



N°7 – octobre 2014

Mentions légales : Directeur de la publication : George-Henri Melenotte

# Entrelacs

Bulletin trimestriel de la CNRMS  
Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures médicales

## SOMMAIRE :

*Éditorial : Méthadone, baclofène, nécessité d'un dispositif adéquat – p. 1*

*Trois questions à Patrizia Carrieri Chercheuse à l'INSERM et responsable scientifique de l'étude Méthaville – p. 2*

*Les conditions optimales pour la prescription de la méthadone, de la buprénorphine et du baclofène en médecine de ville p. 3*

*Une microstructure dans les Vosges – p. 4*

### Réseaux adhérents à la CNRMS

CASA 65, Midi Pyrénées  
Réseau Addiction de la Somme-  
Le Mail, Picardie  
Réseau Canebière, PACA  
RMS Alsace  
RMS Vosges - La Croisée,  
Lorraine  
RAVH 54, Lorraine

Si vous souhaitez recevoir *Entrelacs* ou réagir à ses articles, vous pouvez nous contacter :

CNRMS 12 rue Kuhn 67000  
Strasbourg  
courriel : [coordination-nationale@reseau-rms.org](mailto:coordination-nationale@reseau-rms.org)

## Editorial

### Méthadone, baclofène, nécessité d'un dispositif adéquat

Les conditions de la prescription de molécules comme la méthadone ou le baclofène nécessitent une attention particulière de la part du médecin traitant.

Les résultats obtenus, après des années d'expérience pour la méthadone, beaucoup moins pour le baclofène, montrent l'intérêt d'un suivi pluriprofessionnel des patients, une formation adéquate des médecins, une régularité dans la prise en charge et une relative durée du traitement. Ce type de suivi en médecine de ville sollicite une formation continue de ses équipes, quelles soient médicale, psychologique ou sociale.

Les microstructures médicales organisées en réseau répondent aux critères de prescription de ces molécules. Elles doivent s'enrichir au quotidien des expériences menées par ailleurs pour donner à leurs traitements toute leur efficacité.

Dr George-Henri Melenotte

*La microstructure est une équipe pluriprofessionnelle constituée par un psychologue et un travailleur social autour du médecin généraliste, dans son cabinet. Elle assure un accueil de proximité de qualité pour les personnes présentant des troubles addictifs. Les trois intervenants forment une équipe thérapeutique qui délibère sur chaque cas, à l'occasion de réunions de synthèses.*

*Les microstructures sont organisées en réseau et travaillent en partenariat avec l'hôpital et le secteur médicosocial.*



## Trois questions d'Entrelacs à Patrizia Carrieri



### Chercheuse à l'INSERM et responsable scientifique de l'étude ANRS METHAVILLE

**Entrelacs :** Vous avez dirigé une étude sur les conditions à remplir par la médecine de ville en vue de la prescription de méthadone aux patients usagers de drogues.

**Quelles sont les principales conditions que votre étude vous a amenée à retenir ?**

**Patrizia Carrieri :** *Il nous semblait que le point essentiel était de "sécuriser" la primo-prescription de méthadone en médecine de ville, c'est à dire de choisir un cadre de prescription capable de minimiser les risques d'overdose pendant la phase de stabilisation des dosages (phase d'induction). Cette phase est critique car la littérature montre qu'il y a un risque accru d'overdose. Nous avons choisi un "cadre" adapté à la primo-prescription en ville qui a été établi sur la base des expériences et des recommandations internationales.*

*Ce cadre s'appuie sur plusieurs points clé : la formation des médecins de ville à la primo-prescription de méthadone et l'exercice de la prise en charge partagée (patient – médecin de ville – pharmacien – CSAPA de référence) ; des critères stricts sur le premier dosage à administrer (en moyenne 30 mg - maximum 40 mg) et sur les modalités d'augmentation des doses ; la supervision quotidienne obligatoire de la prise de méthadone en pharmacie pendant la phase d'induction (sauf les week-ends) ; l'initiation de méthadone en début de semaine.*

*Il a été décidé de ne pas inclure les patients ayant une triple co-dépendance dépistée (pas d'abus !) aux benzodiazépines, alcool et opiacés (héroïne, morphine buprénorphine, codéine etc..) car, du fait du risque d'overdose associé à cette triple co-dépendance, ils nécessitent une prise en charge en centre spécialisé.*

*Pendant la phase d'induction de l'étude, aucune overdose ou intoxication n'a été observée.*

*Il ne faut pas oublier que les derniers résultats de la littérature internationale montrent clairement que seul un accès élargi à la méthadone permettait de contrôler l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues. La médecine de ville peut aussi jouer le rôle de point d'entrée vers les soins en facilitant l'accès aux traitements de substitution surtout en zone rurale.*

**Q2.** La médecine de ville est actuellement en pleine évolution. Alors qu'elle connaît une baisse de sa démographie, elle s'organise de plus en plus en maisons médicales, centres de santé ou microstructures.

