

Suivi sur trois ans d'une population de malades dépendants aux opiacés

Three year follow-up of an opiate-addicted patient population

Spoerry A (*), Mezzarobba F (**), Bonnet P (***), Degré A (****)

Résumé

Objectif : L'étude prospective, réalisée par le service médical de l'assurance maladie du régime général de Pau de 1996 à 1999, visait à établir le bilan du suivi actif d'une population de patients traités en ville pour leur dépendance à des substances ou médicaments psycho-actifs.

Méthodes : Les patients ont été inclus à la suite d'un premier état des lieux, réalisé en 1996 sur la pharmacodépendance aux substances psycho-actives en Béarn et Soule, ou ont été intégrés au fur et à mesure de signalements ultérieurs, permettant néanmoins une observation minimale d'une année.

Ces malades, tous dépendants aux opiacés, présentaient initialement une errance auprès de plusieurs médecins et plusieurs pharmaciens et se procuraient des médicaments pouvant faire l'objet d'abus de consommation ou d'usage détourné.

Les interventions du service médical ont consisté à fidéliser le patient auprès d'un médecin et d'un pharmacien et à réaliser un contrat de soins en concertation avec les professionnels de santé et le malade lui-même.

Résultats : En juillet 1999, ce suivi au long cours avait concerné 42 patients et aboutissait au constat suivant :

- prise en charge médicale et pharmaceutique régulée s'accompagnant d'une amélioration de l'état sanitaire et social pour 34 d'entre eux ;
- persistance d'un état critique pour 6 autres ;
- arrêt du suivi pour 2 patients perdus de vue ;
- respect du contrat de soins par 8 malades sur 10.

Conclusion : Ce travail souligne le rôle de régulation que l'assurance maladie, par son service médical, peut jouer dans une filière de soins réputée complexe à mettre en œuvre, en raison notamment de la nature même de l'affection à prendre en charge et du comportement des patients qui en sont les victimes.

Rev Med Ass Maladie 2000;3:21-27

Mots clés : pharmacodépendance, opiacés, traitement de substitution, filière

Summary

Aims: The aim of this prospective study by the medical service of the general scheme of health-care coverage (régime général de l'assurance maladie) of Pau from 1996 to 1999 was to determine the results of the active follow-up of an out-patient population treated for psychoactive drug abuse.

Methods: The study population was comprised by a group of patients who had been the object of an inventory of patients addicted to psychoactive substances in Béarn and Soule in 1996 and a second group of patients who were added to this list as soon as their existence became known and who were able to be followed for a minimum of one year.

Prior to the study, these patients consulted a number of different physicians and chemists in order to procure sufficient quantities of potentially addicting drugs or other substances for illicit use.

The role of the medical service consisted in inciting patients to receive care from just one health professional and in establishing a contract between each patient and the concerned physician or chemist.

Results: As of July 1999, we were able to study the long-term follow-up of 42 patients and found the following results:

- medical and pharmaceutical care resulting from the contracts produced improved health and social well-being in 34 patients,
- 6 other patients failed to significantly modify their behavior,
- 2 patients were lost to follow-up,
- 8 out of 10 patients who were studied fulfilled the contract they signed.

Conclusions: This study underscores the regulatory role that healthcare coverage (assurance maladie) can play, through its medical service, in a health network which has the reputation of being extremely difficult to implement because of the very nature of the disorder involved and the behavior of its victims, addicted patients.

Rev Med Ass Maladie 2000;3:21-27

Key words : drug abuse, opiates, drug-maintenance, network

(*) Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Pau (CNAMTS), 26 bis, avenue des Lilas, BP 9095, 64051 Pau cedex 9. courriel : alfred.spoerry@elsm-pau.cnamts.fr (pour correspondance).

(**) Pharmacien-conseil, Echelon local du service médical de Pau (CNAMTS).

(***) Médecin-conseil chef de service, Echelon local du service médical de Pau (CNAMTS).

(****) Médecin-conseil régional, Echelon régional du service médical de la région Aquitaine (CNAMTS).

