



31 MARS 1995

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Le Directeur Général

CENTRE DE DOCUMENTATION

LE MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ

A

MESSIEURS LES PRÉFETS DE RÉGION  
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et  
Sociales

MESSIEURS LES PRÉFETS DE DÉPARTEMENT  
Directions Départementales des Affaires Sanitaires  
et Sociales

**Circulaire DGS/SP3/95 N°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.**

**Résumé :**

Accompagnement de la mise sur le marché des médicaments de traitement des pharmaco-dépendances aux opiacés avec mise en place de comités de suivi départementaux et formation des professionnels.

**Mots clefs :** médicaments de substitution, méthadone, buprénorphine haut dosage, traitement des pharmaco-dépendances opiacées.

**Textes de référence :**

- Décret N°92-590 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
- Décret N°94-1030 du 2 décembre 1994 relatif aux conditions de prescription et de délivrance des médicaments à usage humain et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat).
- Arrêté du 7 mars 1994 relatif à la création et la composition de la Commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie.
- Circulaire N°4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de prise en charge des toxicomanes.
- note d'information DGS du 15 février 1995.

.../...

La prise en charge des toxicomanes qui inclut maintenant la prescription de médicaments de substitution constitue un volet essentiel de la politique de santé publique. Ces traitements s'insèrent dans une stratégie thérapeutique d'ensemble de la dépendance visant à terme le sevrage.

Deux médicaments, la méthadone et la buprénorphine-haut-dosage, ont ou auront respectivement une indication validée de traitement des pharmaco-dépendances majeures aux opiacés.

En ce qui concerne la méthadone (cf annexe 1, cadre d'utilisation), celle-ci dispose désormais d'une autorisation de mise sur le marché avec une indication de traitement de la pharmaco-dépendance majeure aux opiacés. Un dispositif à la fois souple et rigoureux permet d'impliquer les médecins exerçant en libéral dans ce traitement.

La première phase du traitement – prescription et délivrance – sera maintenue en centres spécialisés composés d'équipes pluridisciplinaires qui apporteront toutes les prestations nécessaires à chaque patient. Le traitement sera instauré après vérification de la réalité de la pharmacodépendance aux opiacés. En outre, afin d'éviter une double prise en charge à la méthadone, une première analyse urinaire permettra de vérifier l'absence du traceur spécifique de la méthadone produite en France.

Quand ce patient a retrouvé un équilibre personnel, sans consommation d'autres produits et avec des conditions sociales favorables, le médecin du centre pourra lui proposer d'être suivi par son médecin traitant. Celui-ci doit être contacté par le médecin du centre. Après l'accord du médecin traitant, le médecin du centre établit la prescription sur une ordonnance extraite du carnet à souches, sur laquelle il note le nom du médecin vers qui il oriente le patient. Ainsi, ce dernier ne pourra aller faire renouveler ses prescriptions de méthadone qu'auprès de ce seul médecin.

La dispensation du médicament aura lieu dans une pharmacie d'officine du choix du patient. Le pharmacien d'officine devra être contacté par le médecin exerçant en libéral. Le nom du pharmacien qui assurera la dispensation sera inscrit sur l'ordonnance extraite du carnet à souches. Cette dispensation sera modulée en fonction de chaque situation : elle pourra être quotidienne notamment en début de traitement par ce médecin. Celui-ci précisera les conditions de cette délivrance sur l'ordonnance extraite du carnet à souches. La prescription ne pourra excéder 7 jours de traitement.

En cas de problème, le patient pourra être réorienté vers le centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

En ce qui concerne la buprénorphine-haut-dosage, elle devrait disposer d'une autorisation de mise sur le marché prochainement (cf annexe 2, projet de cadre d'utilisation).

La présente circulaire vous précise les mesures à mettre en oeuvre afin d'assurer la réussite de cette politique de santé publique : création de comités départementaux de suivi et développement d'une politique d'information et de formation des professionnels.

