



Santé  
Réduction des Risques  
Usages de Drogues

SWAPS n° 27



*Etat des lieux*

## Quand la substitution fait loi

par Catherine Caron

*Nombreux sont les textes de réglementation publiés par les pouvoirs publics visant à encadrer la prescription et la dispensation des traitements de substitution en France. Afin de mieux comprendre l'actuelle politique publique concernant ces traitements, Catherine Caron analyse les contenus et les évolutions des diverses circulaires.*

### **Avant 1995 : renaissance et préhistoire de la substitution**

Jusqu'en 1993, trois structures (toutes parisiennes) avaient demandé, obtenu et mis en œuvre un agrément pour une utilisation strictement expérimentale et limitée (52 places) de la méthadone. Cette année-là, la prise de conscience de l'épidémie de sida suscite la publication d'une première circulaire qui marque un changement d'orientation des politiques institutionnelles.

Entre 1993 et 1995, de nouveaux programmes méthadone sont mis en place et confiés uniquement aux centres spécialisés (CSST). Aucune substitution n'est légalisée en dehors de ces centres, même si la pratique de certains médecins généralistes est connue et le plus souvent tolérée.

Ainsi, en à peine 2 ans, la France est passée de 3 à 45 centres. La circulaire DGS de mars 1994 précise un premier cadre d'utilisation de la méthadone. Sa délivrance est réservée à des centres spécialisés ayant obtenu un agrément. Ils doivent répondre à des caractéristiques (prise en charge médico-psychologique, limitation à 50 personnes maximum), appliquer des critères de prescription (dépendance aux opiacés de plus de 5 ans, sujets volontaires ayant entrepris sans succès plusieurs cures...) et effectuer des contrôles de délivrance, de détention de la méthadone et de l'usage d'autres produits.

Fin 1994, on dénombre 1000 places de méthadone en France.

### **A partir de 1995 : le temps de la reconnaissance**

Une première circulaire indique des modifications par rapport aux dispositions précédentes et en particulier la levée de l'agrément. Tous les

centres sont autorisés à délivrer et à prescrire de la méthadone avec comme principal critère de prise en charge la dépendance aux opiacés. Enfin, la circulaire de mars 1995 fonde l'actuelle politique de substitution et ses modalités d'application en France. C'est la première et seule circulaire ministérielle consacrée entièrement aux traitements de substitution, désormais considérés comme des outils de santé publique. *"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 (BHD), ont ou auront respectivement une indication validée de traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés."* La circulaire définit les missions de la commission consultative des traitements de substitution et donne en annexe le projet d'utilisation de la BHD qui sera commercialisée en février 1996. Ce texte instaure également les comités départementaux de suivi et de développement de ces traitements. Il confirme que le sulfate de morphine ne bénéficie pas de l'AMM pour une indication de traitement de substitution.

Les autres textes publiés de 1996 à 2001 s'attachent à renforcer le dispositif des centres spécialisés en développant une activité de prise en charge par la méthadone. On précise notamment que l'équipe thérapeutique doit comprendre un temps de médecin et un temps d'infirmier (circulaire du 03/04/1996).

De 1997 à 1999, les circulaires orientent leurs directives sur les modalités de prescription et de dispense des traitements : l'autorisation de transport de médicaments stupéfiants, la suppression des ordonnances de carnet à souches, l'instauration des ordonnances sécurisées, la règle de prescription de méthadone pour une durée de 14 jours avec une délivrance par la pharmacie de 7 jours et l'interdiction de chevauchement.

Puis, en 2001, l'accessibilité des traitements de substitution en milieu carcéral est à nouveau signifiée avec la nécessité de poursuivre, voire d'initialiser, un traitement de substitution quelle que soit la peine encourue par les usagers.

## **2002 : Ouverture des prescriptions**

La circulaire du 30 janvier 2002 ouvre la possibilité à tout médecin exerçant dans un établissement de santé d'initialiser un traitement par la méthadone. Cette disposition, tant attendue, crée une situation nouvelle et ouvre une seconde porte pour accéder à un traitement méthadone. La seule limitation des prescriptions concerne les services d'accueil et d'urgence. Néanmoins, le cadre d'utilisation de la méthadone est en fait très peu modifié par rapport par rapport à celui de 1995.

La question essentielle reste celle du relais en ville ou en centre spécialisé du traitement (prescription, dispense et suivi). Cette question est plusieurs fois soulevée en précisant que : *"Le relais à l'issue de la prise en charge en établissement de santé ou en établissement pénitentiaire, à l'issue de la*

*détention, soit vers un médecin de ville, soit vers un centre spécialisé, constitue un aspect fondamental de la prise en charge et doit être envisagé, avec le patient, dès l'indication de la prescription."*

L'ensemble de ces textes a établi les bases d'une nouvelle ère de la substitution en France. Ce schéma, original et novateur, comporte cependant quelques faiblesses. La décision politique d'accroître les capacités de prescription n'a été accompagnée d'aucune méthodologie de programmation de développement du dispositif. Ainsi, il existe une très importante disparité régionale et départementale pour la prescription de méthadone et un manque d'adéquation avec les besoins sanitaires.

D'autre part, les systèmes de surveillance et d'alerte par rapport aux mésusages n'ont pas été définis (en dehors de l'étude de l'Inserm sur les 5000 premiers patients.)

Par ailleurs, la circulaire sur la primo-prescription en établissement de santé est très peu explicite sur la manière dont doivent s'effectuer les relais en ville, alors qu'elle insiste sur leur importance. Elle présuppose que les pratiques de réseau existent partout et que tous les acteurs ont déjà des collaborations bien établies.

Enfin, l'organigramme de toutes les instances visant à l'évaluation et à l'amélioration de la politique publique n'existe pas. De façon générale, le manque de coordination et de structuration des objectifs est un handicap au développement d'une politique de santé des addictions en France car morcelée entre plusieurs ministères, une mission interministérielle (Mildt) et de multiples organismes aux intérêts discutables dans ce domaine (Inpes, HCSP, Caisses d'assurance maladie, InVS, CEIP...). La dernière circulaire ouvrant la possibilité pour les médecins des établissements de santé d'initialiser des traitements méthadone ne comporte aucun élément de suivi de cette disposition pourtant très importante, ni d'évaluation des pratiques qu'elle va générer.

A suivre...