



HAL
open science

La prise en charge des toxicomanes en ambulatoire

Caroline Guéripel

► **To cite this version:**

Caroline Guéripel. La prise en charge des toxicomanes en ambulatoire. Sciences pharmaceutiques. 2002. dumas-01230503

HAL Id: dumas-01230503

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01230503>

Submitted on 18 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



D

115 063130 3

2^e exemplaire

Université Joseph Fourier
Faculté de Pharmacie de Grenoble
Domaine de la Merci – La Tronche

Année : 2002

N° d'ordre

7040

La prise en charge des toxicomanes en ambulatoire

THESE

Présentée pour l'obtention du **DOCTORAT EN PHARMACIE**
DIPLOME D'ETAT

Soutenue publiquement à la **FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

le 21 Octobre 2002,

par **Caroline Guéripel**

Née le 19/11/1977 à Grenoble.

Devant le jury composé de :

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur JL BENOIT-GUYOD
Professeur de Toxicologie-Grenoble

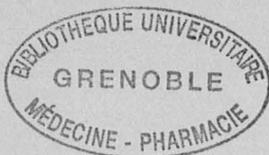
MEMBRES :

Madame le Docteur MC JULIAND

Docteur en Pharmacie-Le Grand-Lemps

Monsieur le Docteur P CORNIER

Praticien Hospitalier, Spécialiste en Psychiatrie, Directeur du
CSST-Grenoble



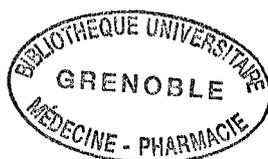
Je tiens à remercier mes proches

A ma famille,

pour le soutien et la confiance qu'elle m'a toujours témoigné.

A mes amis,

qui ont été là dans les meilleurs moments et aussi les plus difficiles. Je vous laisse ce petit mot tout simple : merci pour toute votre gentillesse, votre écoute et votre patience.



Je remercie les membres du jury

A Mr Benoit-Guyod,

qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance pour votre gentillesse.

A Mr Cornier.

Je suis très sensible au fait que vous fassiez partie de mon jury. Soyez assuré de toute ma sympathie et de ma gratitude.

A Mme Juliand.

Je suis très contente d'avoir élaboré ce travail avec vous à mes côtés, pour me soutenir, me conseiller, me diriger. Tout l'enthousiasme que vous portiez à ce sujet m'aidait beaucoup lors de mes incertitudes. Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Encore merci pour toute votre gentillesse, vos conseils et votre soutien tout au long de mes études.

Je remercie les professionnels de santé

A Mr Fhima,

sans qui je ne serais jamais aller sur Paris, assister au congrès national sur les réseaux. Merci de toute votre gentillesse et de votre disponibilité.

A Mme Suchovsky, Mme Liabeuf et Mme Excler-Cavailler,

qui m'ont beaucoup appris sur les positions de la CPAM de Grenoble et Lyon. Merci de toute votre sollicitude.

A Mr Lepargneur,

qui m'a si gentiment exposé les problèmes rencontrés dans la région de Caen. Merci de m'avoir orienté vers d'autres professionnels concernés. Je suis très sensible au fait que vous ayez pris un peu de temps pour discuter avec moi des problèmes rencontrés par le pharmacien d'officine.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté

M. le Professeur P. DEMENGE

Vice Doyen

M. le Professeur J. CALOP

PROFESSEURS DE PHARMACIE

ALARY	<i>Josette</i>	<i>Chimie Analytique</i>
BAKRI	<i>Abdelaziz</i>	<i>Pharmacie Galénique</i>
BENOIT-GUYOD	<i>Jean-Louis</i>	<i>Chimie Toxicologie et Eco-toxicologie</i>
CALOP	<i>Jean</i>	<i>Pharmacie Clinique et Bio-technique</i>
CUSSAC	<i>Max</i>	<i>Chimie Thérapeutique</i>
DECOUT	<i>Jean-Luc</i>	<i>Chimie Générale</i>
DEMENGE	<i>Pierre</i>	<i>Physiologie/Pharmacologie</i>
DROUET	<i>Emmanuel</i>	<i>Microbiologie-Immunologie</i>
FAVIER	<i>Alain</i>	<i>Biochimie</i>
GOULON	<i>Chantal</i>	<i>Physique-Pharmacie</i>
GRILLOT	<i>Renée</i>	<i>Parasitologie</i>
MARIOTTE	<i>Anne-Marie</i>	<i>Pharmacognosie</i>
RIBUOT	<i>Christophe</i>	<i>Physiologie-Pharmacologie</i>
ROUSSEL	<i>Anne-Marie</i>	<i>Biochimie</i>
SEIGLE-MURANDI	<i>Françoise</i>	<i>Botanique et Cryptogamie</i>
STEIMAN	<i>Régine</i>	<i>Biologie Cellulaire</i>
WOUESSIDJEWÉ	<i>Denis</i>	<i>Pharmacie Galénique</i>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté

M. le Professeur P. DEMENGE

Vice Doyen

M. le Professeur J. CALOP

MAITRES DE CONFÉRENCE DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique
BARTOLI	Marie-Hélène	Pharmacie Clinique et Biotech.
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie
BURMEISTER	Wilhelm	Physique
CARON	Cécile	Biologie Moléculaire
CHARLON	Claude	Chimie Pharmacie
DELETRAZ	Martine	Droit Economie pharmaceutique
DIJOUX-FRANCA	M.-Geneviève	Pharmacognosie
DURMORT-MEUNIER	Claire	Virologie moléculaire structur
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique
FAURE	Patrice	Biochimie C
FAURE-JOYEUX	Marie	Physiologie-Pharmacologie.
FOUCAUD-GAMEN	Jacqueline	Bactériologie-Virologie.
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie Galénique
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique
GUIRAUD	Pascale	Biologie cellulaire
GROSSET	Catherine	Chimie analytique
HININGER-FAVIER	Isabelle	LBSO-Biochimie C
KRIVOBOK	Serge	Botanique-Cryptogamie
MORAND	Jean-Marc	Chimie thérapeutique
NICOLLE	Edwige	Chimie organique
PERA	Marie-Hélène	Chimie organique
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique Alimentaire
PINEL	Claudine	Parasitologie
RAVEL	Anne	Chimie Analytique
RIBUOT	Diane	Physio. Pharmaco
RICHARD	Jean-Michel	Chimie Toxicologique
RIONDEL	Jacqueline	Physiologie Pharmacologie
TAILLANDIER	Georges	Chimie organique
VILLEMAIN	Danièle	Physique Pharmacie
VILLET	Annick	Chimie analytique

Introduction.....	4
1.Définitions.....	6
1.1.Drogue illicite	7
1.2. Dépendance	7
1.2.1.Dépendance psychique.....	8
1.2.2.Dépendance physique.....	8
1.3. Les différentes drogues illicites.....	9
1.3.1.Cannabis.....	9
1.3.2.L'ecstasy.....	10
1.3.3.Le LSD.....	10
1.3.4.La kétamine ou spécial K.....	11
1.3.5.Le protoxyde d'azote ou gaz hilarant.....	11
1.3.6.Les amphétamines ou speed	11
1.3.7.Les poppers	11
1.3.8.Le gamma OH ou le GHB	11
1.3.9.La cocaïne	12
1.3.10.L'héroïne	12
2.Législation.....	14
2.1. Loi du 31 décembre 1970	16
2.1.1.Le traitement spontané	17
2.1.2. Le traitement sous injonction sanitaire.....	17
2.1.3.Le traitement sous injonction thérapeutique	18
2.1.4.Le traitement sous astreinte judiciaire.....	20
2.1.5.Les diverses réformes de cette loi	21
2.1.6. L' injonction thérapeutique et ses réticences	22

2.1.7. Les soins apportés aux toxicomanes : dispositifs sanitaires et sociaux	23
2.2. Le service national d'accueil téléphonique « Drogues info service »	29
2.3. L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies OFDT	30
2.4. La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie MILDT	31
2.5. Le plan triennal	32
2.5.1. Connaître, savoir et comprendre	33
2.5.2. Communiquer et informer en direction du grand public	34
2.5.3. Systématiser la prévention et élargir son champs tout en rappelant les interdits posés par la loi ..	35
2.5.4. Harmoniser les connaissances des principaux acteurs : une véritable politique de formation initiale et continue	37
2.5.5. Accueillir, orienter, soigner et insérer les usagers de produits psychoactifs	38
2.5.6. Appliquer la loi et renforcer la répression du trafic	41
2.5.7. Coordonner au plan national et local	42
2.5.8. Développer la coopération internationale	43
2.6. Les ordonnances sécurisées	43
3. La substitution sur le terrain	45
3.1 La stratégie de substitution	46
3.2. Les médicaments de substitution	51
3.2.1. La méthadone	52
3.2.2. La buprénorphine haut dosage : Subutex®	56
3.3. Parcours d'un patient sous Subutex®	60
3.4. Difficultés des traitements de substitution et ébauches de solution sur le terrain	63
3.4.1. Un accès au soin facilité	63
3.4.2. Le détournement des produits : la revente au marché noir	65
3.4.3. La place de l'assurance maladie	65

3.4.4.Le problème de l'injection.....	66
3.4.5.La polytoxicomanie	68
3.4.6.L'arrêt du traitement de substitution	71
3.4.7.Quelques solutions de bonnes pratiques.....	73
4.Le travail en réseau.....	78
4.1 L'espace juridique et fonctionnel des réseaux.....	80
4.2. Un travail d'équipe	81
4.3.L'accompagnement remplacerait il le sevrage ?.....	85
4.4.Les familles d'accueil	87
4.5.L'aspect social de la prise en charge.....	87
4.6.Aspect psychologique des traitements de substitution	89
4.7. La coopération de l'assurance maladie avec le réseau de santé.....	90
4.8.Les comités départementaux de suivi des traitements de substitution	93
Conclusion.....	94

Introduction

Qui, dans une **officine**, n'a pas entendu un jour « **une boîte de Néocodion®**, s'il vous **plaît** » ? Et le commentaire qui suit, précisant : « sans sac, c'est bon ! », me fait penser aux vendeuses de chez Mc Do qui auraient dans ce cas-là, appuyé sur la touche de leur caisse enregistreuse « consommation sur place » !

La demande d'une **insuline à 0.1 ml** n'est pas rare non plus. Et avec toute la naïveté du débutant, on se demande la posologie du traitement anti diabétique.

L'officinal est constamment confronté au problème de la toxicomanie, soit par le biais de produits détournés de leur usage comme le *Rohypnol®*, le *Néocodion®*, *Nétux®* ..., soit par les produits de substitution dont les débuts ont été assez difficiles.

Deux ans après la mise sur le marché de la *Méthadone®* (1995) et du *Subutex®* (1995), la thèse de Carole Bégou soulignait l'importance du pharmacien dans la **prise en charge du toxicomane** : tout autant psychologique avec une aide à la réinsertion, que médicale en apportant une amélioration pour pallier l'état de manque. Elle soulignait l'importance de la coopération entre médecin et pharmacien au sein de **réseaux de soins** (qui pourront être élargis aux réseaux de santé en englobant les travailleurs sociaux)

D'ailleurs, le **code de déontologie** précise le devoir du pharmacien dans cette lutte (Titre I Chapitre I article R5015-2) : « Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage »

La toxicomanie est liée au problème de **dépendance** aux **drogues illicites**. Précisons de suite quelques termes, puis nous nous attarderons sur l'**environnement législatif** englobant les structures de soins, pour finir sur les différents **produits de substitution** en nous concentrant tout particulièrement sur le *Subutex®* : ses atouts et ses contraintes.

1. Définitions

La dépendance aux drogues illicites englobe différentes notions que nous allons définir.

Citons au préalable A. Ehrenberg qui nous explique la pénétration massive des drogues illicites et licites dans la société :

« sur un plan individuel, la drogue apparaît être un moyen artificiel de combler la distance séparant les aspirations des possibilités. C'est une réaction de refus, une transgression face à un triple vide : idéologique, communautaire et familial, politique et religieux »[58]

1.1. Drogue illicite

« Produit naturel ou synthétique, consommé en vue de modifier son état de conscience, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance dont l'usage peut être légal ou non »[52]

1.2. Dépendance

« Un comportement psychopathologique présentant des caractéristiques biologiques, psychopathologiques et sociales. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif de produit, la difficulté du contrôle de la consommation, la prise de produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur »[52]

1.2.1.Dépendance psychique

« La privation d'un produit entraîne une sensation de malaise, d'angoisse, allant parfois jusqu'à la dépression. Une fois qu'elle a cessé de consommer, la personne peut mettre longtemps à s'adapter à la vie sans le produit. L'arrêt de la consommation bouleverse ses habitudes, laisse un vide et permet la réapparition d'un mal être que la consommation visait à supprimer. Cela explique l'apparition de possibles rechutes ; elles font parties du lent processus vers l'abstinence, qui, à terme, peut permettre d'envisager la vie sans consommation »[45]

Manifestation par un comportement compulsif de recherche de drogue (« craving »chez les anglo-saxons) et ses effets euphorisants. L'usage procure un tel plaisir (effet de l'héroïne sur les voies dopaminergiques centrales) et un effet anxiolytique tellement important qu'il rend dépendant les utilisateurs.

1.2.2.Dépendance physique

« certains produits entraînent une dépendance physique : l'organisme réclame le produit à travers des symptômes, variant selon la substance consommée, qui traduisent un état de manque. La privation de certains produits tels que les opiacés, le tabac, l'alcool et certains médicaments psychoactifs engendre des malaises physiques : douleurs avec les opiacés, tremblements majeurs avec l'alcool, convulsions avec les barbituriques et les benzodiazépines. L'état de manque peut s'accompagner de troubles du comportement(anxiété, irascibilité, angoisse) »[45]

1.3. Les différentes drogues illicites

Les différentes drogues utilisées sont assez proches, citons celles-ci brièvement. [45]

1.3.1. Cannabis

Le cannabis est le premier produit illicite consommé en France. L'ivresse cannabique est décrite depuis le XIXème siècle. L'herbe contient une résine très riche en tétrahydrocannabinol (THC) : elle provoque une sensation euphorique, de détente et de bien-être. Cet anxiolytique est aussi un myorelaxant, provoque une dépendance psychologique chez les consommateurs réguliers. Il altère la vigilance, ce qui peut être fatal au volant ! La consommation régulière peut provoquer de graves troubles psychologiques : un syndrome amotivationnel. Des troubles de la mémoire, une apathie et une inhibition psychomotrice peuvent apparaître. Le cannabis devient le seul centre d'intérêt de l'utilisateur ce qui peut avoir de lourdes conséquences sur la scolarité des adolescents.

□ **Marijuana=herbe**

Feuilles, tiges ou sommités fleuries simplement séchées. Se fume généralement mélangée à du tabac, roulée en cigarettes souvent de forme conique (joint, pétard, stick...)