1) Les moyens de suivi de la politique de substitution : la mise en place de comités départementaux

Afin d'apporter toutes les garanties dans la mise en place de cette politique associant la médecine libérale et la pharmacie d'officine, je vous demande de créer, sous la présidence du médecin inspecteur de santé publique, un comité de suivi départemental.

a) **Mission**

Ce comité a trois missions :

- 1) Il contribue à l'organisation de la prescription et de la délivrance de ces médicaments de substitution notamment par la mise en place de réseaux entre centres spécialisés de soins aux toxicomanes, médecins et pharmaciens.
- 2) Il conseille les professionnels de santé. Les médecins et les pharmaciens, qui rencontreraient des difficultés dans la conduite et la dispensation de ces traitements pourront demander l'assistance de ce comité en s'adressant à son président, le médecin inspecteur départemental de santé publique. A l'inverse, le comité de suivi pourra solliciter, en cas de difficultés ou pour son information, l'audition de professionnels impliqués dans cette prise en charge.
- 3) Il veille à la bonne utilisation des nouveaux médicaments de substitution et éclaire les autorités sanitaires en ce qui concerne la gestion de la période transitoire.

Pour mener ces missions, il pourra bénéficier de l'appui technique des Centres d'Etude et d'Information sur les Pharmacodépendances.

Les comités départementaux feront un rapport trois mois après la mise sur le marché des deux médicaments ayant une indication de traitement des pharmaco-dépendances majeures aux opiacés. Ce rapport précisera notamment :

- les modalités de fonctionnement en réseau des partenaires impliqués,
- une évaluation du nombre de toxicomanes recevant ces traitements tant en libéral qu'en centre spécialisé de soins aux toxicomanes ; ces données devront être précisées pour chacun des deux médicaments.

- les difficultés rencontrées et notamment celles liées à la poursuite de l'utilisation de médicaments n'ayant pas une indication de traitement des pharmaco-dépendances aux opiacés validée.
- les améliorations qui pourraient être apportées au dispositif.

Une grille d'analyse vous sera prochainement transmise proposée par la Commission consultative des traitements de substitution.

Ce rapport sera transmis à la Commission consultative des traitements de substitution, chargée d'établir pour le ministre de la santé un rapport sur la situation nationale, dont vous serez destinataires.

#### b) Composition et fonctionnement

Ce comité est composé :

- du médecin inspecteur départemental de santé publique, président,
- du pharmacien inspecteur régional ou son représentant,
- d'un représentant du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins,
- d'un représentant du Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens,
- d'un représentant des médecins de ville prescripteurs de médicaments de substitution,
- d'un représentant des pharmaciens dispensateurs de médicaments de substitution,
- d'un représentant des centres spécialisés de soins aux toxicomanes,
- d'un praticien conseil de l'échelon local du service médical des caisses primaires d'assurance maladie,
- d'un médecin exerçant dans un service d'urgence hospitalière.
- d'un médecin psychiatre exerçant en milieu pénitentiaire.

Le médecin libéral et le pharmacien d'officine seront désignés en fonction des situations locales, de la façon suivante :

- quand un réseau ville-hôpital pour la prise en charge des usagers de drogues est en place dans votre département, cette désignation aura lieu au sein de l'association regroupant les libéraux,
- en l'absence d'un tel réseau, vous vous appuyerez sur votre connaissance des pratiques des médecins libéraux et des pharmaciens d'officine pour proposer deux personnalités fortement impliquées dans le suivi de cette population.

En cas de nécessité, pourront être mis en place plusieurs comités de suivi par département.

En fonction de l'importance de la toxicomanie dans votre département, vous préciserez la fréquence des réunions de ce comité. Chaque comité fixera son règlement intérieur. Vous trouverez en annexe 3, à titre d'exemple, le règlement intérieur de la commission consultative des traitements de substitution.

.../...

Vous veillerez à sensibiliser à cette politique, pendant la période transitoire, vos principaux partenaires de la lutte contre la toxicomanie : élus locaux, magistrats et forces de police.

## II) Les instruments de formation et de sensibilisation

La mise sur le marché de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage sera accompagnée d'actions de formation destinées aux différents professionnels qui sont ou seront concernés. Vous trouverez en annexe 4, l'appel d'offres de ces formations dont les DRASS devront assurer une large diffusion. Les crédits nécessaires seront délégués au niveau régional : les montants attribués par région sont précisés dans l'annexe 5. Des crédits complémentaires pourront éventuellement vous être alloués sur la base de vos demandes, à partir d'une analyse des besoins non couverts.

Le principe et les modalités d'une indemnisation des médecins exerçant en libéral et des pharmaciens d'officine sans assistant sont en cours d'étude. Vous recevrez prochainement des informations complémentaires à ce sujet.

