

Bettembourg , le 21 novembre 1998

CONSENSUS MEDICAL AU SUJET DE LA PRISE EN CHARGE ADEQUATE D'UNE SUBSTITUTION DE DEPENDANTS A L'HEROINE AU CABINET MEDICAL

Considérations générales

La prescription de produits de substitution ne guérit pas un patient dépendant d'une substance dans l'immédiat. Leur emploi ne se justifie que dans le cadre d'une prise en charge globale aux objectifs bien définis. Seuls une approche multidisciplinaire et un travail en réseau peuvent donner des garanties nécessaires à une réussite.

Il est déontologiquement interdit au médecin de créer ou de favoriser le développement d'une dépendance à un quelconque produit (médicaments ou drogues). Il incombe donc au médecin de s'assurer que son patient présente bien une dépendance préexistante à un produit avant de commencer ou d'envisager une substitution.

Le médecin veillera toujours à considérer l'utilité et l'objectif de son traitement à moyen et long terme. Il doit s'assurer que son traitement produit tout ou une partie des effets bénéfiques escomptés , justifiant le maintien temporaire aux produits de substitution , qu'ils soient sur le plan somatique ou psychosocial. Dans ce sens , il ne perdra pas de vue son objectif à long terme à savoir d'amener progressivement les changements nécessaires pour sevrer son patient de toute aide médicale.

De façon générale , les traitements par maintenance ne produisent d'effets que s'ils sont accompagnés d'un encadrement psychosocial adéquat et susceptible d'encourager et de favoriser la réinsertion sociale et *in fine* l'abstinence. Le médecin devra régulièrement procéder à une évaluation des risques et des bénéfices de son traitement par substitution.

La pratique de « traitements de toxicomanie » comme activité lucrative au mépris des intérêts à long terme du patient dépendant du produit de substitution et donc de son aide médicale régulière , notamment par des prescriptions souples et généreuses pour accroître sa patientèle , est contraire à toute éthique médicale. Le médecin est tenu à employer tous les moyens nécessaires pour s'assurer que ses prescriptions soient respectées et que les substances ainsi prescrites ne fassent l'objet d'un commerce illégal.

Proposition de règlement interne définissant la substitution au cabinet médical

- 1) Le médecin doit vérifier le diagnostic de *dépendance « avérée »* en ayant recours à tous les moyens diagnostiques appropriés , se référant entre autres aux critères généralement reconnus du DSM IV.
- 2) Il informera un *organe central* (à définir , de préférence un médecin de la Direction de la Santé) de son intention à substituer un tel patient. Il communiquera toutes les données utiles à ce confrère qui le tiendra , le cas échéant , au courant des tentatives thérapeutiques antérieures ou parallèles de ce patient.
- 3) Il est recommandé de *contacter le pharmacien* , désigné par le patient pour assurer la distribution , et de l'informer des modalités de la substitution. Le pharmacien est un partenaire important et le médecin s'engage à assurer une disponibilité collégiale pour résoudre d'un commun accord les problèmes qui pourraient se présenter.
- 4) Le médecin , en première ligne de la demande de soins des dépendants , suscitera les contacts avec des *référénts psychosociaux* appropriés à chaque fois qu'ils s'avèrent nécessaires. Il veillera à ce que des échanges réguliers entre les différents intervenants puissent avoir lieu dans l'intérêt du patient.
- 5) Le *nombre de patients* qu'un médecin peut suivre correctement dans son cabinet est limité. Il doit refuser toutes nouvelles demandes de traitement et référer ces patients ailleurs si ce nombre devient

trop important (rôle médiateur de l'organe central de la Direction de la Santé ; chiffres suggérés : hors Programme 10 , maximum 20).

- 6) La *prise quotidienne sur place* est de règle. Les exceptions devront pouvoir être motivées (ex. travail, climat de confiance justifié etc.). Le nombre important de patients substitués versus le nombre limité de pharmacies de référence fait qu'il faut appliquer cette règle de façon réaliste et réalisable au cas par cas. Dans la *phase initiale* du traitement de substitution , la prise quotidienne sur place reste cependant fortement recommandée.
- 7) Le médecin prescripteur est tenu de suivre les *formations continues* en matière de prise en charge des dépendants. Il est recommandé par ailleurs de participer à des groupes de supervision entre médecins.
- 8) La prescription *d'autres psychotropes* parallèlement au produit de substitution pourra avoir des effets néfastes y compris la mort par overdose. Le médecin veillera à réduire ce genre de prescriptions à son stricte nécessaire.
- 9) Le médecin voit personnellement le patient substitué de façon régulière. Il documentera sa prise en charge par des *bilans toxicologiques urinaires* et fera du *dépistage* par les sérologies virales recommandées.
- 10) Certaines prises en charge de dépendants sont hasardeuses si elles n'ont pas lieu dans le contexte d'un cadre stricte et d'un suivi professionnel et multidisciplinaire. Ainsi pour les groupes de dépendants ci-dessous , leur admission et leur gestion dans le *Programme de Substitution* est fortement recommandée voir indispensable :
 - les mineurs d'âge
 - les femmes enceintes
 - les parents dépendants avec enfants en bas âge à leur charge
 - les poly-toxicomanes lourds
 - les patients « institutionnalisés » (pénitencier , foyers , cures et post-cures , hospitalisations multiples pour d'autres raisons médicales etc.)
 - les patients avec diagnostic psychiatrique double (dépendance avec toute autre maladie psychiatrique grave associée)
 - les patients avec prescriptions médicales de l'agoniste naturel (héroïne)

Dernières réflexions

Le médecin est de plus en plus confronté à des cas « limites » : Abus voir uniquement usage de produit sans critères nets de dépendance ; consommation de courte durée *de novo* ou brève rechute après abstinence prolongée. Dans tous ces cas la prescription d'agonistes risque de créer voir de développer des *dépendances iatrogènes*. Il est recommandé de s'abstenir d'une prescription immédiate et de référer ces patients vers un organisme d'orientation comme *Jugend & Drogenhelfer* afin d'établir avec eux des objectifs plus réalistes d'abstinence voir de maîtrise de leur consommation : encadrement psycho- ou sociothérapeutique , sevrage ambulatoire à « froid » ou avec doses régressives d'agonistes , prescription d'antagonistes , sevrage hospitalier suivi ou non d'une post-cure.

Pour le Groupe de travail méthadone

Dr Claude SCHUMMER

147 , route de Mondorf

L-3260 BETTEMBOURG

Tél. : 511382 Fax : 523478

e-mail : schumcl@pt.lu