INTRODUCTION

L'étude actuelle s'inscrit dans la continuité d'un précédent travail qui avait permis en 1996 de faire un état des lieux des pharmacodépendances en Béarn et Soule [1]. Nous constatons alors l'existence de nombreux cas de polyconsommation (opiacés, médicaments psycho-actifs) dans un contexte de précarité. La pharmacodépendance était entretenue par le nomadisme médico-pharmaceutique des patients, l'absence de système de régulation et de travail en réseau des professionnels de santé. Parallèlement, la mise sur le marché à partir de 1995 de la *méthadone*, puis de la *buprénorphine-haut-dosage* [2], a donné aux professionnels de santé de nouveaux moyens pour limiter la toxicomanie et réduire les risques auxquels cette population est exposée.

Le service médical de l'assurance maladie, observateur privilégié de la consommation en soins médicaux, détient des informations à partager avec les professionnels de santé dans le respect du secret professionnel, telles que l'existence ou non d'un nomadisme médico-pharmaceutique, son ampleur, sa persistance, son arrêt ou sa reprise.

Compte tenu de l'importance de cette question de santé publique, et conscients de la légitimité d'intervention du service médical de l'assurance maladie dans ce domaine [3], nous ne pouvions nous en tenir à un simple constat, c'est pourquoi nous avons tenté de mettre en place, selon un mode expérimental et inspirés par les travaux d'autres équipes [4, 5, 6, 7], une procédure de suivi au long cours de ces malades.

L'objectif a été de favoriser, en tout premier lieu, la fidélisation du patient auprès d'un seul médecin et d'un seul pharmacien pour un traitement défini par un contrat de soins établi en concertation avec le malade lui-même, les professionnels de santé libéraux et les centres de soins aux toxicomanes.

Au terme de ce travail, quel bilan peut-on faire de ces trois années de suivi ? Les patients bénéficient-ils d'une meilleure prise en charge de leur toxicomanie ?

MÉTHODES

1. Population étudiée

La population est constituée de 42 patients dépendants des opiacés, identifiés par le service médical de l'assurance maladie du régime général lors de l'état des lieux initial de 1996, ou inclus postérieurement jusqu'en juillet 1999 à l'occasion de signalements ponctuels de médecins libéraux ou lors de signalements internes de médecins conseils.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- dépendance aux opiacés, en instance ou en cours de traitement par *méthadone chlorhydrate*, *buprénorphine* (Subutex®), ou *sulfate de morphine* (Skénan®, Moscontin®) ;

- « nomadisme » médical et/ou pharmaceutique, défini par un nombre de médecins consultés et de pharmaciens sollicités différents, supérieur ou égal à 2, sur au moins 2 périodes d'observation de 1 mois,

- et éventuellement consommation non médicalement justifiée au regard de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de médicaments psycho-actifs (*amineptine*, Survector®; *phénobarbital-amphétamine*, Ortéanal®; *benzodiazépines*; *antalgiques morphinomimétiques et morphiniques*), souvent associée à l'usage des opiacés.

2. Recueil des données et suivi des patients

a) Les prestations analysées

La consommation en soins médicaux analysée est celle présentée au remboursement attestée par les ordonnances médicales, les feuilles de soins, les délivrances pharmaceutiques et leurs facturations. L'analyse de la consommation de soins des patients a été conduite à partir de requêtes informatiques utilisant notamment le codage des médicaments ; l'examen des archives (ordonnances et factures de pharmacie) a été nécessaire uniquement pour les patients examinés.

b) Les périodes d'observation

Pour apprécier l'évolution des 42 malades suivis d'octobre 1996 à juillet 1999, nous avons eu au minimum un recul de 12 mois de consommation médico-pharmaceutique et pour certains jusqu'à 34 mois.

c) Procédure d'examen et de suivi des patients

Tous les patients ont été invités à rencontrer le médecin-conseil pour un entretien et un examen médical. Une fiche médicale a été renseignée pour ceux qui ont pu répondre à cette invitation (30/42) permettant d'évaluer leur état.

Le médecin-conseil a pris contact avec les médecins, pharmaciens ou centres de soins pour compléter et confirmer les informations médicales recueillies.

Un contrat de soins a été passé, associant le patient, le médecin-traitant et le médecin-conseil, et formalisé par :

- un document, dit « *lettre de désignation* », établi entre le médecin-conseil et le patient, dans lequel ce dernier se détermine sur le choix du médecin et du pharmacien chargés de son traitement de substitution,

- un protocole d'examen spécial (en application de l'article L. 324-1 du Code de la sécurité sociale) qui est un accord écrit sur un plan de soins défini

entre le médecin traitant désigné par le malade et le médecin-conseil.