Vous me ferez connaître en septembre 1995, le montant des crédits utilisés, le nombre de formations mises en place, le nombre de participants répartis par professions : médecins et pharmaciens qu'ils soient libéraux ou hospitaliers et personnels des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

D'autre part, des documents informatifs, dont vous serez également destinataires, seront diffusés auprès des médecins libéraux et des pharmaciens d'officine.

Votre mobilisation est essentielle pour la réussite de ce nouveau volet de la politique de prise en charge des toxicomanes. Toute difficulté éventuelle doit m'être signalée (Bur. SP3 : 46-62-45-31 - Bur PH1 : 40-56-47-16) et pourra, si elle le nécessite, faire l'objet à votre demande d'une intervention de la DGS dans votre département.

\* \* \*

J'appelle en outre votre attention sur la nécessité de gérer au mieux la période transitoire conformément à ma note du 15 février 1995. En effet, mes services ont été informés de difficultés concernant la délivrance de Moscontin<sup>o</sup> et de Skenan<sup>o</sup>. Je confirme qu'il n'est pas envisagé que le sulfate de morphine bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché pour une indication de traitement de substitution. Toutefois, il paraît délicat d'interrompre les traitements en cours pour des patients stabilisés. Mais, ceux-ci, à terme, devront bénéficier d'un traitement à l'un des deux médicaments de substitution.

Tant que le dispositif prévu n'est pas complètement opérationnel, il est en effet nécessaire de permettre la poursuite de ces traitements, pendant une période transitoire dont le terme sera fixé par le comité de suivi départemental et ne devrait pas aller au-delà du 1er janvier 1996.

En conséquence, il conviendra de conseiller au pharmacien, confronté à la prescription de ces deux médicaments dans une visée substitutive, de prendre contact avec le médecin prescripteur afin de s'assurer qu'il s'agit bien d'une poursuite de traitement. Dans ce cas, il convient de l'organiser en collaboration étroite avec le médecin, afin notamment de s'entourer d'un maximum de garanties pour que le patient ne les utilise pas par la voie injectable.

Si le pharmacien sait qu'il s'agit d'un début de traitement, il réorientera le patient vers son médecin traitant. Celui-ci pourra alors proposer un suivi dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes avec prescription de méthadone ou mettre en oeuvre un traitement à base de buprénorphine.

Je vous rappelle enfin que la prescription et la délivrance de Palfium<sup>o</sup> dans le cadre d'un traitement de substitution sont totalement inadaptées et particulièrement dangereuses. Le dextromoramide, de par la brièveté de son action, a un profil équivalent à celui de l'héroïne, conduisant le patient à augmenter les doses et induisant un risque létal majeur.

Pour le Ministre et par délégation  
Le Directeur Général de la Santé



Jean-François GIRARD

## CADRE D'UTILISATION DE LA METHADONE DU 30 MARS 1995

La commission consultative des traitements de substitution a proposé pour l'autorisation de mise sur le marché de la méthadone les modalités de prescription et de délivrance exposées ci-après, en précisant en outre l'ensemble des principes et des recommandations en terme d'indication, de contrôle et de dosage.

### Les principes généraux

La Méthadone est un outil à utiliser dans la prise en charge de certains toxicomanes. Les objectifs de cette utilisation sont de favoriser :

- une insertion dans un processus thérapeutique et faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique ;
- une stabilisation de la consommation de drogues issues du marché illicite (notamment l'héroïne) et de favoriser ainsi un moindre recours à la voie injectable, source de transmission virale et infectieuse.
- une insertion sociale ;

L'objectif ultime est de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance, y compris à la Méthadone. Il s'agit donc d'un traitement de substitution.

### La prescription initiale

Tous les médecins exerçant en centre spécialisé de soins aux toxicomanes sont habilités à réaliser cette prescription initiale.

Le centre devra proposer une prise en charge diversifiée avec un suivi sur le plan médical, social et psychologique ainsi qu'un accompagnement éducatif.

### Les indications

- être volontaires et accepter les contraintes de cette prise en charge : venue régulière au centre, analyses urinaires.
- être dépendants majeurs et avérés à un produit opiacé. L'intoxication actuelle est attestée par une analyse urinaire, comprenant notamment une vérification de l'absence de méthadone ayant une autorisation de mise sur le marché français (traceur spécifique).

