



2 Bis rue de l'église
17430 LUSSANT
05.46.84.52.95

COMMISSION MEDECIN

21 mai 2008 à LUSSANT

20h – 22h 40

Compte-rendu

TESTS URINAIRES DE DEPISTAGE

Intérêt et cadre d'utilisation des nouveaux tests rapides de dosages de psychoactifs :

Après présentation par Binder des kits actuellement sur le marché le groupe discute sur les indications éventuelles de cet usage . plusieurs objectifs sont proposés:

- Travail sur le déni : L'objectif est de remettre du cadre dans la relation médecin-patient.
 - o Proposition : "*afin de pouvoir prescrire en toute sécurité, je souhaiterai vérifier par l'analyse l'absence de drogues, qu'en pensez-vous ?*"
 - o Analyses positives, "*vous m'aviez dit que vous ne preniez rien d'autre, pourquoi est ce si important pour vous de cacher telle ou telle consommation ?*"
- Vérification demandée par le patient à destination de tiers
 - o Il s'agit de patients désirant montrer à leur entourage leur bonne volonté ou leur résultat évolutif . Le plus souvent : THC ou opiacé ou cocaïne
- Sécurité en garde à vue : vérification de l'usage allégué d'un patient non connu avant prescription:
 - o Méthadone, BHD

Discussion:

Certains participants ont déjà utilisés les tests et en confirment l'intérêt à la condition de respecter un minimum de règles :

- o Présentation claire de l'objectif au patient:
- o Démarche ayant reçu l'accord du patient
- o Analyse faite par le médecin pendant la consultation
- o Restitution du résultat au patient lui-même et jamais à son entourage.

Décision :

Il est convenu de réaliser une démarche sollicitant la prise en charge financière des kits par la CPAM et/ou le FIQCS susceptibles d'être intéressés par :

- o Des économies au niveau des prix d'analyses (toutes remboursées actuellement)
après information: dépistage par produit en laboratoire actuel : B120 = 32,40 € alors que le kit NAL24 est à 1,69 €/produit dépisté !!
- o Une amélioration des contrôles des mésusages ou des prescriptions inappropriées.

Suite à cette discussion, je liste ici (cela n'a pas été fait en réunion) ce qui paraît utile :

- *Pour un suivi Buprénorphine HD, et particulièrement chez les injecteurs, le dosage proposé serait:*
 - o *Héroïne/ opiacés (gestion d'une toxicomanie illicite occasionnelle par de la BHD, ou vérification de l'indication)*
 - o *Cocaïne : maintien dans le circuit des dealers*
 - o *BZD : cumul toxique*
 - o *Méthadone (Contre indication)*
 - o *BHD : (vérification de prise)*

- Pour un suivi Méthadone le dosage proposé serait :
 - o Méthadone (vérification de prise)
 - o Héroïne/ opiacés (cumul toxique)
 - o Cocaïne : maintien dans le circuit des dealers
 - o LSD, Alcool THC éventuels
 - o BHD (Contre indication)
 - o BZD : interaction sédatif

SEVRAGES AMBULATOIRES des opiacés

- **Qui en fait ? :**

après un tour de table il s'avère qu'à part Binder qui en fait quelques-un régulièrement, les autres participants n'en font qu'exceptionnellement.
- **Quelle indication ?**

Il est souligné l'absence d'étude publiée depuis l'arrivée de la substitution. Or l'indication de la BHD " pharmacodépendance majeure aux opiacés" ne donne aucune balise précise lors d'un début d'héroïnomanie. En effet, si la prescription de BHD pour un toxicomane accro depuis 5 ans ne pose aucun problème d'indication, celle concernant un patient de 35 ans inséré qui s'est "égaré" pendant 3 mois dans l'héroïne ne relève manifestement pas de la substitution. Mais entre les deux où se situe la limite? Actuellement personne ne se mouille dans cette affaire et l'on voit des patients devenus dépendant de la BHD ou de la méthadone alors qu'un sevrage ambulatoire ou hospitalier aurait rapidement aidé à modifier son parcours.
- **Quel protocole ?**

Binder expose celui qu'il a affiné depuis 20 ans. Après échanges et remarques, il lui est demandé d'écrire un protocole clair et de détailler les conditions de sa réalisation afin d'aboutir à un document utilisable par tous médecins.

METHADONE:

- **Effets délétères:**

Binder a projeté un rapport présenté à l'AFSSAPS sur les statistiques des intoxications à la méthadone. Il apparaît nettement que ce qui parvient aux organismes de recueil des données est très très maigre. Soit la saisie est très mal faite, soit les dégâts sont bien moindres que ce que l'on veut en dire. On notera que les 2/3 des intoxications graves à la méthadone concernent des mineurs (qui ne sont pas en traitement, évidemment)
- **La gélule : une nouveauté**

Il est présenté par Bisson la nouveauté de la gélule et ses conditions d'utilisation réglementaire (présentation publique la veille à La Rochelle par Bouchara et le centre méthadone). A cette occasion, le groupe revient sur la circulaire critique des confrères du Nord. Certains argumentent la réaction de ces médecins au regard de leur proximité avec la Belgique et donc une proximité et compétence avec la Méthadone assez ancienne. La plupart sont d'accord pour trouver que, de toutes façons, si la reprise de contact avec le centre méthadone est utile, le rendez-vous obligé tous les 6 mois au centre méthadone est très excessif. Binder évoque qu' il a plaidé sans succès de majorité à l'AFSSAPS pour un contrôle limité à 1 an au centre méthadone au motif que ces patients sont, par définition, particulièrement équilibrés.
- **Relations avec le centre méthadone**

On revient alors sur la longueur des délais et la nécessité d'une double consultation pour accéder au centre de La Rochelle, ce qui aboutit à des délais d'admission mal supportés. Le centre avait proposé un protocole de relais rapide en ville. Plusieurs réunions se sont tenues à la demande de 2 médecins hors réseau Icares pour faciliter les admissions pour des injecteurs de BHD. Après la dernière réunion à la quelle Icares avait été convié et au vu des dispositions s'orientant à mettre en place de nouveaux protocoles, Binder avait fait circuler sa réaction et dont on rappelle ici sa conclusion : *Au vu de l'esprit des échanges avec le centre méthadone, quand un médecin libéral désire obtenir un processus court pour son patient , soit il accepte de respecter un certain nombre de contraintes de sécurité, soit il ne le fait pas. Dans le cadre des addictions suivie en libéral, le cadre du réseau ICARES a été construit entre autre pour organiser au mieux ces contraintes afin qu'elles soient supportables, adaptées à l'exercice et validées par les pairs et l'administration chargée de la santé. Je n'en créerai pas d'autre.* Après un tour de table

l'unanimité des présents jointe aux messages reçus sur Internet le confortent dans cette position la commission médecin est là pour travailler ces questions.

CR de la réunion au centre méthadone du lendemain : cette réunion qui a eu le mérite d'éclaircir les positions et tensions de chacun. Les deux médecins se sont présentés comme "non alignés" et ne désirant pas travailler à la commission médecin du groupe Icares. Le médecin et l'infirmière du Centre ont argumenté les contraintes de tous ordres auxquels ils sont soumis. Binder a rappelé la position d'Icares, et en conséquence a refusé de participer à d'autres réunions sans changement de contexte de travail. Pour résoudre la question des passages rapides en ville, le groupe est tombé d'accord pour demander au centre de proposer unilatéralement le cadre de contraintes avec lesquelles le centre Méthadone se sentira à l'aise pour travailler.

Le coordinateur Philippe BINDER