□ **Hashish (ou shit)**

Résine obtenue à partir des sommités fleuries de la plante. Se présente sous la forme de plaques compressées, barrettes de couleur vertes, brunes ou jaune, selon les régions de production. Se fume généralement mélangé à du tabac : « le joint ».

Le haschich est fréquemment coupé avec d'autres substances plus ou moins toxiques comme le henné, le cirage, la paraffine...



□ L'huile

Préparation plus concentrée en principes actifs, consommée généralement au moyen d'une pipe. Son usage est actuellement peu répandu.

1.3.2.L'ecstasy

Elle désigne à l'origine une molécule chimique particulière : la MDMA (3,4 méthylènedioxyméthamphétamine), responsable d'effets psychoactifs. La composition d'un comprimé présenté comme étant de l'ecstasy est souvent incertaine, la molécule MDMA n'est pas toujours présente et peut être mélangée à d'autres substances : amphétamines, analgésiques, hallucinogènes, anabolisants. L'ecstasy peut également être coupée avec de la caféine, de l'amidon, des détergents, du savon... elle se présente sous la forme de comprimés de couleurs et de forme variées ornées d'un motif. Les usagers disent qu'ils « gobent de l'ecstasy » quand ils l'avalent.

1.3.3.Le LSD

Appelé aussi diéthylamide de l'acide lysergique est obtenu à partir de l'ergot de seigle (champignon parasite du seigle). Il se présente sous la forme d'un buvard, d'une micropointe (ressemblant à un bout de mine de crayon) ou sous forme liquide. Un « trip » contient entre 50 à 400µg de LSD.

1.3.4. La kétamine ou spécial K

Elle est vendue sous forme de comprimés sous le label d'ecstasy, elle est souvent associée à d'autres substances ou médicaments. Elle est utilisée normalement comme anesthésique et analgésique.

1.3.5. Le protoxyde d'azote ou gaz hilarant

Sous appellation « proto » dans des soirées festives, il est inhalé, vendu sous forme de ballons.

1.3.6. Les amphétamines ou speed

Ce sont de puissants psychostimulants ou coupe-faim appelés aussi ice ou cristal. Elles sont sous forme de cachets ou de poudre et souvent coupées avec d'autres produits.

1.3.7. Les poppers

Ils sont vasodilatateurs, utilisés en médecine pour soigner certaines maladies cardiovasculaires. Ils sont sniffés.

1.3.8. Le gamma OH ou le GHB

Connu sous de nombreuses appellations : liquid ecstasy, drogue du viol... vendu en poudre ou en granulés à dissoudre dans l'eau. Il est normalement utilisé en anesthésie et plus particulièrement en obstétrique.

1.3.9. La cocaïne

Elle se présente sous la forme d'une fine poudre blanche. Elle est extraite des feuilles de cocaïer. Elle est prisee(la ligne de coke est « sniffée »), également injectée par voie intra-veineuse et fumée. La cocaïne est parfois frelatée, coupée ou mélangée à d'autres substances par les trafiquants, ce qui accroît sa dangerosité et potentialise les effets et interactions entre des produits dont on ne connaît pas la composition.

□ Le crack

Il est un dérivé de la cocaïne : mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et d'ammoniaque, présenté sous forme de petits cailloux.

L'usager en inhale la fumée après les avoir chauffés. Cette opération provoquent des craquements, origine de son nom.

1.3.10. L'héroïne

L'héroïne est un opiacé puissant obtenu à partir de la morphine (substance naturelle contenue dans le latex de pavot). L'héroïnomanie :

En général, il ne devient pas dépendant sans être au départ dans une sorte de mal être psychologique intense surtout retrouvé en fin d'adolescence.

Il s'ensuit une phase de découverte des sensations de plaisirs induites par l'injection d'héroïne. Elle ne dure que quelques jours à quelques semaines.

L'injection induit une phase d'euphorie et d'anxiolyse intense pendant une demi-heure, puis vient une période de somnolence et d'apathie pouvant durer plusieurs heures.

Les signes de la toxicomanie sont : pâleur, amaigrissement, constipation, sueurs et troubles du sommeil.

L'héroïne est un dérivé di-acétylé de la morphine : c'est une poudre plus ou moins blanche, souvent brunâtre. En France, le nombre de consommateurs dépendants atteints 140000 à 170000 personnes. La diminution du nombre d'interpellation pour trafic coïncide avec l'émergence de la substitution légalisant le produit de consommation. Ainsi, de nouveaux mélanges associent l'héroïne à des produits de substitution et des drogues psychostimulantes (cocaïne, crack...)

L'héroïne est administrée en intraveineuse car le premier passage hépatique diminue assez l'effet de la drogue. Le passage par la muqueuse nasale après avoir été « sniffée » shunt aussi cet effet hépatique. « Chasser le dragon » est une technique très employée : des vapeurs d'héroïne sont inhalées (passage par les alvéoles pulmonaires) lorsque du tabac est mélangé à cette drogue et que le tout est chauffé ou fumé.

Les effets de l'héroïne : elle a une action psychotrope puissante avec des effets euphorisants importants puis, une action dépressive du cervelet suit comprenant de l'ataxie, une dépression du centre de thermorégulation avec une hypothermie. Il s'ensuit une diminution de la réflexion, de la mémoire et de l'attention. Une apathie et des troubles du sommeil sont très caractéristiques de cette toxicomanie. Des troubles somatiques sont retrouvés selon le produit qui a servi à couper la drogue : le ciment et le talc induisent des embolies tandis que la quinine et la strichnine une neurotoxicité. une aménorrhée est retrouvée assez fréquemment chez les toxicomanes.

Ayant précisé ces quelques termes, nous pouvons de suite nous orienter sur **la partie législative de la prise en charge des toxicomanes.**

2.Législation

La législation concernant les stupéfiants commence déjà dans l'ancienne réglementation des poisons. A cette époque, sous Louis XIV, un édit royal de 1682 impose la conservation des substances dangereuses dans un lieu sûr, suite aux crimes d'empoisonnement reprochés à la Marquise de Brinvilliers...Beaucoup plus tard, en 1909, se déroule à Shanghai la commission de l'Opium réunissant treize pays dont la France. Dans un but de coopération internationale pour le contrôle des stupéfiants, elle adopte plusieurs résolutions afin de supprimer la production et la consommation de l'opium.

En 1912, apparaît la première convention internationale de l'opium. Puis, dès juillet 1916, arrive la réglementation en France, dans un but de prévention et de répression des ravages causés par certains stupéfiants.[70]

L'union européenne aussi se charge de ce problème. Elle a des instances qui s'occupent activement de la lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants (surtout dans les années 60, durant lesquelles on remarque une augmentation de la consommation de LSD, amphétamines et de cannabis)

En 1961, a lieu la convention unique sur les stupéfiants (sera amendée par un protocole en 1972), puis vient celle sur les substances psychotropes en 1971, et en **1988**, celle sur le **trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.**

Ces trois conventions vont aboutir à l'interdiction de la production, du commerce, de la détention et de l'usage des drogues (sauf à visée médicale) au niveau international mais aussi avec des répercussions nationales pour chaque pays signataires.

Pour la France, il s'agit de la loi du 31 décembre 1970 qui concerne la prise en charge des toxicomanes. Elle fut plusieurs fois actualisée depuis cette date.

2.1. Loi du 31 décembre 1970

(loi n°70-1320 du code de la santé publique)

Cette loi réprime l'usage et le trafic de stupéfiants, en distinguant clairement ces deux aspects.[58]

Elle sanctionne l'usage, public ou privé, même sans nuisances perceptibles par l'entourage d'un an d'emprisonnement et/ou d'une amende (article L628 du code de santé publique CSP).

Les principes généraux de la loi du 31 décembre 1970 sont :

- *la **répression de l'usage de stupéfiants**, de tous les stupéfiants sans les distinguer.
- *assurer la **gratuité des soins et l'anonymat** pour les usagers qui souhaitent se faire traiter.
- *donner la priorité à une **action médico-sociale** spécifique pour les toxicomanes afin de les guérir plutôt que de les punir par une condamnation.

Cette loi permet de soigner le toxicomane comme un malade et non pas de le traiter comme un délinquant.

Ceci est très bien souligné dans le bulletin hebdomadaire publié par le secrétariat général du comité interministériel pour l'information [72]

« ce texte constitue un droit nouveau d'une extrême originalité, tant dans sa conception que dans les mesures qu'il édicte. La loi nouvelle réalise un équilibre entre l'indispensable répression et la nécessité de recourir à des solutions humaines »

Cette loi donne aussi les caractéristiques différentielles qui distinguent un toxicomane usager d'un toxicomane trafiquant : selon si la quantité d'héroïne retrouvée sur lui est supérieure à 1 voire 2 g. Alors, le procureur de la République décidera seul, s'il ordonnera

une injonction thérapeutique ou une inculpation, selon s'il considère le toxicomane comme un malade ou comme un trafiquant.

Dans cette loi, quatre dispositions sanitaires prévoient les soins aux patients selon la démarche employée : traitement spontané, traitement sous injonction sanitaire, traitement sous injonction thérapeutique ou traitement sous astreinte judiciaire :

2.1.1. Le traitement spontané

(article L355-21 du code de la santé publique)

Les personnes **se présentant spontanément** aux services de prévention ou de cure seront assurées d'un **service gratuit et de l'anonymat** en ce qui concerne leur consommation. Tout autre délit sera signalé. « Aucun contrôle n'est imposé, aucune poursuite n'est ordonnée » [42]

2.1.2. Le traitement sous injonction sanitaire

(article L355-18, 19, 20 du code de la santé publique)

Les personnes **déclarées à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales** (DDASS) par un médecin ou une assistante sociale pour utilisation illicite de stupéfiants feront l'objet d'un examen médical et d'une enquête familiale, professionnelle et sociale. Elles auront une proposition de **cure de sevrage ou de mise sous surveillance médicale** dans l'établissement de leur choix. La différence est que si elles arrêtent le traitement, **aucune poursuite pénale** ne sera envisagée contre elles.

2.1.3. Le traitement sous injonction thérapeutique

(article L355-15.16.17, L628-1.4.5.6 du code de la santé publique)

Le procureur de la République propose par une **injonction thérapeutique** : soit une **cure de sevrage**, soit une **mise sous surveillance médicale** que le patient peut refuser, mais qui lui évite d'être poursuivi. Il devra alors s'orienter vers une prise en charge que lui indiquera la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), après un examen médicale et une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale. La DDASS choisira une des structures et méthodes de soins adaptées pour cette personne : « une cure ambulatoire, un traitement à la *méthadone*®, un internement psychiatrique, une communauté thérapeutique et aussi de simples consultations psychiatriques mais strictement suivis » [55]

En général, une liste de médecins ou d'établissements agréés de l'autorité de tutelle de la DDASS est proposée au patient qui choisit l'un d'entre eux pour le suivi du traitement. Cette cure de sevrage est un enjeu judiciaire. Le médecin référent évaluera tout le long le **bon suivi de la cure** par le patient et notera **tout écartement** et le référera à la DDASS qui en **informera le parquet**. Dans ce cas-là, le procureur peut entreprendre de nouvelles **poursuites à l'encontre de l'utilisateur**.

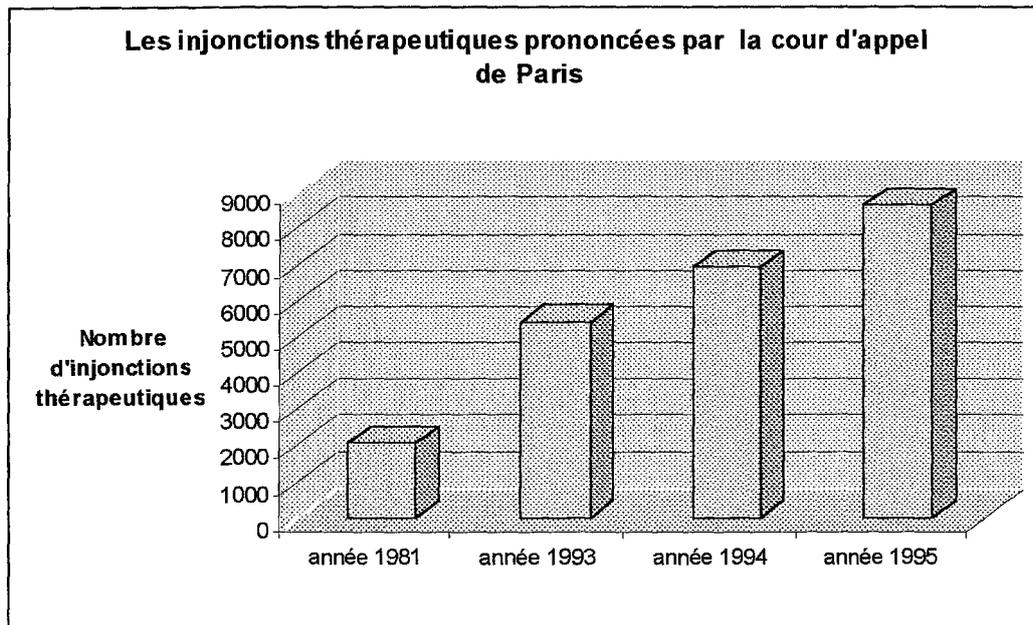
Le problème est la confiance entre le médecin et le patient car le généraliste a deux rôles : celui de thérapeute et de censeur.

Certains intervenants en toxicomanie voient dans l'injonction thérapeutique, mesure répressive et thérapeutique, un risque de mésentente entre les deux catégories de professionnels concernés.

« L'obligation de soigner, érigée en texte de loi avec assortiment de peine de prison ou d'amendes (ou les deux), ne semble pas avoir été refusée dans son application par le corps

médical. La collaboration entre deux personnes aux fonctions différentes telles que le magistrat et le médecin (l'un punit, l'autre soigne), collaboration souhaitée par le pouvoir, ne fait que produire une confusion lorsque l'un des deux spécialistes empiète dans le champs de l'autre. » [60]

Concernant l'injonction thérapeutique où la coopération médico-juridique est obligatoire : le toxicomane choisit dans la liste, un des médecins de l'autorité de tutelle de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales qui sera chargé du contrôle thérapeutique officiellement.



[52]

Trop souvent la toxicomanie prend la place essentielle dans la vie de l'usager : il ne vit que dans le but de se droguer. L'injonction thérapeutique peut être vue comme une privation de ce besoin vital, de cette liberté. A l'arrêt de celle-ci, on peut noter un certain nombre de rechutes. Les phases successives de rechutes ne sont pas forcément de mauvais pronostics et peuvent à long terme aboutir à un sevrage total.

La loi de 1970 va donner la chance de se soigner aux toxicomanes qui ont vraiment besoin d'une cure de sevrage. L'injonction thérapeutique ne concerne que les usagers dans le cadre d'une première infraction constatée et qui n'ont pas été mis en examen. S'il y a récurrence, le procureur décidera alors de réitérer sa proposition thérapeutique ou non.

Le Centre d'Aide et d'Accueil en Toxicomanie (CAAT) précise le problème social de la jeunesse. D'après eux, la loi agit simplement sur les phénomènes visibles qu'est l'usage de drogue : ce phénomène est lié à un réel problème de crise existentielle exprimée par des groupes d'adolescents. Cette réponse est beaucoup plus bureaucratique avec des sanctions ou des solutions sanitaires mais qu'en est-il du réel problème de ces jeunes ? Leur mal être ne s'exprime pas d'une seule façon, la recrudescence de la violence chez les plus jeunes adolescents (désignés comme pré-ados) en est un parfait exemple.

Il ne faut pas exclure la délinquance associée au phénomène toxicomaniaque qui « cause des troubles importants à l'ordre public et est paradoxalement aggravée par l'augmentation de la sévérité de la répression du trafic de produits stupéfiants, qui fait grimper les prix » [55]

2.1.4. Le traitement sous astreinte judiciaire

(article L628-2.3.4.5.6 du code de la santé publique)

Il s'agit des personnes **mises en examen ou condamnées pour usage de stupéfiants, astreintes à se conformer à un traitement** par le juge d'instruction, le juge des enfants ou le tribunal.

Cette astreinte sera prononcée en cours d'instruction ou après le jugement. Ici, la DDASS n'a aucun rôle, **le médecin référent informera directement les autorités judiciaires** du bon déroulement de la cure de sevrage ou de la surveillance médicale. Dans ce cas-là, le

médecin est délié du secret médical. Si la cure est menée à son terme, la peine de prison sera annulée par un certificat médicale rédigé par le médecin référent au juge d'instruction, mais cette peine restera inscrite sur le casier judiciaire. S'il s'agit d'une cure pour une personne ayant une peine avec sursis et mise à l'épreuve, c'est le juge d'application des peines qui suivra le bon déroulement du sevrage.

2.1.5. Les diverses réformes de cette loi

La loi de 1970 a été plusieurs fois complétée par d'autres lois. Il s'agit surtout de lois sur le **trafic de drogue, le blanchiment d'argent** relatif à ces substances, tout le **contrôle douanier et banquier**, les peines encourues y sont beaucoup plus lourdes. Le nouveau Code pénal (loi du 16 décembre 1992) criminalise les infractions dans le cadre du trafic organisé.

Une plus grande répression sera demandée deux fois en 1977 et en 1980 pour les usagers-revendeurs considérés longtemps comme simple usager alors qu'ils seront punis comme trafiquants après ces deux textes de loi.

Aussi deux circulaires de 1993 et 1995 reprennent celle de 1987, en séparant les usagers en fonction de leur rythme de consommation. En effet, l'usager occasionnel fera l'objet d'un simple avertissement, tandis que les usagers habituels d'héroïne, cocaïne et les gros consommateurs de cannabis (souvent avec des associations d'autres produits) entreront dans le cadre de l'injonction thérapeutique ou de poursuites. Il sera créé ensuite des **établissements de postcure et des familles d'accueil** aideront les patients à **reconstruire une vie sans drogue.**

Plusieurs mesures de terrain ont été adoptées comme de lourdes peines (25 à 40 ans de prison) pour les gros trafiquants, de **l'information et de la prévention dans les lycées**

mais aussi des opérations « coups de poing » à leurs abords contre les revendeurs, des reconduites à la frontière renforcées pour les trafiquants étrangers et le sevrage des drogués dans des établissements spécialisés.

En règle générale, la loi française sur le trafic de stupéfiants ne différencie pas ces substances. Elle est mentionnée dans les articles 222-34 et les suivants du code pénal. L'usage et la présentation des stupéfiants sont retrouvés dans les articles L628 et L630 du code de la santé publique.

L'article L627 concerne les règles du commerce licite des substances ou plantes classées stupéfiants.

En France, **4 axes** réglementent les stupéfiants : **la répression du trafic et de ses profits, la pénalisation de l'usage, l'alternative du soin à la sanction de l'usage** (injonction thérapeutique) et **l'interdiction de publicité pour l'usage et le trafic de stupéfiants** (assimilée à une provocation)

2.1.6. L' injonction thérapeutique et ses réticences

« Des psychiatres et des psychologues insistent sur le fait que le **traitement volontaire** soit une **condition indispensable à la réussite d'une cure** » [55] surtout à long terme. La plupart des toxicomanes voient d'abord dans l'injonction, un **moyen d'échapper à de lourdes peines de prison** et peu d'entre eux se rendent compte de leur dépendance et de la réelle nécessité à se soigner. Tout de même, une étude a démontré l'efficacité à long terme des injonctions thérapeutiques car elles permettent aussi aux personnes les plus marginalisées d'avoir **accès à des soins gratuits et anonymes**. Ainsi, de lourdes pathologies comme le VIH ou l'hépatite C peuvent être prises en charge.

2.1.7. Les soins apportés aux toxicomanes : dispositifs sanitaires et sociaux

Ces centres sont financées par l'Etat : la **Direction Générale de la Santé (DGS)**. Ils permettent une structuration des réseaux de soins avec un objectif thérapeutique annexé en rapport annuel, ce qui permet au Préfet d'avoir un contrôle sur leur fonctionnement. Celui-ci établit avec ces centres une convention pour un an , avec des objectifs, précisant le budget et sa répartition, les postes du personnel...

« ces structures doivent avoir pour missions : la cure de sevrage ou l'accompagnement du sevrage, le soutien à l'environnement familial, l'accueil, l'orientation et l'information des toxicomanes et de leurs familles et éventuellement participer à des activités de prévention, de formation et de recherche »[42]

Autour de la « circulaire Boulin » du 29 mars 1972, des centres d'accueil et de post-cure ont été créés par des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux dans un but de différencier ces toxicomanes des patients habituels des structures psychiatriques. Depuis le décret du 29 juin 1992, ces « **centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes** » (**CSST**) fixent des **objectifs thérapeutiques et sociaux-éducatifs**. Ceux-ci sont des établissements publics de santé (hôpitaux) ou des associations (définies par la loi du 1^{er} juillet 1901) ayant eu le conventionnement du ministère de la santé.

La loi autorise aussi les toxicomanes à venir consulter eux-mêmes dans les centres agréés où les **soins sont gratuits**. Cette demande d'aide sera volontaire ou induite : adressée par des tiers (famille, assistante sociale du lycée, un ami) dans le cadre d'une prise de conscience des patients de l'enfer dans lequel ils vivent et quand ils ne se sentent plus capables de décrocher.

□ **Les centres de soins en ambulatoire**

Leur activité concerne la **prise en charge médico-psychologique et socio-éducative** (avec aide à l'insertion ou à la réinsertion) du toxicomane ; **l'accueil, l'orientation et l'information** des toxicomanes et de leur famille ; le **sevrage et l'accompagnement du sevrage** si le patient est hospitalisé ou non.[71]

S'ils sont conventionnés, ils se nomment les CSST : Centres Spécialisées de Soins en Toxicomanie.

En Isère, le centre Hauquelin assure ce rôle :

Centre Médico-Social d'accueil et de soins pour toxicomanes

CHU de Grenoble

1, rue Hauquelin

38000 Grenoble

04 76 54 24 29

Il a un pôle Méthadone® assuré par un médecin rattaché à l'hôpital Michallon. Il a une équipe composée d'assistantes sociales, d'éducateurs, d'infirmières, d'un psychiatre. Il permet l'accueil des usagers de drogues, de leur famille, assure des missions de prévention au niveau des lycées pour les adolescents.

□ **Les centres avec hébergement (54 en France)**

Ils s'occupent de la **prise en charge en post cure** (après le sevrage) sous un aspect **médico-psychique et socio-éducatif** dans le but de retrouver un équilibre personnel et d'assurer une bonne réinsertion.

L'hébergement est **collectif en milieu rural ou dans des familles d'accueil**, il existe aussi **des appartements thérapeutiques**.

En Isère : **Point virgule Association Codase**

19, rue des bergers

4^{ième} étage

38000 Grenoble

04 76 17 21 21

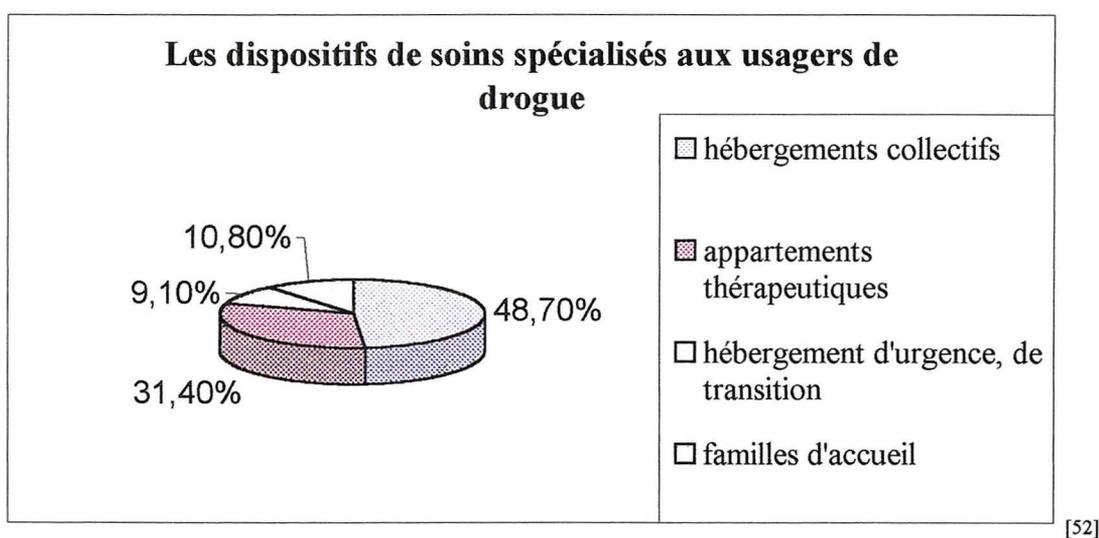
Il est aussi un CSST (Centre de Soins Spécialisé pour Toxicomanes) mais n'a pas de médecin sur le site. Il assure une coopération avec le centre Hauquelin et les médecins généralistes libéraux. Il permet l'accueil des usagers de drogues, de leurs proches. Il travaille aussi avec des professionnels de la santé dans un but de prévention, mais avec aussi des lycéens, des élus, des animateurs...L'hébergement est assuré par un réseau de familles d'accueil mais aussi parfois, selon les besoins des individus, des gîtes leur sont proposés. Il assure enfin, le relais après emprisonnement ou problèmes judiciaires.

➤ **Centres thérapeutiques résidentiels**

Le passage par ces centres était en aval d'une cure de sevrage pendant lequel l'utilisateur s'engageait à ne plus toucher aux divers produits addictifs. Dès l'arrivée des produits de substitution, les centres se sont adaptés : ils coopèrent avec les milieux médicaux qui suivent les traitements substitutifs de ses habitants. Ils s'assurent aussi d'une bonne insertion dans le milieu social et professionnel.

➤ Centres thérapeutiques communautaires

Ces centres sont surtout utilisés par une population plus âgée qui sera orientée professionnellement et motivée par la dynamique que constitue ce groupe de personnes habitant sous le même toit.



➤ Appartements thérapeutiques

Ils hébergent les personnes en grande difficulté sanitaire et sociale, ce qui leur permet de faire une pause et de retrouver un équilibre, reconstruire leur vie en étant autonome.

➤ Familles d'accueil

Ces situations ne sont pas fixées, l'usager de drogue peut y séjourner à différents moments de son traitement. En général, les patients viennent dans ces familles lors de la phase de stabilisation du traitement de substitution. Les familles d'accueil apportent un encadrement solide et stable dont a besoin le patient pour retrouver son propre équilibre.

□ **Les centres spécialisés de soins en milieu pénitentiaire**

Ces centres ont été mis en place dans les maisons d'arrêt pour assurer le soutien psychologique des détenus, anciens usagers de drogue, et préparer leur sortie.

En Isère :

Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes intervenant en milieu pénitentiaire

14 rue de la pissarde

38 640 Claix

04 76 99 27 90

Ce centre assure le **soutien psycho-social** des détenus grâce au travail d'un psychologue et d'infirmiers. Il est rattaché à l'antenne addiction du SMPR de Varcès.

□ **Les dispensaires de vie**

Ils sont destinés aux **toxicomanes marginalisés** qui n'ont pas recours à des centres de soins du système médico-social traditionnel. Ce sont des **lieux de contact, d'information et de soins** afin de permettre à cette population de **recréer des liens avec le système de santé** et amorcer une démarche de sevrage.

□ **Les sleep-in**

Ce sont des structures d'accueil à dominante sociale, un lieu où les toxicomanes peuvent dormir et où peut être assurée une **consultation sanitaire et sociale**. Ces lieux de contact restent accessibles pour les plus marginalisés avec la possibilité de **se doucher, de laver son linge**, d'avoir accès à du matériel de prévention des risques infectieux (préservatifs, seringues, eau de Javel)

Jusqu'en 1993 et 1995, les usagers de cannabis, d'ecstasy ou de médicaments psycho-actifs n'étaient pas pris en charge.

□ Des centres de réinsertion

Ils assurent la liaison avec la vie professionnelle et permettent aux patients de retrouver confiance en eux et surtout de se conformer aux règles du travail : se lever et s'habiller pour aller au travail, arriver à l'heure,...

En Isère : **Association Pin de vie La Traversière**

20 rue des Hers

38350 La Mure

04 76 81 60 79

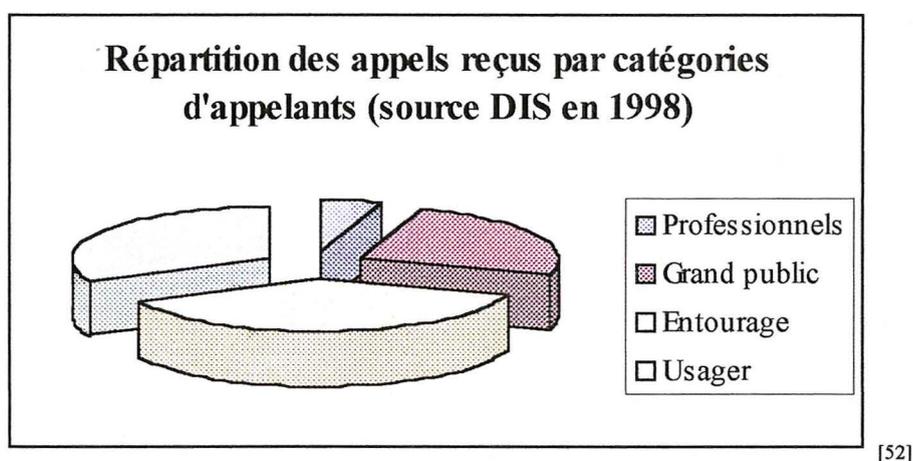
Cette association prend en charge des jeunes en difficultés, c'est un mélange de personnes de divers horizons. Grâce à des **contrat d'emploi-solidarité** d'ouvriers forestiers de 6 mois, l'association offre du travail à ces personnes et les loge dans des caravanes au milieu des bois. Le contact avec les chevaux et la coopération quasi-quotidienne avec une équipe de travailleurs, leur assure une meilleure confiance en eux, leur apprend à travailler ensemble et à trouver du plaisir dans le travail...

La lutte contre la drogue et la toxicomanie entre dans des mesures de lutte contre le SIDA par la réduction des risques sanitaires et le maintien de l'équilibre entre la répression, la prévention et le soin surtout après 1993.

Entre autres, le gouvernement a développé des programmes d'échange de seringues (Bus itinérant en ville), des programmes de substitution à l'héroïne : *Méthadone*® délivrée dans des centres spécialisés et *Subutex*® dans des officines.

2.2. Le service national d'accueil téléphonique « Drogues info service »

Il assure **24h/24h, une écoute et des conseils** pour des problèmes liés à la toxicomanie : autant destinés aux parents du toxicomane qu'à son entourage et aux professionnels, sans oublier le principal intéressé.



Le coup de téléphone est gratuit et anonyme : **0800 23 13 13**.

L'adresse postale est :

Drogues info service

BP 59

75965 Paris cedex 20

dis@drogues-info.fr

2.3.L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies OFDT

L'OFDT est chargé par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie d'observer ce phénomène et de servir de **réseau d'informations annuelles**. Désormais, il ne se limite plus aux drogues illicites, mais s'étend à **tous les produits psychoactifs : drogues, alcool, tabac et médicaments psychotropes**.

Il publie un rapport périodique sur le phénomène « Drogues et Toxicomanies » en France dans « Indicateurs et Tendances » avec un certain nombre de tableaux, graphiques résultant d'enquêtes, études ou de recherches.

Il est en relation avec des réseaux regroupant toutes les informations utiles à ses enquêtes : comme par exemple, TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues) qui est un recueil de données qualitatives et quantitatives relatives aux produits circulants, à la description des usagers, aux modes d'usages, au retentissement sanitaire et social de l'usage de drogue ainsi qu'à la perception de cet usage par la population.

Il est aussi en rapport avec le SINTES (Système d'Information National des Toxiques Et Substances) qui est une banque de données des produits de synthèse en circulation.

Il coopère régulièrement avec son homologue européen : l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) au sujet de problèmes divers allant de l'amélioration des conditions de travail et de l'environnement à la lutte contre le racisme et les drogues.

Ses coordonnées :

OFDT

105 rue Lafayette

75010 Paris

01 53 20 16 16

2.4. La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la

Toxicomanie MILDT

Le ministère de la Justice crée en 1986 la **MILDT** : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Elle a des missions d'ordre général comme d'améliorer l'efficacité du dispositif de lutte contre la drogue et la coordination entre les actions menées par les ministères (voir le détail dans le plan triennal). Aussi, son champs d'action sera élargi à la **lutte contre l'abus des produits licites, tels que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes**. Toutes ses actions sont expliquées dans le **plan triennal** : connaître, savoir et comprendre ; communiquer et informer ; systématiser la prévention et élargir son champs, harmoniser les connaissances des principaux acteurs ; accueillir, orienter, soigner et insérer les usagers de drogues ; appliquer la loi ; expérimenter et évaluer ; coordonner au plan local et national.

Ses coordonnées :

MILDT

10 place des cinq Martyrs du Lycée Buffon

75014 Paris

01 40 56 63 00

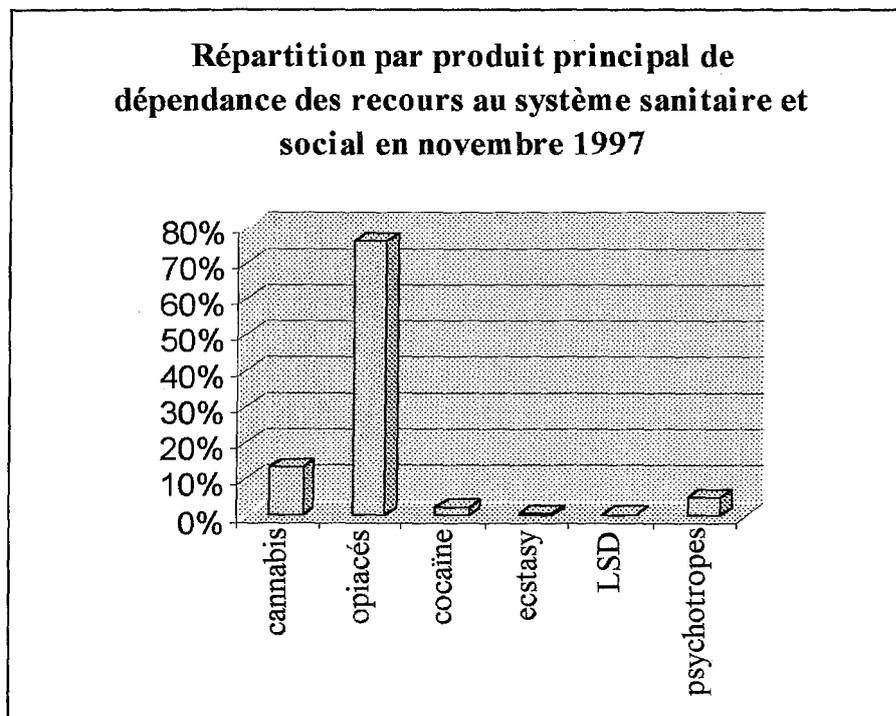
2.5. Le plan triennal

Le **16 juin 1999**, le plan triennal est voté : les mesures à appliquées le seront sur 3 ans: 1999-2000-2001.[67]

Quelques constats fondent les bases du plan :

Les consommations ont changé : on remarque tout d'abord une baisse de la consommation de l'héroïne sans que celle-ci se répercute sur celle du cannabis.

Les **abus sont multiples** et on peut même voir un mélange des drogues licites et illicites, sans compter **l'utilisation massive des drogues de synthèse**. Pour les jeunes, les alcools forts sont souvent associés à des **ivresses répétées**, une forte **consommation de tabac et de médicaments psychoactifs** (surtout chez les jeunes adolescentes). On constate aussi une banalisation des produits dopants.



[52]

Aussi, le grand public semble être mal informé à ce sujet. Et, il faudra élargir cet enseignement directement aux collèges et lycées.

Les acteurs sur le terrain constamment confrontés au problème de la toxicomanie, s'occupant de domaines complémentaires autant sur le plan social, éducatif et sanitaire, coopèrent de façon trop sporadique.

La loi du 31 décembre 1970 est difficilement applicable devant un nombre trop important d'interpellations face aux possibilités d'accueil et de réelle prise en charge des prévenus par les médecins et les travailleurs sociaux.

La prévention des addictions chez les jeunes de moins de 20 ans est réellement insuffisante.

La réinsertion socioprofessionnelle n'est pas assez étudiée pour les patients toxicomanes.

Ce plan permet ainsi de définir les priorités d'action et élabore des solutions afin d'y parvenir.

Pour atteindre ce but, il définit 8 orientations essentielles.

2.5.1. Connaître, savoir et comprendre

Trois actions sont menées dans le but d'avoir une meilleure observation des problèmes de terrain pour apporter à temps des solutions adaptées.

Faire un plan de recherche dans des domaines inexploités comme l'économie, la sociologie, la criminologie et établir une relation entre l'usage de substances psychoactives et la délinquance, la violence ou la conduite de véhicules...Conduire des enquêtes épidémiologiques sur la population générale et ainsi faire des comparaisons avec les données européennes.

Mettre en place à l'OFDT un dispositif d'observation en temps réel avec l'aide de « réseau sentinelle »(médecins, pharmaciens, hôpital, services de police et de gendarmerie...)qui assurera un système de veille comme la TREND (Tendance Récentes Et Nouvelles

Drogues), qui permettra un bon état des lieux en complément de la banque de données de SINTES (Système d'Information National des Toxiques et Substances) qui est le résultat d'une collaboration entre laboratoires hospitaliers et laboratoires répressifs.

Au niveau de l'OFDT, un centre évaluera la politique des services publics avec l'aide d'indicateurs fiables (adoptés après le regroupement des connaissances et des instruments de mesure), il développera les savoir-faire, permettra leur diffusion assez rapide et pourra ensuite les évaluer. Ainsi, cet organisme sera un lieu de référence pour le « pilotage de la recherche dans le domaine des drogues et des dépendances » et de sa diffusion par des revues, documentaires, lettres d'information, séminaires et internet.

2.5.2. Communiquer et informer en direction du grand public

Le but est de créer une culture de référence fiable sur la drogue.

Une bonne information du public est réellement nécessaire afin d'éviter que certains ferment les yeux sur un problème sous-jacent ou que d'autres dramatisent le tableau sans connaître la moindre réalité du terrain. En complément, un petit rappel sur le cadre législatif sera de bonne augure.

Une information des parents permet une meilleure éducation de leurs enfants sans tabou, car ces derniers seront peut-être un jour confrontés au problème de drogue. Cela permettra aussi d'effacer les idées qu'ont les jeunes sur le « non-danger » des drogues.

Pour cela, 3 axes sont développés :

Dés l'automne 1999, une campagne de communication télévisée et des documents ont été prévus sur une durée de 3 ans.

Des actions plus locales pour les jeunes, les professionnels et les élus furent menées.

Un site Internet où des données sur la drogue et les dépendances a été ouvert et est accessible par tous, aussi bien le grand public que les professionnels de santé. Sans oublier le service d'accueil téléphonique de Drogues Info Service qui assure une correspondance par courrier électronique ainsi que des forums. Son rôle d'écoute, de soutien, d'information, de prévention et d'orientation n'est possible que par sa proximité, sa gratuité et son anonymat.

2.5.3. Systématiser la prévention et élargir son champs tout en rappelant les interdits posés par la loi

La cible principale est l'adolescent. Il faut surtout bien différencier la prévention de l'usage de la prévention quant au passage de l'usage nocif à la dépendance. L'approche se basera plus sur les comportements que sur les substances absorbées avec différents buts :

- **Prévenir la première consommation de drogue**
- **Agir sur les consommations précoces**
- **Eviter le passage de l'usage occasionnel à l'usage nocif et à la dépendance**
- **Diminuer les risques dans les consommations problématiques**
- **Assurer une information sur les produits et les conséquences sociales, sanitaires de leur consommation**

Pour cela, un chef de projet sera désigné par le préfet dans un but de coordination de tous les acteurs (individuels ou en association) de la prévention. Un guide des bonnes pratiques de prévention est établi (trimestre 1999) pour donner des repères au chef de projet. Ce

guide tente de tenir compte de l'individualité de chaque consommateur afin d'aider les acteurs sur ce qui est à faire et ce qui ne l'est pas.

Pour ce qui est du financement, le chef de projet a une enveloppe globale afin de concrétiser certaines actions, formations pluridisciplinaires. Il réunira plusieurs fois par an les associations et évaluera avec elles l'avancée des projets faits en début d'année.

La connaissance de chaque acteur ne sera pas mise à l'épreuve mais une culture de prévention sera donnée à chaque intervenant réunissant un savoir indispensable pour toute personne sur le terrain et une formation plus spécifique pour les professionnels en contact permanents avec les jeunes : éducateurs, animateurs, points d'écoute jeunes, protection judiciaire de la jeunesse...

Cette dernière portera essentiellement sur l'analyse des signes de vulnérabilité, la poly-consommation et le danger des drogues de synthèse.

Pour ce qui est des parents :

On fera appel à des associations de parents d'élèves, familiales, de quartier et aux entreprises. L'éducation des jeunes commence déjà par l'information claire des parents. Elle concernera l'entourage d'adulte afin que les jeunes adhèrent bien à cet enseignement et trouvent autour d'eux des réponses plus que des incertitudes.

L'éducation nationale a aussi prévu des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté dans les lycées sur le thème des conduites à risques dont les acteurs auront une formation assurée par des intervenants de la MILDT et de la MENRT. En plus de ces comités non encore installés dans tous les établissements, des programmes d'échange sont prévus : dans le cadre de « rencontres éducatives pour la santé » où seront développées les compétences personnelles et relationnelles des jeunes (image de soi, initiative, solidarité et

responsabilité) : caractère utile pour résister aux offres de produits (pression de groupes) et demander de l'aide.

En dehors du cadre scolaire, la prévention sera assurée par des emplois jeunes : très utiles car sont mieux perçus et mieux écoutés dans les soirées, rencontres sportives...

De nombreux jeunes souffrent de mal être et ne savent pas à qui se confier. De nombreux points d'écoute enfant-parent et des relais santé ont été créés en 1996, leur efficacité sera évaluée.

Aussi, une coopération est demandée à chacun des acteurs : la politique de réduction des risques engagée par le ministère de la santé doit être aussi suivie par les acteurs de la répression : ainsi, les lieux de distribution de seringues stériles ou les sleep-in ne doivent en aucun cas être l'endroit privilégié pour les coups de filet de la police, ni en aucun cas être l'objet de violence ou trafic sans aucune sanction. C'est toute une politique de coopération entre le milieu sanitaire et répressif qui doit être mise en place.

2.5.4. Harmoniser les connaissances des principaux acteurs : une véritable politique de formation initiale et continue

Une culture commune est demandée à tous les professionnels, acteurs de la prévention, de la prévention, de l'éducation, du soin, de l'insertion et de la répression à partir de savoirs validés.

En plus de celle-ci, parfois une solide formation initiale et des compléments à certaines professions seront requis, vue l'étendue aux médicaments psychoactifs.

Commencer la coopération entre les différents acteurs et juger de la nécessité de la politique de prévention et de réduction des risques (comment réagir devant telle ou telle situation)

□ **Une formation commune de base sera suivie par tous les acteurs de la prévention**

➤ **Travail sur les motivations, convictions de chacun face aux conduites addictives**

➤ **Connaissances générales sur les produits, la dépendance, le contexte législatif, la réduction des risques**

➤ **Travail de réflexion sur les pratiques professionnelles et les moyens de prévention**

□ **Mieux repérer les conduites à risque des adolescents**

Poser les bonnes questions au bon moment et pouvoir identifier un jeune qui a un problème d'addiction.

□ **Assurer une meilleure formation pour les médecins et pharmaciens tant initiale que continue**

Augmenter la communication avec la mise en place de plus de réseaux, créer un Diplôme universitaire d'Etudes Spécialisées Complémentaires : DESC en addictologie.

2.5.5. Accueillir, orienter, soigner et insérer les usagers de produits psychoactifs

La prise en charge doit être plus précoce, et ne doit pas seulement concerner les soins des HIV positifs. Une minorité de généralistes ont depuis longtemps tenté de « soigner » ces

toxicomanes, leur savoir-faire reste personnel et la coopération avec d'autres confrères ferait beaucoup avancer ce combat. Aussi, la formation universitaire sera plus orientée vers l'apprentissage des conduites à tenir devant ces malades. Il conviendra également de développer les réseaux de santé (et non plus les réseaux de soins seulement) et d'établir des protocoles de prise en charge.

Devant la poly-consommation grandissante, il conviendra de réunir les équipes hospitalières de chaque service concerné et de former des équipes de liaison en addictologie, d'autant que l'addiction fait intervenir à chaque fois, et pour chaque substance, un mécanisme de base de biologie moléculaire : le système dopaminergique dit de « récompense ». Eventuellement, il serait envisagé le rapprochement (dans un cadre juridique et financier) des structures d'accueil de toutes personnes addictives.

Dans cette partie, est prévu le développement de la politique de réduction des risques : le but était de créer d'ici trois ans : trois sleep-in (endroit où le toxicomane peut trouver un toit en urgence même s'il n'est pas sevré), vingt boutiques (lieu d'écoute et d'accueil sanitaire pour les plus marginalisés encore actifs du point de vue de leur toxicomanie), trente programmes d'échange de seringues en plus des autres déjà existant.

Le dispositif de réduction des risques 31 décembre 1997 en France[52]

Programme d'échange de seringues	86
Boutiques	32
Nombre de Stéribox® vendus	2.3 millions
Nombres d'automates	148
Récupérateurs simples	50

La politique de santé publique a connu un changement total : le but n'est plus le sevrage désormais, mais chaque cas est individualisé. Dans les traitements de substitution, l'expérience dans d'autres pays montre que « tout autant que le traitement lui-même, c'est la qualité de l'encadrement qui fait la réussite de la substitution ».

Même les détournements d'usage sont cités dans ce plan triennal au sujet du *Subutex*® et concernant 12 à 20% des patients. Il ne s'agit pas de discuter de l'efficacité de ce produit médicamenteux mais plutôt de réfléchir à d'autres traitements ou d'autres formes galéniques ou même d'améliorer l'accompagnement social autour du *Subutex*®. Le fractionnement de *Subutex*® lors de la délivrance est passée à 7 jours : code de la santé publique article R52-13.

De nouvelles recherches ont été lancées : une étude afin de préciser les conditions nécessaires au succès de ces deux traitements de substitution (*Subutex*® et *Méthadone*®), ainsi que des recherches pour de nouveaux produits de substitution notamment pour les produits codéinés et la voie injectable.

La politique de réduction des risques n'a pas simplement pour but de limiter le problème infectieux. Non ! C'est plutôt de permettre la prise de conscience des toxicomanes de leur dépendance ; d'atteindre les malades même les plus marginalisés afin de leur proposer des soins adaptés et une réinsertion. Parfois une demande d'accompagnement sociale ou sanitaire est faite par un patient sans aucune intention d'abstinence. C'est un premier pas vers elle quand même ! Il faut absolument que la substitution se déroule dans de bonnes conditions et l'acceptation du toxicomane est essentielle pour la réussite du « sevrage progressif ». Ce n'est pas la peine de pousser quelqu'un à utiliser la substitution car celui-ci ne le fera pas correctement. Alors, la substitution sera liée à l'idée d'échec pour ce

malade et il ne voudra plus recommencer ce genre de traitement, le patient fera un lien entre sa déception et le produit utilisé pour la substitution.

Aussi, ce plan prévoit la bonne réinsertion des usagers de drogue en mentionnant la loi contre l'exclusion, notamment en développant des contrats d'emploi solidarité et les contrats d'emploi consolidés.

Les personnes substituées en ville seront mieux suivies : une étude pilote a été mise en place dans certaines villes réunissant un assistant social et un généraliste à chaque rencontre avec le toxicomane.

Aussi, il conviendra de suivre les enfants dont les parents sont addictifs avec des techniques de thérapie familiale, s'assurer de la non répercussion sur eux et de leur bonne compréhension face à la dépendance de leurs parents.

2.5.6. Appliquer la loi et renforcer la répression du trafic

Pour lutter efficacement contre le trafic de drogue, tous les stades sont visés : fabrication, transport/transit, vente en gros, demi-gros et détail. Et tout autant sur le plan local qu'international.

Concernant le transport, des partenariats sont établis entre les douanes et des sociétés de transport pour lutter contre le trafic de drogues par le biais de produits licites : une surveillance accrue leur est demandée.

L'arrivée massive des nouvelles drogues de synthèse accélère la mise en place d'un système de classement rapide et performant pour les stupéfiants et psychotropes. Pendant l'intervalle de temps où ces nouvelles drogues ne sont pas nommées et classées, les trafiquants sont dans une situation de quasi-impunité.

Un meilleur système de surveillance sera aussi installé au niveau des industries chimiques pour enrayer les détournements des matières premières utilisées.

2.5.7. Coordonner au plan national et local

□ Au niveau national : la MILDT

(Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie)

C'est un lieu de référence où les compétences de chacun et le savoir faire s'évalue. Elle permet la coordination entre plusieurs ministères souvent cloisonnés chacun de leur côté : 4 ministères ont été cités le long de ce plan :

➤ Ministère de l'agriculture et de la pêche

Gère l'enseignement agricole où les chiffres concernant les utilisateurs de drogues dans ces lycées sont très élevés.

➤ Ministère de la culture et de la communication

S'occupe de la prévention dans les manifestations culturelles et les concerts...

➤ Ministère de l'industrie

Coopère pour pallier le détournement des précurseurs chimiques

➤ Ministère des transports

S'occupe de tout ce qui concerne la conduite sous l'empire de substances psycho-actives.

□ Au niveau local

La coordination est sous la présidence d'un chef de projet désigné par le préfet. Il a un rôle de programmation et d'impulsion : il pratiquera un état des lieux, transmettra les informations validées au niveau national, établira un programme départemental de prévention, coordonnera les formations, évaluera les actions financées et veillera à ce que la justice prenne bien en compte les actions éducatives, sociales et sanitaires pour les prévenus.

2.5.8. Développer la coopération internationale

Leur but essentiel est de diminuer l'offre venant exclusivement de la Colombie et du Maroc, et de diminuer la demande de certains pays de l'Est très touchés par le problème de la drogue : la Russie et l'Ukraine où l'état de santé des toxicomanes est très préoccupant.

2.6. Les ordonnances sécurisées

Celles-ci s'inscrivent dans le cadre du plan de lutte contre la douleur : mesures annoncées en 1988 par Bernard KOUCHNER (publication dans le journal officiel en Mars 1999). Le but est de faciliter les prescriptions des antalgiques et de limiter les falsifications et contrefaçons possibles par l'utilisation d'un papier standard. Aussi, elles devaient permettre l'emploi d'un seul type d'ordonnance pour toutes les prescriptions car elles devaient être obligatoires pour le reste des médicaments à partir du 1^{ier} octobre 2000. [38]

Depuis le 1^{ier} Juillet 1999, toutes les prescriptions de stupéfiants doivent être rédigées sur les ordonnances protégées (remplaçant les carnet à souche).

Les éléments de sécurisation sont assez nombreux. Tout d'abord, les fournisseurs capables de les produire doivent être agréés par l'AFNOR (Agence Française de Normalisation)

Ensuite, le **papier filigrané, blanc naturel sans azurant optique** comporte **l'identification pré-imprimée bleue**, d'une teinte et d'une intensité donnée du prescripteur, un **numéro d'identification pour les lots d'ordonnances** et un **carré pré-imprimé en micro-lettres** où apparaîtra le nombre de médicaments prescrits.

Ces ordonnances comportent bien évidemment le nom du patient, son sexe, son âge et si nécessaire sa taille et son poids. La **posologie** sera notée **en toutes lettres** : le nombre par prise, le nombre de prise et le dosage. La voie d'administration sera aussi précisée. (article R.5212 du Code de la Santé Publique)

Au niveau de la **durée de prescription maximale**, elle passe de 7 jours à **28 jours**, avec un décret comprenant les exceptions de certains médicaments pour lesquels la prescription ne dépassera pas les 7 ou les 14 jours. **La délivrance sera fractionnée sauf mention du médecin sur l'ordonnance.**

La signature du prescripteur doit obligatoirement être apposée immédiatement après la dernière ligne de la prescription où rendre inutilisable l'espace laissé entre cette dernière ligne et la signature.

Les différents finalités des ordonnance sécurisées sont : de **simplifier les prescriptions d'antalgiques majeurs** (toujours dans le cadre du plan de lutte contre la douleur) en supprimant le carnet à souche qui était diffusé par le Conseil de l'Ordre sur demande du prescripteur ; de simplifier les prescriptions avec un seul type de support papier ; de **protéger les prescriptions des contrefaçons** (fausses ordonnances), **des falsifications** (ajout de médicaments, modifications de la posologie), **vols.**

3. La substitution sur le terrain

3.1 La stratégie de substitution

La **substitution** est située dans la catégorie des thérapeutiques dont le but est la **prévention des rechutes**.

A côté de celle-ci, deux autres catégories existent :

- les **traitements de la désintoxication** (ou substitution à court terme) comprenant : des agonistes opiacés comme la naltrexone *Nalorex*® (voie orale) ou naloxone *Naloxone*® (voie intraveineuse) et la méthadone .
- les traitements des **troubles provoqués par le sevrage**

La clonidine *Catapressan*® atténue les effets adrénurgiques du sevrage des morphiniques assez brutal ! Celui des stimulants (cocaïne ou amphétamines) provoque un état de fatigue et même une dépression (certains la décrivent comme un état mental pénible caractérisé par l'association de tristesse, d'irritabilité, d'agressivité et d'inquiétude) apaisée par des antidépresseurs soit imipraminiques (clomipramine *Anafranil*®), soit inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine *Prozac*®).

Pour la **prévention des rechutes** (ou substitution à long terme), se distinguent plusieurs catégories de traitement :

- les agonistes : la **méthadone**
- agoniste-antagoniste : la **buprénorphine haut dosage** *Subutex*®
- antagoniste : **naltrexone** *Nalorex*®
- médicaments **anti-craving**(to crave : fondre de désir pour) tel que les antagonistes opiacés pour les dépendances aux opiacées, la bromocriptine *Parlodel*®, ou la L-dopa

Sinemet® pour la cocaïne, la fluoxétine *Prozac*® ou la fluvoxamine *Floxyfral*® pour les amphétamines.[51]

Les deux premiers traitements de prévention des rechutes sont donc les traitements de substitution dont nous allons discuter.

Avant d'indiquer tel ou tel traitement de substitution, il faut tout d'abord apprécier chaque situation en fonction de certains critères :[58]

○ Le degré de pharmacodépendance :

Il s'évalue en fonction de **l'appétence pour l'héroïne** et ses modalités d'usage : fréquence, somme dépensée pour l'achat de drogue quotidiennement, utilisation de la voie veineuse ou sniffing et autres produits consommés en parallèle...

○ Le contexte psychologique :

Déterminer les **motivations du patient** : en a-t'il assez de cette constante quête de drogue, veut-il retrouver sa vie familiale, ou est-il simplement à cours d'argent pour se payer sa dose ?

Rechercher d'éventuels signes psychiatriques.

○ Les aspects médicaux

Un **bilan de santé** est nécessaire au début de chaque prise en charge pour, à la fois, soigner la dépendance physique et psychique, et s'inquiéter des désordres somatiques bien souvent négligés par le patient lors de sa toxicomanie (contaminations VIH, hépatites B et C)

○ Les aspects sociaux :

Le bilan établi à chaque prescription peut servir de base pour mettre en place un **projet individuel d'insertion sociale et d'éviter une désinsertion**. Il permet aussi de régler des problèmes familiaux ou judiciaires.[28]

La substitution a différents objectifs, **sociaux et médicaux**.

« sortir de la galère, aider à sortir de la galère » est un des principaux buts de la substitution : on arrive à obtenir de bons résultats, pas encore visibles en France, on pourrait l'appeler « **la resocialisation** » **des toxicomanes**. En effet, l'exclusion des toxicomanes est expliquée par les symptômes engendrés par les drogues : « la morphine et ses dérivés créent très rapidement une intense dépendance psychique mais surtout physique qui génère de graves conséquences sur les plans somatique, psychologique et social, rendant la gestion des symptômes très ardue, et mettant très vite le sujet en situation d'exclusion »

La substitution ne sera que très peu efficace lorsque le toxicomane est en pleine phase de découverte de la drogue car il en apprécie trop les effets. Dès lors qu'il augmente sa consommation quotidienne et qu'il commence à percevoir les **déséquilibres tant somatiques que sociaux engendrés par cette dépendance, la substitution peut se mettre en place**. Le manque sera beaucoup plus fréquent que les « bienfaits » de la drogue qui n'apparaîtront qu'à des doses très élevées de substance. Ainsi, la consommation quotidienne augmente et le budget doit aussi suivre, et les actes criminels deviennent une habitude. Les drogues sont frelatées quand on arrive à des tarifs plus bas ! Aucune vie familiale, ni de travail stable ne résistent à cette vie en quête quasi permanente de drogue et/ou d'argent !

La substitution devient donc envisageable pour le toxicomane, elle consiste à « aménager dans des conditions plus confortables et plus humaines, la sortie de la clandestinité de personnes en souffrance, d'alléger le poids du symptôme, de poser le cadre d'une relation d'aide, et de favoriser l'accès aux droits et aux soins »[56]

Sur le plan médical, la substitution peut se résumer à « remplacer un opiacé illicite, en l'occurrence l'héroïne, par un médicament opiacé licite. L'intérêt de cette conversion est de remplacer un produit à demi-vie courte, et dont l'utilisation provoque le fameux flash tant recherché avec une descente extrêmement rapide, par un autre médicament à demi-vie longue qui sature les récepteurs de façon à éviter les pics, le flash et la descente rapide » [13]

De plus, la substitution permet de calmer le manque par la saturation des récepteurs aux opiacés. Ainsi, d'autres finalités apparaissent : **un patient toxicomane calmé se laissera plus facilement soigner et traiter pour les autres infections.**

Cela permet aussi la **prise en charge plus facile des femmes enceintes**: le manque de la mère provoque des souffrances fœtales avec des risques d'ischémies placentaires et des convulsions mais aussi des conséquences sur le poids de naissance, ou des avortements.

Aussi, avant toute substitution, il faut **discuter avec le patient des objectifs à atteindre** afin que tout soit bien clair entre lui et son médecin traitant. Car **la substitution est un long cheminement**. Beaucoup s'emploient à dire qu'on sait à quel moment on entre dans la substitution mais on ne sait pas quand on en sort. C'est très long, il ne faut pas brûler les étapes pour être certain d'en venir à bout. Par exemple, la diminution des doses quotidiennes (nous reviendrons plus loin sur ce thème) ne se fera pas automatiquement et régulièrement. Un certain équilibre est demandé tant sur le plan thérapeutique que psychologique, social, familial. « Quand on espère sevrer quelqu'un en un ou deux ans, c'est illusoire » [13]

A. Boissonnas, médecin interne à Cochin, suggère une visite chez son médecin traitant au moins deux fois par semaine afin d'avoir un bon suivi en début de traitement « jusqu'à l'obtention d'une stabilité du patient avec une évaluation par échelle du manque... Il faut

réduire très progressivement les doses surtout à la fin. Baisser de 5 mg à 4 mg peut prendre longtemps »

Le but des traitements de substitution est donc de **diminuer la consommation de drogues illicites jusqu'à l'abandonner et de modifier les pratiques** : les injections sont très dangereuses à cause des infections virales et bactériennes. La forme sirop de la méthadone, à haute teneur en sucre, la rend non injectable et non dissociable par la vapeur à moins de vouloir obtenir du caramel !!

Il faudra être attentif au comportement du patient durant le traitement de substitution : toute modification d'attitude révélera un sous ou un sur dosage : anxiété, sueurs, état de manque ou au contraire, état de somnolence...

La substitution comporte plusieurs étapes. Nous reviendrons plus en détail sur ces différentes phases concernant le traitement par le Subutex®.

❶ La phase d'introduction ou initiation du traitement

On part d'une posologie initiale qui sera augmentée par **paliers** toutes les semaines jusqu'à obtenir un **état stable** pour le patient sans aucun signe de manque. Au bout d'une semaine, on peut déjà faire un bilan.

❷ La phase de stabilisation

Celle-ci peut être **très longue** : des mois, voire des années de substitution. La posologie reste la même et le patient tente alors de **retrouver un équilibre**. Cette période est assez dangereuse car le patient se croit tiré d'affaire et ne prend plus régulièrement son traitement.

③ La phase de réduction progressive

La posologie est **diminuée doucement** sur demande du patient. Il doit être prêt et avoir une bonne amélioration de son état clinique, psychologique et social. Aussi, il faut qu'il y ait eu suffisamment de temps entre le sevrage à l'héroïne et cette diminution du traitement de substitution.[12]

Voyons à présent les différents traitements à notre disposition, pour la substitution chez l'héroïnomane sous pharmacodépendance majeure aux opiacés.

3.2. Les médicaments de substitution

Ces deux traitements de substitution ont été choisis « selon quatre critères principaux :

- une **efficacité antalgique** suffisante sur l'état de manque opiacé ;
- un **effet thérapeutique retard**, avec **durée d'action prolongée** sur 24 heures ou davantage, aux posologies de substitution ;
- une **sécurité de délivrance** en regard des risques d'overdose ;
- une **sécurité d'emploi** (faible risque d'usage détourné intraveineux) en fonction de la présentation galénique » [43]

Nous reviendrons en détail sur ces critères dans le cadre de chaque traitement.

3.2.1. La méthadone

□ Présentation

C'est un dérivé morphinique de synthèse à demi-vie longue, **agoniste des récepteurs mu** des opiacés. Elle **bloque l'apparition du syndrome de sevrage, réduit le craving** (pulsion de consommation) pour l'héroïne, diminue les conduites de recherche de drogue. La tolérance croisée avec les opiacés **empêche toute sensation d'euphorie** si le patient prend une dose d'héroïne mais **augmente le risque d'overdose**.

« Les fonctions cognitives et la vigilance ne sont pas altérées et l'adaptation à des tâches complexes peut être envisagée. »[51]

Jusqu'à présent, ce traitement signifiait la **prise en charge du patient dans un centre de soins pour toxicomanes** ayant acceptés le règlement et après signature du contrat thérapeutique. Dans ce centre, la méthadone est délivrée par une équipe d'infirmières, qui s'assure de la bonne observance du patient sur place, après prescription par un médecin du centre. Tout ceci dans un **but relationnel d'accompagnement** du patient et afin de le replacer devant ses responsabilités. Aussi, cela permet de vérifier la bonne prise du traitement, les bonnes posologies et non la revente au marché noir de la méthadone. Chaque patient **doit se soumettre à l'analyse d'urine** qui détecte à la fois la prise de benzodiazépine ou d'opiacés et aussi la concentration de méthadone présente pour ajuster au mieux les posologies car la marge thérapeutique de la méthadone est très proche de sa dose toxique !

Ensuite, quand le patient est prêt, un **médecin généraliste peut prendre le relais** pour la prescription (choisis par le patient et faisant partie d'un réseau de soins). Tout ceci se fait après concertation entre le CSST (Centre de Soins conventionné Spécialisés pour les

Toxicomanes) et le patient qui est pris en charge d'un point de vue médical et social : stabilisation de la posologie de la méthadone, absence prolongée de drogues illicites lors de contrôles urinaires, acquisition d'un minimum de stabilité sociale, amélioration de l'équilibre personnel, si nécessaire suivi somatique et/ou psychiatrique organisé.

Depuis janvier 2002, la méthadone a une nouvelle AMM (autorisation de mise sur le marché) : « possibilité d'une primo-prescription par un médecin hospitalier dans trois cas : pour une personne hospitalisée, emprisonnée ou bien, en consultation externe, hors services d'urgence »[48] Puis, le relais est pris par un CSST.

La méthadone est réservée aux personnes très dépendantes.

□ **Posologies**

La première dose est de 20 à 30 mg par jour, puis, suivant la tolérance sur le plan clinique, la posologie est augmentée de 10 mg par semaine pour arriver à une dose d'entretien située entre **60 et 100 mg par jour**.

□ **Effets indésirables**

Au niveau des effets indésirables, la méthadone a les mêmes que la morphine, c'est à dire **hyper sudation, constipation, troubles de la libido, insomnie et troubles de l'alimentation**. Certains effets indésirables sont transitoires et disparaissent après quelques mois de traitement comme : l'anomalie de la miction, oedème des membres inférieurs, douleurs articulaires, bradycardie, hypotension, nausée, vomissement.

□ Interactions médicamenteuses

Au niveau des interactions médicamenteuses, les agonistes et antagonistes morphiniques (nalbuphine, pentazocine) risquent de diminuer l'effet de la méthadone par blocage compétitif des récepteurs avec un risque élevé d'apparition du syndrome de sevrage[12]

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et la cimétidine ainsi que certains antibiotiques peuvent induire une augmentation du taux plasmatique de la méthadone, ainsi, le risque de détresse respiratoire est très élevé avec la *Rifampicine*®, le *Tégrétol*® ou le *Gardénal*®. Quant aux inducteurs enzymatiques, ils augmentent le risque d'apparition du syndrome de sevrage.[12]

L'intérêt de la méthadone réside aussi dans le fait qu'elle **diminue le syndrome déficitaire post-sevrage** : « adynamie, apathie, manque d'entrain, perte d'initiatives, dépression, indifférence »[13]. Ce syndrome est très fréquent chez les toxicomanes après le sevrage.

Pour ce qui est de la fin du traitement de la *méthadone*®, la diminution progressive des posologies se fait en restant attentif à tout état anxieux ou apparition d'une rechute. Sinon, le *Subutex*® remplacera peu à peu la méthadone puis sa posologie sera diminuée.

□ Aspect législatif

Pour la **prescription** de la méthadone en ville, elle reste de **14 jours avec une délivrance de 7 jours sauf mention spéciale du prescripteur** pour une délivrance en une seule fois ou à l'opposé, pour une délivrance fractionnée. Une déduction du nombre de jours sera faite si la délivrance ne s'effectue pas dans les 24 heures qui suivent la prescription. Le chevauchement est interdit sauf mention spéciale du médecin car la méthadone s'inscrit sur

la liste des stupéfiants. Dans ce cas-là, la dose déjà délivrée sera déduite du traitement suivant.

Les analyses urinaires permettent tout d'abord un meilleur suivi de l'observance et un réajustement des posologies selon les résultats biologiques. Le médecin peut alors situer l'objectif thérapeutique avec le patient mais aussi connaître les situations jugées difficiles par celui-ci et qui l'ont conduit à reprendre de la drogue. Ce n'est pas pour autant que ce patient sera délaissé du programme de substitution comme le précise A. Boissonnas :

« Découvrir un dosage positif ne doit pas s'accompagner, contrairement à ce qui était préconisé initialement, de l'exclusion du programme *méthadone*® mais bien au contraire d'un renforcement de la prise en charge pour essayer de comprendre avec le patient pourquoi il continue, où il a repris, quel a été le facteur déclenchant, la crise, qui l'ont amené à reprendre l'opiacé »

Avant tout test urinaire, le praticien demande au patient ce que sera le résultat. La réponse est la plupart du temps en adéquation avec les résultats. Ces derniers permettent la réévaluation du programme *méthadone*® semaine après semaine en fonction des dérapages dans la consommation afin d'éviter toutes les interactions et de pallier au mieux aux effets indésirables.

A part ces modalités très contraignantes, ce traitement de substitution remplit les critères cités plus haut : efficacité antalgique, action retard et sécurité d'emploi (après analyses urinaires régulières).

3.2.2. La buprénorphine haut dosage : Subutex®

□ Présentation

C'est un analgésique opioïde, molécule de synthèse dérivée de la thébaïne, alcaloïde de l'opium.

La buprénorphine est un **agoniste partiel des récepteurs opiacés mu et un antagoniste des récepteurs morphiniques kappa**. Elle prévient les effets des autres opioïdes par son agonisme sur les récepteurs mu mais aussi « abrase le craving et réduit la tendance à consommer de l'héroïne » [51]. L'antagonisme des récepteurs kappa justifie l'absence d'effet dysphorique. (anomalie de l'humeur)

Un **effet plafond** est retrouvé avec ce produit : si les doses sont augmentées, les effets seront ressentis jusqu'à un certain seuil. Par contre, il faut toujours bien respecter un délai par rapport à la prise précédente d'un opioïde (héroïne, méthadone ou sulfate de morphine) car la buprénorphine va engendrer un sevrage net qui risque fort de déplaire au patient ! La ré-introduction du *Subutex®* après de tels déboires chez un patient nous laisse présager la mauvaise observance du traitement !

□ Posologies

De nombreux protocoles envisagent des délais entre ces différents produits et le début du traitement : 4h de délai après l'héroïne ou la codéine (et ses dérivés), 24h après la méthadone dont la posologie aura été diminuée au préalable à 30mg/j, 24h aussi de délai après le sulfate de morphine (*Skénan®*, *Moscontin®*) dosés à 200-250m. La difficulté est surtout d'expliquer au patient qu'il ne faut pas aller trop vite « ce qui angoisse un toxicomane dans le manque, c'est l'angoisse de l'isolement, l'absence de soins, la solitude, le stress de la douleur... A partir du moment où il est prévenu que c'est dangereux de

démarrer trop tôt, qu'il faut attendre les premiers symptômes de manque, mais que de toute façon ça va passer dans les 24 ou 48 heures, il est calme » [13]

Le traitement se présente sous forme de **comprimés sublinguaux à libération prolongée**. La galénique permet une **prise quotidienne** et la dose thérapeutique sera atteinte assez rapidement le matin. La première prise est de 2 mg dès les premiers signes de manque (rhinorrhée, diarrhée larmoiements, anxiété) puis la posologie est adaptée en fonction des doses d'héroïne utilisées auparavant et de la durée de cette toxicomanie. Un second comprimé de 2 mg pourra être donné si aucun syndrome de sevrage n'apparaît dans l'heure qui suit le début du traitement. Puis tous les matins on augmente de 2 mg le traitement. Si au réveil le matin, un syndrome de manque apparaît, c'est que la dose de la veille n'était pas assez élevée. La stabilisation est obtenue dès la deuxième semaine avec une posologie de 4 à 16 mg. Si une prise est oubliée, le syndrome de sevrage aura peu de risque d'apparaître car la demi-vie de la buprénorphine est suffisamment longue : le blocage des récepteurs dure 35 heures.

□ **Interactions médicamenteuses**

L'association avec un autre opiacé peut aboutir à un état de manque. La prise d'héroïne en phase de stabilisation n'est pas suivie d'un effet narcotique. Par contre, la prise de **benzodiazépines** comme le flunitrazépam *Rohypnol*® en parallèle du traitement expose le patient à un **risque de dépression respiratoire**, c'est une association à prendre en compte. Le décès peut suivre [37], mais reste contournable avec de très fortes doses de naloxone. Ainsi, comme lors d'une ingestion massive de buprénorphine, il faudra à tout prix avoir une surveillance accrue des fonctions respiratoire et cardiaque. L'ingestion d'alcool ou d'hypnotiques va majorer la dépression du système nerveux central et altérer la vigilance.

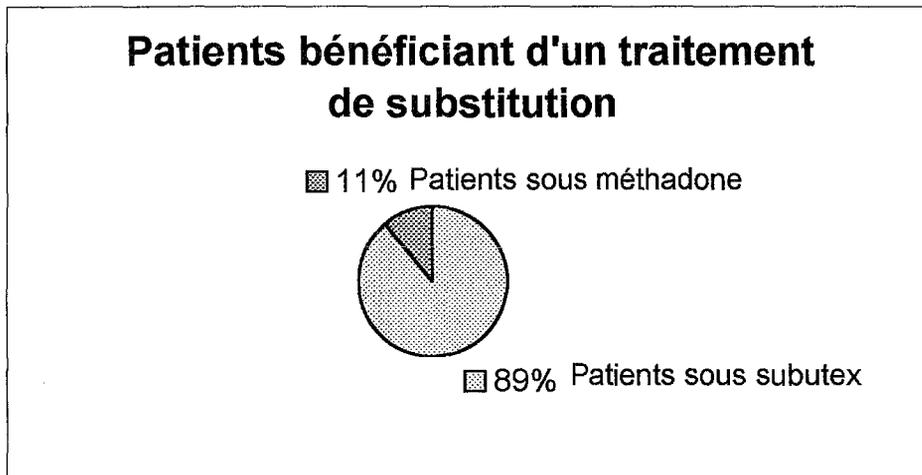
□ Aspects législatifs

La durée de la prescription est de 28 jours[8] avec une délivrance tous les 7 jours sauf accord express du médecin, concernant les patients ayant atteints une certaine autonomie.[38] La délivrance régulière par un pharmacien d'officine peut être un bon suivi pour le patient. Mais si l'appétence pour les opiacées persiste, la méthadone® prendra le relais de la substitution. Alors, un contact quotidien avec une équipe médicale permettra au patient une stabilisation clinique et limitera ses comportements à risques (conduites antisociales, partage de seringues, sexualité non protégée...)[51]

La buprénorphine haut dosage remplit bien les critères d'efficacité demandé à un traitement de substitution mais le point sur la sécurité d'emploi reste contesté : « la forme galénique actuelle du Subutex® n'est pas satisfaisante, car soluble donc potentiellement injectable »[43] (nous discuterons de ce point faible un peu plus loin)

Le choix entre ces 2 traitements de substitution se fait aussi selon le patient et la durée de sa pharmacodépendance. La buprénorphine reste le traitement de choix si la dépendance remonte à moins de 3 ans ou après la substitution à la méthadone chez un patient prêt désormais à gérer son traitement [12]

La méthadone est réservée aux patients ayant subi de nombreux échecs , ou avec un long passé de dépendance, surtout s'ils sont « piquistes compulsifs »[43], ou ayant tenté de s'injecter les comprimés écrasés de Subutex® ou si c'est une femme enceinte. « Evidemment, aucun produit de substitution n'enlève l'envie de la défonce » [13]



Un autre point de vue sur les traitements de substitution fut demandé à un représentant des usagers de drogue : F. Olivet. Il accuse la répression de l'usage et de la vente de drogue comme étant la cause de beaucoup de malheurs chez les toxicomanes : en l'occurrence, la répression fait augmenter le prix des drogues au marché noir d'où la nécessité pour les usagers de voler pour avoir encore plus d'argent. La répression, il n'y a pas si longtemps, interdisait la vente de seringues sans ordonnance : d'où les échanges de seringues et la prise de risques. La répression oblige les usagers de drogue de se cacher. Tout est la faute de la répression selon lui : criminalité, SIDA... et surtout la marginalisation des drogués !

Il a une idée très originale sur le *Subutex*®, il le définit comme « un gendarme qui est placé dans les veines de n'importe quel usager de drogue : dès qu'il consomme un autre produit opiacé, c'est à dire un produit du marché noir en général, il se retrouve en manque, punition absolue »

3.3. Parcours d'un patient sous Subutex®

Grâce à mon stage officinal de sixième année, j'ai pu prendre contact avec deux patients de la pharmacie sous *Subutex*® et m'employais, avec le concours de l'équipe, à les servir régulièrement me permettant ainsi de leur poser quelques questions. Ce faisant, j'obtiens leur accord pour un interview à l'abri des oreilles indiscrètes. Devant la similitude des faits relatés, je présenterai le cas de l'un d'eux et son parcours chaotique sous forme de questions réponses.

Comment êtes-vous entré dans ce cercle infernal de la drogue ?

« Rentrant de l'armée plein de convictions, j'ai retrouvé mes amis de toujours pris au piège de la défonce permanente. Moi, ne fumant même pas un pétard de temps en temps, je me suis senti exclu du groupe. La pression était de plus en plus forte. Pour faire comme tout le monde, je me suis mis petit à petit à « sniffer » la poudre. J'avais de quoi payer ma dose quotidienne car je vivais encore chez mes parents. Je n'achetais jamais un stock de poudre pour éviter d'être tenté d'augmenter mes doses. Je prit goût à cette poudre maléfique. Donc, tous les jours, c'était la chasse au dealer pour ma dose quotidienne.

Lorsque j'ai utilisé toutes mes économies, la banque m'a autorisé de larges découverts sans aucun problème vu mon ancienneté à la banque et le poste qu'occupait mon père à l'époque. Seulement, les fins de mois, quand la paie arrivait sur mon compte, elle ne comblait jamais le déficit ! J'en vins même à demander de l'argent à ma mère dans le dos de mon père ! Personne ne se rendait compte de rien jusqu'au jour où je pris conscience de ma chute vers la déchéance. J'ai eu à faire quelques jours de prison et mon père vint me voir au parloir et me dit : « mais, tu es un drogué ? »

Peu de temps après, j'ai éclaté, j'étais à bout de cette vie sans repos et toujours en quête d'héroïne, d'argent. J'en voulais énormément à mes parents de n'avoir rien vu ou voulu voir !

Le déclic, je ne sais pas d'où il est venu. Peut-être après la prise de bec avec un de mes meilleurs amis qui s'apercevait de ma chute dans l'enfer.

Il y a même des jours où le manque d'héroïne était tel que je ne pouvais pas aller au boulot ! Les absences s'accumulaient, il fallait réagir !

J'ai décidé de consulter un généraliste pour mon problème de dépendance. Après avoir changé plusieurs fois de médecins afin de trouver un bon encadrement médical, le dernier médecin m'a prescrit le *Subutex*®. Au début, j'étais à 24 mg tellement j'étais accros. Aucun soutien psychologique ne me fut proposé, et le médecin me prescrit ma dose de *Subutex*®, point ! »

Auriez-vous aimé une aide psychologique ?

« Je ne sais pas vraiment si un soutien m'aurait apporté beaucoup plus. Par contre, je suis sûre d'une chose : je ne veux pas assister à une séance de groupe où tout le monde parle de son manque. Chaque patient a déjà son manque à supporter tous les jours, mais si en plus il faut supporter celui des autres, merci ! »

Quels sont vos rapports aujourd'hui avec vos amis de défonce ?

« J'ai déménagé de cent kilomètres mais je continue à rentrer chez moi voir mes parents. Je retrouve alors mes anciens amis toujours dans le même pétrin. Je tente de leur faire la morale, en vain !

J'ai eu deux petites filles qui ont neuf et onze ans : là je serais très ferme pour elles, même le joint leur est interdit ! Je serais intransigeant là dessus. Je trouve dommage que désormais, les jeunes fument leur joint tranquillement sans aucune peur d'être arrêté et même devant les enfants comme si c'est une cigarette normale ! »

Au niveau du traitement, quels sont les principaux inconvénients pour vous ?

« Le pire de tout, ce sont les maux de ventre souvent accompagnés de nausées. Je ressens même un effet coupe-faim par le *Subutex*®. Mais ce qui est le plus grave : je suis stable maintenant donc j'ai une vie quasi normale et ne vis plus dans l'angoisse du nombre de comprimés qui me restent. Donc, il arrive que des week-end, je me retrouve sans traitement !

Là, c'est horrible, car la descente, le manque sont pire qu'avec l'héroïne. Je vois le diable. Ce qui me terrorise le plus, c'est de voir les pouvoirs publics arrêter la commercialisation du *Subutex*®. J'aimerais stopper tout traitement d'un trait et ne plus jamais avoir à faire avec la drogue et l'étiquette de « drogué ». Mais, je sais bien que le sevrage par substitution est long et qu'il est difficile d'arrêter. Donc, j'attends patiemment jusqu'à ce que je me sente prêt à baisser un peu le pallier. »

Au niveau des médecins/pharmaciens, quels sont les problèmes rencontrés ?

« Une fois, mon médecin généraliste était en vacances et le remplaçant était malade. Je suis allé voir un autre qui me fit la leçon comme quoi, elle ne prescrivait aucun traitement de ce genre ! Bref, le détournement est venu sur le tapis. Il est certain qu'elle n'était pas loin de la réalité pour quelques personnes. Je connais les foyers de Grenoble où tous les matins, les résidents sortent dans l'espoir d'obtenir des ordonnances de « médecins des fous » pour se

bourrer de calmants, hypnotiques...D'autres vont chercher leur substitution pour la revendre ensuite. J'ai vu des bouteilles entières remplies de Méthadone sur le marché noir faisant concurrence aux comprimés de *Subutex*® vendus 10 euros l'un ! »

3.4. Difficultés des traitements de substitution et ébauches de solution sur le terrain

Le besoin en matière de traitement légal se faisait sentir quand on s'apercevait du détournement des produits codéinés ou dérivés morphiniques, utilisés à des fins de substitution d'urgence chez des patients toxicomanes en auto-substitution ou avec l'aide d'un médecin tolérant impuissant face à l'ampleur de la demande !

3.4.1. Un accès au soin facilité

L'espoir dans ces deux molécules fut tel que la première (méthadone) eut une autorisation de mise sur le marché en 1995 après des cliniques pilotes et fut dotée de nombreuses contraintes. La buprénorphine eut l'autorisation de mise sur le marché peu de temps après la méthadone en 1995 mais **certain**s considèrent ce traitement un peu trop facile d'accès et laxiste au niveau du suivi, considérant que les recommandations autour de ce médicament manquent « de rigueur, de précision dans les modalités légales de prescription, de dispensation et de suivi »[63]. Ce qui fait de ce traitement « un substitut efficace mais limite l'accompagnement qui est indispensable dans tout protocole de substitution »[63]

En effet, en 1997, **la Direction Générale de la Santé en coordination avec les présidents des Conseils Nationaux de l'Ordre des médecins et des pharmaciens a élaboré des recommandations pour les prescripteurs et dispensateurs des traitements de substitution : un suivi régulier et des examens médicaux fréquents ; une prescription adaptée en fonction de l'état du malade de 7 à 14 jours ; le médecin doit informer le patient du danger d'associer des benzodiazépines ou de l'alcool avec la buprénorphine haut dosage ; il doit proposer une dispensation fractionnée surtout en début de traitement ; doit contacter un pharmacien référent et noter son nom sur l'ordonnance sécurisée ; et proposer une prise en charge sociale et psychologique. Déjà à cette époque les instances officielles étaient conscientes du risque de mésusage et conseillaient la prise quotidienne de la dose sublinguale à l'officine !**

Mais ces recommandations ne sont bien que des recommandations, donc non obligatoires. Elles n'ont pas de réelles valeurs légales et peu d'impact, comme certains l'auraient espéré. Des professionnels de santé se sont même « révoltés »[31] et ont écrit un **communiqué Subutex®** [Annexe] aux médias et à l'ordre des médecins et pharmaciens. Celui-ci arriva même jusqu'aux oreilles du ministère de la santé, il avait pour but de demander l'installation d'un contrat liant le médecin, le pharmacien et le patient avec une obligation de suivi psychologique et social. Ces professionnels de santé ne remettent pas en doute l'efficacité du traitement par *Subutex®*, c'« est un bon médicament de substitution de l'héroïne et a contribué au contrôle des risques viraux liés à l'injection intraveineuse »

Différentes propositions ont été faites dans ce communiqué mais aucune réponse officielle n'a été formulée ! Une **délivrance hebdomadaire fut proposée**, un **contrat thérapeutique** signé entre les différents acteurs de santé (coordonnées à l'appui) et le patient, ainsi qu'une **obligation de suivi psychologique (voir psychiatrique) et social !**

3.4.2. Le détournement des produits : la revente au marché noir

Outre les utilisations hors AMM du produit comme tranquillisant, c'est la dépendance des patients sous buprénorphine qui inquiète. D'autant plus que ces patients n'étaient pas héroïnomanes ! Le pire est encore le trafic qui entoure le *Subutex*® et son utilisation intraveineuse. (l'injection sera abordée plus loin)

Il est tout de même scandaleux de constater qu'un produit visant à aider les toxicomanes se retrouvent **l'objet de reventes illicites au marché noir** avec tout le profit que cela implique. La facilité d'accéder à ce médicament laisse échapper des dérives : le patient achète cette « matière première » pour rien du tout, grâce au remboursement de la sécurité sociale, et le revend dans la rue. Ces détournements de fonds qui ne sont autres que l'argent de l'état, donc celui de tous, est **contraire au code civique et aux règles de bonnes conduites !**

3.4.3. La place de l'assurance maladie

Cet accès au traitement de substitution est jugé un peu trop facile par beaucoup de professionnels de santé. En effet, le prix de revient est quasi gratuit et la revente au marché noir est une habitude pour beaucoup. Ils forment des « couples » médecins pharmaciens et passent de couples en couples toute la journée pour enfin revendre leur stock dans la rue. F. Lepargneur parle de « devoir de citoyen » d'empêcher ces pratiques. Ces usagers profitent du système au détriment des patients sous traitement et pour qui le produit fonctionne très bien. Des solutions sont envisageables, comme **l'inscription dans un réseau** de tous les professionnels de santé qui suivent les patients toxicomanes, **la coopération des caisses d'assurance maladie**. Concernant ce dernier point, il semble que des actions soient entreprises, comme la convocation du patient par la caisse d'assurance maladie lorsque

celle-ci se rend compte du détournement du produit, à savoir, douze consultations dans la journée suivies de douze visites chez différents pharmaciens. « Une chirurgie sur les dérapages » est nécessaire, d'après F. Lepargneur.

Il reste aussi la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) qui veille à ce qu'aucune information médicale concernant le patient ne sorte des bureaux de la caisse d'assurance maladie. Tout ceci dans un but de **secret professionnel**.

3.4.4. Le problème de l'injection

Il reste aussi le **problème de la dépendance à l'injection**. [62] Le produit (l'héroïne) va augmenter la libération de dopamine. Ainsi, tout le rituel sera corrélé à cet afflux de dopamine. L'injection du *Subutex*® provoquerait ainsi, chez certain, ce flash lié à la pratique en elle-même mais très faible voire inexistant pour d'autres !

On remarque une baisse du taux de séroconversion dans les groupes de patients substitués mais pas un risque nul ! La pratique d'échange de seringues a vraiment diminué sans pour autant annuler la consommation d'héroïne . Par contre, en ce qui concerne la prise de risque lors de rapports sexuels, il n'y a aucun changement. Les rapports sans préservatifs et les partenaires multiples restent des habitudes.

Normalement la galénique du *Subutex*® fait que **son injection devrait être impossible**.

Il provoque des **abcès** aux points d'injection et a même conduit à des **amputations** sans parler des **septicémies, embolies ou phlébites**.

Il va aussi, à sa dissolution ou à son chauffage, former des précipités qui devront être filtrés soigneusement sous peine d'engendrer des **micro-embolies** et des **hypertensions pulmonaires graves**. En effet, certains excipients du comprimé sont insolubles :

polyvidone K30, stéarate de magnésium et l'amidon de maïs. Ils vont épaissir au contact de l'eau.

Ce qui fait encore plus de points négatifs pour le traitement qui fut mis en place afin de limiter les risques de transmission de maladies infectieuses par injections. Le produit est un formidable outil qui ne doit pas disparaître à cause de ses dérives. **Un meilleur aiguillage est nécessaire sur le plan législatif pour une prise en charge qui devrait être obligatoire par un réseau de soin avec des équipes « formées et engagée »[56] et non pas uniquement par un réseau de santé ou des professionnels indépendants les uns des autres.**

Aussi, parlons des autres traitements médicamenteux souvent rencontrés chez les toxicomanes. Le **traitement de l'hépatite C** requière des **injections** d'interféron α 2 b en sous cutané trois fois par semaine, ce qui pose le problème de l'injection ! A ces moments-là, le risque de rechute est très fort, il faudra **renforcer le suivi psychiatrique**. Sans parler des interactions médicamenteuses qui potentialisent l'effet dépressif du système nerveux central, avec une sédation intense. Les **effets indésirables de l'interféron α sont quasiment du même type que ceux du manque** mais en plus intense, à savoir, fièvre, frissons, douleurs musculaires.

