

Direction générale de la Santé

Direction des hôpitaux

Circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996

NOR : TASP9630145C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

SP 4 433

883

Références :

- Décret n° 92-590 du 29 juin 1992 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).
- Circulaire n° 33 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des plus démunis.
- Circulaire n° 72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue
- Circulaire n° 15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville/hôpital dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues.
- Circulaire n° 45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge des détenus et à leur protection sociale.
- Circulaire n° 04 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.
- Circulaire n° 9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des plus démunis.
- Circulaire n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.

Le ministre du travail et des affaires sociales à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).

En 1995, l'organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes a été marquée par l'extension du dispositif de prescription et de dispensation de la méthadone à tous les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, et

par la mise en place d'un relais de ce traitement en médecine de ville. Ainsi aujourd'hui, la méthadone est prescrite à plus de 2 630 patients dans 75 centres spécialisés répartis dans 41 départements. Parallèlement, l'accroissement et la diversification de l'accueil, du soin et de l'hébergement des toxicomanes se sont poursuivis : sont aujourd'hui disponibles 1 117 places d'hébergement hors familles d'accueil, 25 boutiques, 22 réseaux toxicomanie-ville-hôpital.

Le plan de lutte contre la drogue et la toxicomanie annoncé par le gouvernement le 14 septembre 1995 prolonge ces orientations, et s'articule autour de trois axes prioritaires :

- la poursuite de la diversification des modes de prise en charge par le dispositif spécialisé ;
- l'amélioration de la prise en charge des patients toxicomanes à l'hôpital : une enveloppe financière spécifique a été réservée à cet effet ;
- le développement de collaborations entre les différents acteurs sanitaires ;
- l'adaptation de la prise en charge des détenus toxicomanes en milieu pénitentiaire.

La présente circulaire a pour objectif de préciser ces orientations et de définir les procédures destinées à les mettre en œuvre.

I. - LES ORIENTATIONS

1. Poursuite de la diversification des modes de prise en charge par le dispositif spécialisé

Le dispositif spécialisé de prise en charge des toxicomanes dispose d'approches diversifiées permettant de prendre en charge des usagers ayant différents modes de consommation de drogues.

Toutefois, la poursuite de la montée en charge des traitements de substitution ne doit surtout pas conduire à l'abandon des autres formes de prise en charge, comme le sevrage ambulatoire par exemple.

En 1996, cet effort sera poursuivi et visera :

- l'adaptation des structures sanitaires à la pratique des traitements de substitution ;
- l'achèvement des objectifs du plan 1996 en matière d'hébergement ;
- la diversification des modalités d'accès aux soins des toxicomanes.

1.1. L'adaptation des structures spécialisées de soins aux toxicomanes à la pratique des traitements de substitution

Afin d'adapter les structures du dispositif de soins aux toxicomanes à la pratique des traitements de substitution, le renforcement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes en temps médical et/ou paramédical sera poursuivi, et les règles relatives à la prise en charge financière des frais d'analyses urinaires et aux formations seront modifiées.

Le renforcement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes :

La méthadone bénéficie, depuis le 31 mars 1995 d'une autorisation de mise sur le marché (A.M.M.) avec une indication de traitement de la pharmacodépendance aux opiacés. En application de cette A.M.M., seuls les médecins

exerçant en centre spécialisé de soins aux toxicomanes sont habilités à réaliser la prescription initiale de ce médicament qui peut désormais être prescrit et délivré dans tous les centres de soins spécialisés aux toxicomanes.

En conséquence, lorsqu'un centre spécialisé ou sa permanence d'accueil décide de développer une activité de prise en charge par la méthadone, l'équipe thérapeutique doit comprendre un temps de médecin et d'infirmier. C'est ainsi qu'en 1995, 30 centres ont bénéficié d'un renforcement en personnel médical.

Cet effort sera poursuivi en 1996, avec le renforcement de centres en fonction des besoins des départements ; les demandes relatives à ces renforcements ne pourront excéder 400 000 F. A titre exceptionnel, des créations de centres pourront être envisagées.

Les projets afférents à ces orientations seront adressés à la direction générale de la santé (bureau SP3).

La prise en charge des frais d'analyses urinaires :

La prise en charge des frais d'analyses urinaires fait cette année l'objet d'une modification de son financement.

Jusqu'à présent, les hôpitaux facturaient à l'Etat les frais relatifs à l'achat de méthadone, et les circuits d'analyses urinaires pour les patients suivis en centre. A partir du 1^{er} janvier 1996, les frais d'analyses urinaires seront pris en charge sur l'enveloppe hospitalière spécifique réservée à la prise en charge des toxicomanes selon les modalités définies en annexe I. Le remboursement du prix de la méthadone continuera d'être effectué par l'Etat sur le chapitre 47-15, article 10.