Tout au long de la période d'observation, l'équipe médecin-conseil/pharmacien-conseil s'est assurée du respect des engagements pris notamment par le patient, c'est-à-dire, pour l'essentiel, un arrêt du nomadisme médico-pharmaceutique et fidélisation auprès du médecin, du pharmacien choisis par le malade et bonne observance du traitement de substitution.

Ils ont repris contact avec les différents acteurs de la filière de soins pour leur permettre de réajuster la prise en charge si de nouvelles dérives étaient mises en évidence.

RÉSULTATS

1. Les patients et leurs traitements

Nous avons ainsi suivi 42 patients (30 hommes, 12 femmes) d'un âge moyen de 34 ans (extrêmes : 20 - 43 ans) dont la répartition selon le type de traitement de substitution est donnée ci-après (tableau I).

Quasiment tous les patients sous buprénorphine (27/30) suivaient régulièrement et de façon adaptée leur traitement de substitution ; seuls 3 d'entre eux présentaient une mauvaise observance. Les doses moyennes quotidiennes de buprénorphine variaient de 6 à 24 mg (tableau II).

Sur les 5 patients traités par méthadone, 3 bénéficiaient d'une prescription et d'une délivrance de ce produit en centre spécialisé, 2 se faisaient délivrer ce produit dans une pharmacie de ville (1 sur présentation d'une ordonnance d'un médecin généraliste et l'autre à partir d'une prescription établie par un médecin du centre spécialisé).

Un patient se procure à la fois de la méthadone et de la buprénorphine. Cette association est illogique.

Les cinq patients sous substitution par sulfate de morphine bénéficiaient de ce traitement à titre exceptionnel [8]. Nous avons constaté la reprise du nomadisme pour 2 d'entre eux.

2. Les contrats de soins

a) Examen du patient

Sur 35 patients appelés au service médical pour entretien et examen par le médecin-conseil, 30 s'y sont présentés (27 dès la première sollicitation, 3 après une relance par recommandé avec avis de réception). Cinq patients ne se sont jamais manifestés auprès du service médical malgré plusieurs rappels.

Lettre de désignation du médecin et du pharmacien

Elle a été proposée à 34 malades soit par envoi postal avant entretien soit à la fin de l'entretien : 30 l'ont signée ; 4 n'ont pas répondu.

Tableau I
Répartition des patients selon la nature des traitements de substitution (par nom de fantaisie)

Médicaments	Nombre de patients
Subutex® (*)	30
Subutex® + Méthadone® (*)	1
Méthadone®	5
Skénan® (*)	5
Moscontin® (*)	1
<i>Total</i>	42

(*) Voir dénomination commune internationale dans texte.

Tableau II
Répartition des patients sous buprénorphine-haut-dosage* selon les doses moyennes journalières

Doses moyennes quotidiennes	Nombre de patients
6 mg	2
8 mg	15
10 mg	1
12 mg	1
14 mg	2
16 mg	6
24 mg	3
<i>Total</i>	30

* En France : Subutex®.

Protocole d'examen spécial (article L. 324-1 du Code de la sécurité sociale)

Trente et un protocoles ont été rédigés soit sur demande du médecin traitant soit sur proposition du Service médical.

b) Respect des accords

Pour les 36 patients qui ont fait l'objet d'une lettre de désignation et/ou d'un protocole d'examen spécial, 29 respectent leurs engagements au terme de l'étude.

3. L'évolution de l'état des patients

Les critères d'amélioration retenus sont les mêmes que lors de l'étude précédente [1] à savoir 1) arrêt du nomadisme médico-pharmaceutique et fidélisation auprès du médecin et du pharmacien choisis par le malade, et 2) mise en route éventuelle, ou

meilleure observance, d'un traitement de substitution aux opiacés dont les principes essentiels sont :

- posologie adaptée à chaque patient pour éviter le sous-dosage et donc le phénomène de manque ;
- instauration d'un suivi médical cadré respectant les recommandations officielles avec nécessité d'un dialogue médecin-pharmacien ;
- travail en réseau incluant les professionnels libéraux, les centres de soins aux toxicomanes, les services sociaux et le service médical de l'assurance maladie.

