que les patients possèdent un "Gault & Millau" des lieux d'accompagnement, qui vient du bouche à oreille, de la rue : "là c'est une "prise de tête", et là c'est ce que tu demandes".

. Le choix médicamenteux : la méthadone implique le passage en centre ou à l'étranger pour les régions frontalières.

. Le choix du cadre : la recherche d'un minimum de contraintes implique plutôt le passage par un MG ; par contre, celle d'un cadre plus contenant amène plutôt vers le CSST.

. Le choix d'un éventail de professionnels des champs sanitaires et sociaux sur un même site oriente vers le CSST.

. Le refus des tests urinaires ne rend possible que l'utilisation de la BHD en ville.

. La préférence pour le MG : dans une étude anglaise, 121 toxicomanes à l'héroïne sur 145 interrogés disent préférer être suivi par un généraliste (6).

. L'exclusion : les patients "dysfonctionnants", surtout les violents, se voient exclure des lieux de soin, et de fait tentent de trouver une substitution en ville. Il existe en France un CSST pour 1 000 MG, il est donc toujours possible pour un patient exclu d'un centre (mise à pied) de trouver un MG.

. L'insolvabilité : un certain nombre de patients sortent de leur période de consommation compulsive en ayant perdu tout accès aux droits sociaux et sans le sou ; seule la prise en charge en centre spécialisé permet la gratuité des soins dans ce cadre.

. La difficulté d'accès à la méthadone : dans bon nombre de CSST, c'est un parcours du combattant. Les patients suivis en médecine générale avec la BHD et qui nécessitent la méthadone se voient souvent imposés un parcours d'accès des plus dissuasif. Bien souvent, quelle que soit l'évaluation bio-psychosociale, les protocoles sont les mêmes ! Le patient qui travaille comme celui qui est en grande désocialisation se verront obligés de passer tous les jours au centre.

. Le fait que la méthadone n'existe que sous forme de sirop à forte teneur en sucre fera pour certains patients choisir par défaut la BHD qui existe en comprimé. En Belgique, la forme "comprimé" est disponible en pharmacie. Les patients diabétiques nécessitant la méthadone ont la même difficulté mais, pour ces patients, il est possible de faire fabriquer par les pharmacies hospitalières la forme "comprimé".

Ce que nous dit la littérature

Les recommandations officielles

. Circulaire de mars 1995 : autorisation de mise sur le marché (AMM) "*indication dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, et dans le cadre d'une stratégie thérapeutique globale de prise en charge médicale sociale et psychologique*" ; et relais auprès d'une équipe spécialisée si la prise en charge du patient s'avère trop complexe (7).

. Circulaire d'avril 1996 : elle recommande aux médecins de prendre l'avis auprès de confrères expérimentés et/ou spécialisés (8).

. Pour la BHD, le Vidal stipule que le résultat du traitement dépend, d'une part, de la posologie prescrite et, d'autre part, des mesures médico-psychologiques et socio-éducatives associées pour le suivi des patients.

Nous disposons d'une série de recommandations officielles suffisamment floues pour permettre à chacun de s'y retrouver. La grossesse pose une difficulté supplémentaire, puisque seule la méthadone a l'AMM dans ce cas. Il faut remarquer que pour les patientes enceintes, bon nombre de CSST ont simplifié les modalités d'accès à la méthadone. La conférence de consensus belge relative à la méthadone du 8 octobre 1994 stipule que l'accessibilité aux traitements à la méthadone doit être accrue en fonction des besoins et inclure les intervenants de première ligne (MG). Les patients peuvent être traités soit dans un centre multidisciplinaire, soit en médecine générale. Ces médecins doivent avoir acquis la formation nécessaire et veiller à l'entretenir, par exemple par la pratique de l'intervision clinique.

Les recommandations officieuses

. du laboratoire Schering Plough. Il ne faut pas oublier que, pour bon nombre de MG, les informations/formations sont arrivées par le biais des visiteurs médicaux, et que l'information orale a montré sa supériorité sur l'écrit. Si l'industrie pharmaceutique a régulièrement rappelé l'intérêt d'une rigueur de cadre et de la prise en charge multidisciplinaire dans les différentes brochures proposées aux médecins, elle est toujours restée très discrète sur ce que cela voulait dire concrètement, et les formations qu'elle parraine sont plus un apprentissage à prescrire une thérapeutique qu'à réaliser un accompagnement bio-psychosocial ;

. du *Guide santé toxicomanie de Savoie. Approche pratique en médecine générale* : "*la prise en charge ne semble pas possible en cas de violence, s'il existe une pathologie psychiatrique, en cas d'impossibilité de trouver un terrain d'entente. Le travail de liaison entre médecin et pharmacien est essentiel*" (9) ;

. de *Médecine générale, concept et pratique* : la prise en charge par un MG ne peut se faire que dans des conditions bien précises (contrat, suivi régulier, nécessité de régler les consultations) et que si le médecin a acquis une solide expérience de suivi de toxicomanes, en collaboration étroite avec d'autres professionnels (10).