La formation :

La bonne articulation des traitements menés en centre et en médecine de ville impose la poursuite des formations pluridisciplinaires relatives aux traitements de substitution. Cette année, seront délégués aux D.R.A.S.S. des crédits pour financer les institutions de formation, et la C.N.A.M.T.S. indemnifiera les médecins.

L'annexe I détaille ces orientations et décrit précisément les procédures à suivre pour les mettre en œuvre.

1.2. L'achèvement des objectifs du plan 1993-1996 en matière d'hébergement

En 1996, la création de 123 places d'hébergement permettra l'achèvement des objectifs du plan triennal 1993-1996, portant à 1 240 le nombre de places d'hébergement en fin d'année.

Les structures de prise en charge avec hébergement devront répondre à la variété des besoins et offrir des modes de prise en charge diversifiés : recherche d'autonomie sociale, réponse en urgence, prise en charge fondée sur l'action du groupe ou au contraire centrée sur la psychothérapie individuelle.

Dans la mesure du possible, les structures créées devront favoriser l'accès aux soins des mères toxicomanes avec enfants.

SP 4 433
883

Les crédits accordés aux centres de soins avec hébergement ne pourront excéder 220 000 F par an et par place pour les centres de soins avec hébergement collectif, 150 000 F par an et par place pour les sections d'appartements thérapeutiques-relais, et 120 000 F par an et par place pour les hébergements collectifs ou individuels de transition ou d'urgence.

Les projets devront être adressés à la direction générale de la santé (bureau SP3).

1.3. La diversification des modalités d'accès aux soins des toxicomanes

Toutes les structures sanitaires ont pour vocation de favoriser l'accès aux soins des usagers de drogues. Cependant, depuis 1993, ont été ouvertes pour les toxicomanes les plus marginalisés, 25 « boutiques », lieux refuges, ouverts et chaleureux (permettant de discuter, de se reposer, de se doucher, de laver son linge, de prendre un café...), offrant des soins infirmiers de première urgence, dispensant du matériel d'injection stérile et proposant une orientation vers le dispositif sanitaire et social.

Pendant l'année 1996, une évaluation du fonctionnement des premières boutiques sera menée pour redéfinir si besoin les orientations à donner au travail réalisé.

En conséquence, dans l'attente des résultats de cette évaluation, les créations ne seront initiées que dans les grosses agglomérations où l'anonymat peut être préservé, dans le respect des conditions prévues par le décret et l'arrêté du 7 mars 1995, en complémentarité avec le dispositif local existant, et dans le cadre de concertations préalables avec les collectivités locales, la police et la justice.

Les dossiers afférents à ces orientations devront être transmis à la direction générale de la santé, division sida (bureau DS2).

2. L'amélioration de la prise en charge des patients toxicomanes à l'hôpital

L'accueil et la prise en charge des usagers de drogues à l'hôpital doivent être développés. Du fait de sa mission de service public, l'hôpital doit offrir aux patients toxicomanes les soins médico-psycho-sociaux qu'ils requièrent. La prise en charge des co-morbidités et/ou de la dépendance doit être répartie dans les différents services de soins somatiques ou psychiatriques de l'hôpital. Les soins aux toxicomanes sont une activité transversale de l'établissement de santé.

Le développement de la prise en charge hospitalière doit en conséquence s'articuler autour des priorités suivantes :

- la poursuite de la mobilisation des services hospitaliers sur leurs missions de sevrage ;
- l'implication plus conséquente des consultations de médecine ;
- la mise en place d'équipes de liaison et de soins aux toxicomanes ;
- le renforcement de certains services hospitaliers impliqués dans la prise en charge des usagers de drogue et devant faire face à des situations de crise ;
- la formation du personnel hospitalier.

2.1. La poursuite de la mobilisation des services hospitaliers sur leurs missions de sevrage

De nombreux services de médecine ou de psychiatrie accueillent des toxicomanes avec des indications de sevrage hospitalier. Cet effort doit être poursuivi. Les dispositions de la circulaire DGS/DH n° 15 du 7 mars 1994 restent d'actualité. Le remboursement des frais de sevrage est financé sur la ligne 47-15, article 10 du budget de l'Etat.

2.2. L'implication plus conséquente des consultations de médecine

Les consultations de médecine doivent, à l'avenir, être plus accessibles aux toxicomanes et aux plus démunis. L'accueil et la prise en charge médico-sociale de ces personnes doivent être améliorés. A ce titre, un renforcement en personnel pourra être accordé aux services hospitaliers les plus particulièrement impliqués.

2.3. La mise en place d'équipes de liaison et de soins aux toxicomanes

Ces équipes de liaison et de soins aux toxicomanes ont pour mission de permettre une meilleure prise en charge des usagers de drogues au cours d'un sevrage ou d'une hospitalisation pour des raisons somatiques, de répondre aux demandes, aux interrogations, et aux difficultés des services hospitaliers et de participer à la formation du personnel hospitalier.

