



Modification de l'AR réglementant les traitements de substitution (mars 2004, modifié le 6 octobre 2006)

Avis et propositions de la Fédito wallonne, de la Fédito Bruxelles et du Réseau Alto asbl – 20 Février 2018

Bien qu'il soit difficile d'apporter une critique constructive à un projet pour lequel nous ne disposons d'aucun document de travail, nous nous permettons de vous livrer quelques réflexions fondées sur

- le texte actuel de l'AR de 2004, modifié en 2006
- les informations recueillies par certains d'entre nous lors de la réunion du 25 janvier 2018 organisée par le SPF santé

1. Limitation à 50 patients dits toxicomanes dans la file active de patients d'un médecin généraliste

Très concrètement et immédiatement ce quota de 50 patients maximum reçus en privé par un médecin généraliste (MG) va entraîner des problèmes de prise en charge dans certaines zones de Wallonie. En effet, la répartition des centres spécialisés répondant aux critères de l'Arrêté Royal (AR) n'est pas égale sur le territoire wallon. Ce sont donc les MG qui sont en première ligne pour assurer la prise en charge des traitements de substitution. Ainsi, le quota de 50 patients pour certains MG de la zone de l'Est francophone est actuellement dépassé. C'est également le cas pour la zone Mons-Borinage où un seul service spécialisé répond aux conditions.

La limite de la file active (en nombre de patients) à 50 en cabinet de médecine générale peut paraître légitime si elle est désincarnée de ce qu'est la réalité de terrain. Nous sommes sensibles au maintien de la mixité de la patientèle des médecins. Si les usagers en traitement sont, en moyenne, vus une fois toutes les deux semaines par leur médecin, et en estimant une activité médicale de 100 à 150 prestations par semaine, et en tablant sur une répartition

ne dépassant pas 50 % de la patientèle, cela donne la possibilité de garder une centaine de patients en file active, sans envahir la pratique courante du médecin généraliste.

2. Favoriser une prise en charge la moins stigmatisante possible dans le milieu de vie

L'expérience nous montre que de nombreux patients en évolution positive ne veulent plus retourner vers des lieux où la stigmatisation est forte, comme auprès des centres spécialisés, et où le rappel de leur période de consommation est grand. En cela, leurs attentes correspondent exactement aux objectifs initiaux des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (MASS) qui ont pour but officiel de constituer des lieux transitoires et de stabilisation, avant possible réorientation vers les circuits normaux de soins.

Les patients usagers de drogues ne se définissent pas uniquement par leur usage de drogue, loin s'en faut. Ce sont avant tout des personnes avec un parcours de vie, un parcours de soins et des besoins de santé diversifiés. Pour de nombreuses personnes ayant développé une dépendance aux opiacés justifiant un dit traitement de substitution, cette approche qui, avant tout, permet de réduire les risques sanitaires, sociaux et judiciaires liés à l'usage de drogue de rue, doit être maintenue au long, voire au très long cours. La plupart du temps, en raison du caractère physiologiquement peu réversible de la dépendance aux opiacés, une prescription de produit de substitution doit être maintenue bien au-delà de la période initiale de quelques mois ou quelques années pendant lesquels des bénéfices sont engrangés, et donc bien après que les patients aient connu une stabilisation importante de leur style de vie. En conséquence de quoi, un patient dit-toxicomane n'est pas l'autre, et de nombreux patients en traitement de substitution ne se caractérisent plus que très marginalement par leur dépendance persistante et souvent irréversible aux opiacés. Ils ont, dans de très nombreux cas, tout intérêt à être pris en charge dans l'environnement le moins stigmatisant possible. Ceci d'autant plus qu'un suivi de traitement de substitution stabilisé en médecine générale s'avère beaucoup moins coûteux pour la société. Et cela sans compter que, à Bruxelles et en Wallonie, les centres dédiés sont largement saturés et doivent rester disponibles pour les patients les plus déstructurés et les plus désinsérés qui, eux, trouveront moins facilement leur place en médecine générale de ville.

La construction d'un réseau ambulatoire en médecine de ville (ou de plus petites entités) semble plus pertinente que le retour vers des lieux qui ont pu être aidant à un moment de leur parcours, mais qui représentent aussi des rappels négatifs, alors qu'ils sont encore vulnérables et fragiles.