Un soin particulier doit être porté à cette première analyse puisqu'elle constitue le seul moyen pour vérifier qu'un même patient ne bénéficie pas de deux suivis avec prescription de méthadone.

### Posoiogie

Il est conseillé au médecin du centre de ne pas prescrire une dose quotidienne de méthadone supérieure à 100 mg.

### La délivrance

Lors de la première phase du traitement, les centres spécialisés de soins aux toxicomanes réaliseront également la délivrance.

Le contrôle de la délivrance s'exercera selon les modalités précisées dans l'annexe de ma circulaire n°4 du 11 janvier 1995.

### La détention en centre

La détention devra bénéficier des conditions de sécurité prévues dans l'annexe de ma circulaire n°4 du 11 janvier 1995.

### Les contrôles

La fréquence des analyses urinaires reste identique aux dispositions de l'annexe de ma circulaire visée ci-dessus.

### Durée du traitement en centre

Le médecin, en collaboration avec l'équipe, sera seul à déterminer l'opportunité d'une orientation vers la médecine de ville. Il convient de noter que si l'équipe l'estime nécessaire, le traitement pourra toujours être réalisé en centre.

D'une manière générale, cette orientation sera jugée opportune quand l'équipe estimera que le patient a la capacité de gérer de manière autonome son traitement et qu'un suivi institutionnel n'est plus indispensable.

Quelques critères très généraux pourraient être proposés :

- dosage de méthadone stabilisée.
- dosages urinaires négatifs aux opiacés.
- acquisition d'un minimum de stabilité sociale : logement stable, revenu minimum assuré. Le centre aura veillé préalablement à ce que le patient ait une couverture sociale ;
- amélioration de son équilibre personnel,



- suivi somatique et/ou psychiatrique, si nécessaire, est organisé et le patient peut le mener sans accompagnement éducatif.

Des troubles psychopathologiques peuvent se révéler en début de traitement. Il convient de noter que l'équipe devra se laisser suffisamment de temps pour éviter que leurs manifestations en cabinet de ville ne mettent en péril la poursuite de ce traitement.

### La prescription en cabinet de ville

Il n'y a pas de possibilité réglementaire de limiter la prescription à certains médecins généralistes, à titre d'exemple ceux impliqués dans un réseau toxicomanie/ville/hôpital. Seule une contractualisation permettra d'éviter le nomadisme médical.

Le médecin du centre devra négocier, avec le patient, le médecin généraliste en qui il place sa confiance. Si aucun n'est désigné, le médecin pourra proposer un confrère. Celui-ci doit être contacté par le médecin du centre. Après son accord, le médecin du centre établit, sur une ordonnance extraite du carnet à souches, la prescription initiale pour une durée ne pouvant pas excéder 7 jours. Il note sur cette ordonnance le nom du médecin vers qui il oriente le patient.

La prescription par le médecin de ville ne pourra se faire que si celui-ci a été contacté préalablement par le médecin du centre et si son nom figure effectivement sur l'ordonnance initiale. L'équipe du centre doit tenir à jour les orientations effectuées pour chaque patient. Ce fonctionnement permettra d'éviter le renouvellement par plusieurs médecins de ville d'une même prescription initiale.

Chaque médecin fixera sa propre capacité de suivi de patient bénéficiant d'une prescription de méthadone. Il pourra donc refuser une orientation suggérée par le médecin du centre s'il estime qu'il ne peut assurer correctement son suivi.

Si, le patient souhaite changer de médecin de ville, il doit retourner auprès du médecin du centre, un autre médecin sera choisi dans les mêmes conditions et une nouvelle prescription initiale en notant le nom du nouveau médecin sera établie.

L'ordonnance du médecin de ville sera établie sur une ordonnance extraite du carnet à souches pour une durée ne pouvant excéder 7 jours.

### Posologie

Il sera également proposé aux médecins de ville une dose maximale de 100 mg sauf si la prescription initiale était supérieure.

### La délivrance

La délivrance ne pourra se faire qu'au vu soit de la prescription initiale sur une ordonnance extraite du carnet à souches du médecin du centre soit de la prescription initiale du médecin du centre et de la prescription du médecin de ville, également sur carnet à souches, pour une durée ne pouvant excéder 7 jours. Le pharmacien devra en outre vérifier que le nom du médecin libéral, indiqué sur l'ordonnance initiale, correspond bien à celui qui aura établi la prescription en cabinet de ville. Sinon, il ne délivre pas le médicament.