2.4. Le renforcement de certains services impliqués dans la prise en charge des usagers de drogue et devant faire face à des situations de crise.

Certains services hospitaliers particulièrement concernés par la prise en charge des usagers de drogue pourront voir leurs moyens renforcés afin de mieux faire face à des situations de crise. Il est, en effet, nécessaire que ces hôpitaux puissent disposer, au sein des services d'accueil et d'urgences, de psychiatrie ou de médecine, d'équipes formées à la prise en charge des usagers de drogues pour prendre simultanément les troubles somatiques et psychiatriques aigus.

En fonction des besoins et des moyens existants, clairement répertoriés dans le département, les hôpitaux pourront se voir attribuer des moyens supplémentaires nécessaires sous forme de créations d'emplois médicaux et non médicaux.

2.5. La formation du personnel hospitalier

La formation spécifique de tout le personnel soignant hospitalier doit être développée. Ces formations, assurées par l'équipe chargée de la lutte contre la toxicomanie et les centres spécialisés de soins partenaires, devront répondre aux besoins spécifiques de chaque service de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Ce programme interne à l'hôpital sera intégré au plan de formation de l'établissement.

L'annexe II précise la mission de l'hôpital en matière de prise en charge des personnes toxicomanes aussi par les conditions de financement de moyens supplémentaires attribués au titre des actions 1-2-2 à 1-2-4.

A l'exception des frais de sevrage, les demandes relatives à ces orientations doivent être adressées à la D.H. (bureau EO 2) ; les projets retenus seront financés sur l'enveloppe hospitalière spécifique, réservée au niveau national pour la lutte contre la toxicomanie.

SP 4 433
883

3. Le développement de collaborations entre les différents acteurs sanitaires

L'évolution des comportements, des produits et des modalités de traitement doivent conduire les différents acteurs sanitaires et sociaux œuvrant dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes à rechercher des modes de collaboration. A ce titre sera poursuivie la création de réseaux toxicomanie-ville-hôpital, et l'instauration de collaboration entre les hôpitaux et les centres de soins sera favorisée dans le cadre des possibilités réglementaires. Une attention particulière sera portée à l'adaptation de la prise en charge des détenus toxicomanes en milieu pénitentiaire.

3.1. Les réseaux toxicomanie-ville-hôpital

En 1996 seront créés vingt nouveaux réseaux toxicomanie-ville-hôpital.

En application de la circulaire n° 15 du 7 mars 1994, les réseaux sont constitués autour de trois pôles : un ou plusieurs centres spécialisés de soins aux toxicomanes, un ou plusieurs services hospitaliers, une association de médecins généralistes. Ils ont pour vocation d'améliorer la prise en charge des toxicomanes, en favorisant l'échange professionnel et la communication entre les divers intervenants appelés à accueillir, à soigner ou à orienter ces patients à un moment donné de leur parcours. Il importe, en conséquence, qu'ils ne focalisent pas leurs prises en charge exclusivement sur les pratiques de substitution, et que les adhérents des réseaux ne se replient pas sur leur institution. A cet effet, les réseaux doivent s'assurer de la diversité des prises en charge qu'ils offrent à leurs patients, et doivent chercher à informer et à former d'autres professionnels.

Le regroupement des médecins de ville doit être formalisé par la constitution d'une association à laquelle sont alloués des crédits en provenance de l'Etat, d'un montant maximal de 300 000 F par réseau. Le demi-poste de médecin hospitalier sera financé par la direction des hôpitaux et imputé sur les crédits de l'enveloppe spécifique « toxicomanies ».

3.2. Collaboration entre les centres spécialisés de soins et les établissements publics de santé

En raison de leur savoir-faire spécifique centré sur une prise en charge globale, les centres de soins spécialisés ont vocation à constituer un pôle de référence pour les acteurs sanitaires et sociaux œuvrant dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes. A ce titre pourront être développées des collaborations entre les centres spécialisés de soins et les hôpitaux selon des modalités prévues par convention.

Ainsi, l'action des services hospitaliers particulièrement impliqués dans la prise en charge des usagers de drogues pourra être potentialisée par l'instauration d'une collaboration avec les professionnels des centres de soins spécialisés.

Par exemple, des professionnels des centres de soins spécialisés pourront utilement apporter leur savoir-faire au personnel hospitalier en renforçant les équipes de liaison. En retour, des professionnels de l'hôpital pourront intervenir dans les centres spécialisés selon des modalités prévues par convention.

Dans le cadre des formes réglementaires de collaboration décrites dans l'annexe III, des crédits pourront être dégagés à cet effet.