3. Etat critique de la démographie médicale et saturation des centres spécialisés

Il faut tenir compte de l'état critique de la démographie médicale et de ses répercussions particulièrement aiguës sur ce type de prises en charge, que ce soit en médecine générale de ville – où les médecins généralistes, du moins dans les zones économiquement défavorisées et rurales, sont trop peu nombreux et surchargés – ou dans les centres dédiés – où il devient de plus en plus difficile de recruter de jeunes médecins généralistes et d'assurer un cadre du personnel médical suffisamment stable pour maintenir l'expertise nécessaire à la prise en charge adéquate des cas les plus complexes. L'implication accrue de jeunes médecins généralistes face à cette problématique est donc cruciale et doit être soutenue par tout moyen approprié. De même, il faut absolument veiller à n'entraver ni ne décourager en aucune façon les bonnes volontés par des réglementations ou des exigences par trop contraignantes.

Les différents textes de loi et leur modification ont chaque fois apporté leur lot de défection de la pratique de l'accompagnement des usagers. La crainte d'un contrôle obtus de leur pratique face à l'investissement humain que représente ce travail les pousse à abandonner. La publication de juin 2016 émanant de l'Ordre des Médecins n'a pas favorisé la venue de nouveaux prescripteurs. Le flou entourant ces textes n'est guère propice à une pratique sereine. Le Réseau Alto asbl forme pourtant chaque année un nombre non négligeable de médecins en Région Wallonne, assurant 4 à 5 cycles de formation (chacun comprend 5 modules).

Si le transfert de la patientèle privée toxicomane hors quota vers un centre spécialisé est envisageable techniquement, c'est oublier deux éléments importants. D'une part aucuns moyens supplémentaires ne sont accordés aux services spécialisés pour assumer ces nouvelles prises en charge. D'autre part, le patient toxicomane hors quota n'a plus le choix de sa démarche thérapeutique. Dans ce contexte, nous avons le sentiment que cette mesure favorise un transfert de la charge financière du coût du traitement de substitution plutôt que la recherche de la qualité de l'accompagnement et de la mixité de la patientèle.

4. Actions de soutien : travail en réseau et formation

Les médecins du Réseau Alto asbl travaillent, dans la plupart des cas, en collaboration avec des psychologues et des assistants sociaux de terrain, afin de créer, chaque fois que cela est nécessaire, un réseau de soins dans lequel le patient est un partenaire, acteur de sa santé. Il est fréquent que le Réseau Alto asbl accompagne les usagers dans leur milieu de vie. Comme dans toute situation de soins, le transfert se passe bien si le flambeau est porté d'un prestataire à l'autre par le patient et si les prestataires se connaissent et communiquent.

Point n'est besoin dans ce cas, de nécessairement faire appel à une structure spécialisée, où se retrouvent nombre d'usagers en traitement.

Le Réseau Alto asbl travaille également actuellement à la création de « microstructures », à savoir des entités « médecin-psychologue-assistant social » à géométrie variable, liées aux besoins du patient, au cabinet du médecin. Il s'agit de mettre, à prix limité voire gratuitement, à disposition des médecins qui le souhaitent un.e psychologue/un.e assistant.e social.e qui se déplacerait au cabinet du médecin un ou plusieurs demi-jours par semaine pour y recevoir les patients anciens consommateurs en traitement. Le projet se base sur l'expérience des « microstructures » mises en place en France (<http://www.reseau-rms.org>) et qui fonctionne déjà bien depuis plusieurs années. Tant les médecins que les patients se trouvent satisfaits de ces consultations sur un même lieu. Une étude menée sur ce projet à Strasbourg a prouvé la diminution de morbi-mortalité des patients fréquentant ces « microstructures ». Les psychologues sont financés par la caisse primaire locale et le réseau des « microstructures » les met à disposition des médecins.

Il existe plusieurs offres de formation théorique incluse dans les enseignements de la filière médecine générale, et complétée par une offre d'acquisition d'expérience pratique au sein des structures dédiées médicalisées. C'est notamment le cas dans le cadre des enseignements de l'ULB, de l'ULG et de l'UCL.

5. Recommandations

Les recommandations suivantes se réfèrent notamment aux principes directeurs du Groupe Pompidou, émanation du Conseil de l'Europe. Ils ont été rédigés par des experts internationaux et avalisés par les délégués permanents en novembre dernier.

Etant acquis que :

1. la dépendance aux opiacés est souvent de nature très peu réversible, une fois chronifiée ;
2. le levier thérapeutique réside non pas tant dans la nature des molécules prescrites, mais bien dans leur contexte de délivrance – prescription d'une molécule pharmaceutiquement contrôlée dans le cadre d'une relation d'aide plutôt qu'acquisition d'un produit frelaté dans un contexte de relation marchande mafieuse;
3. les interventions les mieux étayées, tant en terme de préservation de la santé individuelle que de santé publique – notamment à l'égard de l'épidémie d'hépatite C – résident dans l'accessibilité maximale d'une large palette de services comprenant (a) des alternatives pharmacologiques aux drogues de rue, (b) du matériel, des lieux

et de l'assistance à une consommation à moindre risques, (c) des services sociaux de base – accès aux soins, logement, réinsertion socio-professionnelle ...

Tout cadre réglementaire rationnellement fondé en cette matière devrait :

1. assurer une formation solide, tant théorique que pratique, des médecins généralistes, voire de tout médecin et même tout soignant au sein du cursus de base;
2. abaisser au maximum les barrières réglementaires à l'implication des médecins généralistes :
 1. pas d'exigence de formation complémentaire après le cursus de base ;
 2. pas de quota réduisant implicitement le patient dépendant des opiacés à la figure du toxicomane actif ravagé ;
 3. soutien au travail en réseau, notamment via le financement de dispositifs de type micro-structure tels que proposés par le Réseau Alto asbl, d'une offre d'interventions cliniques telle que proposée par le RAT ou le Lama, d'un appui à la collaboration entre médecins et pharmaciens ;
3. assurer des moyens complémentaires en centres spécialisés :
 1. par la reconnaissance et le soutien financier de leur fonction de porte d'entrée vers les soins de santé primaires pour leurs publics spécifiques : patients hors assurabilité, psychopathologie associées, etc ;
 2. par le renforcement de leur cadre du personnel afin de tenir compte de la complexification des situations courantes , de leurs publics spécifiques au fil des 15 à 20 dernières années (dégradation du contexte socio-économique, renforcement excluant des réglementations sociales, etc) ;
 3. par le renforcement de leur validation comme lieux de stage en médecine générale, pour une période limitée, tant pour les masters (2 mois plein temps) que pour les assistants en médecine générale (6 mois pendant la deuxième ou troisième année)
 4. par l'assouplissement des obstacles réglementaires et juridiques à la mise en place, au sein de ces centres dédiés bénéficiant d'une expertise poussée de longue durée, d'offres innovantes, mais étayées par la littérature scientifique internationale, adaptées aux publics spécifiques les fréquentant comme l'encadrement des pratiques de consommation par les techniques d'AERLI, la mise à disposition de lieux de consommation sécurisés, l'élargissement de la palette de molécules utilisables, y compris la diacétylmorphine,

l'opérationnalisation du dépistage rapide démedicalisé des hépatites et du VIH, le soutien à l'acquisition de fibroscan et autorisation de prescription in-situ (y compris par des médecins généralistes moyennant formation) de traitements antiviraux (traitement des hépatites C, traitement pre- et post-exposition au VIH).

Bien que nombre de ces mesures dépassent largement le cadre d'un AR réglementant les traitements de substitution, il nous paraît indispensable que celui-ci puisse s'inscrire dans un cadre d'action cohérent, forcément beaucoup plus large – faute de quoi il serait davantage un obstacle plutôt qu'un soutien à une prise en charge plus efficiente des patients concernés.

Le Réseau Alto asbl, la Fedito Wallonne et la Fedito Bruxelles espèrent donc avoir, par le présent courrier, attiré votre attention sur l'impact prévisible qu'aurait le nouvel arrêté royal sur les traitements de substitution, en l'état.

Cet impact nous paraît fondé, sachant que son analyse est construite sur l'expérience d'acteurs impliqués depuis plusieurs dizaines d'années dans les traitements de substitution aux opiacés.

Nous espérons donc que nos craintes seront pleinement prises en compte et que le prochain arrêté royal sera adapté, en fonction.

Pour ce faire, nous nous tenons forcément pleinement à disposition pour vous amener davantage d'informations, dès que vous le jugerez nécessaire.

Dans l'espoir d'une réponse circonstanciée de votre part, veuillez recevoir, madame, monsieur, l'assurance de nos considérations distinguées.

Pour la Fédito wallonne

Pascale Hensgens

feditowallonne@skynet.be

0494 44 20 26

Pour la Fédito Bruxelles

Sébastien Alexandre

s.alexandre@feditobxl.be

0474 96 30 40

Pour le Réseau AltoASBL

Dominique Lamy

dominique.lamy@skynet.be