En considérant l'arrêt éventuel du nomadisme et l'observance du traitement de substitution, on relève une amélioration notable de l'état chez 34 patients

Les principales caractéristiques relatives au traitement et au devenir des 34 sujets dont l'état s'est amélioré, sont détaillées ci-dessous (tableau IV).

DISCUSSION

1. Un environnement favorable

Aujourd'hui, les termes de dépendance et de toxicomanie ne se définissent plus seulement vis-à-vis

d'un produit mais plutôt par rapport à un comportement [9, 10, 11].

Le travail de l'équipe soignante est donc complexe et nécessite :

- la réussite de la prise de contact avec le patient ;
- une thérapeutique de substitution cohérente ;
- un soutien psychologique assidu ;
- une aide à la réinsertion familiale, sociale, professionnelle.

Dans le cadre de cette prise en charge globale – qui ne se limite plus à la simple prescription d'un produit – nous nous sommes attachés, pour notre part, à ce que le traitement médicamenteux (prescription, délivrance, observance) soit réalisé dans de bonnes conditions conformément aux référentiels actualisés [12, 13, 14].

Au fur et à mesure de notre implication, nous avons constaté que nous pouvions être une aide à la régulation au long cours de la filière de soins aux patients pharmacodépendants. Cette place du service médical s'est renforcée au fil du temps.

Une organisation en réseau s'est établie en réponse à une attente des professionnels de santé dans le respect des règles du secret professionnel.

Tableau III
Evolution de l'état des malades ($n = 42$) au cours du suivi

	Caractéristiques à l'inclusion		Caractéristiques en fin d'étude juillet 1999		
	Consommation	Comportement de consommation	Consommation	Comportement de consommation	Nombre de patients
Sujets améliorés ($n = 34$)	<i>buprénorphine</i>	Nomadisme*	<i>buprénorphine</i>	Bonne observance	9
	Poly-toxicomanie	Nomadisme*	<i>buprénorphine</i>	Bonne observance	7
	Poly-toxicomanie	Nomadisme*	<i>méthadone</i>	Bonne observance	2
	<i>sulfate de morphine</i>	Nomadisme*	<i>méthadone</i>	Bonne observance	1
	<i>sulfate de morphine</i>	Nomadisme*	<i>buprénorphine</i>	Bonne observance	3
	<i>buprénorphine</i>	Bonne observance	<i>buprénorphine</i>	Bonne observance	6
	<i>sulfate de morphine</i>	Bonne observance	<i>méthadone</i>	Bonne observance	2
	<i>sulfate de morphine</i>	Bonne observance	<i>sulfate de morphine</i>	Bonne observance	3
	<i>sulfate de morphine</i>	Bonne observance	Sevrage	Sevrage	1
Sujets Nomadismes ($n = 6$)	Poly-toxicomanie	Nomadisme*	<i>buprénorphine</i>	Nomadisme*	2
	<i>buprénorphine</i>	Nomadisme*	<i>buprénorphine</i>	Nomadisme*	1
	<i>buprénorphine</i>	Nomadisme*	<i>buprénorphine</i> + <i>méthadone</i>	Nomadisme*	1
	<i>sulfate de morphine</i>	Nomadisme*	<i>sulfate de morphine</i>	Nomadisme*	2
Sujets perdus de vue ($n = 2$)	<i>buprénorphine</i>	Nomadisme	<i>buprénorphine</i>	Perdu de vue	1
	<i>buprénorphine</i>	Bonne observance	<i>buprénorphine</i>	Perdu de vue	1
<i>Total</i>					42

* Voir définition dans le texte au chapitre Matériel et méthodes.