3.3. La prise en charge sanitaire des toxicomanes en milieu pénitentiaire

La logique de travail en réseau prévaut également en milieu pénitentiaire. Les équipes des secteurs de psychiatrie et celles des unités de consultations et de soins ambulatoires (U.C.S.A.) doivent, pour répondre aux besoins de santé des toxicomanes détenus, coordonner leurs actions, en liaison avec les centres spécialisés de soins aux toxicomanes extérieurs, dont l'implication en milieu pénitentiaire doit être développée.

Afin de favoriser cette coordination dans les établissements pénitentiaires dépourvus de centres spécialisés de soins aux toxicomanes implantés en milieu pénitentiaire (ex-antennes toxicomanies), des moyens pourront être accordés aux équipes des secteurs de psychiatrie dans les conditions décrites en annexe IV.

II - PROCÉDURES

Il vous appartient de mobiliser au plus vite vos partenaires institutionnels afin de concrétiser les orientations définies ci-dessus. Pour le 20 avril 1996, vous ferez parvenir l'ensemble des projets, en faisant apparaître vos priorités :

- à la direction générale de la santé, bureau SP 3 (tél : 46-62-45-31), pour les projets ayant trait au dispositif spécialisé ;
- à la direction des hôpitaux, bureau EO 2 (tél. : 40-56-45-36), sous couvert de la D.R.A.S.S., pour les dossiers relatifs au dispositif hospitalier ;
- à la direction générale de la santé, division Sida (tél. : 46-62-43-02), pour les « boutiques » ;
- à la direction générale de la santé, bureau SP 3, et à la direction des hôpitaux, bureau EO 2, sous couvert de la D.R.A.S.S., pour les dossiers relatifs aux réseaux toxicomanie ville-hôpital, et à la collaboration entre les centres spécialisés de soins et les établissements publics de santé ;
- à la direction des hôpitaux, bureau EO 2 EO 4, sous couvert de la D.R.A.S.S., pour les dossiers relatifs à la prise en charge sanitaire des toxicomanes en milieux pénitentiaires.

Les projets reçus ne pourront être instruits au-delà de cette date.

La notification des décisions prises sur les projets présentées sera effectuée à la fin du premier semestre.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I

La prescription des traitements de substitution.

ANNEXE II

La prise en charge hospitalière.

ANNEXE III

Les modes de collaboration entre les C.S.S.T. et les hôpitaux.

ANNEXE IV

La prise en charge sanitaire des toxicomanes en milieu pénitentiaire.

ANNEXE V

Etat trimestriel des prescriptions d'analyses urinaires dans le cadre des suivis de traitements par la méthadone.

*Le secrétaire d'État à la santé
et à la sécurité sociale,
H. GUYMARD*

ANNEXE I

LA PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Seules la méthadone et le Subutex ont une autorisation mise sur le marché pour les traitements de substitution de dépendance aux opiacés. En dehors de la tolérance prévue par la note du 14 décembre 1995, l'utilisation d'autres médicaments est contraire à la réglementation.

Cette annexe a pour objet de :

- 1° Rappeler le cadre d'utilisation de la méthadone et de définir les modalités de remboursement des frais d'analyse urinaires par les hôpitaux ;
- 2° Préciser le cadre d'utilisation du Subutex ;
- 3° Définir les modalités d'organisation des formations ;
- 4° Rapprocher la nécessité d'un suivi des traitements de substitution.

1. La prescription de méthadone

La méthode est commercialisée par le laboratoire Mayoly-Spindler auprès duquel les pharmacies hospitalières doivent s'approvisionner avant de fournir les centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Ce médicament est disponible en conditionnement dosés à 5, 10, 20, 40 et à 60 mg.

Dans le cadre de ce traitement, les procédures de suivi et de contrôle du médicament ont été décrites dans l'annexe I de la circulaire n° 04 du 11 janvier 1995. En ce qui concerne les documents relatifs à ce suivi (état récapitulatif et relevés nominatifs pour chaque patient), les commandes doivent être adressées à l'imprimerie Berger-Levrault (5, rue Auguste-Conte, 75006 Paris, tél. : 44-07-14-94, fax : (1) 46-40-84-10, par le centre de soins.

Pour ce qui est de l'évaluation de ce traitement, confiée à l'I.N.S.E.R.M., les fiches de suivi sont disponibles à l'I.N.S.E.R.M. U 302, 44, chemin de Ronde, 78110 Le Vésinet. Il a été constaté de très nombreux retards dans l'envoi des fiches, aussi je vous prie de demander aux centres spécialisés de fournir, dans les meilleurs délais, les informations à l'I.N.S.E.R.M. Par ailleurs, il est à préciser que le relais par un médecin en ville ne doit pas être considéré par le centre spécialisé comme une sortie du traitement.

En ce qui concerne les dosages urinaires, il convient de rappeler que la recherche des produits listés ci-dessous, en dehors d'un bilan initial, ne doit pas être prescrite à chaque analyse. Toute détection systématique et de routine doit être proscrite. Chaque dosage urinaire d'une substance toxicomane doit faire l'objet d'une prescription médicale individualisée. La détermination de la fréquence de prescription des analyses urinaires chez un patient sous méthadone est sous la responsabilité du médecin prescripteur.