Le médecin devra déterminer, en accord avec le patient, le pharmacien qui réalisera la dispensation du traitement. Le pharmacien choisi doit être contacté par le médecin de ville. Le nom du pharmacien qui assurera la dispensation sera inscrit sur l'ordonnance extraite du carnet à souches.

Il est recommandé en début de traitement en ville une dispensation quotidienne réalisée par le pharmacien d'officine.

Le médecin précisera sur cette ordonnance, s'il souhaite une délivrance fractionnée et dans ce cas selon quel rythme.

Si les contraintes de cette délivrance fractionnée se révèlent trop lourdes, le pharmacien sera éventuellement amené à proposer le nom d'un confrère. Il en informe le médecin prescripteur.

Si le patient veut changer de pharmacien, il doit retourner auprès de son médecin qui établit une autre ordonnance précisant le nom du nouveau pharmacien, après avoir contacté celui-ci et vérifié qu'il en est bien d'accord.

Lorsque le patient est stabilisé, en accord avec le médecin et le pharmacien, il sera possible d'assouplir les contraintes de cette délivrance. La prescription pourra alors être de 7 jours et ne plus comporter systématiquement l'identification du pharmacien. Dans ce cas le médecin précisera sur le carnet à souches "pas de pharmacien désigné".

### Le contrôle

Le médecin de ville estimera les contrôles urinaires nécessaires. Ils seront réalisés au centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

### L'évaluation

Tous les patients bénéficiant de cette prescription, quelque soient les modalités, devront faire l'objet d'un suivi par les questionnaires proposés par l'INSERM. Toutefois, quand 5 000 patients bénéficieront de ce type de traitement, l'exhaustivité ne sera plus nécessaire. Des modalités de suivi aléatoire de certains patients seront définies par l'INSERM.

En outre, les Centres d'Etude et d'Information sur les Pharmacodépendances et la commission des Stupéfiants seront associés au suivi de cette modalité de prescription et de délivrance de méthadone.

## PROJET DE CADRE D'UTILISATION DE LA BUPRENORPHINE HAUT DOSAGE (BHD) AU 30 MARS 1995

La commission consultative des traitements de substitution a proposé pour l'autorisation de mise sur le marché de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) les modalités de prescription et de délivrance exposées ci-après, en précisant en outre l'ensemble des principes et des recommandations en terme d'indication et de posologie.

### Les principes généraux

La BHD est un médicament qui peut être prescrit dans le cadre d'une stratégie thérapeutique globale de longue durée pour certains toxicomanes dépendants aux opiacés. Les objectifs de cette utilisation sont alors de favoriser :

- une insertion dans un processus thérapeutique et faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique ;
- une interruption de la consommation d'opiacés notamment l'héroïne ;
- et partant, les conditions d'insertion sociale.

L'objectif ultime est de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance, y compris à la Buprénorphine.

### Les modalités de prescription

Tout médecin pourra prescrire, suite à un examen médical, de la Buprénorphine Haut Dosage, dans le cadre d'une stratégie thérapeutique globale de prise en charge du patient pharmaco-dépendant aux opiacés.

L'ordonnance sera établie sur bon du carnet à souches pour une durée ne pouvant excéder 28 jours. Toutefois, il est recommandé au médecin, particulièrement en début de traitement, de prescrire pour une durée plus courte, compte tenu notamment du risque d'utilisation détournée par voie intraveineuse.

Lorsque le médecin s'engage à suivre un toxicomane dans le cadre d'un traitement de substitution au long cours, il lui est recommandé de s'entourer de l'avis de confrères exerçant en centre spécialisé de soins aux toxicomanes ou médecins de ville expérimentés.

Ce suivi sera facilité par une pratique en réseaux comprenant les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et un centre hospitalier.

Ces pratiques de collaboration sont notamment mises en oeuvre au sein des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des usagers de drogues. Elles permettent d'articuler le suivi médical du patient avec un suivi psycho-social concomitant si nécessaire et de faciliter les relais de prise en charge, vers un centre spécialisé de soins aux toxicomanes, vers un autre confrère, vers un service hospitalier.

Enfin, elles permettront la mise en place de modalités de délivrance adaptées à chaque patient.

