



**Santé  
Réduction des Risques  
Usages de Drogues**

**SWAPS n° 26**



***Etat des lieux***

# **Les traitements de substitution en France**

**par France Lert**

*Un bilan des données disponibles sur les traitements de substitution a été réalisé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et la Direction générale de la santé (DGS). Le document provisoire en rendant compte a été présenté à la Commission nationale des traitements de substitution. Un rapport détaillé sera publié par l'OFDT dans le courant de l'année.*

Ce texte confronte un ensemble de données de routine (statistiques de la police, de l'assurance maladie, données de déclaration obligatoire du VIH, bilan d'activité des centres, etc.) et d'études d'envergure variable (études locales par des réseaux de soins, étude de suivi sur des échantillons, enquêtes menées par les professionnels responsables du traitement ou par des équipes extérieures, etc.) à une série de questions sur l'offre des traitements, leur utilisation, leur impact au niveau individuel et collectif.

Les questions retenues ne sont pas toutes documentées avec beaucoup de précision par les données disponibles. Elles permettent cependant de faire un bilan au début des années 2000 qui doit être mis en perspective par rapport à la situation qui prévalait lors de la mise à disposition des traitements de substitution : centres spécialisés plus que réticents à adopter une stratégie de soins vue jusque-là comme une méthode de contrôle social, rejet des toxicomanes par les médecins de ville -à l'exception d'une poignée de militants-, usagers allant de sevrage en substitution sauvage ou bricolée, de rejets en échecs. Le cadre assez flou défini par les circulaires permettait des adaptations très flexibles des règles de prescription et de suivi des traitements autant que des exigences strictes pour l'admission et le maintien du traitement.

**L'offre est-elle satisfaisante sur le territoire national ? Existe-t-il des**

### **inégalités d'accès ?**

Plus de cinq ans après la diversification de l'offre de soins, les traitements de substitution ont pris une place dominante dans la prise en charge des personnes dépendant des opiacés. Ils sont aujourd'hui acceptés tant par les professionnels spécialisés ou généralistes que par les usagers de drogues comme une réponse acceptable, utile et efficace, comme l'attestent les enquêtes faites de façon répétée sur des échantillons de généralistes et de pharmaciens. Par contre, on ne dispose d'aucune étude quantitative sur les attitudes du personnel des Centres spécialisés de soins en toxicomanie (CSST). S'il existe des données sur la substitution, elles sont quasi-inexistantes sur les autres modes de prise en charge : sevrage, prise en charge sans substitution, programmes résidentiels, etc.

Les indicateurs estiment autour de 80000 les personnes sous buprénorphine et à 12000 celles sous méthadone. Après une phase de croissance rapide jusqu'en 1998, cette dernière a été plus lente mais continue pour le Subutex<sup>®</sup>, tandis qu'un mouvement plus net apparaissait en faveur de la prescription de méthadone en ville qui représenterait aujourd'hui environ la moitié des usagers recevant ce traitement. Malgré les limitations réglementaires, le sulfate de morphine continue à être utilisé pour une petite fraction des personnes traitées concentrées dans certaines régions.

### **Les prises en charge sont-elles satisfaisantes ?**

L'offre s'est largement répandue sur le territoire mais laisse persister des inégalités d'accès et de choix pour les patients en raison de l'inaccessibilité de la méthadone dans certains départements. Malgré la médicalisation de la prise en charge de la toxicomanie, la part du travail médical et infirmier dans les centres spécialisés reste faible, limitant la possibilité de développer une prise en charge globale. En ville, les données disponibles sur la dimension globale de la prise en charge sont disparates et de qualité limitée. La notion de réseau recouvre une réalité évolutive, très hétérogène, tant dans l'organisation, les pratiques concrètes de coopération et de partage d'information entre services, que dans sa mise au service d'une prise en charge pluridisciplinaire, qui semble minoritaire malgré les déclarations d'intention positives de la part des médecins.

### **Les conditions de prescription et de délivrance sont-elles trop rigides ou trop laxistes ? Peut-on appréhender l'ampleur du phénomène d'abus : nomadisme, trafic ?**

On peut avoir une idée de la qualité des prescriptions à partir des informations télétransmises aux caisses d'assurance maladie par les pharmacies d'officine au moment de la délivrance des médicaments. On assiste au fil du temps à une augmentation des doses de Subutex<sup>®</sup> prescrites, les appréhensions initiales des médecins de se voir en médecin dealer ou de faire prendre des risques aux patients s'atténuant. La variation dans le temps et la variabilité entre les villes laissent penser que les posologies restent en grande partie déterminées par les attitudes des médecins et indiquent la nécessité de continuer à optimiser la posologie sur des critères liés aux

patients.

Le phénomène de trafic perçu par tous les acteurs de terrain ne peut être abordé qu'à travers les données des caisses d'assurance maladie sur les patients qui recourent à plusieurs médecins de façon simultanée et par l'appréciation qu'en donnent les usagers dans certaines enquêtes. La perception d'un phénomène de trafic important tient à la masse et à la concentration des personnes traitées : ainsi, même avec un pourcentage assez faible de sujets recourant à des multiprescriptions (les indicateurs -3 prescripteurs ou plus par semestre- varient, selon les régions, de 9 à plus de 20% selon les caisses), on peut alimenter un trafic ou une redistribution relativement importante et visible. Aux yeux des usagers, ce trafic pourrait discréditer les médicaments de substitution. Il semble cependant que ce ne soit pas le cas, les usagers y voyant surtout une fonction de dépannage.