Le choix des substances toxicomanogènes à doser doit s'appuyer sur des notions cliniques, thérapeutiques et pharmacologiques.

SP 4 433
883

La liste des produits susceptibles d'être testés dans les urines des patients est la suivante :

- recherche de méthadone ;
- recherche des opiacés naturels (1) ;
- recherche des opiacés synthétiques : buprénorphine (Temgésic®), Subutex®, destromoramide (Palfium®), destropoxyphène (Antalvic®) ;
- recherches de cocaïne ;
- recherche de l'amphétamine et de ses dérivés ;
- recherche de barbituriques ;
- recherche de benzodiazépines ;
- recherche du carinabis.

Afin de mieux intégrer l'outil représenté par ces analyses dans le cadre d'une stratégie thérapeutique, il sera proposé en 1996 quatre sessions de formation sur la pharmacologie des substances toxicomanogènes, leur détection urinaire, et les conséquences en matière de suivi et de stratégie thérapeutique. Ces formations, organisées par la direction des hôpitaux, se dérouleront à Paris au 1^{er} semestre 1996 et sont destinées aux médecins prescripteurs de méthadone des centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Un médecin, au moins, par C.S.S.T. devra être formé en 1996.

Procédure :

A partir du 1^{er} janvier 1996, les frais d'analyses urinaires prescrits par les médecins des C.S.S.T. dans le cadre d'un suivi de traitement par la méthadone seront pris en charge financièrement sur l'enveloppe toxicomanie de la direction des hôpitaux.

Chaque hôpital ayant passé convention avec un C.S.S.T. afin de réaliser les dosages urinaires recevra une dotation spécifique forfaitaire sur la base d'un coût annuel de 10 000 francs par an et par patient. Ce montant a été fixé après enquête auprès de quelques hôpitaux ; il se fonde sur des coûts réels (coût en réactifs et consommables, personnel, dotations aux amortissements) et non sur la nomenclature. Ces dépenses qui sont couvertes par la dotation globale, ne sauraient faire l'objet d'une quelconque facturation à l'égard des tiers.

Chaque établissement adressera à la D.D.A.S.S. une demande d'attribution budgétaire pour l'année 1996, au titre des dosages urinaires réalisés dans le cadre du suivi des patients traités par la méthadone. Le nombre de patients suivis au 31 mars 1996 servira de base de calcul à la dotation.

Sur la base des données validées par les D.D.A.S.S., la direction des hôpitaux notifiera les dotations qui seront intégrés dans la base budgétaire des établissements.

Afin d'apprécier site par site le nombre exact d'analyses réalisées et les types de recherche de produits effectués, les laboratoires d'analyses médicales biologiques adresseront trimestriellement à la direction des hôpitaux (bureau EO 2), sous couvert de la D.D.A.S.S., le recueil d'informations en annexe V. Ces informations permettront d'effectuer certains ajustements qui pourraient s'avérer nécessaires. Ils permettront également la dotation des hôpitaux nouvellement impliqués dans les dosages d'urines, suite à l'ouverture d'un nouveau centre méthadone.

(1) Un contrôle positif concernant les opiacés naturels devra être confirmé par une méthode spécifique à la recherche du 6 mono-acétyl-morphine (6/mam) qui signe la prise d'héroïne. Le 6 mam ne peut être mis en évidence au-delà d'un délai de vingt-quatre heures après une prise d'héroïne.

2. La prescription de Subutex

Ce médicament (dosage de 0,4 mg, 2 et 8 mg) a obtenu le 31 juillet 1995 une autorisation de mise sur le marché avec indication de traitement de la pharmacodépendance majeure aux opiacés. Il s'adresse à des patients pour la plupart déjà suivis en médecine libérale. Le Subutex peut être prescrit par tout médecin traitant après un examen médical dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge.

Alors qu'une primoprescription de méthadone n'est pas autorisée en milieu pénitentiaire, même par un médecin d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes, en face d'une dépendance majeure aux opiacés, une prescription de Subutex peut être indiquée, essentiellement dans la perspective d'une préparation à la sortie. Cette prescription doit s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée. En tout état de cause, le Subutex, comme la méthadone, doit être distribué pour chaque prise par le personnel soignant. La prise en charge financière de ce médicament est assurée par l'assurance maladie au même titre que les autres médicaments.

Vous trouverez ci-après le cadre d'utilisation de ce médicament.

3. Les modalités d'organisation des formations aux traitements de substitution

Je vous prie de veiller à ce que ces formations touchent l'ensemble des praticiens quel que soit leur mode d'exercice. Ces formations sont complémentaires de celles prévues dans le cadre de la formation interne hospitalière. Les médecins généralistes bénéficiant d'une formation dans le cadre des réseaux toxicomanie-ville-hôpital ne sont pas éligibles à ce type de formation.