### Les indications

- Pharmaco-dépendance majeure aux opiacés dans le cadre d'un traitement de substitution,

### Posologie

Les posologies utilisées dans le cadre de traitement de substitution se situent généralement entre 4 et 8 mg. La posologie sera adaptée en fonction de chaque patient.

### La délivrance

Il est recommandé au médecin en ville de définir, avec le patient, le pharmacien à qui il fera appel. Si aucun n'est désigné, le médecin pourra proposer un pharmacien. Celui-ci doit être contacté par le médecin de ville.

Le nom du pharmacien qui assurera la dispensation sera inscrit sur l'ordonnance extraite du carnet à souches. Le médecin précisera également sur cette ordonnance, s'il souhaite une délivrance fractionnée et dans ce cas selon quel rythme.

Si les contraintes de cette délivrance fractionnée se révèlent trop lourdes, le pharmacien sera éventuellement amené à proposer le nom d'un confrère. Il en informe le médecin prescripteur.

Lorsque le patient est stabilisé, en accord avec le médecin et le pharmacien, il sera possible d'assouplir les contraintes de cette délivrance. La prescription pourra alors être de 28 jours et ne plus comporter systématiquement l'identification du pharmacien. Dans ce cas le médecin précisera sur le carnet à souches "pas de pharmacien désigné".

## REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION CONSULTATIVE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Sur demande du ministre de la santé, la commission consultative des traitements de substitution,

I) – donne un avis sur les projets de mise en place d'unités de prescription et de délivrance de Méthadone ;

II) – propose les cadres d'utilisation ou d'éventuelles évolutions aux cadres d'utilisation existants des traitements de substitution.

Son secrétariat est assuré par la Direction Générale de la Santé. Le président en est le Directeur Général de la Santé ou son représentant.

- - -

I-1) Les projets de création d'unités de prescription et de délivrance de Méthadone sont diffusés auprès des membres de la commission avant la tenue de la réunion. Un rapport est effectué par la Direction Générale de la Santé. L'avis motivé de la commission est rendu à la majorité de ses membres, sans participation à ces votes des représentants des services de l'Etat et de l'Agence du Médicament. En cas d'absence d'un membre, il peut faire part de ses remarques sur les projets par écrit mais cette contribution ne vaut pas vote. A la demande des membres de la commission, les promoteurs de projets peuvent être auditionnés. L'avis est communiqué au promoteur. Les extensions de la capacité de prescription d'une unité déjà mise en place ne sont pas soumises à la commission, qui en est tenue informée.

I-2) Les membres de la commission ne siègent pas lorsque sont évoqués des projets dont ils sont promoteurs.

I-3) La commission est destinataire des travaux d'évaluation globale menés par l'INSERM.

I-4) Les membres de la commission sont soumis à un devoir de réserve. Les compte-rendus des réunions de la commission doivent être approuvés par ses membres.

II-1) A la demande du ministre, la commission propose un cadre d'utilisation des traitements de substitution. En outre, tout membre peut solliciter, auprès du secrétariat de la commission, l'inscription à l'ordre du jour d'une réunion un débat sur l'opportunité d'utiliser un produit comme traitement de substitution.

II-2) La commission peut recourir à l'audition de personnes compétentes pour éclairer ses propositions. Elle s'appuie sur les travaux de la commission des stupéfiants et des Centres d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP).

Les cadres d'utilisation comprennent notamment les indications envisagées, les posologies et les modes d'administration, les modalités de prescription et de délivrance du produit et l'évaluation de la prise en charge des patients.

Chaque membre effectue par écrit ses propositions au secrétariat de la commission avant la tenue de la réunion.

## FORMATION DES PROFESSIONNELS CONCERNÉS

### LIGNES DIRECTRICES DE LA FORMATION

Cette note a pour objet de définir les lignes directrices de la formation concernant les traitements de substitution des pharmaco-dépendances opiacées, sur la base d'une proposition de la commission consultative des traitements de substitution.

### OBJECTIF

Cette formation a pour objet de former à la prise en charge des toxicomanes à travers la prescription des traitements de substitution dans le respect des AMM et des cadres d'utilisation de ces médicaments des pharmaco-dépendances opiacées.

Cette formation vise également à renforcer la collaboration des professionnels impliqués dans la prise en charge des toxicomanes, elle doit aussi participer à la mise en oeuvre d'une coordination locale qui s'articule autour des centres de soins aux toxicomanes, des médecins et des pharmaciens qui veulent s'impliquer.