**Pensez-vous qu'une telle évolution est compatible ou non avec la prescription de médicaments que sont la méthadone ou le baclofène ?**

*Je pense que ce type d'organisation représente une forme très intéressante et efficace de prise en charge partagée, comprise entre la médecine de ville et les structures plus spécialisées comme les services hospitaliers. Elles jouent également un rôle important pour des patients concernés par d'autres comorbidités comme les hépatites ou les comorbidités psychiatriques. D'autre part ces structures permettent de renforcer les compétences des soignants tout en assurant une prise en charge efficace et en même temps moins stigmatisante. La dépendance aux drogues est encore très séparée des autres affections mais pourrait être prise en charge comme toutes autres pathologies : le diabète, le VIH, l'hépatite B. Je ne peux pas m'exprimer sur la prise en charge de la dépendance à l'alcool mais il me semble qu'une fois que les conditions de suivi et de prescription du baclofène garantiront efficacité et sécurité sanitaire, il ne devrait plus y avoir de barrières à la prise en charge en ville.*

**Q3.** Les réseaux de microstructures médicales se posent aujourd'hui en alternative plus légère et moins onéreuse que certains CSAPA ou les centres de soins complexes. Elles favorisent la réflexion de l'équipe sanitaire sur la situation de la personne.

**Vous paraissent-elles de ce fait en adéquation avec les conditions requises à la prescription de méthadone ou de baclofène en médecine de ville ?**

*Nous sommes tous très concernés par la crise économique et la possibilité d'assurer une prise en charge adéquate mais aussi immédiate (sans temps d'attente) à des patients en besoin car cela est un objectif clinique mais aussi de santé publique. Une situation dans laquelle un patient attend des semaines avant*

*d'être soigné est non seulement déontologiquement inacceptable mais peut aussi coûter cher à la société (recours aux services d'urgences, contamination VIH et hépatite et prise en charge, overdose, hospitalisations, délits liés aux drogues et à l'alcool etc.).*

*Je pense donc que si ces structures assurent la prise en charge rapide, globale dans le respect des questions de sécurité associées à la prise du traitement, elles seront un outil fondamental pour faire valoir le principe de l'équité de l'accès aux soins, même pour les populations les plus vulnérables.*

*Interview réalisée par George-Henri Melenotte*



### Les conditions optimales pour la prescription de la méthadone, de la buprénorphine et du baclofène en médecine de ville



*Nous avons demandé au Dr Didier Fremaux, praticien hospitalier au CH P.Pinel et médecin au CSAPA Le Mail à Amiens, son avis sur les conditions optimales de prescription de la méthadone, de la buprénorphine et du baclofène.*

La thématique de ces trois médicaments est d'actualité, il est donc opportun que Entrelacs fournisse des informations sur leur mise à disposition et leurs conditions de prescription.

Ils concernent des modalités thérapeutiques particulières qui exigent le respect de règles spécifiques et des connaissances pharmacologiques acquises, car leurs marges de dangerosité sont étroites, surtout pour la méthadone.

D'autre part, des conditions dites « optimales » supposent l'utilisation du maximum de moyens existants et une adéquation rigoureuse des modalités de prescription avec les impératifs posés par l'AMM ou la RTU octroyée pour le baclofène.

Deux exigences font pivot :

- Une prise en charge globale Médico-Psychosociale effective
- La participation à une méthode d'évaluation active et indépendante (telle que celle, formalisée explicitement pour le baclofène) Il n'est pas inutile de rappeler qu'une participation passive et altruiste de l'industrie pharmaceutique n'existe pas (2/3 des crédits de recherche vont vers le marketing et la promotion)

Les microstructures médicales, en tant que formes décentralisées de la pratique de réseaux de soins, sont susceptibles de répondre à ces impératifs et de participer à la constitution d'une véritable culture commune gravitant sur le sujet-usager-patient.