Les publications officielles et officieuses viennent surtout donner des renseignements sur les qualités requises par le MG, mais très peu sur le patient et les limites de l'accompagnement en soin de santé primaire.

Les recommandations des publications scientifiques

Nous n'avons pas retrouvé de publication scientifique traitant directement du sujet. Il nous a fallu rechercher dans des études épidémiologiques un éventuel item abordant le sujet. Nous avons retrouvé quatre facteurs défavorables à une prise en charge en médecine générale : insertion sociale faible (10, 11) ; trouble psychologique (10-12) ; plus de dix ans d'usage de l'héroïne (10, 12) ; et s'il n'existe pas de désir d'arrêter l'injection par voie veineuse (11, 13). L'existence d'une polytoxicomanie est proposée par certains auteurs sans qu'ils définissent la notion de polytoxicomanie (13). Certains articles évoquent la posologie supérieure à 16 mg de BHD comme nécessitant un recours au secteur spécialisé, mais sans autre évaluation. Par ailleurs, les difficultés d'orientation dans le système de soins, notamment de trouver des places en CSST et en psychiatrie, sont citées par 10 % des MG en 2003 (4).

Ce qui pourrait être encouragé comme bonne pratique

Du minimum requis pour la prise en charge aux critères nécessitant de recourir au spécialiste, il ne s'agit ni plus ni moins que de "retrouver la médecine" (11).

Le minimum requis pour une prise en charge par les soignants

• Formation

Une formation minimum est nécessaire. Selon les enquêtes, 30 à 50 % des MG n'ont pas reçu de formation particulière (autre que la visite médicale faite par l'industrie) (6). Si toutes les recommandations officielles et officieuses la préconisent, personne ne décrit ni le contenu ni la forme de cette formation (14, 15). Aucune évaluation n'a été faite en ce sens ; la formation des soignants financée par l'industrie pharmaceutique est-elle éthiquement acceptable ? Chaque groupe professionnel doit avoir la responsabilité de sa formation. Celle-ci doit avoir une approche bio-psychosociale. Elle doit intégrer l'ensemble des partenaires amenés à accompagner le patient. Elle doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique.

• Intégration socioprofessionnelle : ne pas être seul !

Jusqu'à la fin du XXème siècle, l'immense majorité des professionnels du champ sanitaire et social se construisent selon l'adage bien connu : "je suis le meilleur parce que les autres sont mauvais". Changer de mentalité pour "être le meilleur parce que les autres sont là" suppose de la part des professionnels un grand bouleversement. L'accompagnement d'un patient dépendant des opiacés va nécessiter au minimum un binôme médecin-pharmacien. Ce binôme doit correspondre à une réalité d'échanges (9). Certains patients nécessitent des pratiques en réseau, avec de multiples intervenants. La pratique de l'"intervision" clinique, recommandée dans la Conférence de consensus belge (12, 16), consiste à réunir l'ensemble des professionnels accompagnant les patients pour leur permettre d'échanger leur expertise de la situation, afin d'avoir des propositions de soin qui soient les mieux adaptées tant aux soignés qu'aux soignants. Dans la région Nord-Pas-de-calais, depuis dix ans, nous avons intégré cet outil. L'intervision permet un échange clinique, une formation et un travail de réseau en un temps réduit.

Tout patient nécessite un MG ; les patients suivis en CSST aussi. L'étude Epsom montre qu'en médecine générale, pour les patients suivis avec délivrance d'un médicament de substitution, 47 % des consultations n'ont qu'un motif : l'accompagnement de la substitution, et que 53 % en ont au moins deux (1).

• Évaluation de la pratique

Il n'est pas habituel d'évaluer la pratique d'un soignant en France, que ce soignant fasse partie des champs sanitaire ou social. Les médecins ont peu conceptualisé les outils aptes à leur permettre une évaluation de leur pratique. Ces outils peuvent venir de quatre sources : les patients ou associations de patients (17), les pairs et autres professionnels (1, 12, 18), les référentiels universitaires, et les assureurs, principalement l'Assurance maladie. Il s'agit d'un chantier en début de configuration.