La C.N.A.M.T.S. a donné un accord de principe pour que ces formations soient indemnisées, sous réserve que les projets respectent le circuit convenu pour les actions conventionnelles. Après un contact préalable avec les comités régionaux d'agrément, les D.R.A.S.S. leur transmettront les projets résultant d'un appel d'offres pour instruction des dossiers.

Pour faciliter l'organisation et la coordination de ces formations au niveau régional, il est souhaitable que le correspondant formation régional de la direction de l'action sociale (bureau D.S.F.1) soit impliqué dans ce dossier, en liaison avec le médecin inspecteur de santé publique.

1. Le suivi des traitements de substitution

Il appartient aux comités départementaux de suivi des traitements de substitution mis en place à la suite de la circulaire du 31 mars 1995 d'effectuer le suivi de ces traitements et de conseiller les professionnels de santé dans les difficultés qu'ils pourraient rencontrer dans ce domaine. Une grille d'évaluation de ces comités, élaborée par la commission consultative des traitements de substitution, vous a été adressée en décembre 1995 : le premier recueil d'information doit parvenir dans mes services pour le 1^{er} avril 1996.

CADRE D'UTILISATION DU SUBUTEX

Les indications et les modalités de prescription exposées ci-après sont définies dans l'autorisation de mise sur le marché, il est précisé en outre des recommandations en terme de délivrance.

Les principes généraux

Le Subutex 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 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 Buprémorphine.

Les modalités de prescription

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

L'ordonnance sera établie sur un bon du carnet à souches, conformément à l'arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la prescription et à la délivrance des médicaments à base de Buprémorphine par voie orale, pour une durée ne pouvant excéder vingt-huit 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 de 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 œuvre 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, un autre confrère ou un service hospitalier.

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

Les indications

Pharmacodépendance 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 de 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 ».

SP 4 433
883

ANNEXE II

LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

1) L'implication plus conséquente des consultations de médecine dans la prise en charge des toxicomanes et des personnes les plus démunies

Les circulaires n° 33 du 17 septembre 1993 et n° 9508 du 21 mars 1995 relatives à l'accès aux soins des plus démunis rappellent les obligations auxquelles est tenu le service public hospitalier :

- implantation, par voie de convention, dans les locaux hospitaliers de cellules d'accueil spécialisées et d'aide médicale, pouvant aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leur droit à un régime d'assurance maladie ou à l'aide médicale ;
- signature de convention avec l'Etat pour la délivrance de soins en consultations externes et de produits pharmaceutiques aux populations très mouvantes et sans résidence stable.

L'accueil et la prise en charge des usagers de drogue dans le cadre général des consultations de médecine de l'hôpital doivent être développées, sans pour autant les spécialiser. Tout usager de drogue souhaitant des soins qu'il s'agisse de problèmes somatiques ou en relation avec sa dépendance doit pouvoir avoir recours à l'hôpital, en particulier aux consultations de médecine. Une attention particulière sera portée à l'accès aux soins, à l'accompagnement et au dépistage du V.I.H., des hépatites et de la tuberculose :

- *L'accès aux soins.* La consultation médicale sera assurée quelle que soit la couverture sociale du consultant. Un bilan social sera proposé si besoin à l'issue de la consultation. Enfin, l'amplitude horaire doit être adaptée aux besoins ;
- *L'accompagnement.* L'accompagnement par un membre de l'équipe soignante vers une consultation spécialisée, un service, un centre spécialisé de soins aux toxicomanes sera privilégié afin de favoriser au maximum le recours aux soins ;
- *Le dépistage.* A l'occasion de ces consultations, il sera proposé aux usagers de drogues d'effectuer sur place des tests sérologiques du V.I.H. et des hépatites. Une attention particulière sera également portée à la recherche de tuberculose (radiographie pulmonaire et intradermo-réaction à la tuberculine).

Un complément en emplois non médicaux sera octroyé pour renforcer les équipes existantes afin qu'elles puissent assurer les missions citées ci-dessus dans de meilleures conditions.

2. La mise en place d'équipes de liaison de soins aux toxicomanes

La mise en place d'équipes de liaison de soins aux toxicomanes est souhaitée dans les hôpitaux confrontés à une forte population d'usagers de drogue.

Les missions de ces équipes sont de permettre une meilleure prise en charge des patients au cours de leur hospitalisation pour des raisons somatiques :

- aide à la prise en charge de la toxicomanie : suivi ou soutien psychothérapeutique, prescriptions médicamenteuses dans le cadre d'un projet de sevrage ou de substitutions ;
- soutien et information des équipes hospitalières ainsi que formation du personnel ;
- consultation des patients toxicomanes hospitalisés aux services portes des urgences et orientation ;
- orientation pour la prise en charge et le suivi par un centre spécialisé de soins aux toxicomanes, un médecin généraliste ou un centre thérapeutique résidentiel.