Cette « culture » peut se refléter dans la notion de tactique thérapeutique qui ne doit pas être confondue avec la stratégie qui désigne explicitement un objectif, une finalité.

La tactique n'est qu'un moyen pour la faire aboutir.

Pour les conduites addictives et notamment, les états pathologiques constitués que sont les pharmacodépendances majeures, la stratégie pourrait se condenser dans l'idée d'une « réappropriation du libre arbitre » objectif ultime et ambitieux, qui ne pourra, bien sûr, aboutir que dans les situations les plus favorables. Seule une approche pluridisciplinaire autorisera cette issue en permettant d'aborder simultanément, les problèmes médicaux, socioéducatifs et surtout psychopathologiques, cette dernière approche étant primordiale car elle seule, permettra l'adaptation d'une tactique thérapeutique à chaque particularité.

L'élaboration d'une tactique de prise en charge implique de prendre en considération de multiples facteurs. « L'apparition d'une pathologie ne se limite pas à une cause physiologique ; elle dépend aussi de l'organisation de l'existence de chacun dans un contexte donné »\* Cette modalité d'approche sollicite un changement de paradigme, le modèle agent causal-diagnostic-traitement curatif ou palliatif ne correspond pas au domaine des conduites addictives et des conséquences somato-psychiques, qui peuvent être désastreuses. Leur incidence est en augmentation dans notre société consumériste, le court-termisme, l'immédiateté et la prolifération des offres sont amplifiées par les techniques de marketing. Il faut pouvoir proposer du temps, pour riposter à cette captation des usagers ; en matière de substances psycho-actives ce sont les plus démunis qui sont, en majorité, satellisés : alcool, tabac, psychotropes et stupéfiants, précarité sociale mais également psychique. L'approche pluridisciplinaire peut « désintoxiquer » la relation médicale et permettre de passer « d'être soigné » à « se soigner » ; il n'y a pas que le symptôme (dépendance) il y a aussi ses raisons. Parce que le patient-usager ne doit pas être seulement « écouté » mais « entendu », il faut l'autoriser à s'exprimer en favorisant les rencontres

soignantes au sens large, s'interroger sur les notions de pratiques médicale et de langage soignant. Ce sont les prises de parole qui facilitent le décodage des facteurs associés participant à la complexité des situations et les seuls spécialistes en matière d'intoxication, sont finalement les usagers eux-mêmes.

L'évaluation qui est menée, en amont et de façon collégiale, pour l'indication d'un traitement médicamenteux, n'est pas une application protocolaire ; c'est un processus continu qui suppose une inscription dans la durée. Le médicament peut se poser, comme préalable à un engagement dans le temps, mais il ne restera qu'un « adjuvant » dans le dispositif de soins. Ce sera l'attention et les échanges que l'évaluation clinique fournira, qui permettront de saisir les changements et les occasions de créer du lien, d'épaissir la relation thérapeutique pluridisciplinaire.

Pour les trois médicaments évoqués, je souhaiterais à titre personnel, vous restituer l'expérience que nous sommes en train d'acquérir.

Les MSO (Médicaments de Substitution aux Opiacés) : ils représentent de manière prototypique, la notion de tactique thérapeutique ; il ne s'agit pas d'une opothérapie (thyroïdienne, surrénalienne..) mais d'une méthode suspensive vis-à-vis de la consommation d'opiacés naturels ou de synthèse, qui doit permettre d'obtenir une tempérance comportementale compatible avec un étayage psychopathologique et un accompagnement qui autorise l'élaboration d'un projet.

La molécule qui offre la plus grande satisfaction, en terme de pharmacologie d'efficacité est sans contestation, la méthadone, à condition d'être prescrite et délivrée de manière adaptée. Son mode d'action est clairement défini (agoniste complet) et il existe une expérience internationale conséquente. Son utilisation nous fait circonscrire cinq stades dans une évolution aboutie : l'initialisation, la stabilisation, la consolidation (l'utilisateur ne

consomme plus et évoque spontanément le désir de ne plus prendre de traitement), la détoxification et la restauration. Nous constatons cliniquement un « éprouvé de normalité » qui peut quelquefois être déprimant si la « réalité retrouvée » est difficile à vivre, d'où la nécessité d'un suivi pluridisciplinaire, d'autant plus que la marge thérapeutique est étroite.