Tableau IV
Durées moyennes de suivi et de bonne observance sous traitement de substitution constatées
chez les patients améliorés en juillet 1999 ($n = 34$)

Groupes*	Traitement et comportement de consommation des patients		Durée moyenne (en mois)		Nombre de patients
	à l'inclusion	En fin d'étude (juillet 1999)	d'observation	de stabilisation sous traitement de substitution	
Groupe 1	<i>buprénorphine</i> Nomadisme	<i>buprénorphine</i> Bonne observance	23	14	9
Groupe 2	Poly-toxicomanie Nomadisme	<i>buprénorphine</i> Bonne observance	27	17	7
Groupe 3	Poly-toxicomanie Nomadisme	<i>méthadone</i> Bonne observance	21	16	2
Groupe 4	<i>Sulfate de morphine</i> Nomadisme	<i>méthadone</i> Bonne observance	21	20	1
Groupe 5	<i>Sulfate de morphine</i> Nomadisme	<i>buprénorphine</i> Bonne observance	31	21	3
Groupe 6	<i>buprénorphine</i> Bonne observance	<i>buprénorphine</i> Bonne observance	14	11	6
Groupe 7	<i>Sulfate de morphine</i> Bonne observance	<i>méthadone</i> Bonne observance	27	19	2
Groupe 8	<i>Sulfate de morphine</i> Bonne observance	<i>Sulfate de morphine</i> Bonne observance	28	26	3
Groupe 9	<i>Skénan</i> [®] Bonne observance	Sevrage	15	14	1
<i>Total</i>					<i>34</i>

* Chaque groupe inclut des patients ayant un parcours médicamenteux et comportemental identique.

L'amélioration observée de la prise en charge des patients de notre échantillon a bien évidemment une origine multifactorielle.

Depuis le constat de 1996 [1] et parallèlement à notre travail de suivi au long cours, il est apparu, dans l'environnement des soins aux toxicomanes, des événements positifs tels que :

- l'ouverture du centre *méthadone* de Pau en février 1996 (en 1999, celui-ci a une file active de 45 patients en traitement) ;
- la prépondérance en ville des traitements de substitution par *buprénorphine* ;
- l'arrêt de commercialisation de trois produits qui faisaient l'objet de mésusage et entraînaient une surconsommation de soins (*phénobarbital-amphétamine* Orténal[®] en décembre 1997 ; *amineptine* Survector[®] en janvier 1999 ; *dextromoramide* Palfium[®] en mai 1999) ;
- l'obligation de déclaration, par les professionnels de santé et les industriels, des cas de pharmacodépendance ou des abus graves (décret n° 99-249 du 31 mars 1999).

2. Les limites de l'étude

L'amélioration des patients de notre échantillon est cependant à relativiser.

D'une part, nous ne pouvons étudier que les prestations soumises au remboursement, ce qui ne donne qu'un reflet partiel de la consommation réelle des malades en soins et médicaments.

D'autre part, au terme de l'étude, nous constatons que :

- 2 malades sont perdus de vue après une durée moyenne d'observation de 12 mois et nous ne sommes plus en mesure de connaître leur parcours en raison de l'absence prolongée de remboursements de soins ;
- 6 patients, après une période moyenne de suivi de 19 mois, avaient encore un parcours erratique qui justifierait de nouvelles interventions pour tenter de réguler leur prise en charge.

L'état de ces 6 patients restait préoccupant :

- 4 ne se sont jamais améliorés depuis leur inclusion dans l'étude. L'un d'entre eux se faisait prescrire de la *buprénorphine* et de la *méthadone* (ta-

bleau I) en profitant de deux systèmes de prise en charge parallèles (d'un côté, prescriptions, et délivrances de *méthadone* exclusivement en centre de soins aux toxicomanes financés par le budget global, et de l'autre prescriptions et délivrances de *buprénorphine* en ambulatoire financés par les soins de ville).

Notre méthode de suivi avec relais d'informations nous a permis de déceler cette anomalie et d'intervenir pour qu'elle cesse. Ici, l'usage détourné ne fait pas de doute,

– 2 ont rechuté dans le nomadisme et l'accès désordonné au système de soins.

Parmi ces 6 patients, 2 d'entre eux consommaient du sulfate de morphine. Il nous semble que ce médicament reste difficile à manier dans cette indication du fait de l'appétence particulière des patients pour cette substance. La question du maintien de la dérogation à l'AMM du sulfate de morphine avec concertation du médecin-conseil [8] doit être posée.

Enfin, il nous a paru utile de compléter nos données médicales par des informations sur l'état organique et psychique du patient, son degré de satisfaction en traitement, l'existence d'un suivi par une équipe médico-psychologique, son statut sérologique (hépatites, HIV), la consommation concomitante de benzodiazépines, la persistance d'injections intraveineuses d'un produit, le statut professionnel et l'habitat.

Le recueil non exhaustif de ces items dans l'étude n'a pas permis de donner des résultats valides et nous n'en rendons pas compte ici. Cependant, ces critères, mentionnés à titre indicatif dans la littérature [15, 16], nous paraissent intéressants pour mieux évaluer l'évolution de l'état des malades.

3. Les effets positifs d'un suivi concerté

a) Une facilitation de l'accès aux soins

Tous les patients de notre échantillon ont un passé de dépendance sévère aux opiacés parfois associée à une surconsommation de médicaments psychotropes, et, par le biais d'un traitement de substitution, ont tous eu accès à un système de soins organisé.

Cette insertion des patients dans la filière de soins leur offre la possibilité d'une prise en charge plus complète (soutien psychologique, suivi médical de pathologies concomitantes) et peut aider à limiter les risques induits par la toxicomanie.

b) Des contrats de soins respectés dans 80 % des cas

Le taux de présence à l'entretien avec le médecin-conseil est très élevé (86 %). Ces malades, réputés difficiles à atteindre, sont finalement réceptifs aux sollicitations. Nous insisterons sur la nécessité

d'une rencontre avec le patient qui nous paraît indispensable pour :

- établir le bilan clinique et social ;
- recueillir des informations en vue de l'évaluation de la prise en charge ;
- lui expliquer ce qui peut ou non être pris en charge par l'assurance maladie ;
- favoriser son adhésion au contrat thérapeutique par la signature de la « lettre de désignation ».

Le protocole d'examen spécial renforce la concertation avec le médecin traitant et officialise le traitement aux yeux du patient. Cette procédure a été engagée à notre initiative en 1997 pour les sujets « difficiles » en expliquant au médecin traitant son intérêt pour l'aider à gérer l'instabilité du malade.

Au début, la majorité des protocoles était initiée par le service médical puis, au fil du temps, leur utilité a été reconnue par les médecins libéraux. Actuellement, ils sont de plus en plus établis à leur initiative.

L'important est de continuer à obtenir des informations de terrain, d'entretenir des contacts avec les différents acteurs de la filière de soins y compris les usagers pour consolider ces résultats, les interventions du service médical ne pouvant être utiles que si elles sont relayées en ville.

c) Une réelle amélioration de l'état des patients

Une amélioration durable de l'état des patients au regard des critères fixés précédemment est relevée très fréquemment (81 %). Ces résultats concordent avec les données de la littérature [15, 16, 17, 18].

Outre l'amélioration liée à l'arrêt du nomadisme, la fidélisation auprès d'un seul médecin et d'un seul pharmacien, et la mise en route ou la meilleure observance d'un traitement de substitution aux opiacés (tableau III), nous avons pu également apprécier le changement de médicament de substitution par un autre plus adapté (de la *buprénorphine* ou du *sulfate de morphine* à la *méthadone* ; du *sulfate de morphine* à la *buprénorphine*).

Par ailleurs, nous avons observé le caractère durable de la bonne observance du traitement de substitution. La durée moyenne de rétention en traitement de substitution a été calculée pour chaque groupe de patients améliorés ayant eu le même parcours médicamenteux et comportemental depuis leur inclusion dans l'étude (tableau IV).

Pour les patients améliorés, nous constatons que la durée de stabilisation dans un même traitement, sans errance, est au minimum de 11 mois, ce qui nous semble un délai satisfaisant pour considérer que le malade est équilibré et adhère à la démarche de soins.

Pour chaque groupe, il faut noter la différence entre la durée moyenne d'observation – c'est-à-dire

de suivi actif du service médical – et la durée moyenne de stabilisation du patient. Cet écart représente le temps nécessaire pour que le patient change de statut et de traitement, c'est-à-dire passe d'un parcours erratique et d'une consommation médicale inadaptée à un traitement de substitution organisé.

Cette phase de régulation, où plusieurs acteurs peuvent intervenir conjointement et dans lequel le service médical peut être une aide selon la méthode décrite ici, est le temps indispensable pour établir le statut du patient, prendre contact avec les professionnels de santé, faire adhérer les uns et les autres à un plan de soins, s'assurer de la rétention en traitement dans une prise en charge bien conduite.

En pratique, nous estimons qu'il faut 12 mois de suivi actif pour optimiser la prise en charge d'un patient.

En revanche, nous ne pouvons comparer des durées moyennes de bonne observance entre les différents groupes, les périodes de suivi n'étant pas identiques. On ne peut donc tirer de conclusions quant à la meilleure efficacité d'un traitement par rapport à un autre, en particulier de l'intérêt comparé de la *méthadone* par rapport à la *buprénorphine*.

En conclusion, le service médical de l'assurance maladie de Pau a testé sur trois années consécutives une méthode pour améliorer la prise en charge de malades dépendants des opiacés. L'originalité de ce travail a reposé sur un suivi au long cours et des outils simples.

L'implication de l'assurance maladie s'est inscrite dans le domaine réglementaire de la prise en charge des patients dépendants aux opiacés et a rapidement mis en évidence l'importance d'interventions coordonnées pour obtenir un résultat conforme à des objectifs médicaux.

Cette expérience nous a permis d'acquérir un savoir-faire conforme aux missions du service médical et facilement transmissible.

Malgré une limite méthodologique liée à l'étalement dans le temps et à l'impossibilité de suivre tous les patients bénéficiant d'un traitement de substitution, ce travail a eu pour effet de sensibiliser les acteurs de la filière de soins et de renforcer la concertation entre l'assurance maladie et les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des malades dépendants aux opiacés.

RÉFÉRENCES

1. Spoerry A, Mezzarobba F, Pougnet B, Thielly P. Pharmacodépendances en Béarn et Soule : une expérience de suivi au long cours. *Rev Med Ass Maladie* 1998;4:64-71.
2. Circulaire ministérielle DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés. Ministère de la Santé.
3. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (JO 25 avril).
4. Otero G et coll. Surveillance de la consommation détournée de produits pharmaceutiques. *Rev Med Ass Maladie* 1996;4:18-22.
5. Lapeyre-Mestre M, Damase-Michel C, Adams P, Michaud P, Montastruc JL and community pharmacists of the Midi-Pyrénées. Falsified or forged medical prescriptions as an indicator of pharmacodependance: a pilot study. *Eur J Clin Pharmacol* 1997;52:37-9.
6. Baumevieille M, Haramburu F, Bégaud B. Abuse of prescription medicines in southwestern France. *Ann Pharmacother* 1997;31:847-50.
7. Seyer D, Dif C, Balthazard G, Sciortino V. Traitement de substitution par buprénorphine haut-dosage : les recommandations sont-elles suivies ? *Thérapie* 1998;53:349-54.
8. Lettre ministérielle du 27 juin 1996 relative aux traitements de substitution par le sulfate de morphine. Ministère de la Santé.
9. Laqueille X, Uribe M, Olié JP. Aspects cliniques actuels des toxicomanies. *Revue du praticien* 1995;45:1359-91.
10. Linke JC, Mathieu D, Mathieu-Nolf M. Toxicomanies : nouveaux comportements, nouvelles substances. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 1999;13,480:1998-2002.
11. Jacques JP. Pour en finir avec les toxicomanies. Paris-Bruxelles. De Boeck Université 1999.
12. Carpentier J. Le généraliste face au toxicomane : quelques repères essentiels. *Bulletin de l'Ordre des Médecins* 1998;10:11-2.
13. Guillet H, Coulon P. Dossier toxicomanies. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 1999;13,476:1755-72.
14. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés. *Fédération française de psychiatrie* 23-24 avril 1998.
15. Bry D. Caractéristiques des patients suivis par les médecins généralistes d'un réseau ville-hôpital toxicomanie depuis plus de 6 mois en traitement de substitution. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 1998;442:39-42.
16. INSERM. Evaluer la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogues. Rapport réalisé sous l'égide de l'INSERM par un groupe de travail dans le cadre d'une convention avec le secrétariat d'Etat à la santé. Direction générale de la Santé et le laboratoire Schering Plough juin 1998.
17. Observatoire français des drogues et des toxicomanies : drogues et toxicomanies indicateurs et tendances 1999.
18. Gaiet JM, Cholley D, Weill G. Un réseau de soins évalue les résultats d'un programme de substitution par buprénorphine-haut-dosage. *Rev Med Ass Maladie* 2000;1:15-20.