

## Partie B. Thèmes spécifiques

### 11. Historique, méthodes et mise en application des recommandations nationales relatives au traitement

#### 11.1. Introduction

##### Fondements et objectifs

Ce chapitre offre un aperçu de la place et du rôle des recommandations concernant l'harmonisation et l'amélioration du traitement de la toxicomanie en France. Ici le terme de « recommandations » renvoie en fait à un ensemble de recommandations sur un sujet donné. Il peut être utilisé ici sans autre qualificatif par facilité de langage, comme traduction du terme « guidelines », étant entendu qu'il s'agit de recommandations spécifiques au traitement des usages de drogues illicites.

De nombreuses études démontrent l'impact positif de l'application de recommandations professionnelles scientifiquement validées sur l'organisation et la qualité d'un système de soins (Grimshaw et al. 2004). Ce genre de recueil apparaît comme un outil clé pour combler l'écart observé entre les faits scientifiquement démontrés comme efficaces (*evidences*) et la pratique (Cabana et al. 1999). De fait, au cours des dernières décennies, de nombreux pays ont montré un intérêt croissant pour la mise en place de recommandations sur les bonnes pratiques. En 2009, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie à son tour des recommandations pour le traitement pharmacologique psycho socialement assisté de la dépendance aux opiacés (WHO 2009). Investi d'une mission de promotion des connaissances validées, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) s'interroge sur l'étendue, la portée et les conditions d'application des recommandations en matière de traitement des addictions parmi les États membres de l'Union européenne (UE).

Selon la définition de l'Institut de médecine américain, reprise par l'EMCDDA, les recommandations sont des « affirmations développées systématiquement pour aider les médecins et les patients à prendre des décisions adéquates lors d'interventions dans des circonstances spécifiques » (Field et al. 1992). Cependant, les recommandations ne sont pas un recueil de solutions toutes faites, ni une sorte de « livre de cuisine médicale ». Elles ne sont pas plus susceptibles de refléter des opinions individuelles. Au contraire, il doit s'agir d'un outil d'aide à la décision pour les professionnels de santé non pas fondé sur l'intuition ou l'idéologie, mais sur les découvertes scientifiques qui appuient leur application (Helou et al. 2000).

En France, la Haute autorité de santé (HAS), anciennement ANAES<sup>108</sup>, définit les recommandations cliniques comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Elles sont fondées sur des revues de la littérature systématiques et des avis d'experts. Les demandes pour ces recommandations peuvent provenir de divers organismes publics ou privés (ministère de la Santé, sociétés scientifiques, associations, etc.). Pour ce qui est des addictions, elles sont généralement adressées à la HAS qui peut aussi lancer des travaux à sa propre initiative.

La référence aux « preuves » (aux faits démontrés) est essentielle pour garantir la qualité des recommandations (Brownson et al. 2003). Mais l'énonciation des preuves scientifiques n'induit pas en soi les bonnes pratiques. L'application des recommandations dépend de nombreux facteurs influant notamment sur leur fiabilité et leur acceptation par le public-cible (Grol, R. 1997; Grol, R. et al. 1998). Ces facteurs interviennent pour partie lorsqu'il s'agit de diffuser les

---

<sup>108</sup> Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé.

recommandations auprès des professionnels. Ainsi la contribution de l'ensemble des parties prenantes est essentielle non seulement pour bénéficier de données fiables et actualisées mais aussi pour définir une stratégie de mise en œuvre pertinente et réaliste (Hartnoll 2004).

A la lumière de ces éléments, tant le processus de définition des recommandations que celui de leur mise en œuvre sont couverts par cette étude du cas français. Conformément à la demande de l'OEDT, leur description de ces deux phases est précédée par un historique de l'émergence des recommandations préconisées en France. Par la suite, l'évocation de la « mise en œuvre des recommandations » désigne certes leur application par les professionnels concernés, mais surtout l'ensemble des mesures d'accompagnement déployé dans ce but (l'utilisation finale des recommandations n'étant généralement pas évaluée). Le sujet est restreint aux traitements des usages de drogues illicites et n'aborde pas la question des addictions liées aux drogues licites (alcool, tabac, etc.). Le principal objectif est d'imaginer des pistes potentielles pour favoriser dans le contexte national une meilleure intégration des connaissances, démontrées par la littérature comme bonnes pratiques dans le traitement de la toxicomanie. Enfin, une comparaison aux lignes directrices émises par l'OMS est également fournie en annexe IV.

### **Méthode**

L'étude se concentre sur cinq des six recommandations identifiées au sujet du traitement des usages de drogues illicites. L'intégration des directives sur les modalités de sevrage (1998) est apparue facultative de par le contexte français, caractérisé par la prédominance des traitements de maintenance aux opiacés et la baisse régulière des demandes et de l'offre quant aux programmes de sevrage. La liste finale des recommandations étudiées est la suivante :

- « L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations » (2002) (Auge-Caumon et al. 2002)
- « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution » (ANAES 2004b).
- « Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés » (2004) (ANAES 2004a)
- « Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Recommandations de la commission d'audition » (2007) (HAS 2007).
- « Recommandations de bonne pratique : prise en charge des consommateurs de cocaïne » (2010) (HAS 2010)

Une analyse documentaire des textes clés – des écrits officiels politiques ou législatifs et des recommandations elles-mêmes – a été réalisée au premier stade de l'étude.

Les processus de définition et de mise en œuvre de ces recommandations n'étant que faiblement documentés, un recueil de données original s'est avéré nécessaire. Ainsi, 15 experts, acteurs de terrain et parties prenantes (soit 80 % des personnes initialement sélectionnées pour leur connaissance approfondie de la problématique) ont fait part de leur perception des événements, des logiques et des enjeux existants, lors d'entretiens semi-directifs en face-à-face. L'objet était de recueillir le point de vue à la fois des institutions, des professionnels, des chercheurs et des usagers de drogues.

Enfin, un modèle comparatif (*benchmarking*) permet d'illustrer les forces et les faiblesses des différentes recommandations et en quelque sorte de visualiser les évolutions techniques de leur développement.

## 11.2. Historique et cadre général de la substitution

La loi du 31 décembre 1970<sup>109</sup> définit le cadre légal de la politique des drogues en France. Elle stipule que la consommation de drogue est un délit mais que les usagers peuvent échapper à des poursuites judiciaires en se soumettant à un traitement de leur dépendance, devenu anonyme et gratuit. Les objectifs de cette loi sont également de réprimer le trafic et de contrôler l'usage de drogues (Angel et al. 2005; Derks et al. 1999). Dès lors la toxicomanie est devenue un objet de solidarité nationale dépendant directement de la compétence de l'Etat. En 1982, un organisme interministériel est créé pour coordonner l'action publique dans les domaines de la prévention, de la prise en charge sociosanitaire, de l'application de la loi et de la coopération internationale. Cet organisme est devenu la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie). Il opérait sous l'égide du ministère de la santé avant d'être rattaché au premier ministre en 2009.

Cette loi, dite loi de 1970, n'a pas été fondamentalement modifiée depuis son adoption, mais de nombreuses directives ministérielles (décrets et circulaires) ont été publiées pour étoffer la prise en charge sociosanitaire des toxicomanes.

Historiquement, en France, les offres de soins liées à la toxicomanie ont été largement influencées par une approche psychanalytique. Dans les années soixante, les toxicomanes, tout comme les personnes alcooliques, étaient orientés vers les hôpitaux psychiatriques où des cures de désintoxication leur étaient proposées. Le traitement était alors essentiellement axé sur l'abstinence. A l'adoption de la loi de 1970, l'Etat a en quelque sorte confié le traitement des toxicomanes à des spécialistes, principalement des psychiatres et des psychologues : les désordres psychologiques et comportementaux impliqués dans l'addiction réclamaient des réponses cliniques individuelles. Ces professionnels ont élaboré une approche psychanalytique basée sur une relation de confiance entre le patient toxicomane et le praticien, toujours dans la perspective de l'abstinence. Cette pratique s'est structurée, professionnalisée, au cours des années 1970. La surreprésentation des psychiatres dans l'élaboration des connaissances sur le traitement de la toxicomanie peut également s'expliquer par une certaine réticence du secteur de santé traditionnel à prendre en charge des toxicomanes, considérés comme une population problématique. D'autre part, la prédominance de spécialistes dans le domaine a pu susciter chez les médecins généralistes le sentiment que cette problématique n'était pas la leur, d'autant qu'ils ne disposaient pas de formation particulière sur la question. Jusqu'au début des années 1990, la vision davantage curative de la prise en charge des toxicomanes a eu tendance à retarder une appréhension plus globale du problème et finalement l'acceptation de l'approche pragmatique de réduction des risques (Boekhout van Solinge 1996). Les principaux acteurs professionnels pensaient que la prescription d'opiacés à un toxicomane ne pouvait que renforcer l'emprise du produit sur le patient. Pour les autorités publiques, le recours à la substitution représentait une ouverture potentielle vers la libéralisation de l'usage de drogues.

Le début des années 1990 a connu un revirement, dû en particulier à l'épidémie de VIH. Un mouvement social émergea, regroupant des sociologues, militants des groupes de soutien contre le sida, associations humanitaires, spécialistes de la santé publique, médecins généralistes et également des usagers de drogues. Il plaida en faveur d'une politique de réduction des risques et de programmes de substitution à la méthadone, dénonçant les conséquences sanitaires dramatiques des politiques anti-drogue en vigueur. Plusieurs expériences préalables menées en Europe (en particulier en Belgique, aux Pays-Bas et en Suisse) inspiraient leur démarche mais également les changements observés dans leur pratique quotidienne. Plus précisément, le secteur humanitaire a dû affronter une situation de crise liée à une demande de soins croissante de toxicomanes infectés par le VIH.

---

<sup>109</sup> Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et de l'usage illicite des substances vénéneuses

Parallèlement, devant le nombre élevé d'usagers de drogues nécessitant des soins liés au Sida, de plus en plus de médecins généralistes et de professionnels hospitaliers ont été aussi confrontés aux problèmes de santé dus à l'addiction de ces patients. La toxicomanie est devenue soudainement un sujet d'intervention pour nombre d'entre eux. Certains médecins généralistes ont commencé à prescrire des opiacés (codéine, temgésic, etc.), non seulement pour favoriser la survie de leurs patients mais aussi pour les aider à se sentir plus à même d'entreprendre un processus de soins. Ce furent les premières approches de la substitution, qui fut adoptée de façon officielle ultérieurement, dans le milieu des années 1990.

Le rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, dit Rapport Henrion, remis en 1995 au ministre de la Santé évoquait « une catastrophe sanitaire et sociale » : la France enregistrait alors une prévalence d'infections au VIH parmi les plus élevées d'Europe (Henrion 1995b). En prenant conscience de ces conséquences, le gouvernement introduisit finalement les premières mesures de réduction des risques (avec les programmes d'échanges de seringues) afin de contenir l'épidémie de Sida. Comme la France était relativement en retard en matière de substitution aux opiacés et comme l'opinion publique avait été secouée par le précédent scandale du sang contaminé, les autorités réagirent au plus vite pour éviter d'autres contaminations et d'autres décès.

En 1995, les centres spécialisés furent donc autorisés à fournir de la méthadone<sup>110</sup>. Un an plus tard, la BHD (Buprénorphine haut dosage) fut choisie comme substance de substitution principale, malgré son coût plus élevé que celui de la méthadone. La France opta pour cette molécule car elle pouvait être prescrite dans les cabinets de médecine générale, considérés comme un dispositif de première ligne pour répondre à la demande importante (Escots et al. 2004). Ceci fut admis assez naturellement par les médecins généralistes qui commencèrent à prescrire la BHD. La conversion fut moins évidente parmi les spécialistes qui ont organisé progressivement les programmes de substitution à la méthadone (Coppel, A. 2004). En quelque sorte, la BHD a été laissée, en France, aux médecins généralistes. Ce changement rapide et important de la politique française a soulevé de vives polémiques. Elles émanaient notamment des professionnels considérant la substitution aux opiacés comme un recul de l'ambition thérapeutique. Des interrogations subsistaient quant à la capacité des médecins généralistes à assumer le virage vers la substitution. Elles prenaient source dans la perception d'une formation insuffisante de ces derniers et du faible nombre d'établissements de prise en charge psychosociale vers lesquels ils pouvaient orienter leurs patients toxicomanes (Bergeron 1999). A l'époque, la seule directive provenant des autorités sanitaires fut de fixer la durée maximale de toute prescription de BHD à 28 jours (contre 14 jours pour la méthadone)<sup>111</sup>. Le risque associé d'overdose n'étant pas encore perçu et en l'absence d'autre précision, les médecins étaient libres de déterminer la dose de BHD à prescrire. La méthadone était en revanche sujette à des contrôles stricts destinés à limiter la survenue de tels accidents. Cependant, parmi les premiers prescripteurs, certains ont pu travailler en réseau : comparer leurs expériences et affiner ainsi les indications pharmacologiques. La collaboration entre médecins généralistes et le secteur hospitalier a de plus pu s'appuyer sur le réseau ville-hôpital. Les principes de pratique clinique, conçus et testés de façon empirique se sont diffusés par le biais de ces réseaux d'addictologie (Coppel, A. 2004).

Quelques années plus tard, l'amélioration de l'accès aux dispositifs de réduction des risques et aux traitements de substitution s'est traduite par un recul des décès par overdose (184 en 1998 contre 451 cas en 1994) et une diminution de la prévalence des infections par VIH chez les usagers de drogue injecteurs (10 % en 2007 contre 30 % au début des années 1990). Un changement majeur s'était opéré en France et avait démontré l'efficacité des traitements de substitution aux opiacés en matière de réduction de risques. Face à ce constat, de nombreux

---

<sup>110</sup> Circulaire DGS n° 4 du 11 janvier 1995

<sup>111</sup> Circulaire DGS n° 29 du 31 mars 1995 (DGS/SP3/951°29)

centres spécialisés ont dès lors révisé leur position et adhéré à la mise en place de la substitution.

Néanmoins la diffusion à grande échelle des traitements de substitution a connu des effets pervers comme les mésusages et les dommages associés mais également l'apparition d'un marché noir, en particulier de BHD. Toutefois, le traitement de ces questions n'a pas été immédiat, la priorité étant de conforter dans un premier temps la politique encore récente en matière de substitution (Coppel, A. 1998).

Au début des années 2000, même si des opposants demeuraient, la substitution était entrée dans les pratiques cliniques des secteurs spécialisés et hospitaliers et de la médecine de ville. Une grande hétérogénéité subsistait néanmoins quant à l'accessibilité des programmes basés sur la méthadone, très réduite, voire nulle, dans de nombreux départements. Dans ce contexte, la France est alors entrée dans une phase de réflexion, caractérisée par l'élaboration des premières recommandations formelles sur les traitements des usages de drogues illicites.

En 2002, le ministère de la Santé publia tout d'abord des recommandations destinées à améliorer l'accès à la méthadone. Deux ans plus tard, la Fédération française d'addictologie (FFA) associée à l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES), organisèrent une conférence de consensus sur le recours à la BHD (ANAES 2004a). A cette occasion, la plupart des conclusions du rapport de 2002 furent également réaffirmées. Pour la première fois dans le champ, des représentants des usagers de drogues avaient été associés aux délibérations. Pour de nombreux professionnels, cette conférence de consensus de 2004 a été marquée par un sentiment fort d'acceptation, de soutien voire d'enthousiasme : à son issue, l'opposition à la substitution semblait avoir perdu de sa force.

L'année 2004 a également été marquée par l'adoption de plusieurs mesures destinées à circonscrire les usages détournés des substances utilisées pour la substitution. La Loi du 13 août 2004<sup>112</sup> relative à l'Assurance maladie a imposé au patient « d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance » et au médecin « de mentionner ce nom sur la prescription, qui doit alors être exécutée par le pharmacien concerné pour ouvrir droit à la prise en charge » (Article L.162-4-2). De plus, la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) a lancé cette même année un plan d'action national pour le contrôle des traitements de substitution « afin de lutter contre la fraude et l'abus tout en préservant le droit des patients à disposer de soins de qualité ». En collaboration avec le ministère de la Santé et l'AFSSAPS<sup>113</sup>, elle proposa également de recommandations sur la prescription des médicaments de substitution aux opiacés afin de réduire leur mauvaise utilisation potentielle. Celles-ci furent publiées par l'ANAES et l'AFSSAPS également en 2004 (ANAES 2004a).

Par la suite, la HAS publia deux autres ensembles de recommandations destinés à améliorer la qualité du traitement des addictions. L'inquiétude croissante induite par la polyconsommation chez les usagers de drogues est ainsi à l'origine de recommandations sur le sujet, réalisées en 2007, à la demande de la Fédération française d'addictologie (HAS 2007). D'autre part, devant la nette augmentation de la prévalence de l'usage de cocaïne en France et la hausse des demandes de traitement liées à ce produit, la HAS s'est emparée de la question en 2009. A la lumière des travaux scientifiques internationaux documentant le traitement de l'usage de cocaïne, elle a ainsi supervisé la rédaction de recommandations spécifiques, publiées en juin 2010 (HAS 2010). Enfin, d'autres recommandations portant sur l'implication des usagers de drogue orientés vers des centres médico-sociaux de traitement des addictions, publiées en avril 2010 par l'Anesm<sup>114</sup>, sont à ce jour les dernières disponibles

<sup>112</sup> Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. NOR: SANX0400122L

<sup>113</sup> Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

<sup>114</sup> Agence nationale d'évaluation et de qualité des établissements et des services sociaux et médicosociaux.

dans le domaine. Mais leurs tenants et aboutissants n'ont pas pu être analysés dans le cadre de cette étude.

### **11.3. Caractéristiques des modes de définition et de mise en œuvre des recommandations existantes**

Un synopsis des recommandations étudiées est fourni en annexe I. Il détaille les objectifs poursuivis, les types d'intervention ou de public ciblés, les contributeurs, la méthode employée pour leur élaboration (incluant le contrôle qualité) et enfin les mesures de mise en œuvre. Les points communs et spécificités des processus de développement de ces documents sont également commentés dans ce travail.

Un graphique de *benchmarking* permet de visualiser ces caractéristiques par comparaison à un modèle théorique idéal, selon les critères développés ci-après (Graphique 11-1 et 11-2). Cela étant, Il convient de souligner que les informations disponibles se sont avérées plus précises pour les recommandations sur la substitution aux opiacés (conférence de consensus de 2004) que pour les autres exemples. De plus, les recommandations sur les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés (2004) sont exclues de cette comparaison, faute d'information.

#### **Processus de définition**

Quatre critères ont été retenus pour l'analyse des processus de définition des recommandations :

- la pluridisciplinarité des contributeurs ;
- le caractère scientifiquement validé des méthodes appliquées pour définir le contenu des recommandations ;
- le caractère scientifiquement validé du contrôle qualité ;
- la propension conciliatoire du processus dans son ensemble.

#### **Contributeurs**

En France, les instances représentatives des professionnels spécialisés (fédérations, associations nationales) et les autorités de santé publique (ministère de la santé, Assurance maladie, etc.) sont les protagonistes incontournables du processus d'élaboration des recommandations en matière de traitement des addictions. Les unes comme les autres peuvent être instigatrices de ces chantiers. Elles saisissent pour cela l'agence de santé publique compétente qui supervisera les travaux (la HAS, premier producteur de recommandations médicales ou l'AFSSAPS qui publie spécifiquement des recommandations sur les médicaments). En règle générale, d'autres types de contributeurs sont consultés : acteurs de terrain, chercheurs, producteurs de données épidémiologiques voire représentants d'usagers de drogues. La diversité et la représentativité des profils varient d'un exercice à l'autre, mais la consultation implique principalement les professions médicales. Pharmaciens ou infirmiers ont été plus rarement associés et les sociologues, économistes ou juristes, l'ont été moins encore. La notoriété des auteurs des recommandations contribue à légitimer ces travaux et à les promouvoir auprès des professionnels (Davis et al. 1997). En d'autres termes, l'implication de professionnels influents (constituant une forme de *leadership*) permet d'introduire des pratiques cliniques innovantes auprès de leurs pairs.

#### **Méthodes de définition**

L'élaboration des recommandations françaises sur le traitement des addictions n'a pas suivi un modèle conceptuel imposé. Diverses méthodes ont été appliquées lors des expériences successives : groupe de travail restreint, audition publique, audit ou, plus récemment, la méthode scientifiquement validée des « recommandations de pratiques cliniques » (cf. encart infra).

La méthode des « recommandations de pratiques cliniques » ou RPC (*Clinical Practice Guidelines*) mobilise en général les promoteurs (initiateurs et financeurs), le comité organisateur (fixant le sujet, les problématiques, les contributeurs et les aspects logistiques), le groupe de travail (qui synthétise les connaissances et prépare les recommandations) et le groupe de lecture (il valide les résultats et fournit des informations complémentaires et des avis d'experts). Elle se déroule en trois phases : une phase préliminaire pour définir la méthode et les objectifs, une phase de développement incluant le recueil de données (par ex. revue de la littérature, enquêtes, etc.) et enfin la phase de diffusion qui comprend l'évaluation de l'impact (ANAES 1999).

Les raisons de ces choix méthodologiques n'ont pas pu être confirmées à travers cette étude mais des préférences culturelles ou corporatives peuvent certainement être invoquées. Par exemple, la conférence de consensus bénéficie en France d'une bonne image et d'une certaine écoute de la part des professionnels concernés et de l'opinion publique (Durand-Zaleski et al. 1992).

Lorsque des attentes de cohésion sociopolitique coexistaient avec des objectifs scientifiques et déontologiques, des procédures telles que la conférence de consensus ou l'audition publique ont été privilégiées. En effet, en permettant une dynamique de « conciliation », celles-ci sont susceptibles de favoriser le soutien des conclusions par un plus grand nombre. Un autre avantage de ces approches est qu'elles constituent également un événement de communication.

Cette dimension est peut être ce qui a péché lors du récent exercice de rédaction des recommandations sur les usages de cocaïne. Car, bien que la rigueur scientifique de leur définition n'ait pas été contestée, leur applicabilité a été mise en cause par certains professionnels qui n'y trouvaient pas toutes les réponses à leurs questions pratiques quotidiennes.

#### Méthodes de contrôle qualité

En général, les règles du contrôle qualité appliquées à l'élaboration de ces recommandations n'ont pas pu être clairement décrites lors des interviews. Ceci suggère qu'elles aient uniquement consisté en une évaluation interne par les contributeurs. En 2009-2010, pour les recommandations liées aux usages de cocaïne, la HAS a préféré concevoir un système *ad hoc* de notation de la qualité des preuves.

La HAS recourt habituellement aux critères AGREE pour évaluer les recommandations rédigées sous sa responsabilité selon la méthode des « recommandations de pratiques cliniques » (RPC). Elle n'a toutefois pas été en mesure d'appliquer ces critères d'évaluation pour les deux ensembles de recommandations traitant respectivement des mésusages en 2004 et de la cocaïne en 2010, pourtant conçus selon cette même méthode des RPC.

Le questionnaire AGREE (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) et ses critères ont été développés par des scientifiques et des décideurs dans le domaine de la santé au début des années 2000. Il vise à évaluer la qualité des « recommandations de pratiques cliniques » qu'elles aient été développées par des instances locales, régionales, nationales ou internationales. Cet outil générique peut être appliqué à tout type de RPC concernant un problème de santé, une intervention médicale ou un type de soins (AGREE Collaborative Group 2000).

#### Dynamique de conciliation

La capacité des coordinateurs à prendre en compte l'ensemble des positions exprimées au cours du processus appuie l'acceptation ultérieure des recommandations. Cela pourrait expliquer par exemple que, malgré les oppositions préalables marquées, les recommandations de 2004 sur la stratégie de substitution aient bénéficié de meilleurs échos que la plupart des recommandations conçues à ce jour sur le traitement de la toxicomanie (cf.

Graphique11-1). A ce moment, la volonté partagée d'améliorer les pratiques thérapeutiques à travers la conférence de consensus sur la substitution a certainement participé à la cohésion du discours. Le sentiment général était celui d'une harmonisation des traitements. Cet état d'esprit a symbolisé pour beaucoup la « fin de la guerre » et l'acceptation officielle de la substitution.

Il semble que la dynamique de conciliation potentiellement générée lors de l'élaboration des recommandations influe dans une certaine mesure la perception de leur impact ou de leur utilité sociale.

### **Processus de mise en œuvre**

Le processus de mise en œuvre des recommandations s'amorce en fait dès leur phase de conception grâce à la force de persuasion et aux capacités de communication de contributeurs influents. Cependant, la mise en œuvre des recommandations comporte des étapes stratégiques qui lui sont propres : les phases d'adoption, de publication et de diffusion active (formations, systèmes de rappel, etc.) avant la phase finale d'appropriation.

Les mesures entreprises en France dans cette optique sont examinées ici au regard de quatre critères :

- la pluridisciplinarité des promoteurs, comme indicateur de leur représentativité et de leur légitimité à soutenir l'adoption des recommandations ;
- l'accessibilité des publications, en d'autres termes leur caractère opérationnel et pragmatique, caractérisant un premier niveau de diffusion ;
- l'existence de mesures d'accompagnement, particulièrement pour une information proactive (soit un second niveau de diffusion) ;
- les ressources et moyens déployés pour soutenir l'application des recommandations.

### **Pluridisciplinarité des promoteurs**

Dans la plupart des cas, des personnalités influentes (que l'on pourrait qualifier de *leaders*) ont été en mesure de promouvoir ces recommandations en les relayant auprès de leurs confrères ou d'autres auditeurs. Ces personnalités et les réseaux professionnels spécifiques ont assurément eu un rôle important dans la communication en faveur des recommandations. L'investissement de ces experts peut prendre le relais de mesures de diffusion et de communication plus ponctuelles. Mais ces apports ont rarement pu être capitalisés par une stratégie promotionnelle claire, une fois les recommandations finalisées. Les initiatives de communication spécifiques ont eu lieu lorsqu'un laboratoire pharmaceutique ou des associations professionnelles se sont mobilisées comme ce fut le cas pour les recommandations de 2004 sur les stratégies thérapeutiques. La place laissée alors aux acteurs économiques directement concernés par le marché de la substitution a soulevé des questions éthiques. C'est pourquoi, dans cet exemple, les communications et formations organisées par le laboratoire pharmaceutique ont été menées en lien avec le ministère de la Santé ou des instances professionnelles représentatives. Le financement public étant très restreint, la possibilité de recours à des fonds privés s'est révélée précieuse.

### **Accessibilité des publications**

Dans tous les cas, les recommandations ont été publiées dans des revues médicales et via les sites Internet des institutions ou des associations impliquées. Le plus souvent des versions courtes ont été mises à disposition de manière à faciliter la distribution des recommandations et améliorer leur accessibilité pour les praticiens. Dans l'un des cas, la HAS s'est appuyée sur des newsletters pour annoncer la sortie des recommandations. Mais la contrainte représentée par la mise à jour des listes des destinataires a fait cesser ces envois. D'autres supports ont pu être réalisés, comme des brochures ou des courriers à destination des généralistes, résumant les recommandations qui les concernaient directement. A la suite de la conférence



de consensus de 2004, des « systèmes de rappel » tels que des lettres aux prescripteurs ont été élaborés, quoique ponctuellement.

#### Mesures d'accompagnement

Plusieurs évaluations menées par l'EPOC (*Cochrane Effective Practice and Organisation of Care*) ont permis de hiérarchiser selon leur efficacité des modes de communication potentiels relatifs à la mise en œuvre de politiques (cf. tableau ci-dessous). Selon ces travaux, les mesures ciblées et interactives surpassent les autres formes de communication quand il s'agit d'assurer une diffusion appropriée et de favoriser l'intégration de l'information (ANAES 2000) (Grol, R. et al. 2003). Assez logiquement, la combinaison de ces types d'interventions s'avère plus efficace que chacun d'eux mené isolément (SIGN 2008).

**Tableau 11-1 : efficacité des modes de communication pour la mise en œuvre effective d'une politique**

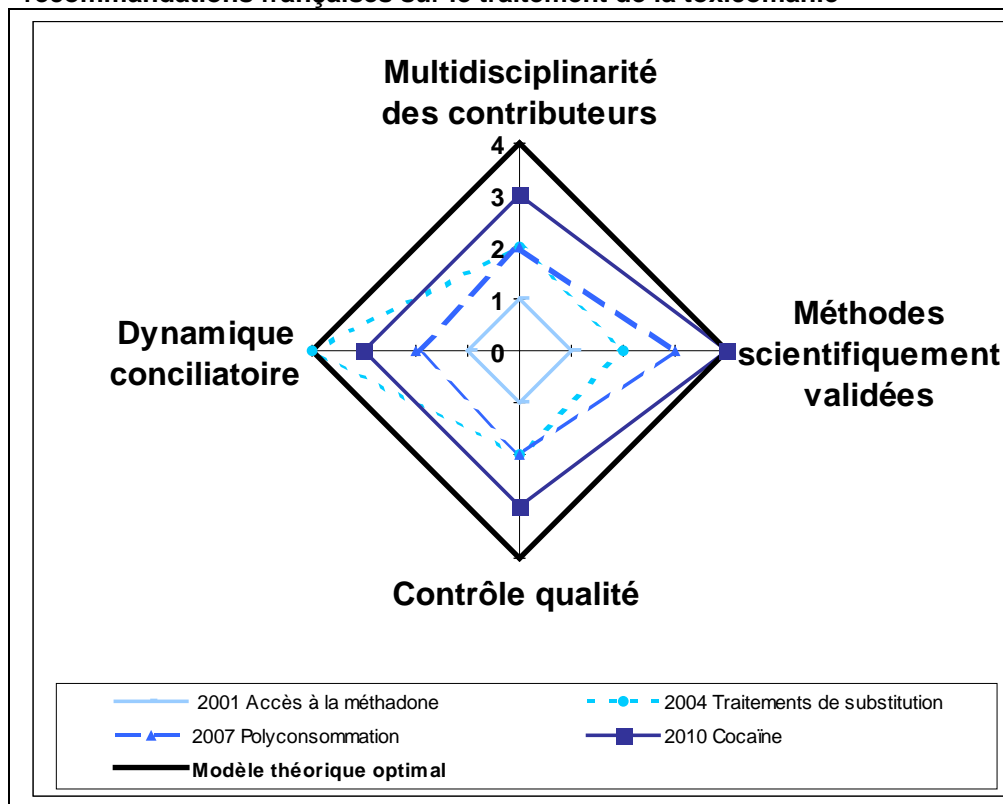
| Pas efficace                  | Peu efficace (effets mitigés)       | Moyennement efficace                                    | Très efficace         |
|-------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------|
| - Formation médicale continue | - Leader d'opinion<br>- Conférences | - restitution d'audit<br>- Campagne médiatique de masse | Formation interactive |

En France, les mesures d'accompagnement de la publication des recommandations sur le traitement de la toxicomanie (comme la formation, les ateliers ou les séminaires) n'ont pas été organisées au plan national. De plus, quelles qu'elles aient été, elles sont demeurées ponctuelles.

En 2004, des réunions et des formations ont été organisées localement pour les praticiens par les soins du laboratoire pharmaceutique distributeur de la BHD. Ce dernier a également financé des brochures destinées aux praticiens et aux usagers de drogues.

Quelques années après la publication de la conférence de consensus de 2004, des modules de formation en addictologie ont été intégrés dans le programme de formation initiale de médecine. Désormais elle fait aussi l'objet de modules courts de formation continue et de formations diplômantes à destination des professionnels de santé. Cependant, de façon générale, l'intégration des recommandations cliniques dans ces cursus n'est pas évaluée.

Graphique 11-1 : Comparaison des processus de définition des recommandations françaises sur le traitement de la toxicomanie

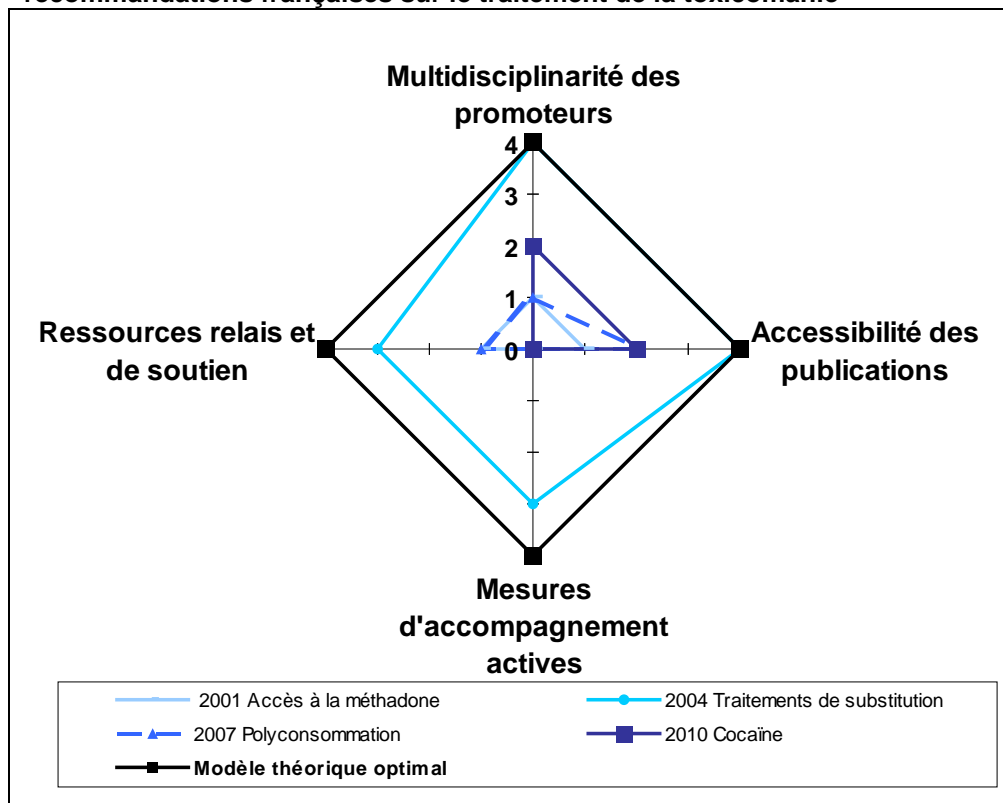


Le processus de définition des recommandations liées au traitement des usages de cocaïne, basé sur la méthode RPC (cf. supra), apparaît le plus proche du modèle théorique optimal, au regard des critères considérés ci-dessus.

### Échelle du *benchmarking* sur le processus de définition

| Niveau                             | Pluridisciplinarité des contributeurs               | Caractère scientifiquement validé de la méthode    | Dynamique de conciliation  | Contrôle qualité                         |
|------------------------------------|---|--|--|--|
| 1<br>Niveau primaire               | Décideurs, professionnels concernés <sup>15</sup> , | Expertise empirique professionnelle                | Identification épidémiologique des besoins                               | Interne                                  |
| 2<br>Niveau intermédiaire          | Niveau 1 + population cible finale                  | Références documentaires partielles                | Niveau 1 + consultation des diverses parties prenantes                   | Indépendant                              |
| 3<br>Niveau intermédiaire amélioré | Niveau 2 + chercheurs                               | Revue systématique                                 | Niveau 1 + contribution active des diverses parties prenantes existantes | Indépendant et basé sur des avis croisés |
| 4<br>Niveau optimal (modèle idéal) | Niveau 3 + autres professionnels concernés          | Niveau 3 + classification standardisée des preuves | Niveau 3 + consensus   | Niveau 3 + évaluation de processus       |

Graphique 11-2 : Comparaison des processus de mise en œuvre des recommandations françaises sur le traitement de la toxicomanie



Par comparaison aux autres expériences, des moyens plus importants et plus pertinents ont été déployés pour accompagner la mise en œuvre des recommandations de 2004 liées à la substitution aux opiacés.

### Échelle du *benchmarking* sur le processus de mise en œuvre

| Niveau                             | Pluridisciplinarité des promoteurs       | Accessibilité des publications                             | Mesures d'accompagnement <sup>116</sup>        | Ressources et dispositif de soutien  |
|------------------------------------|--|--|--|--|
| 1<br>Niveau primaire               | Décideurs                                | Matériaux écrits, Internet (base de données en ligne)      | Formation universitaire continue               | Textes législatifs   |
| 2<br>Niveau intermédiaire          | Niveau 1 + Acteurs relais <sup>117</sup> | Niveau 1 + version courte des recommandations              | Leader d'opinion et restitution d'audit        | Niveau 1 + financement spécifique  |
| 3<br>Niveau intermédiaire amélioré | Niveau 2 + Acteurs économiques           | Niveau 2 + version courte ciblée                           | Ateliers, séminaires ou formations interactifs | Niveau 2 + système de contrôle des prescriptions OU unité de mise en œuvre |
| 4<br>Niveau optimal (modèle idéal) | Niveau 3 + population cible finale       | Niveau 3 + Newsletter, système de rappel des prescriptions | Combinaison durable des mesures précitées      | Niveau 2 + contrôle des prescriptions ET unité de mise en œuvre            |

<sup>116</sup> Adapté du travail du SIGN (SIGN : Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

<sup>117</sup> Organismes professionnels, experts, personnalités

## Ressources et dispositif de soutien

En France, ni la loi ni aucune instance de contrôle n'oblige les praticiens à suivre les recommandations émises. Seul intervient le contrôle des prescriptions abusives ou suspectes des produits de substitution (dose quotidienne moyenne de BHD strictement supérieure à 32 mg/jour) entrepris par la CNAMTS depuis 2004. Ce dispositif a pour but de réduire l'usage détourné des médicaments de substitution.

Les représentations ordinales professionnelles (médecins, pharmaciens) peuvent d'autre part émettre des avis cliniques ou techniques. Mais aucun administrateur (local ni national) ne suit ni ne supervise les traitements de substitution dispensés. A l'exception de la création de comités départementaux de suivi des traitements de substitution aux opiacés (qui ont finalement disparu), les ressources humaines adéquates n'ont pas été déployées pour soutenir l'application des recommandations. Aucun pôle de ressources pérenne (ex. : médiateurs, unité dédiée), susceptible d'accompagner les praticiens dans la compréhension ou l'apprentissage des recommandations, n'a pu être institué localement ni nationalement, ni par les autorités sanitaires ni par les organisations professionnelles.

A travers les expériences rapportées, les lacunes relevées dans les dispositifs de soutien des recommandations apparaissent largement imputables au manque récurrent de ressources financières, obstacle majeur à une stratégie de mise en œuvre construite, active et viable.

### **Éléments d'évaluation disponibles**

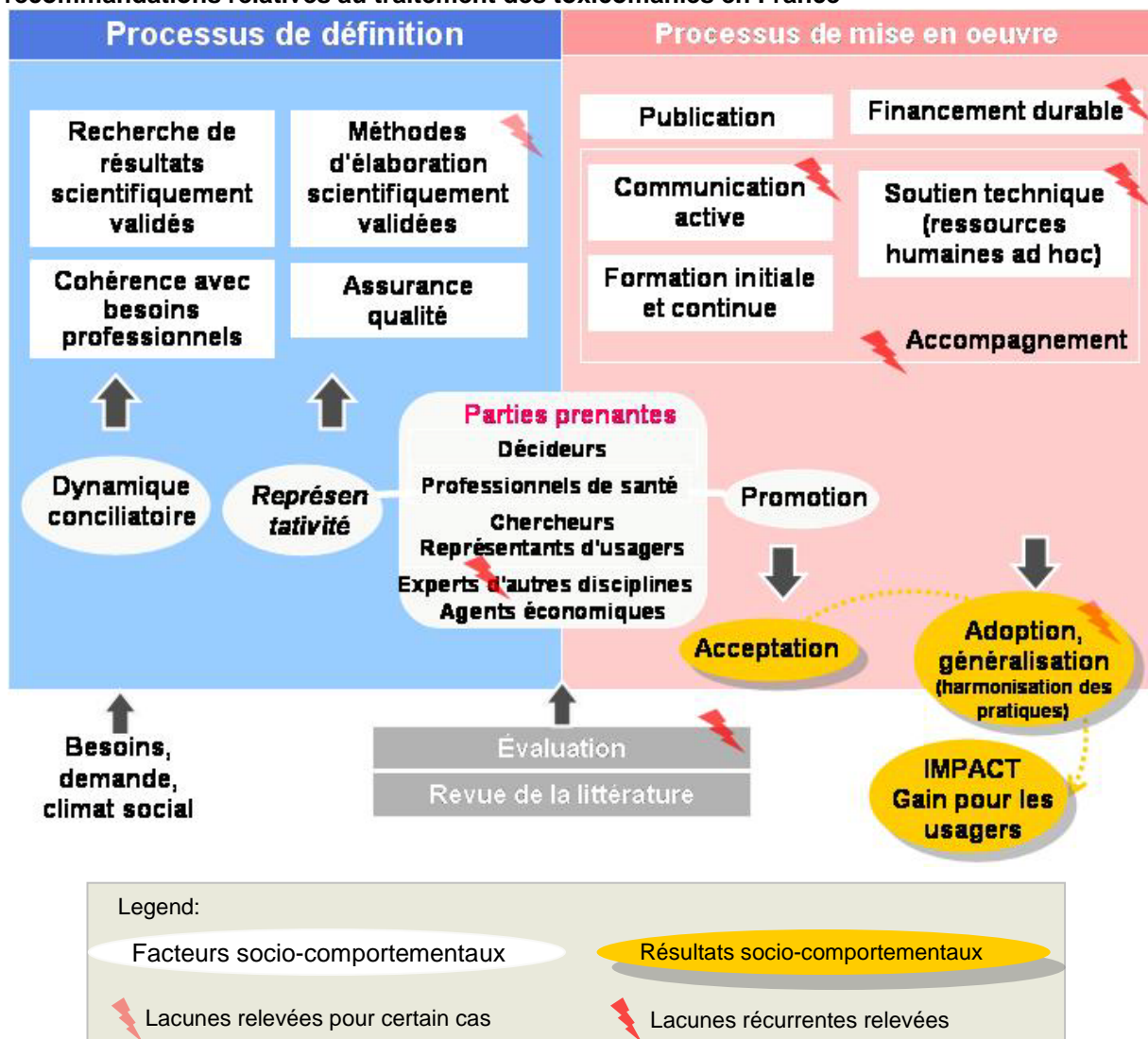
Les expériences rapportées n'ont pas fait l'objet d'évaluation. Cependant, avec le recul, la perception des professionnels est que ces diverses recommandations n'ont eu qu'un impact limité, hormis les bénéfices reconnus de la conférence de consensus de 2004 sur le climat social entre les professionnels. Les principales critiques portent sur les défaillances dans l'accompagnement des recommandations auprès de leurs destinataires.

Une étude récente de l'ANITeA (à paraître) a mis au jour une grande hétérogénéité des pratiques de substitution et des connaissances sur les bonnes pratiques au sein des structures de soins spécialisées (CSAPA). Ces conclusions tendent à confirmer la perception des experts interrogés pour la présente analyse.

La littérature nous révèle que, dans le domaine des addictions du moins, le manque de visibilité de l'impact des recommandations n'est pas exceptionnel. Malgré les multiples sources soutenant la mise en œuvre des approches scientifiquement validées, celles-ci sont généralement sous-utilisées dans le traitement de la toxicomanie (Institute of Medicine 2005).

Le schéma ci-dessous résume les facteurs influant le processus de production et de mise en œuvre des recommandations françaises sur le traitement des toxicomanies, ainsi que leurs principaux défauts.

Graphique 11-3 : Facteurs déterminants du développement et de la mise en œuvre des recommandations relatives au traitement des toxicomanies en France



#### 11.4. Pistes d'amélioration possibles

Quelques pistes d'amélioration se dégagent de cette analyse. Leur estimation budgétaire n'a cependant pas été effectuée dans le cadre de cette étude.

Il apparaît essentiel d'impliquer, du début à la fin du processus, les différents publics concernés, notamment les relais d'opinion potentiels, afin de traiter convenablement les attentes de l'ensemble des parties prenantes et d'adopter des méthodes réalistes facilitant le changement. L'engagement et la responsabilité des personnalités relais d'opinion s'avèrent important pour le développement et la diffusion des recommandations tout comme les ressources humaines et les dispositifs de soutien appropriés s'avèrent nécessaires pour leur viabilité.

En effet, la promotion de recommandations doit pouvoir s'inscrire dans le temps, au-delà de la simple phase de leur publication et selon des formes proactives. Des efforts particuliers sont donc requis en matière de communication et de dispositif d'accompagnement. Les lacunes observées en la matière s'expliquent pour tout ou partie par l'absence de fonds publics spécifiques.

Un plan d'action permettrait de structurer la coordination d'une stratégie de mise en œuvre durable et économiquement pertinente. Si un tel plan devait être défini à l'avenir, il pourrait se décliner comme suit :

1. Montage d'un réseau national de réflexion et d'échange ;
2. Formation continue des professionnels et modules intégrés dans des programmes universitaires pertinents ;
3. Etablissement d'un service d'aide aux praticiens (pôle ressource) pour l'application des recommandations ;
4. Evaluation formative des processus de mise en place ; recherches complémentaires sur les expériences qui ont porté leurs fruits ;
5. Recherche sur l'acceptation des approches par les toxicomanes ;
6. Révision régulière des recommandations ;
7. Observation des demandes de traitement de la toxicomanie.

Aujourd'hui, le suivi des demandes de soins et les sessions universitaires sont les seuls points régulièrement réalisés en France.

### **11.5. Conclusion**

La Haute Autorité de Santé a élaboré à ce jour six ensembles de recommandations sur le traitement des usages de drogues illicites. Ce chapitre décrit le processus de production (définition et mise en œuvre) de cinq d'entre eux (le sujet de la désintoxication ayant été exclu), sur la base d'une revue de la littérature et d'entretiens menés auprès d'experts-clés. La plupart de ces recommandations traitent de la substitution aux opiacés qui est devenue, dans les années 1990, le mode de traitement prédominant en France.

Le système de traitement de la toxicomanie a été pendant longtemps dominé par l'approche psychanalytique. Avec l'épidémie des infections par le VIH, en particulier chez les toxicomanes injecteurs, la France a adopté, bien que tardivement, une politique en matière de substitution dans une perspective de réduction des risques et des dommages sanitaires. La grande proportion des médecins généralistes impliqués ou potentiellement concernés par les soins aux toxicomanes a été l'une des principales raisons qui a poussé la France à opter préférentiellement pour la buprénorphine au milieu des années 1990. Mais l'avènement de la substitution a été marqué par des dissensions importantes dans le corps médical. Au début des années 2000, la pacification du débat sur la substitution était aussi cruciale que le besoin d'harmoniser les pratiques. Dans ce sens, l'élaboration des recommandations devait aussi constituer un terrain de réconciliation.

Toutes les recommandations formelles ont été élaborées pendant les années 2000 selon des méthodes diverses : groupe de travail restreint, audition publique, audit ou méthode de « Recommandations de pratique clinique » (*Clinical Practice Guidelines*). Les processus d'assurance qualité ont également varié, allant des discussions internes à des révisions croisées de relecteurs indépendants. Toutefois, les méthodes appliquées pour les systèmes de hiérarchisation des recommandations et les critères d'évaluation eux-mêmes demeurent flous.

Bien que les méthodes de définition et de contrôle qualité n'aient pas toujours suivi les modèles validés par la littérature internationale, cela ne permet pas de jauger la qualité des recommandations. Les lacunes les plus évidentes concernent avant tout la diffusion des recommandations. En effet, elle est rarement allée au-delà d'un premier niveau consistant en leur publication. La communication et les dispositifs d'accompagnement des professionnels ont aussi fait défaut. Aujourd'hui, l'intervention de relais d'opinion est un atout majeur dans la production de recommandations, particulièrement lorsqu'elles tendent vers des pratiques innovantes. Elle apparaît essentielle non seulement pour que le contenu des

recommandations gagne en cohérence mais aussi pour favoriser leur acceptation et finalement l'adoption de nouvelles pratiques.

Des barrières telles que le manque de moyens financiers et humains ainsi que des questions organisationnelles ou idéologiques freinent encore l'avancée des approches avérées efficaces dans les pratiques quotidiennes. En France, incontestablement, les efforts à venir doivent se concentrer sur les ressources et les mesures d'accompagnement des recommandations pour asseoir leur mise en œuvre.

Le laps de temps relativement court entre la publication des deux derniers ensembles de recommandations et l'identification de problématiques de consommation à leur origine laisse penser que les autorités recourent plus spontanément à ce type d'outils dans le domaine des toxicomanies. En raison des coûts élevés de leur organisation, la HAS, principal producteur de recommandations médicales en France, ne devrait plus recourir aux conférences de consensus. A l'avenir, elle entend s'orienter de plus en plus vers des méthodes scientifiquement validées comme celle des « recommandations de pratiques cliniques » (*Clinical Practice Guidelines*).

## Annexe I : Synopsis des recommandations liés aux traitements des addictions

| Recommandations (année)   | Objectifs  | Interventions ciblées      | Professionnels ciblés  | Acteurs  | Méthode et contrôle qualité  | Ressources pour la mise en œuvre  |
|---|--|----------------------------|--|--|--|---|
| <p><b>L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations (2002)</b></p> <p><i>Révisée et renouvelée par la conférence de consensus suivante en 2004</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formaliser, clarifier et organiser la politique de santé publique en matière de traitement de substitution</li> <li>▪ Développer et maintenir ce qui fonctionne, évaluer et corriger ce qui ne fonctionne pas</li> <li>▪ Améliorer la qualité des soins avec les traitements de substitution en prison</li> <li>▪ Améliorer la facilité d'utilisation de la méthadone et promouvoir l'adhésion des usagers de drogues à une thérapie</li> </ul> | Traitement de substitution | Professionnels de santé du champ des toxicomanies <sup>118</sup> | <p><b>Initiateur et promoteur :</b> ministre délégué à la Santé</p> <p><b>Contributeurs :</b> Professionnels de santé (psychiatres, praticiens hospitaliers, pharmaciens, médecins généralistes)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapport</li> <li>▪ Expertise professionnelle empirique</li> <li>▪ Contrôle qualité interne</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publication (92 pages)</li> <li>▪ Mise en ligne sur Internet</li> <li>▪ Comités départementaux de suivi des traitements de substitution</li> </ul>                   |
|   |  |                            |  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000177/0000.pdf">http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000177/0000.pdf</a></li> </ul> |

<sup>118</sup> Spécialistes de la toxicomanie, psychiatres, médecins généralistes



| Recommandations (année)  | Objectifs   | Interventions ciblées  | Professionnels ciblés            | Acteurs   | Méthode et contrôle qualité   | Ressources pour la mise en œuvre  |
|--|---|--|----------------------------------|---|---|---|
| <b>Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution (2004)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déterminer les objectifs et les résultats attendus pour les traitements de substitution</li> <li>▪ Identifier les modalités de soutien nécessaires pour la mise en œuvre et le suivi des traitements</li> <li>▪ Trouver des moyens pour les adoptions dans les cabinets de médecine générale</li> <li>▪ Promouvoir les bonnes pratiques dans le suivi des patients recevant les traitements</li> </ul> | <p>Traitements de substitution avec méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD)</p> <p><i>Pour plus d'informations : Se reporter à la section 4</i></p> | Professionnels de santé du champ | <p><b>Initiateur :</b> FFA</p> <p><b>Contributeurs :</b> Professionnels de santé<sup>119</sup>, ANAES, Représentants des usagers de drogues</p> <p><b>Promoteurs :</b> ANAES, FFA, laboratoires pharmaceutiques, professionnels de la santé, représentants des usagers de drogues</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conférence de consensus</li> <li>▪ Références documentaires partielles</li> <li>▪ Contrôle qualité indépendant</li> <li>▪ Système de contrôle des prescriptions</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publication d'une version courte et d'une version longue des recommandations (15/40 pages)</li> <li>▪ Mise en ligne sur Internet</li> <li>▪ Version très synthétisée adressée aux médecins généralistes</li> <li>▪ Brochures</li> <li>▪ Formations/Ateliers</li> </ul> |

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO\\_court.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf) (version courte)  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO\\_%20long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf) (version longue)

<sup>119</sup> Psychiatres, médecins généralistes, docteurs en médecine spécialisés dans la santé publique ou l'addiction, pharmaciens, psychologues et autres

| Recommandations (année)  | Objectifs   | Interventions ciblées  | Professionnels ciblés            | Acteurs   | Méthode et contrôle qualité   | Ressources pour la mise en œuvre   |
|--|---|--|----------------------------------|---|---|--|
| <b>Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés (2004)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifier les médicaments de substitution disponibles, leurs mésusages et les facteurs déterminants</li> <li>▪ Améliorer la prescription en contrôlant et en réévaluant le traitement et le suivi du patient</li> <li>▪ Améliorer l'organisation des soins</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostic en fonction du DSM-IV ou de la CIM-10</li> <li>▪ Prescription des médicaments</li> </ul> | Professionnels de santé du champ | <p><b>Initiateur :</b> ministère de la Santé, CNAMTS, AFSSAPS</p> <p><b>Contributeurs :</b> Professionnels de santé du champ<sup>120</sup>, ANAES, Représentants des usagers de drogues</p> <p><b>Promoteurs :</b> ANAES, AFSSAPS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recommandations de pratique clinique</li> <li>▪ Références documentaires partielles</li> <li>▪ Contrôles qualité indépendants croisés</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publication (15 pages)</li> <li>▪ Base de données en ligne</li> <li>▪ Fiches descriptives pour les médecins prescripteurs qui servent de mémo des bonnes pratiques</li> <li>▪ Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)</li> <li>▪ Contrôle des prescriptions</li> </ul> |

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/opiaces\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/opiaces_recos.pdf)

<sup>120</sup> Psychiatres, médecins généralistes, docteurs en médecine spécialisés dans la santé publique ou l'addiction, pharmaciens, psychologues et autres

| Recommandations (année)   | Objectifs   | Interventions ciblées   | Professionnels ciblés  | Acteurs  | Méthode et contrôle qualité   | Ressources pour la mise en œuvre   |
|---|---|---|--|--|---|--|
| <b>Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Recommandations de la commission d'audition (2007)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eduquer tous les professionnels impliqués dans la gestion des différentes addictions</li> <li>▪ Fournir à ces professionnels des recommandations opérationnelles</li> <li>▪ Proposer des études, des programmes et des formations</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Application de l'ASI (Addiction Severity Index)</li> <li>▪ Soins thérapeutiques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Professionnels de santé du champ, en particulier ceux en contact avec les jeunes, les femmes enceintes, les personnes âgées, les détenus, la population précaire, les sportifs</li> <li>▪ Chercheurs</li> </ul> | <p><b>Initiateur :</b> Ministère de la Santé</p> <p><b>Contributeurs :</b> Professionnels de la santé, HAS</p> <p>Représentants des usagers de drogues</p> <p><b>Promoteur :</b> HAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Audition publique</li> <li>▪ Revue systématique</li> <li>▪ Contrôle qualité indépendant</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publication (36 pages)</li> <li>▪ Mise en ligne sur Internet</li> </ul> |

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco\\_polyconsommations\\_-\\_version\\_finale\\_2007\\_12\\_21\\_\\_21\\_47\\_28\\_78.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_polyconsommations_-_version_finale_2007_12_21__21_47_28_78.pdf)

| Recommandations (année)  | Objectifs  | Interventions ciblées   | Professionnels ciblés   | Acteurs   | Méthode et contrôle qualité   | Ressources pour la mise en œuvre  |
|--|--|---|---|---|---|---|
| <b>Recommandations de bonne pratique : prise en charge des consommateurs de cocaïne (2010)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Améliorer les soins apportés aux usagers de cocaïne</li> <li>▪ Faciliter leur identification et le sevrage</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseil</li> <li>▪ Suivi psychologique sur les drogues</li> <li>▪ Sevrage</li> <li>▪ Psychothérapie</li> </ul> | Professionnels de santé du champ, en particulier ceux en contact avec les femmes enceintes et les jeunes <sup>121</sup> | <p><b>Initiateur :</b> ministère de la Santé</p> <p><b>Contributeurs :</b><br/>Professionnels de santé du champ, HAS<br/>Représentants des usagers de drogues, Chercheurs</p> <p><b>Promoteur :</b> HAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recommandations de pratique clinique</li> <li>▪ Revue systématique et évaluation standardisée des faits</li> <li>▪ Contrôles qualité indépendants croisés</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publication d'une version courte et d'une version longue des recommandations (28/148 pages)</li> <li>▪ Mise en ligne sur Internet</li> </ul> |

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation\\_de\\_cocaine\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_recommandations.pdf) (version courte)

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation\\_de\\_cocaine\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_recommandations.pdf) (version longue)

<sup>121</sup> Dans les soins de santé primaires, les hôpitaux ou les centres spécialisés.

## **Annexe II : Liste alphabétique des experts interviewés**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Christine BARBIER</b>    | <i>Direction générale de la santé (DGS)</i>  |
| <b>Henri BERGERON</b>       | <i>Centre national de recherche scientifique (CNRS)</i>                                    |
| <b>Anne COPPEL</b>          | <i>Sociologue de la santé publique spécialisée dans le domaine de l'addiction</i>          |
| <b>Jean-Pierre COUTERON</b> | <i>Président de l'association ANITeA</i>   |
| <b>Patrice DOSQUET</b>      | <i>Haute autorité de santé (HAS)</i><br><i>Responsable du département Recommandations</i>  |
| <b>Isabelle FERONI</b>      | <i>Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)</i>                  |
| <b>Albert HERSZKOWICZ</b>   | <i>Direction générale de la santé (DGS)</i>  |
| <b>Laurent KARILA</b>       | <i>Médecin psychiatre hospitalier</i>  |
| <b>Bertrand LEBEAU</b>      | <i>Médecin clinicien en centres de traitement spécialisés en addictologie</i>              |
| <b>William LOWENSTEIN</b>   | <i>Président du groupe TSO (au sein de la Commission Addictions)</i>                       |
| <b>Michel MALLARET</b>      | <i>Président de la Commission nationale sur les stupéfiants et les psychotropes (CNSP)</i> |
| <b>Alain MOREL</b>          | <i>Président de la Fédération française d'addictologie (FFA)</i>                           |
| <b>Dominique MEUNIER</b>    | <i>Association ANITeA</i>  |
| <b>Fabrice OLIVET</b>       | <i>Président de l'association Autosupport des usagers de drogues (ASUD)</i>                |
| <b>Pascale REDON</b>        | <i>Département de la santé (DGS)</i>   |

### **Annexe III : Liste des abréviations**

|         |   |
|---------|---|
| AFSSAPS | Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé  |
| AGREE   | <i>Appraisal of Guidelines Research and Evaluation</i>  |
| ANAES   | Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé   |
| Anesm   | Agence nationale d'évaluation et de qualité des établissements et des services sociaux et médicosociaux |
| ANITeA  | Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie                                   |
| Asud    | Autosupport des usagers de drogues  |
| BHD     | Buprénorphine haute dosage  |
| Cnamts  | Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés  |
| DGS     | Direction générale de la santé  |
| FFA     | Fédération française d'addictologie   |
| HAS     | Haute autorité de santé   |
| InVS    | Institut national de veille sanitaire   |
| Mildt   | Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie                                  |
| OFDT    | Observatoire français des drogues et des toxicomanies   |
| OMS     | Organisation mondiale de la santé   |
| Rec.    | Recommandations   |
| RPC     | Recommandations de Pratique Clinique  |

## Annexe IV : Comparaison avec les recommandations de l'OMS

Le recours à des lignes directrices écrites ou *guidelines* est considéré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une démarche essentielle pour promouvoir les "bonnes pratiques" dans le traitement de la toxicomanie, face à la multitude des données et assertions plus ou moins fondées existant sur le sujet. (WHO et al. 2008). C'est dans ce contexte que, l'OMS a récemment publié ses recommandations pour le traitement pharmacologique psycho socialement assisté de la dépendance aux opiacés (WHO 2009). Ces recommandations, définies par un groupe d'experts international, en collaboration avec l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (UNODC), répondent à une résolution du Conseil économique et social des Nations unies (ECOSOC). Elles sont basées sur une revue systématique de la littérature et sur la consultation d'experts des divers domaines pertinents. Une étude réalisée par le CIAR (Centre de recherche interdisciplinaire sur l'addiction, université d'Hambourg) a montré une grande diversité entre les Etats membres de l'UE concernant le nombre et le contenu des recommandations sur le traitement de la toxicomanie (Zurhold et al. 2009). Dans cette section, les recommandations françaises liées à la substitution aux opiacés sont comparées aux recommandations de l'OMS. Des commentaires complémentaires sont présentés sous le tableau.

| Pour chacune des recommandations de l'OMS infra, son intégration dans les recommandations nationales actuelles est précisée.<br>Evalueurs : Tiphaine Canarelli (OFDT) & Stefanie Schütte (étudiante en Master de Santé publique) |  | Oui (inclus)             | Non (non inclus)         | Non applicable (cf. commentaires) | Pas de réponse           |
|--|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 1.   | Choix du traitement  |                          |                          |                                   |                          |
| 1.2  | Pour le traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés, les cliniciens devraient proposer un traitement de sevrage aux opiacés, un traitement de maintenance avec utilisation d'un agoniste opiacé et un traitement avec utilisation d'un antagoniste opiacé (naltrexone), sachant que la plupart des patients devraient être orientés vers un traitement de maintenance avec utilisation d'un agoniste opiacé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X                                 | <input type="checkbox"/> |
| 1.3  | Pour les patients dépendants aux opiacés qui n'ont pas commencé un traitement de maintenance avec utilisation d'un agoniste opiacé, il est possible d'envisager une pharmacothérapie antagoniste au naltrexone une fois le sevrage complet aux opiacés obtenu.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X                                 | <input type="checkbox"/> |
| 2.   | Traitement d'entretien avec utilisation d'un agoniste opiacé   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| 2.1  | Pour le traitement de maintenance avec utilisation d'un agoniste opiacé, la plupart des patients devraient être orientés vers l'usage de la méthadone dans des doses appropriées plutôt que de la buprénorphine.   |                          | X                        |                                   |                          |
| 2.2  | Au début du traitement par la méthadone, la posologie quotidienne initiale devrait dépendre du niveau de neuro-adaptation ; elle ne devrait généralement pas dépasser 20 mg, et certainement pas excéder les 30 mg.  | <input type="checkbox"/> | X                        | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |

|     |  |                          |                          |                          |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.3 | En moyenne, les doses de méthadone en vue de la maintenance devraient se situer entre 60 et 120 mg par jour.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X                        | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 | Les doses de maintenance moyennes de buprénorphine devraient être d'au moins 8 mg par jour.  | X                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 | Les dosages de méthadone et de buprénorphine devraient être directement supervisés lors de la phase initiale du traitement.  | X                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 | Les doses de traitement « à emporter » devraient être proposées aux patients lorsque l'on considère que les bénéfices d'une fréquence réduite des consultations surpassent le risque de détournement, sous couvert d'un contrôle régulier.   | <input type="checkbox"/> | X                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 | Un soutien psychosocial devrait être proposé couramment en association avec le traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X                        | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Gestion du sevrage aux opiacés   |                          |                          |                          |                          |
| 3.1 | Pour la conduite du sevrage aux opiacés, des dosages dégressifs des agonistes opiacés devraient être généralement utilisés, bien que les agonistes alpha-2 adrénergiques puissent être également utilisés.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X                        | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 | Les cliniciens ne devraient pas utiliser en routine l'association d'antagonistes opiacés à une sédation minimale durant un sevrage aux opiacés.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X                        | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 | Les cliniciens ne devraient pas utiliser l'association d'antagonistes opiacés avec une sédation lourde durant un sevrage aux opiacés.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X                        | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 | Les services d'aide psychosociale devraient être couramment proposés en association avec le traitement pharmacologique de sevrage aux opiacés.   | <input type="checkbox"/> | X                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Grossesse  |                          |                          |                          |                          |
| 4.1 | Le traitement de maintenance avec utilisation d'un agoniste opiacé devrait être utilisé pour le traitement de la dépendance aux opiacés pendant la grossesse.  | X                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 | Les programmes de maintenance basés sur la méthadone devraient être proposés pendant la grossesse de préférence à ceux basés sur la buprénorphine pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Même s'il existe moins de preuves quant à la sécurité de la buprénorphine, elle peut également être proposée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X                        | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Recommandations sur les traitements en milieux fermés  |                          |                          |                          |                          |
| 5.1 | Les présentes recommandations sont-elles en accord avec les « Recommandations cliniques pour la gestion du sevrage et le traitement de la toxicomanie dans les milieux fermés » ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X                        | <input type="checkbox"/> |



Ci-dessous figurent de plus amples commentaires sur les réponses apportées, référencés selon le numéro des recommandations utilisé dans le tableau.

## « 1. Choix du traitement »

Les recommandations préconisent le sevrage des opiacés et la maintenance par agoniste opiacé mais non par antagoniste. Par conséquent, il n'y a pas de pharmacothérapie à la naltrexone et il est conseillé en France de recourir à un traitement de maintenance par agoniste opiacé.

### 2. Traitement de maintenance par agoniste opiacé

2.1 Il existe deux types de traitements de maintenance par agoniste opiacé : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD). Aucun n'est recommandé plus que l'autre. Les recommandations soulignent cependant que méthadone est davantage indiquée pour les toxicomanes injecteurs. D'un autre côté, la méthadone ne peut être prescrite que de manière restreinte (centres spécialisés) alors que la BHD peut être prescrite par tous les médecins et en particulier en médecine de ville.

2.2 La dose initiale de méthadone se situe entre 10 et 40 mg par jour et peut être augmentée de 5 à 10 mg entre 1 et 3 jours par semaine sans dépasser 50 % de la dose initiale. La dose initiale quotidienne de BHD est de 4 à 8 mg et peut être augmentée de 1 à 2 mg entre 1 et 3 jours jusqu'à la dose optimale.

2.3 La majorité des patients traités avec la méthadone est stabilisée avec une dose de 60 à 100 mg par jour mais certaines personnes ont besoin de doses supérieures. Aucune dose maximale n'a été indiquée pour la méthadone.

2.4 Pour la BHD, la majorité des personnes est stabilisée entre 8 et 16 mg par jour. Pour autant, certaines personnes ont besoin de doses supérieures de 16 mg (exceptionnellement 24 mg). La posologie maximale fixée par l'autorisation de mise sur le marché est de 16 mg par jour. Par conséquent lorsque des posologies supérieures sont réclamées, il est recommandé au prescripteur de requérir l'opinion d'un spécialiste (CSAPA, établissements de soins, addictologie, psychiatre, etc.).

2.5 Le traitement initial est prescrit pour 1 à 2 jours, avec délivrance quotidienne, ce qui nécessite la collaboration du pharmacien. Il doit être contacté par téléphone par le prescripteur et doit être d'accord avec les conditions. Ses coordonnées doivent figurer sur l'ordonnance de prescription (arrêté du 1<sup>er</sup> avril 2008). Le prescripteur et le pharmacien doivent être d'autre part régulièrement en contact.

Pendant la phase initiale, il est recommandé que les consultations aient lieu plusieurs fois par semaine afin d'ajuster la posologie si besoin, mais aussi pour réévaluer l'effet recherché par la personne, estimer son adhésion, rechercher l'association avec d'autres substances psychoactives et approfondir l'alliance thérapeutique entre le médecin et le patient. Par conséquent, les premières semaines, une relation thérapeutique doit être établie, afin d'évaluer la situation du patient et adapter le traitement.

Pour la méthadone, la réglementation exige un test urinaire avant le démarrage du traitement ainsi qu'un suivi.

2.6 Aucune dose « à emporter » n'est mentionnée dans les recommandations actuelles.

2.7 Le fait de proposer un soutien psychosocial systématique en association avec le traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés ne figure pas dans les recommandations actuelles. La coopération entre travailleurs sociaux et professionnels de santé est cependant

largement préconisée dans les recommandations. L'autorisation de mise sur le marché insiste sur cette approche globale (médicale, psychologique et sociale).

### 3. Gestion du sevrage aux opiacés

Trois méthodes différentes de gestion du sevrage aux opiacés sont recommandées : un sevrage rapide, un sevrage progressif ou le changement de molécule pour arrêter le traitement de substitution.

Aucune de ces méthodes n'est plus recommandée qu'une autre.

Le sevrage rapide est réalisé en hôpital avec un traitement symptomatique (antihypertenseurs centraux, BZD, hypnotiques)

Le sevrage progressif est réalisé en ambulatoire selon des paliers progressifs de diminution de la posologie, par exemple de 1 à 2 mg pour la BHD et de 5 à 10 mg pour la méthadone.

Dans le cas du changement de molécule, il est recommandé de réduire progressivement la posologie du médicament que le patient souhaite arrêter avant de changer de molécule. La transition entre la méthadone et la BHD requiert une diminution de la posologie d'au moins 30 mg et un intervalle libre d'au moins 24 heures entre la dernière dose de méthadone et la première dose de BHD ; le passage de la buprénorphine à la méthadone requiert un temps de latence mais moindre (16 heures peuvent être suffisantes).

3.1 Pour la gestion du sevrage des opiacés, une posologie dégressive des agonistes opiacés est recommandée mais les agonistes alpha-2 adrénergiques ne sont pas mentionnés.

### 4. Grossesse

La prescription d'un traitement de maintenance par agoniste opiacé est recommandée, dans l'idéal avant d'envisager une grossesse ou au cours du premier voire du deuxième trimestre. Cependant, l'initialisation d'un tel traitement en fin de grossesse est controversée.

Les effets périnataux de la méthadone et de la BHD sont identiques. Il n'y a donc aucune préférence donnée à l'un ou l'autre des traitements.

### 5. Milieux fermés

Le médecin doit garantir une continuité des soins et éviter les syndromes du sevrage, bien que la consommation réelle des drogues en prison soit inconnue.

La formation des équipes et du personnel médical et également de l'administration pénitentiaire est recommandée pour soutenir les programmes de traitement y compris l'évaluation et les approches psychosociales dans la pratique (mésusage, trafic, manque d'intimité, etc.).

Depuis le 30 janvier 2002, tout médecin exerçant dans un établissement de santé est autorisé à proposer un traitement de substitution basé sur la méthadone à un adulte qui est dépendant aux opiacés. Jusqu'alors, cette possibilité avait été réservée aux médecins travaillant en CSST dans les associations ou les hôpitaux et exerçant dans un environnement ouvert ou pénal. Le développement de la prescription initiale de la méthadone à la fois dans les hôpitaux et les établissements pénitentiaires a été inclus dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008).

Il est aussi recommandé de développer un guide des bonnes pratiques (promu par la Direction générale de la santé, l'administration pénitentiaire et les acteurs sanitaires et sociaux) qui faciliterait l'établissement de traitements de maintenance aux opiacés et permettrait un suivi des détenus dans de meilleures conditions.