La buprénorphine-haut-dosage a inondé le marché en février 1996, lors de la mise à disposition du Subutex\*. L'index thérapeutique étant confortable, sa prescription a été autorisée en Médecine de ville ; mais rapidement des configurations de mésusage et détournement sont apparues avec les complications que l'on connaît. Aujourd'hui nous pouvons émettre l'hypothèse de deux « leviers » à ces conduites de mésusage : l'immédiateté de l'action par voie sublinguale et lors des détournements (per-nasal et injectable), le geste proscrit, apportant sans doute une « valeur surajoutée » ; d'autre part, l'appétence semble liée à un « effet booster » intermédiaire entre l'action psychostimulante et thymoanaleptique. Nous sommes régulièrement confrontés à ces situations en milieu spécialisé et le recours à la méthadone, s'avère un arbitrage généralement efficace. Le baclofène nous expose à une situation très atypique où se télescopent des aprioris et des

partis-pris qui inclinent à la prudence. Cette molécule présente néanmoins des caractéristiques pharmacologiques (agoniste GABA-B) qui corrélerent avec les témoignages des usagers (absence des effets amnésiants et cognitifs des BZD). Les études récentes, publiées en France, confirment son intérêt pour la consolidation des situations d'abstinence ou de contrôle de la consommation problématique d'alcool. La RTU et les fiches de suivis des patients devraient apporter des précisions quand à ce nouveau paradigme d'indifférence vis à vis de l'alcool.



Ces considérations d'ordre plutôt général n'engagent que moi et mériteraient d'être débattues, ce que je souhaite à la faveur de cette tribune qu'Entrelacs me propose.

Dr Didier Fremaux  
Praticien hospitalier et médecin du CSAPA  
Le Mail

*\*Formulation empruntée au livre récent d'Eric CHAUVIER : »Les mots sans les choses « Ed. ALLIA*



## Annonces

 **Colloque national** 

\* A l'initiative du Colloque National de Synthèse Hépicure, la CNRMS a été sélectionnée pour présenter le dispositif des microstructures médicales. Le Dr George-Henri Melenotte le présentera le 27 novembre à Paris.

 **Journée du Grand Est** 

\* Nous organiserons le 29 mai 2015 une journée des microstructures dans le Grand Est de la France, à Nancy. Une information plus détaillée vous parviendra prochainement.



## Une microstructure dans les Vosges



Le chômage de longue durée, un public peu qualifié et une mobilité très difficile ont fragilisé très fortement le secteur de la Déodatie Vosgienne. Ce contexte socioéconomique est, on le sait malheureusement, propice à l'apparition de conduites addictives.

D'autre part, le milieu rural est aujourd'hui, peu investi par les services de Droit Commun. Il faut se déplacer à Saint Dié des Vosges pour obtenir un conseil juridique, pour rencontrer des personnes de Pole Emploi, pour engager un travail psychologique ou encore consulter un spécialiste, etc.

C'est dans ce contexte que nous comprenons aisément la place centrale que peut prendre le médecin généraliste ; qui faute d'autres intervenants, peut devenir le confident, l'assistante sociale, le psychologue, etc....  
C'est pour ces raisons que La Croisée a choisi d'intervenir dans un village, distant de 20 km du CSAPA de Saint-Dié.

Le Docteur a tout de suite adhéré à la proposition de mettre en place une microstructure. Conscient des limites de son intervention et des problématiques des personnes qu'il rencontre, il souhaitait échanger et mieux les accompagner. Le public accueilli est majoritairement masculin, âgé d'une quarantaine d'années, souffrant de dépendances, plus souvent liés à l'alcool.

L'équipe, une éducatrice spécialisée et une psychologue, se rend une fois tous les 15 jours environ à son cabinet. Le médecin met son bureau à disposition et occupe lui-même le bureau de la secrétaire !

Nous passons de longs moments à discuter des situations, à en comprendre le sens, à réfléchir aux propositions.

Le travail mis en place depuis maintenant deux ans, a permis de stabiliser les traitements, d'accompagner le projet de vie de la personne, de mettre en lien avec les structures existantes et de travailler de manière plus générale à la gestion de la notion du plaisir au quotidien.

Nous continuons à réfléchir à l'amélioration de nos prises en charge. Nous sommes convaincus que le travail pluridisciplinaire a permis de trouver des réponses, là où la situation semblait ne plus pouvoir avancer.

G. Journot  
A. Feger  
AVSEA

*(Association Vosgienne pour la Sauvegarde  
de l'Enfance, de l'Adolescence  
et des Adultes)*