Les interventions de l'équipe de toxicomanie de liaison se feront sur appel des services concernés. Ces équipes tenteront de répondre aux demandes, aux interrogations et difficultés des services. Lorsque les patients hospitalisés pour raisons médicales, chirurgicales ou pour une grossesse ne sont pas nécessairement demandeurs de soins par rapport à leur dépendance, une consultation avec un des membres de l'équipe de toxicomanie de liaison sera proposée par le service où ils sont hospitalisés. L'hospitalisation doit, en effet, être l'occasion de proposer une prise en charge de la dépendance du toxicomane.

A titre indicatif, en fonction de l'importance de la demande, de la taille de l'hôpital, de l'épidémiologie de la toxicomanie dans la région considérée, les équipes de liaison de soins aux toxicomanes pourraient être composées d'un praticien hospitalier à temps partiel, d'un plein temps d'infirmière, d'un mi-temps de psychologue et d'un temps plein d'assistante sociale. Le ou les personnels hospitaliers recrutés au titre des réseaux ville-hôpital toxicomanie font partie intégrante de cette équipe. L'intégration de médecins ou de personnels non médicaux exerçant en centres spécialisés de soins aux toxicomanes sera encouragée afin de mobiliser l'ensemble des ressources existantes et de favoriser le travail en réseau. Il devra également être tenu compte de l'organisation des soins déjà existante, notamment psychiatrique (psychiatrie de liaison, travail de secteur).

Il appartient à l'établissement hospitalier de déterminer en concertation avec la commission médicale d'établissement le ou les services de rattachement.

3. La formation du personnel soignant hospitalier

La formation spécifique de tout le personnel soignant hospitalier est nécessaire. Un programme interne à l'hôpital doit être développé.

Ces formations, assurées par l'équipe de toxicomanie de liaison et les C.S.S.T. partenaires, devront répondre aux besoins spécifiques de chaque service qu'il s'agisse de services de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique.

Le contenu de cette formation doit comprendre des éléments concernant :

- les notions d'accoutumance, de tolérance et de modes d'action des drogues ;
- les données épidémiologiques ;
- les aspects cliniques des toxicomanies ;
- les stratégies de traitement et de prise en charge (sevrage, substitution, soutien psychothérapeutique et accompagnement psychosocial) ;
- enfin, les questions relatives à la grossesse et à la périnatalité.

SP 4 433

883

Procédures :

En ce qui concerne ces différents axes relatifs à la prise en charge hospitalière qui seront financés par la direction des hôpitaux (actions 1.2.2. à 1.2.4.), l'examen des dossiers tiendra compte de la situation du département en matière de toxicomanie, de la cohérence du projet au sein de l'hôpital : projet d'établissement avec implication des services d'urgences, de médecin, de psychiatrie... et de l'intégration d'un réseau toxicomanie, ville-hôpital.

La signature de contrats d'objectifs entre les partenaires impliqués dans la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes est fortement souhaitée.

Une évaluation de l'activité hospitalière concernant la prise en charge des toxicomanes sera mise en place par la direction des hôpitaux.

Les dossiers sont à envoyer à la direction des hôpitaux (bureau EO 2).

Les frais de sevrage restent financés sur la ligne 47-15 article 10 du budget de l'Etat.

ANNEXE III

COOPÉRATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET UN CENTRE SPÉCIALISÉ DE SOINS AUX TOXICOMANES À STATUT ASSOCIATIF OU GÉRÉ DANS LE CADRE DU BUDGET ANNEXE D'UN AUTRE ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ

En vertu de l'article L. 713-12 du code de la santé publique, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération avec des personnes de droit public ou privé. A ce titre, les établissements publics de santé peuvent passer avec la personne morale gestionnaire d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes des conventions de coopération prévoyant la mise à la disposition de cette dernière de locaux ou de personnels.

Ces conventions doivent respecter la réglementation statutaire des personnels hospitaliers médicaux et non médicaux.

En ce qui concerne les personnels relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires (infirmiers, psychologues, assistances sociales, secrétaires...)

Ces personnels peuvent être mis à disposition d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes, de statut associatif ou géré par un autre établissement public de santé dans les caractéristiques prévues à l'article 1^{er} du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers.

Une convention de coopération doit être passée à cet effet entre l'hôpital employeur et l'association ou l'autre établissement public de santé gestionnaire du centre spécialisé de soins aux toxicomanes. La mise à disposition est prononcée pour la totalité du temps de travail des agents.

En ce qui concerne les personnels médicaux hospitaliers.