### DESTINATAIRES DE LA FORMATION

Les formations sont destinées prioritairement aux professionnels de la région amenés à prendre en charge des sujets toxicomanes. Il s'agit notamment de médecins généralistes ou spécialistes, libéraux ou hospitaliers, de membres des équipes médicales ou para-médicales, de pharmaciens hospitaliers et officinaux et leur personnel, de biologistes, de membres des équipes spécialisées de soins aux toxicomanes.



## **CONTENU DE LA FORMATION**

Les formations doivent être de bon niveau et comprendre les modules suivants :

### **I - SUBSTITUTION ET CLINIQUE DU TOXICOMANE**

- Données épidémiologiques
- Psychopathologie de la dépendance,
- Pathologies mentales des toxicomanes,
- Les complications médicales et leur prévention,
- Les problèmes sociaux et la marginalisation sociale.

### **II - LA THERAPEUTIQUE**

- Nécessité d'une stratégie globale de la prise en charge,
- Intérêts et limites des traitements de substitution,
- suivi et arrêt du traitement,
- Les aspects généraux de la prise en charge des toxicomanes et du dispositif existant.

### **III - CONTENU THEORIQUE SUR LA PHARMACOLOGIE**

- Neurobiologie de la dépendance avec les notions d'accoutumance, de tolérance et de mode d'action des drogues.
- Profil pharmacologique des médicaments de substitution et leur pertinence parmi les autres morphinomimétiques,
- Posologies et modes d'administration, détermination de la dose pertinente,
- Contre-indications,
- Mises en garde et précautions particulières d'emploi,
- Interactions avec d'autres médicaments et autres effets d'interaction,
- Effets indésirables,
- Surdosages.

#### IV - LA REGLEMENTATION ET LES MODALITES DE PRESCRIPTION DE DELIVRANCE ET DE SUIVI

- cadre d'utilisation des médicaments ayant obtenu une AMM avec une indication de pharmaco-dépendance aux opiacés (Méthadone, Buprénorphine).
- Connaissance de l'environnement administratif et ordinal (Commission des traitements de substitution, Comité de suivi local, rôle des administrations de l'Etat départementales et régionales...).

#### V - CONFRONTATIONS DE PRATIQUES

- Confrontation d'expériences thérapeutiques diverses,
- Le fonctionnement en réseau,
- Les prises en charge conjointes.

### **ORGANISATION PRATIQUE**

Ces formations seront organisées par tout organisme de formation reconnu à l'initiative ou avec la participation d'au moins deux structures de soins spécialisées aux toxicomanes, dont au moins une locale.

Il sera nécessaire de veiller à ce que soient représentés des intervenants pluridisciplinaires confrontés de façon régulière à ce type de prise en charge, (médecins, pharmaciens, assistantes sociales, psychologues, infirmières,...).

Chaque formation visera un public diversifié quant à sa formation (médical, pharmaceutique ou travailleur social) et à son lieu d'exercice (libéral, hospitalier, centre spécialisé de soins aux toxicomanes).

Un nombre d'inscrits minimum (10) est nécessaire.

*Tarif journalier moyen :*                    *entre 4 et 5 000 F*  
*Durée moyenne de la formation :*    *2 jours.*

## MONTANT PAR REGION DES CREDITS ALLOUES POUR LA FORMATION

Alsace :	200 000 F
Aquitaine :	300 000 F
Auvergne :	30 000 F
Bourgogne :	110 000 F
Bretagne :	110 000 F
Centre :	140 000 F
Champagne-Ardenne :	100 000 F
Corse :	100 000 F
Franche-Comté :	40 000 F
Ile-de-France :	600 000 F
Languedoc-Roussillon :	200 000 F
Limousin :	20 000 F
Lorraine :	140 000 F
Midi-Pyrénées :	300 000 F
Nord-Pas-de-Calais :	400 000 F
Basse-Normandie :	20 000 F
Haute-Normandie :	120 000 F
Pays-de-la-Loire :	100 000 F
Picardie :	60 000 F
Poitou-Charente :	40 000 F
Provence-Alpes-Côte d'Azur :	500 000 F
Rhône-Alpes :	400 000 F
Interrégion Antilles-Guyane :	30 000 F
Réunion :	10 000 F