L'évaluation du patient et des déterminants nécessitant de l'adresser au secteur spécialisé

La nécessité d'effectuer un bilan bio-médico-social lors des premières rencontres n'est plus à démontrer (12, 18). Ce bilan doit s'effectuer avec un patient disponible, c'est-à-dire substitué ou sevré. Il n'est pas possible d'évaluer dans l'urgence, tant les difficultés sociales, psychologiques que l'état somatique si le patient est en état de manque ou de "défonce". Il faut deux mois minimum d'observations pour avoir une évaluation pertinente (17). Il s'agit d'un paradoxe à surmonter si l'on veut effectuer éthiquement son travail. Il est indispensable d'expliquer au patient que ce n'est qu'au bout de ces deux mois qu'un cadre lui sera proposé. Nous avons développé à Lille, avec les CSST, des codécisions d'accompagnement avec évaluation à deux mois au décours d'une séance d'intervision consacrée au choix du cadre.

Nous avons retrouvé trois grilles d'évaluation ; une nous semble surtout utilisable et utilisée en centre spécialisé, l'ASI ou sa version francisée par les canadiens, IGT (Index de gravité de la toxicomanie). Deux autres grilles, le score TMSP (toxicomanie médical social psychologique) et la grille des maisons médicales belges sont utilisables et utilisées en médecine de ville. Le score TMSP comprend quatre axes : l'axe "toxicomanie" ; l'axe "suivi médical" ; l'axe "sociopersonnel" ; et l'axe "approche psychiatrique". Chaque axe comprend trois degrés de gravité que l'on cote 1, 2 ou 5. Le résultat total se situe entre 4 et 20. Quatre stades de gravité croissante sont définis : stade A, marque inférieure à 8 ; stade B, marque inférieure à 12 ; stade C, marque inférieure à 16 ; et stade D, marque supérieure à 16 (17) (tableau I).

Nous avons bénéficié en 1992 des expériences belges et notamment celle du Réseau Citadelle. Nos collègues belges ont élaboré une grille d'évaluation des gravités bio-psychosociales. Trois types de problématiques sont ainsi étudiés : la consommation, le social et le médical (tableau II). L'utilisation de ce type de grilles permet :

- d'évaluer les différents axes en évitant de fâcheux oublis dans une catégorie ;
- de cerner des priorités à prendre en charge, ou de noter la persistance ou l'émergence d'une problématique spécifique ;
- de comparer les scores au fil des consultations, et donc d'apprécier l'efficacité des prises en charge ;
- de communiquer plus rapidement et plus clairement entre intervenants ;
- de mieux cerner les indications thérapeutiques, ainsi que les modalités de prise en charge par le MG ou le centre spécialisé (17).

Les professionnels du secteur spécialisé ou non doivent s'approprier ces grilles et les adapter à leur terrain et leur pratique. Ces grilles d'évaluation se doivent d'évoluer régulièrement. Plus le patient présente des facteurs de gravité, moins le MG est formé et a une expérience, et plus le patient doit être pris en charge par une équipe pluridisciplinaire. Deux types de structure pluridisciplinaire existent, l'une de type réseau, l'autre de type centre spécialisé. Moins le patient présente de critères de gravité, plus il pourra être suivi en ville par le binôme médecin-pharmacien, pour peu qu'il existe une possibilité de concertation entre ces professionnels.

Conclusion

Il faut qu'il y ait choix

La commission de suivi de la substitution devrait s'assurer que tout patient peut, à distance raisonnable de son lieu de résidence, trouver MG, pharmacien, CSST et autres professionnels du champ sanitaire nécessaires à l'accompagnement des patients dépendant des opiacés. La méthadone est difficile d'accès pour

Tableau I : le score TMSP

Score	1	2	5
Axe suivi médical	Suivi régulier, observance	Suivi irrégulier Difficulté d'observance	Pas de suivi médical
Axe sociopersonnel	Situation professionnelle, familiale et sociale satisfaisante	Problèmes sociaux Papiers non à jour Pas de ressources légales Problèmes familiaux	SDF Marginalisation complète
Axe approche psychiatrique	Pas de trouble notable de la de la personnalité	Trouble modéré ou suivi et non décompensé	Trouble important Tentative de suicide Actes violents Séjour en milieu spécialisé

Tableau II : Grille "belge" d'évaluation bio-psychosociale du cas d'un patient

Gravité liée à l'usage	**1**	**2**	**3**	**4**
Durée	1 an	2 ans		5ans et +
Traitement antérieur	0			Supérieur à 5 ans
Âge	Inférieur à 20 ans	20-25 ans	25-30 ans	Supérieur à 30 ans
Mode	NIV		Mixte	IVD
Polytoxicomanie	0 / THC		Cocaïne	Alcool / Benzodiazépine
Fréquence	Occasionnelle		Quotidienne	Supérieure à 3 fois/j
Q quotidienne	0,5 g			Supérieure à 3 g
Budget quotidien	20 €			Supérieur à 150 €
Gravité liée au social	**1**	**2**	**3**	**4**
Domicile	Autonome	Parent		Squat/SDF
Travail	Stable déclaré	Noir / Intérim		
Ressource	Travail	Parent / Chômage		Racket / Deal / Vol
Assurance maladie	Oui			Non
Famille	Couple non toxicomane	Parent	Mère seule	Couple toxicomane
Réseau	Non toxicomane			Toxicomane exclusif
Justice	0	Interpellation	Contrat judiciaire	Prison
Gravité somatique	**1**	**2**	**3**	**4**
État général	Conservé			Dégradé
Pathologie associée	0	Infection VHC	Infection VIH	
Pathologie psychiatrique	0 / Immature	Dépression	*Border line*	Psychose

les patients nécessitant ce médicament sans nécessairement recourir au cadre du CSST. Pour qu'il y ait choix, il faut que l'accessibilité aux deux options thérapeutiques soit simple. Il faut donc que l'ensemble des médecins bénéficie d'une possibilité de prescription de ces deux médicaments (12).

Quelques critères simples quant à la nécessité de recourir à un avis spécialisé

Les posologies de BHD supérieures à 16 mg devraient faire l'objet d'une codécision thérapeutique. Concernant les benzodiazépines (BZD) associées aux opiacés, les règles de prescription de l'AMM devraient être rappelées et respectées : les traitements de plus de trois mois pour les BZD hypnotiques, et de plus de six mois pour les autres BZD, nécessitent un avis spécialisé ; toute posologie hors AMM nécessite un avis spécialisé. Les patients présentant une pathologie psychiatrique lourde doivent avoir un accompagnement psychiatrique spécialisé, que ce soit en CSST ou en centre médico-psychologique.

"Donner un cadre éthique au laisser-faire !"

Cette phrase du Dr Nadine Vandenbroucke, MG et psychanalyste belge, ayant 15 ans de pratique de la méthadone en cabinet de médecine générale, intégrée au Réseau Citadelle (Tournais), éclaire ce vers quoi les centres spécialisés comme la médecine de ville devraient tendre dans l'accompagnement des patients dépendants des opiacés. Elle marque le passage de la prise en charge à l'accompagnement, la notion de seuil adapté et le type de réflexion que chaque soignant devrait se poser lorsqu'il décide du cadre à proposer à chacun de ses patients (1). Les outils nécessaires à ces tâches se trouvent dans les pratiques de réseau et notamment dans les séances d'intervision cliniques, au cours desquelles les professionnels échangent leurs expertises issues de leurs pratiques. ■

Références bibliographiques

1 - OFDT. Substitution aux opiacés en France, synthèse des informations disponible de 1996 à 2001 en France. Paris : OFDT, 2003.

2 - URCAM Picardie. Thérapeutique de substitution et conduites à risque. Rapport de l'assurance maladie, 1992/2002.

3 - Vignau J, Brunelle E. Difference between general practitioner and addiction centre-prescribed buprenorphine substitution therapy in France. *Eur Addict Research* 1998 ; 4 (Suppl. 1) : 24-28.

4 - Pachabezian V. Enquête Epsom, réseau Paris rive gauche, 2004 (non publié).

5 - Augé-Caumont MJ, Bloch-Lainé JF, Lowenstein W, Morel A. L'accès à la méthadone, bilan et recommandation. Rapport réalisé en mars 2003 à la demande de Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé, mars 2002.

6 - Hindler C. Drug users' views on general practitioners. *BMJ* 1995 ; 310 : 302.

7 - Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995.

8 - Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996.

9 - Vignoulle JL *et al*. Dépendances toxicomanes et comorbidités : approche pratique en médecine ambulatoire. Plaquette toxicomanie Savoie, 2004.

10 - Attali C *et al*. Médecine générale : concept et pratiques. Collège national des généralistes enseignants. Paris : Masson, 1996.

11 - Bouchez J. Les indications des traitements de substitution : de la réduction des risques aux indications médicales. *Le Courrier des Addictions* 2002 ; 4 (4) : 155.

12 - Conférence de consensus belge sur la méthadone, octobre 1997. *Santé conjuguée* 1997 ; 2 : 28.

13 - Office fédérale de la santé publique (Suisse). Dispositions et recommandations relatives à la pratique d'autorisation pour la buprénorphine.

14 - Auriacombe M. Traitement de substitution : le médicament est celui qui le donne. *Le Courrier des Addictions* 2002 ; 4 (3) : 104.

15 - Jamoulle M. Médecin de famille et toxicomanie. Jumet (Belgique), 1997.

16 - Jacques JP. Toxicomanie, qu'a-t-on appris de neuf ? *Santé conjuguée* 1997 ; (2) : 30.

17 - Gibier L. Prise en charge des usagers de drogue. Paris : Doin, collection Conduites, 1999.

18 - Carpentier J. Faire face à la toxicomanie en médecine générale. *Prescrire* 1994 ; (140) : 315.