Les praticiens à temps partiel, les attachés et les contractuels n'exerçant pas à temps plein ne peuvent exercer d'activités extérieures qu'en dehors du temps qu'ils doivent consacrer à l'établissement public de santé qui les emploie. Leur situation ne peut donc faire l'objet de convention de coopération entre les établissements et les associations considérés.

S'agissant des praticiens hospitaliers régis par le décret n° 84-131 du 24 février 1984 :

- l'article 46 bis du décret précité ne prévoit la mise à disposition des praticiens hospitaliers qu'au bénéfice d'une administration de l'Etat, d'un établissement public de l'Etat ou G.I.P. entrant dans l'un des cas prévus aux articles L. 668-1 (4^e alinéa, 2^e) et L. 713-12 du code de la santé publique ;
- que le centre spécialisé de soins aux toxicomanes soit de statut associatif ou qu'il soit géré par un centre hospitalier, des praticiens hospitaliers appartenant à un autre établissements peuvent accomplir la demi-journée d'intérêt général hebdomadaire, prévue à l'article 11 du décret n° 82-1149 du 25 décembre 1982. Cette demi-journée peut donner lieu à rémunération. Les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité doivent être définies par convention entre l'hôpital employeur et les autres organismes de soins concernés ;

SP 4 433
883

- si le centre spécialisé de soins aux toxicomanes est géré par un centre hospitalier, il est en outre possible de mettre en œuvre les dispositions de l'article 4 du décret précité du 24 février 1984 qui permettent, sous réserve de leur accord, que des praticiens hospitaliers nommés dans un établissement exercent leurs fonctions dans plusieurs centres hospitaliers. Une convention passée à cet effet entre les établissements, après avis de leurs commissions médicales, déterminera les modalités de répartition de l'activité des praticiens et la fraction des émoluments supportés par chaque établissement.

ANNEXE IV

LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES TOXICOMANES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

En application des dispositions de l'article L. 711-3 du code de la santé publique, la prise en charge des personnes détenues est désormais confiée au service public hospitalier. Cette nouvelle organisation des soins aux détenus repose sur une conception globale de leur prise en charge recouvrant les aspects somatiques et médico-psychologiques, incluant la dimension préventive et curative, ainsi que la préparation des relais sanitaires au terme de la période d'incarcération.

La prise en charge somatique en milieu pénitentiaire est assurée par les équipes des unités de consultations et de soins ambulatoires (U.C.S.A.) et la prise en charge psychiatrique par celles des secteurs de psychiatrie générale et des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Ces équipes doivent coordonner leur action pour répondre aux besoins sanitaires des toxicomanes incarcérés : sevrage à l'entrée en détention, poursuite d'un traitement de substitution, dépistage et traitement des complications somatiques liées à l'usage de toxiques, repérage et traitement des troubles psychopathologiques qui sous-tendent les conduites addictives.

Elles doivent également veiller à développer l'implication des C.S.S.T. extérieurs et l'intervention des associations œuvrant dans ce domaine. En outre, elles travaillent en liaison avec l'équipe d'insertion et de probation de l'administration pénitentiaire, afin d'assurer la cohérence entre le projet thérapeutique et les projets d'exécution de peine et d'insertion.

Afin de favoriser cette coordination, des temps non médicaux (psychologues et/ou infirmiers formés à la prise en charge des toxicomanes) pourront être accordés aux équipes de secteur de psychiatrie dans les établissements pénitentiaires dépourvus d'antennes toxicomanie sur la base de :

- 0,5 E.T.P. pour les établissements pénitentiaires accueillant entre 150 détenus et 500 détenus ;
- 1 E.T.P. pour les établissements accueillant plus de 500 détenus (effectifs moyens de l'année 1995).

Procédure :

Les dossiers doivent être adressés à la direction des hôpitaux simultanément aux bureaux EO2 et EO4.

SP 4 433
883

ANNEXE V

Réf : circulaire n° relative à

Centre hospitalier,

Personne chargée du dossier :

Tél. :

Nom du C.S.S.T. :

Nombre de patients sous méthadone suivis :

au 1996

**ÉTAT TRIMESTRIEL DES PRESCRIPTIONS D'ANALYSES URINAIRES
DANS LE CADRE DES SUIVIS DE TRAITEMENTS PAR LA MÉTHADONE**

TYPE DE RECHERCHE	EXAMENS Méthadone (nb)	EXAMENS cannabis (nb)	EXAMENS cocaïne (nb)	EXAMENS opiacés (nb)	EXAMENS amphétamines (nb)	EXAMENS barbituriques (nb)	EXAMENS benzodiazépines (nb)	EXAMENS alcool (nb)	TOTAL examens
1. - Immunochimie.....									
2. - Méthodes physico- chimiques (chroma- tographies gazeuse et liquide).....									
3. - Spectrophotométrie de masse.....									

A retourner au bureau EO 2, direction des hôpitaux,
ministère du travail et des affaires sociales, 8, avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP