



**2ème colloque international francophone sur le traitement de la  
dépendance aux opioïdes - Conférence C3**

# **Les pratiques professionnelles concernant les traitements de substitution aux opiacés dans les centres de soin en Addictologie**

Alain MOREL – Psychiatre, directeur d'Oppélia, référent du projet Anitea  
Dominique MEUNIER – Chargée de mission Anitea/F3A



## Pourquoi cette étude ?

☞ Faire le point sur **15 ans de pratiques** professionnelles en matière de substitution

Les centres de soin (CSAPA) ont un rôle très important, donc aussi des responsabilités pour contribuer à l'amélioration des pratiques en TSO

☞ Vérifier et travailler l'hypothèse d'une **hétérogénéité** de pratiques

☞ **Constat** : il existe un vide entre les recommandations pour la pratique médicale des TSO et les textes successifs s'appliquant pour les CSAPA (ex : « centres méthadone », « places », « délivrance », etc...)



## Objectifs généraux

- ☞ Favoriser une **dynamique de réflexion** à l'échelle de notre réseau
- ☞ Définir ensemble des **principes** (recommandations) professionnels partagés, autour des pratiques de TSO. Ces « principes » n'ont pas de valeur contraignante, mais représentent des **engagements** pris collectivement sous l'égide de l'Anitea/F3A
- ☞ Proposer un accompagnement à **l'évolution des pratiques** professionnelles pour approfondir les principes



## Le choix d'une méthodologie participative en 3 étapes



Pilotage : un Comité de Pilotage (issu de la Commission SANTE modifiée), présidé par Alain MOREL

**Étape 1** : Un questionnaire de lancement (de février à avril 2009)

**Étape 2** : Des entretiens semi directifs (de mai à décembre 2009)

**Étape 3** : 5 journées d'échanges en région (de novembre 2009 à janvier 2010)

→ Élaboration d'un guide



## Quelques indicateurs

<b>Étape 1</b> <b>Questionnaire de lancement</b>	324 envois (dont 165 adhérents anitea) taux de retour est de 28 % = 90 retours 81 % de centres volontaires pour participer à l'étape 2		
<b>Étape 2</b> <b>Entretiens semi directifs sur sites</b>	17 structures interviewées (échantillon représentatif)	78 entretiens individuels  9 entretiens collectifs	17 médecins 17 éducateurs-trices 15 psychologues 14 encadrant-e-s 10 infirmiers-ières 4 assistant-es sociaux-ales 1 accueillante
<b>Étape 3</b> <b>5 journées régionales</b>	Aquitaine → Centre → Ile de France → Lang-Rouss. → Midi-Pyrénées →	26 janvier 2010 17 décembre 2009 14 janvier 2010 19 nov. 2009 9 décembre 2009	~ 100 participants ~ 70 participants (dont 11 TSO) ~ 50 participants ~ 80 participants ~ 40 participants



## Un modèle explicatif de la fabrication des pratiques de substitution

L'histoire des structures = un facteur déterminant, une clé de lecture

### 3 invariants = éléments systématiquement présents :

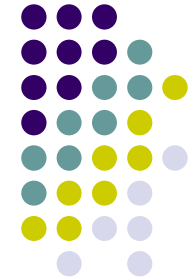
- Une problématique rencontrée par des usagers : un fait public
- L'expérience et l'expertise des acteurs de terrain
- L'échelon décisionnel des pouvoirs publics (négociation/injonction).

### 3 variables = éléments apportant des spécificités :

- Le processus de constitution des équipes
- La place des TSO dans l'accompagnement proposé
- Les liens et l'articulation avec l'environnement / les partenaires

### 3 étapes communes qui font procédure :

Accueil, entretiens d'évaluation, construction partagé de l'accompagnement des personnes



# De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées

## Structuration en 13 thématiques :

1. Éthique professionnelle et traitements de substitution
2. Traitements de substitution et Réduction des Risques
3. L'accueil des usagers et de leur demande
4. Les entretiens d'évaluation
5. La mise sous traitement de substitution
6. L'initialisation du traitement de substitution
7. Les analyses urinaires
8. L'accompagnement médical, psychologique, social et éducatif
9. Pluridisciplinarité / Transdisciplinarité
10. L'arrêt du traitement de substitution
11. Les relais en ville
12. Le secret professionnel / le secret partagé
13. Les protocoles et les écrits

- ☞ les observations / constats issus du terrain
- ☞ la problématisation
- ☞ les principes adoptés (recommandations)



# Éthique professionnelle et traitements de substitution (1/2)

## Les observations / constats issus du terrain

- Dans l'accompagnement proposé, les TSO peuvent prendre différentes place : rôle principal, second rôle, rôle de figurant.

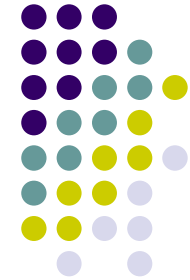
## La problématisation

- Un TSO est-il un traitement comme les autres ?
- Un patient sous substitution est-il un patient comme un autre ?
- Les pratiques sont confrontées à un double mouvement : une banalisation et un accès facilité aux TSO / des savoir-faire spécifiques



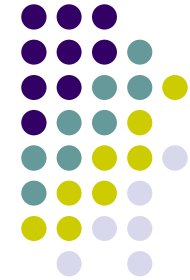


# Éthique professionnelle et traitements de substitution (2/2)



## Les principes

- **Les traitements de substitution doivent être utilisés, prescrits et suivis avec la même éthique (libre adhésion, non jugement) et le même professionnalisme (bonne distance, respect des règles légales...) que tous les autres traitements médicaux et psychosociaux.**
- **L'équipe doit s'attacher à construire une éthique de l'accompagnement médico psycho-social avec les TSO, en s'appuyant sur le projet de la structure.**
- **L'un des obstacles majeurs aux traitements des addictions, et en particulier aux traitements de substitution, est la stigmatisation dont ils font l'objet en même temps que la stigmatisation des usagers. Les professionnels doivent saisir toutes les opportunités pour informer le public et les acteurs concernés (familles, proches, lieux de soins, de travail, partenaires, riverains... etc.) pour lutter contre cette stigmatisation.**
- **Les choix de vie personnels du patient sont à respecter et l'offre de soin doit s'adapter à sa situation.**



## Réduction des risques et traitements de substitution (1/3)

### Les observations / constats issus du terrain

- RDR / TSO = beaucoup de questionnements au sein des équipes
- Dans l'accompagnement proposé : la place des TSO et celle de la RDR sont interdépendantes

### La problématisation

- Comment dépasser les différents conceptuels concernant la RDR ?
- Comment positionner les TSO comme des outils de RDR ?
- Comment éviter la dichotomie RDR / TSO et de la même façon la stigmatisation des patients ?



## Réduction des risques et traitements de substitution (2/3)

### Les principes

- Les traitements de substitution ont pour objectif général la diminution des dommages liés à la dépendance d'opiacés ; ils facilitent l'accès aux soins psychiques et somatiques.
- Les traitements de substitution peuvent avoir des objectifs spécifiques : aide à une meilleure gestion des consommations, diminution des consommations d'opiacés, opportunité d'une rencontre avec un lieu de soin, stabilisation sociale et accès aux droits, aide au sevrage total, accompagnement thérapeutique au long cours, etc.
- Les objectifs du traitement de substitution sont définis avec chaque patient et font l'objet d'un projet de soin individualisé. Ce projet est évolutif et peut selon les besoins du patient, se centrer sur la réduction des risques, l'observance du TSO, la diminution des consommations parallèles, etc.



## Réduction des risques et traitements de substitution (3/3)

### Les principes

- Les professionnels des CSAPA veillent à informer les patients sur les intérêts, les contraintes et les risques potentiels de ces traitements.
- Les professionnels des CSAPA informent les patients sur les mesures de réduction des risques, facilitent l'accès au matériel utile à cet effet et proposent des programmes d'éducation thérapeutique.



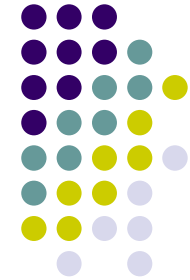
## Trois temps : Accueil – entretiens – construction partagée du processus d'accompagnement proposé (1/4)

### Les observations / constats issus du terrain

- De grands objectifs partagés
- Des modalités de mises en œuvre qui varient
- Des convergences... et des écarts de pratiques

### La problématisation

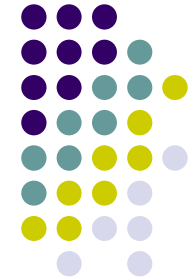
- Comment garantir et promouvoir un accueil adapté à chaque patient, déconstruisant les notions de « haut » et « bas » seuil ?
- Pourquoi conditionner la prescription à l'accompagnement thérapeutique ?
- Initier un TSO rapidement, rend t-il impossible l'accompagnement ?



## Trois temps : Accueil – entretiens – construction partagée du processus d'accompagnement proposé (2/4)

### Les principes / Accueil

- Toute demande de traitement de substitution de la part d'un patient, est l'expression d'une démarche personnelle qu'il faut entendre, reconnaître et conforter. La qualité de l'accueil est donc une composante essentielle de l'accès au traitement qui requiert une attention particulière.
- Le traitement, quel qu'il soit (méthadone, buprénorphine), doit être accessible et être mis en place sans délai inutile.
- Les demandes de substitution peuvent être accueillies au sein des centres spécialisés mais aussi à l'extérieur de ceux-ci. Par exemple : des consultations avancées, des consultations conjointes en cabinets médicaux, des équipes mobiles dédiées à des populations spécifiques...



## Trois temps : Accueil – entretiens – construction partagée du processus d'accompagnement proposé (3/4)

### Les principes / Entretiens

- L'accueil de la demande et l'évaluation de la situation médicale, psychologique et sociale d'un patient doivent pouvoir être faits par tout professionnel médico-psycho-social.
- L'indication d'un traitement de substitution est posée par le médecin sur la base de critères médicaux.
- Tous les services médicaux, sociaux et psychologiques sont mis à la disposition et utilisés de façon personnalisée selon le choix du patient. Leur utilisation ou non ne doit en aucune façon conditionner l'accès au traitement de substitution.

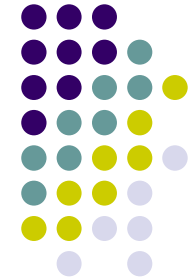


## Trois temps : Accueil – entretiens – construction partagée du processus d'accompagnement proposé (4/4)

### Les principes / Construction de l'accompagnement

- Le traitement, quel qu'il soit (méthadone, buprénorphine), doit être accessible et mis en place sans délai inutile et, lorsque nécessaire, de façon immédiate.
- La prescription du médicament est de la responsabilité du médecin prescripteur et s'appuie sur une indication médicale. L'équipe a pour responsabilité la mise en place en commun d'un accompagnement médico-psycho-social adapté sur la base d'une évaluation.
- Prescription et accompagnement thérapeutique peuvent se décider dans des temps différents. Ils ne doivent pas être conditionnés l'un à l'autre et doivent se faire en concertation et articulation.
- Tous les services médicaux, sociaux et psychologiques sont mis à la disposition de façon personnalisée selon le choix du patient. Leur utilisation ou non doit en aucune façon conditionner l'accès au traitement de substitution.





## **Pluridisciplinarité / Transdisciplinarité (1/2)**

### **Les observations / constats issus du terrain**

- Élément essentiel de la valeur ajoutée des CSAPA
- Une mise en cohérence stratégique des pratiques
- Des modalités de mise en œuvre : variées et évolutives
- Répondant à différents objectifs : coordination, réflexion, élaboration, sécurisation, régulation, débat,...

### **La problématisation**

- Que mettons-nous derrière le terme de « prise en charge globale » ?
- Comment organiser la pluridisciplinarité sans aboutir à une « désécialisation » ou à une juxtaposition de compétences ?



## Pluridisciplinarité / Transdisciplinarité (2/2)

### Les principes

- Les CSAPA promeuvent une approche pluridisciplinaire et apportent aux patients un ensemble de compétences médico-psycho-sociales qui interagissent et sont complémentaires.
- L'ensemble des professionnels de l'équipe, tout en ayant des compétences spécifiques, s'appuie sur un socle commun de connaissances, une culture commune et des outils.



## Les relais en médecin de ville (1/3)

### Les observations / constats issus du terrain

- Une démarche anticipée
- Un processus de décision pluridisciplinaire
- Des relations de travail inégales avec les médecins de ville
- Des outils innovants
- Les CSAPA-ressources

### La problématisation

- A quel moment, sur quelle indication proposer un relais ?
- Le terme « relais » est-il approprié ?
- Comment travailler sur les représentations mutuelles ?
- Comment promouvoir la transdisciplinarité à l'extérieur des centres ?



## Le relais des usagers en de ville (2/3)

### Les principes

- Les relais, vers la médecine de ville ou d'autres partenaires (pharmacie, psychiatrie, hôpital, maternités...) se préparent en amont avec le patient et avec l'ensemble de l'équipe.
- Les centres ont à travailler des outils pour favoriser et formaliser des modes relationnels articulés et coordonnés avec ces interlocuteurs extérieurs.
- Les passages en médecine de ville, sans être systématisés, doivent faire partie des objectifs initiaux et être une préoccupation avant, pendant et après l'accompagnement dans les centres.
- En cas de relais en médecine de ville, la prise en charge psycho-sociale peut se poursuivre.



## Le relais des usagers en de ville (3/3)

### Les principes

- Le CSAPA doit se positionner et être reconnu comme « centre ressource » pour les médecins de ville et proposer son appui en cas de besoin.
- Cet appui technique peut être apporté ponctuellement (en cas de période aiguë ou de relais momentané) ou dans la durée (en phase de stabilisation d'un patient ou dans les premiers temps d'un relais).
- Les allers et retours entre le CSAPA et les médecins de ville doivent devenir la pratique courante. Le relais est ainsi à envisager non pas comme un transfert de responsabilité mais comme une relation coordonnée et articulée entre intervenants, reposant sur la communication.



## Des outils pour accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

- ✓ 11 journées régionales d'échanges et de débats (fin 2010 – 2011)
- ✓ Une nouvelle formation UF anitea/F3A, sur les pratiques professionnelles de TSO (catalogue 2011)
- ✓ La formalisation d'un pôle de « personnes ressources TSO »
- ✓ L'évaluation de la démarche

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

Merci !

Contact : [d.meunier@anitea.fr](mailto:d.meunier@anitea.fr) – [amorel@oppelia.fr](mailto:amorel@oppelia.fr)