### **Quelle est l'efficacité des traitements au niveau collectif : mortalité, infections chroniques, délinquance ?**

Les indicateurs collectifs d'impact des traitements de substitution, malgré leurs imperfections, indiquent pour les overdoses mortelles, les interpellations pour usage et trafic d'héroïne, une chute spectaculaire depuis la mise à disposition des traitements. Pour la cocaïne, la situation s'est, on le sait, détériorée jusqu'en 1999 et stabilisée en 2000. Il n'existe pas en France de données sur la délinquance d'acquisition associée à la consommation de drogues illicites. Les indicateurs épidémiologiques manquent pour suivre l'incidence du VIH et du VHC associée aux pratiques de consommation des drogues.

### **Quelles sont aujourd'hui les conditions et les motivations de la première demande de traitement ?**

Il n'existe pas d'étude systématique des conditions et des motivations d'entrée en traitement et du choix d'un traitement de substitution plutôt que d'un traitement orienté vers l'abstinence. Depuis 1995, plusieurs dizaines de milliers de patients sont entrés en traitement de substitution. Dans les toutes premières années, ce modèle de prise en charge était mal compris des usagers de drogues qui s'efforcent, de façon répétée tout au long de leur parcours, de mettre fin à leur dépendance par des arrêts spontanés ou en s'appuyant sur des services de soins.

Aujourd'hui, ce modèle thérapeutique a trouvé sa place mais les usagers continuent à demander ou à tenter des sevrages. Une majorité des usagers expérimente les médicaments de substitution avant d'entrer dans un processus thérapeutique.

### **Quelle est l'efficacité des traitements au niveau individuel dans le domaine de l'usage de substances licites et illicites, de la situation sociale, de l'accès aux soins et de l'état de santé (VIH, VHC, troubles psychiatriques), de la délinquance ? Dans quelles conditions le traitement est-il arrêté ? Quels sont les critères, les pratiques et les difficultés du sevrage ?**

On dispose sur ce point de très nombreuses données d'enquêtes de qualité inégale. Elles vont dans le sens d'un impact favorable de ces traitements sur les différentes dimensions ciblées par la prise en charge : baisse de la consommation de produits illicites ou détournés, amélioration de la situation sociale en termes d'emploi et de logement, amélioration de l'accès aux soins primaires.

La perception des bénéfices de la prise en charge par les usagers est variable selon les dimensions de la vie quotidienne. Cependant une partie d'entre eux se sentent "piégés" par la poursuite de leur dépendance à un médicament et à une prise en charge. Sur quelques indicateurs, les traitements par la méthadone apparaissent supérieurs. Les conditions de l'offre de soins d'une part, les conditions de réalisation des études d'autre part, ne permettent pas de distinguer l'intérêt des différents médicaments disponibles, des différents cadres de prise en charge ou l'impact de l'encadrement plus étroit de la méthadone.

### **Les données de pharmacovigilance et des informations sur les effets secondaires des médicaments de substitution.**

Les données de pharmacovigilance ne permettent pas d'évaluer l'hépatotoxicité de la buprénorphine et elles n'apportent pas d'information pour évaluer la fréquence et la gravité des complications de l'injection.

### **Quelle est l'ampleur du problème de l'injection, en particulier de l'injection du Subutex® ? Quels sont les déterminants de l'injection du Subutex® et de son abandon ?**

Le phénomène d'injection du Subutex® a connu une ampleur inattendue. L'injection de la buprénorphine a été documentée dans 11 études réalisées auprès des usagers entre 1996 et 2001. Le pourcentage est très variable selon les populations enquêtées et les conditions de réalisation des enquêtes. Ce pourcentage est relativement élevé et la signification du phénomène, ses déterminants et ses risques, ne doivent pas être sous-estimés. Les résultats disponibles indiquent qu'il s'inscrit dans des logiques liées à la toxicomanie elle-même (dépendance, mode de vie, état psychologique) mais aussi dans la logique de la prise en charge et de l'adéquation du traitement (type d'encadrement, individualisation de la prescription). La pratique est parfois discutée avec les médecins ; les usagers savent que ce produit ne devrait pas être injecté mais la pratique de l'injection est plutôt considérée comme un mésusage que comme un problème en soi devant être vu comme un des enjeux du traitement.

Les résultats obtenus sont toutefois insuffisamment précis pour appréhender la marge d'amélioration possible par une meilleure organisation des soins, un affinement des indications, une prise en charge plus compréhensive des personnes traitées. Cette marge existe certainement. En effet, s'il y a une amélioration de la situation des personnes traitées et réduction des risques pour leur santé, ces risques persistent compte tenu de la chronicité de la dépendance, de la faible insertion sociale et des troubles psychologiques ainsi

que de l'observance aléatoire du traitement sur le long terme.

La longue durée et la complexité de la dépendance aux opiacés incitent aujourd'hui à considérer, contrairement à la période antérieure, que la prise en charge de la toxicomanie peut durer de longues années, voire à vie. Dans ce contexte, la diversification des traitements de substitution ainsi que des autres modalités thérapeutiques (sevrage, sevrages sélectifs, traitements résidentiels, dont les communautés thérapeutiques, psychothérapies, etc.) peut permettre d'optimiser la situation des patients tout au long de leur trajectoire en ajustant à chaque moment les prestations offertes à la situation et aux besoins fluctuants des individus.

Ce bilan doit déboucher sur un processus de concertation permettant de redéfinir le cadre de la prise en charge des usagers de drogues.