

## Audition du 21 juin

# Les traitements de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés en France : état des lieux et élaboration d'un plan d'actions de réduction du nombre d'overdoses à ces médicaments

Un bénéfice majeur des médicaments de substitution aura été la diminution sensible de la mortalité par overdoses aux opiacés illicites (héroïne en particulier) dans notre pays. Ces Médicaments de Substitution aux Opaciés (MSO), et tout particulièrement la méthadone, n'étant pas dénués de risques d'intoxication aiguë, leur diffusion s'est accompagnée de mesures d'addictovigilance. Celles-ci envoyant des signaux préoccupants, il était indispensable d'ouvrir une réflexion sur une meilleure sécurité d'emploi afin de réduire le nombre d'overdoses (OD) à ces médicaments.

La position de la Fédération Addiction a toujours été d'assurer la plus grande accessibilité des MSO dans les plus strictes conditions de sécurité. Ce double impératif accessibilité/sécurité s'est complété par la défense d'une offre d'accompagnement global des personnes, conjuguant prescription du traitement et réponses psychosociales adaptées (conférence de consensus 2004). La catastrophe sanitaire actuelle aux USA rappelle que limiter à la seule prescription d'opioïdes la réponse à la souffrance psychique et à l'adversité sociale, qui s'expriment parfois par des douleurs physiques majorées et chroniques, peut être source de dommages secondaires majeurs.

La Fédération Addiction fédère des professionnels issus des 200 associations qu'elle fédère, soit près de 800 établissements de soin, réduction des risques et prévention (soit 80% des CSAPA et CAARUD). Il s'y ajoute près de 500 adhérents des hôpitaux et de la ville, dont un Pôle médecine de ville, MG Addiction. Notre contribution sera donc centrée sur **l'amélioration des pratiques professionnelles**, en complément du rôle de l'auto-support et de la santé communautaire.

En préambule, nous souhaitons replacer l'évolution récente des OD dans l'actuel contexte de RENCONTRE DES OBJETS D'ADDICTION :

- l'évolution des modes de vie, dans une période de crise économique et de dérégulation qui impacte les publics les plus vulnérables ;
- la forte diversification du rapport à la souffrance et à la douleur, comme à la fête et au plaisir, qu'illustrent automédication, usages de NPS ;
- la grande accessibilité des substances, y compris illégales, à l'exemple des achats par internet, des médicaments plus ou moins « régulés », ou encore des cannabinoïdes « promus » pour leurs effets sédatifs ou antalgiques et qui pourraient répondre à des attentes sur le même champ ; une accessibilité de plus en plus difficile, en revanche, à des acteurs de soins de moins en moins présents sur beaucoup de territoires, en médecine de ville, dans les hôpitaux comme dans les CSAPA et CAARUD.

Dans ce contexte, et avec des risques très différents selon le MSO, c'est un équilibre progressivement trouvé entre les attentes, les savoirs et les pratiques des usagers et

celles des différents spécialistes qui conduit à son cadre d'usage. Il s'est souvent agi de « réguler et sécuriser » les pratiques d'usage, plus que de tenter de les empêcher,

ambition à la fois illusoire et parfois même nocive comme l'a bien démontrée, l'efficacité des politiques de réduction des risques.

## NOS CONSTATS

1°) La disponibilité en médecine de ville d'un seul MSO ne permet **pas aux médecins généralistes de disposer de l'intégralité de la palette des réponses cliniques.**

2°) Les difficultés d'accès au traitement méthadone contribue en partie au **recours à la méthadone de rue ou au sulfate de morphine**, achetés clandestinement et pris hors de tout suivi, avec des risques élevés d'OD du fait de leur toxicité notamment chez des sujets naïfs ou à la tolérance réduite après un sevrage.

3°) L'obligation de s'adresser à un établissement de santé pour initier le traitement par méthadone participe à **l'engorgement des files actives qui en rend difficile l'accès** (délais d'accès rallongés, difficulté de recrutement de médecins spécialisés...). Pour les CSAPA, cet engorgement nuit à leur mission de délivrer et prescrire le traitement dans le cadre d'un accompagnement transdisciplinaire, justement nécessaire aux usagers en situation de vulnérabilités multiples. L'impossibilité de primoprescription de méthadone par les médecins de ville fait qu'ils connaissent assez peu ce médicament, ce qui contribue aussi à rendre difficile les relais méthadone des CSAPA vers la médecine de ville et aggrave ainsi l'engorgement.

Il en résulte 5 propositions d'amélioration des pratiques.

## NOS 5 PROPOSITIONS

### 1 Prescription et régulation de la méthadone et des opioïdes à fin antalgique en médecine de ville

1) L'élargissement de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville, avec un pré-requis de formation et une liaison formalisée MG, pharmaciens et dispositifs spécialisés en addictologie (services d'addictologie, ELSA et CSAPA). Ce partenariat s'accompagnera d'un plan de communication rendant visible ce lien acteurs généralistes/acteurs spécialisés pour la prescription des traitements de substitution mais aussi d'opioïdes antalgiques.

Cet appui et ce rôle de ressources/formation devraient aussi concerner la médecine du travail qui reçoit et repère des problématiques de consommations d'opioïdes de manière croissante chez les salariés (liées à des TMS, stress invalidant, automédication pour se détendre...).

2) Le contexte à l'étranger et la situation actuelle de montée des décès par OD dans notre pays, la question récente du « purple drank » ou celle des prescriptions de sulfate

de morphine hors AMM montrent la nécessité d'une formation des acteurs (médecins et pharmaciens) qui prescrivent l'ensemble des traitements opioïdes (y compris à des fins antalgiques). La médecine de la douleur est donc un acteur important de la réponse (Recommandations de la SFETD : Société française étude et traitement de la douleur et de la SFPT : Société française de pharmacologie et de thérapeutique).

La Fédération Addiction est prête, aux côtés de l'ensemble des acteurs concernés et en lien avec les ARS, à participer à ces formations qui permettront cette meilleure articulation des acteurs, nécessaire pour améliorer et sécuriser les parcours de soins des personnes concernées.

## **2) Une affirmation des missions des CSAPA, pour clarifier leur fonction et leur image dans l'agencement des réponses.**

Pour la Fédération Addiction, chaque secteur, ville, hospitalier, médico-social, acteurs de l'auto-support et de la santé communautaire a sa spécificité et son utilité en termes de missions et de pratiques. Leur complémentarité permet de répondre à la diversification des publics. Il est donc important que chacun assure ses missions centrales et ses pratiques, avec l'objectif de mieux inclure dans l'accompagnement les publics qui en relèvent.

Pour les CSAPA, il s'agit de :

- tenir leur rôle d'appui et de soutien aux acteurs de premier recours notamment pour les cas complexes justifiant non pas exclusivement d'un éventuel réajustement médicamenteux du traitement mais d'un accompagnement transdisciplinaire (désocialisation majeure, pathologies duelles : dépression, anxiété, troubles de la personnalité, stress post traumatique, etc...)
- assurer la mission de prescription, de délivrance et de suivi des MSO, sans délais ni procédures inutiles. Il s'agit de couvrir le territoire et d'assurer la diversité des réponses, en supprimant les « faux CSAPA généralistes » qui n'assurent pas la mission « accès aux MSO »
- pour autant, les CSAPA restent des lieux identifiés comme des lieux de soins, et leur accès, même amélioré, reste conditionné par cette réalité. De même, les publics les plus en rupture peuvent hésiter à s'y faire « identifier », tous ne connaissant pas l'anonymat et la gratuité d'accès qui y est possible. D'autres chercheront un MSO non pas comme « traitement » mais pour une « défoncée de dépannage » qu'ils chercheront dans la rue, avec les risques que cela comporte... Cela impose aux CSAPA de continuer à progresser dans leur implication possible dans des actions de RDR sans projet a priori de soins de la part des usagers et de travailler en lien avec les acteurs de l'auto-support.

### **3) Un accès facilité et ciblant les publics vulnérables aux dispositifs et information de réduction des risques et à la Naloxone**

L'accès à ce produit de santé efficace, peu risqué et aisé d'utilisation, doit être facilité pour les publics ciblés, injecteurs actifs (fréquentant notamment les CAARUD) et usagers présentant une réduction de leur tolérance aux opioïdes suite à une période de sevrage : sorties de prison, d'hôpital, de CTR, publics consommant dans des situations qui complexifient le contrôle, tels certains contextes festifs.

Concernant les sortants de prison, une stratégie globale de réduction des risques dont le risque d'overdose doit se mettre en place ; la mise à disposition de naloxone pourra en être l'un des premiers pas.

Concernant les sorties d'hospitalisation ou les passages aux urgences, situations à haut-risque d'overdoses, la même mise à disposition de naloxone doit être le socle d'une réduction des risques de surdose.

Concernant les publics festifs, approchés par les acteurs de la santé communautaire et de l'auto-support, l'analyse de produit et l'accès à la naloxone doit y être systématisée.

Enfin, la délivrance de ces médicaments doit s'élargir à l'environnement (amical, familial, etc.) des usagers et aux acteurs de la sécurité publique qui sont souvent les primo-intervenants sur les scènes d'OD à l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays.

Dans cette perspective, une réflexion sur une adaptation en France des « Good Samaritan laws » pourrait être intéressante pour faciliter l'appel des secours par d'autres usagers témoins d'une OD et qui hésitent à le faire par peur d'être impliqués.

### **4) Des mesures spécifiques visant à réduire les intoxications pédiatriques**

parfois mortelles par un accompagnement des patients utilisant des MSO qui sont parents d'enfants en bas âge (renforcement de l'information sur l'usage et le stockage des médicaments - conduite à tenir en cas d'intoxication).

### **5) Un élargissement de la palette des MSO disponibles (substitution injectable telle que BHD injectable<sup>1</sup>, héroïne médicalisée)**

La prescription de buprénorphine, dont la marge de sécurité est plus importante que celle de la méthadone, et la diversification des galéniques proposées peuvent contribuer à la baisse des risques d'overdoses dès lors que la réponse aux risques induits en sera améliorée (contamination infectieuse, overdoses par injection de comprimés de BHD en association avec des médicaments).

L'adaptation des MSO aux modes de consommation des usagers (y compris par voie IV) réduirait les complications et notamment les overdoses. Elle permettrait un

---

<sup>1</sup> Voir étude Bupré IV de l'INSERM

encadrement individuel des usagers, intégrant une évaluation et une prise en charge spécialisée conduites de manière rigoureuse.

Enfin, le développement de l'héroïne médicalisée a fait ses preuves à l'étranger – Suisse – pour contrôler la composition du produit, former à sa consommation, favoriser l'accès aux soins...

Cette diversification se combine avec l'extension de lieux et pratiques de RDRD :

- ✓ des espaces de consommations supervisées sur l'ensemble du territoire,
- ✓ un élargissement des missions des intervenants vers l'éducation aux risques liés à l'injection,
  - La dispensation élargie de naloxone
  - et la formation aux premiers secours.

## **Pour conclure**

Former et fédérer l'ensemble des acteurs afin de mieux intégrer l'usage des MSO dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire, à même de garantir l'accessibilité et l'efficacité de ces traitements dans de bonnes conditions de sécurité.

Renforcer l'auto-support et la santé communautaire, la RDR, tout le monde ne voulant pas se « faire soigner » ou accéder aux « soins » au même moment et sur les mêmes modes.

Diversifier et rendre accessibles des réponses à la souffrance psychique validées et non exclusivement médicamenteuses, quand douleurs physiques et douleurs morales interagissent dans une circularité morbide auto-amplificatrice.