Lors du traitement par l'interféron α , l'alcool doit être supprimé des habitudes car il augmente la réplication virale et a aussi ses propres effets toxiques sur les hépatocytes.

Le problème des injections peut être réglé par l'intervention quotidienne d'infirmières diplômées.

Les effets indésirables seront palliés par du paracétamol et le patient sera averti de leur corrélation avec les effets du manque.

Le traitement de l'hépatite C a de **très bons pronostiques** pour plusieurs raisons : le virus est contracté jeune, donc le virus évolue doucement vers la cirrhose. Le génotype 3 est le plus fréquemment retrouvé et a une très bonne réponse au traitement. Les patients ont une meilleure estime d'eux et prennent plus soins d'eux.

3.4.5. La polytoxicomanie

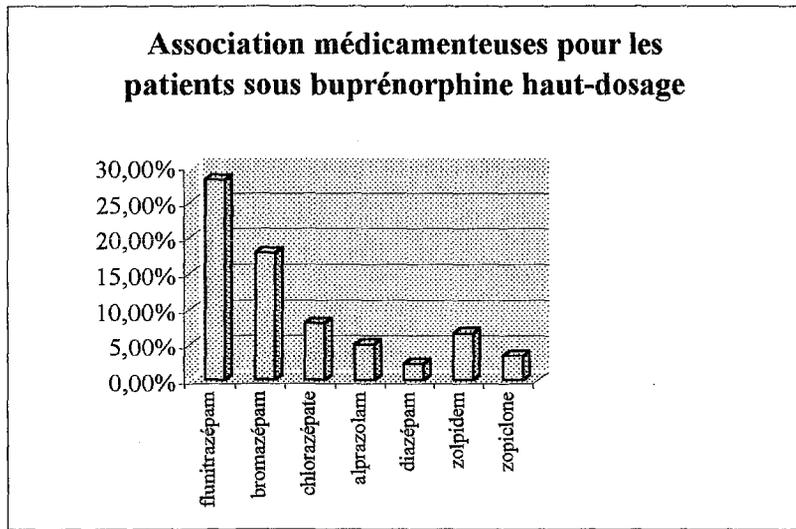
Depuis la mise à disposition du *Subutex*®, on remarque **moins d'overdose à l'héroïne**.

Car le fait de prendre toujours des doses croissantes d'héroïne va dé-sensibiliser les récepteurs et le manque va permettre une re-sensibilisation, non prévu par les usagers utilisant toujours des doses très élevées d'héroïne. C'est ainsi que se produisent des overdoses. La propriété agoniste partiel de la buprénorphine lui permet une **très forte fixation aux récepteurs morphiniques et ne provoque pas de re-sensibilisation des récepteurs**. C'est pour cela qu'une diminution de 50% des overdoses à l'héroïne fut constatée en 1997.[44]

D'autres usagers apprécient la buprénorphine pour son action sur le manque qu'elle calme, son prix intéressant par rapport à l'héroïne et surtout sa potentielle action « planante » quand elle est associée à des benzodiazépines et qu'elle est détournée par la voie injectable.

Aussi, une meilleure formation des prescripteurs serait à envisager vu le nombre incroyable d'ordonnances associant la buprénorphine aux benzodiazépines, ce qui peut être la cause de décès.

Les ordonnances de 30 jours ne sont par rares non plus.



Un **cahier de bonnes pratiques** diffusé par le laboratoire Schering-Plough mentionne le problème des polytoxicomanies et renseigne sur les conduites à tenir devant ce problème. Il est important à prendre en compte que le sevrage de ces molécules (benzodiazépines) peut engendrer des convulsions chez les patients. La diminution des posologies se fera alors très progressivement.

Lorsqu'une personne est dépendante à une substance psychotrope (héroïne ou autres opiacés), les **benzodiazépines** vont avoir un effet encore plus néfaste sur elle : la rendent très vulnérable avec un risque très fort de rechute et de dépendance à ces benzodiazépines. Elles sont souvent utilisées pour la sédation, l'anxiolyse ou le traitement du manque, la recherche d'un effet euphorisant : effet « planant » la journée, désinhibiteur et passage à l'acte, troubles du jugement...

Souvent la polymédication est liée à un **sous-dosage de buprénorphine**. Alors, un sevrage (anxiété, fatigue, irritabilité et troubles du sommeil) apparaît, même minime, qui sera soulagé par d'autres psychotropes et préférentiellement les benzodiazépines. [44]

Le risque de dépression respiratoire est important avec overdose surtout avec l'alcool. Pour ce qui est des **insomnies**, conseiller plutôt de ne pas veiller tard le soir, d'avoir recours à des méthodes de relaxation... voire de préférer utiliser de simples **hypnotiques**.

Les patients sous benzodiazépines sont facilement reconnus pour état pseudo-somnolent, titubant, état de conscience modifié, troubles de la mémoire, de la concentration de l'attention et du jugement.

Si le patient est **dépendant des benzodiazépines**, une administration par voie orale quotidienne chez le pharmacien d'une benzodiazépine à **demi-vie longue** sera envisagée puis une **réduction progressive** des posologies sera accompagnée d'un **soutien psychologique**. Ainsi, tous les matins, le patient prendra son traitement journalier à la pharmacie.

Tous ces bons conseils, très théoriques, seront adaptés au cas par cas. Le réel problème des benzodiazépines n'est pas sa durée de vie plus ou moins longue. C'est en fait, le **pic plasmatique précoce** qui provoque une montée rapide de l'effet du produit recherché par tous les toxicomanes. Pratiquement toutes les benzodiazépines ont un pic plasmatique précoce, il est donc difficile de soigner des toxicomanes avec ce genre de molécules même si elles ont une demi-vie longue comme pour le *Tranxène*® ou le *Valium*®. Le *Nordaz*® pourrait être intéressant car son pic plasmatique n'est pas aussi précoce que les autres. Seulement, les patients ont une très **mauvaise observance** avec ce produit car ne ressentent pas l'effet monter ! La validation par les patients du traitement est fonction de la sensation de montée qu'ils ont avec chaque traitement. Il est donc difficile de soigner ces patients qui n'attendent que la montée d'un produit, chose à éviter chez les toxicomanes.

3.4.6.L'arrêt du traitement de substitution

Les recommandations du laboratoire en matière d'arrêt de traitement ou de diminution de posologie se basent tout d'abord sur la **motivation du patient**, sa **qualité de vie retrouvée** et son **insertion sociale**. L'arrêt du traitement ne doit pas être accompagné de celui de la prise en charge, bien au contraire, celle-ci doit être renforcée pendant ce moment et encore longtemps après. Avant d'envisager une diminution des posologies, tout facteur de risque de rechutes doit être écarté(troubles psychiatriques).Les abus d'autres psychotropes doivent être recherchés car ils constituent un très fort risque de rechute.

Ensuite, un **planning de réduction progressive** des posologies doit être établi, avec un suivi très rapproché pour évaluer l'adéquation de celui-ci avec la vie du patient et ses réactions.

La **diminution** se fait **par paliers de 2 mg** en général, progressivement et en réajustant devant tout signe de manque. Prenons une posologie journalière de 8 mg, la dose se donnera en comprimés de 2 mg permettant ainsi une diminution améliorée. Lorsque la posologie de 2 mg par jour est atteinte, la dose sera délivrée par comprimés de 0.4 mg afin de pouvoir diminuer de 0.4 en 0.4 mg toutes les semaines progressivement. Parfois, des patients arrivent à des posologies très faibles et ne peuvent plus descendre plus bas. Alors, la posologie est conservée à ce taux minime très longtemps si le patient le désire !

Aucune étude n'a pu déterminer si c'est une habitude ou un besoin pour ces patients lorsqu'ils ne peuvent pas s'arrêter.

Personne ne peut certifier que chez les patients au long passé toxicomane, le système morphinique soit rétabli après la substitution. Dés lors, on se retrouve avec des patients ayant besoin de substituts en continu et le traitement de substitution est alors un traitement chronique. Le seul facteur qu'il ne faut pas compter, c'est le temps. « il n'y a pas

d'obligation philosophique à sevrer un patient d'un médicament qui ne modifie pas sa conscience et qui lui permet une vie sociale »

Le travail en réseau permet une autre approche du traitement voyant les patients substitués comme des « diabétiques de l'âme traités à vie »[3,4]

Un **autre traitement** est à disposition du système de soins français en matière de prévention des rechutes après sevrage de la toxicomanie. Un relais par la **naltrexone** ou **Nalorex®** peut ainsi être envisagé : un délai de dix jours est nécessaire après la substitution et une dose de 25mg est donnée en une fois au patient dans le cabinet médical car une surveillance de tout signe de manque pendant une heure doit être guettée. Si aucun problème n'apparaît après une heure, une deuxième dose à 25 mg est donnée au patient. Ce traitement a l'avantage de ne pas relancer la mécanique biochimique de la dépendance, et facilite ainsi le maintien de l'abstinence. Puis trois fois par semaine, le traitement sera administré comme par exemple : 100mg les lundi et mercredi et 150 mg le vendredi ; ou 50mg quotidiennement. Ce traitement permet de **diminuer les rechutes** car la naltrexone va **bloquer les effets euphorisants des opiacés et empêche la dépendance**. Il permet aux toxicomanes de tenir après le sevrage ou la substitution, de ne pas retomber dans la dépendance. Même si une petite rechute apparaît, elle ne s'ensuivra pas de dépendance car sera dénuée de tout effet euphorisant. Le médecin devra détecter les personnes risquant le plus de rechuter et leur prescrira la naltrexone. Ce traitement permettra au patient de perdre tout ce conditionnement face à la drogue. D'après les études cliniques, la durée de ce traitement de consolidation après sevrage ou substitution sera de 3 mois à 3 ans selon les besoins de chaque patient. Pour information, il y a eu 3 boîtes de vendues et remboursées dans l'année 2001 sur la circonscription de la caisse d'assurance maladie de Grenoble.

3.4.7. Quelques solutions de bonnes pratiques

Le laboratoire Schering-Plough a élaboré un cahier « de bonnes pratiques » selon quelques cas cliniques choisis selon l'expérience du groupe de travail :

□ La phase d'initiation

Pendant la phase d'initiation, la **délivrance quotidienne** est recommandée. Une étude a montré que la délivrance quotidienne de *Subutex*® à la pharmacie permet d'optimiser les bénéfices de la prise en charge et de réduire le risque de mésusage « en particulier la consommation de benzodiazépines et les pratiques d'injection de buprénorphine haut dosage » [44]

Le médecin prendra contact avec le pharmacien choisi par le patient pour qu'ils puissent élaborer un plan de prise adapté au patient et permettre ainsi un premier contact. Au niveau de l'augmentation de la posologie, deux types d'induction existent : la première consiste en une **induction rapide** où seul le patient décide de l'augmentation de la posologie par paliers de 2 mg durant la première journée par une auto-évaluation. Par contre, l'**induction progressive** comporte l'augmentation de la posologie par le patient chaque matin par paliers de 2mg.

Si la prescription est supérieure à 8 mg, il faudra d'abord absorber le gros comprimé à 8 mg puis les petits seront pris ensemble en sublingual toujours.

La **discussion** entre le patient et le pharmacien est essentielle. Elle permet au professionnel de santé de s'assurer que le patient a bien compris sont contrat de soin et les modalités de délivrances.

□ **La phase de stabilisation**

Pour la phase de stabilisation, un **fractionnement de 7 jours** peut améliorer l'observance.

La délivrance quotidienne sera poursuivie pour les « injecteurs compulsifs ».

Pendant les vacances du patient, penser à prendre contact avec une officine sur son lieu de vacance afin qu'un relais puisse être effectif là-bas aussi.

Le médecin reste un guide, respecte les moments de stagnation et encourage le patient dès qu'il voit une évolution ou une évolution possible. Les échanges avec le pharmacien sont essentiels : il faut absolument un **très bon contact entre médecin et pharmacien** car ce dernier pourra de suite se rendre compte de certaines dérives du patient comme : l'achat de produits codéinés , un comportement inhabituel, des ordonnances d'autres médecins, ou des ordonnances suspectes pour des personnes de son entourage...

Pendant cette phase, l'absence d'occupation est une source fréquente de rechute. D'où l'importance d'un **partenariat avec une assistante sociale** pour trouver un stage d'insertion ou une autre tâche.

La régularité des contacts entre pharmacien et patient permettra de signaler au médecin toute mauvaise fréquentation ou au contraire de témoigner de la « resocialisation » du patient.

Ainsi, si un **problème** survient dans la vie du patient, les deux professionnels de la santé peuvent, ensemble, l'évaluer et décider s'il faut augmenter les doses ou faire appel à un **spécialiste**.

□ En cas de dépression

L'apparition d'un syndrome dépressif doit être pris en charge : tenter tout d'abord **d'augmenter les posologies** puis voir le résultat. Si ce syndrome ne disparaît pas, une **prise en charge psychologique** sera à prévoir, soit avec un spécialiste, soit avec un **traitement**, soit les deux. La dépression est un risque de rechute, c'est pourquoi l'attention doit être portée à tout syndrome de dépression et une vigilance accrue doit être effective. Le traitement médicamenteux sera limité vu les interactions avec les produits de substitution : les inhibiteurs de la monoamines oxydase sont contre-indiqués en cas de consommation de cocaïne et d'amphétamines (crise hypertensive). Les **inhibiteurs de la recapture de la sérotonine** restent le traitement de choix car les tricycliques à visée sédatrice ont une toxicité cardiaque dose dépendante sans parler des effets anticholinergiques !

Les **antidépresseurs** sont bien connus pour être **efficaces qu'après 3 semaines de traitement**. Les patients ont une **mauvaise observance** par rapport à ce traitement dont ils ne ressentent pas l'effet monter. Il est donc très difficile de soigner la dépression chez un toxicomane.

Si une **anxiété** doit être prise en charge sur le plan médicamenteux, un traitement court par **une benzodiazépine à demi-vie longue** sera tolérée mais avec **une surveillance accrue** !

Cette recette théorique reste difficile à appliquer et reste à évaluer au cas par cas. Le suivi de ces patients sera régulier et très fréquent.

□ **En cas d'une grossesse**

Si la **mère** est suivie régulièrement, qu'il n'y a **pas de mésusage, ni de consommation d'autres toxiques** en parallèle, il n'y a aucune raison à ce qu'elle ne poursuive pas sa grossesse jusqu'à terme. **L'enfant** aura un **petit syndrome de sevrage** une heure ou quelques jours après l'accouchement : hyperexcitabilité, hypertonie, cris, tachycardie, polypnée et diarrhée.

Par contre, si la grossesse est programmée, on préférera quand même le traitement de substitution par la *Méthadone*®.[61] Car **tout mésusage ou poly toxicomanie durant la grossesse expose l'enfant à un gros syndrome de manque.**

□ **La douleur ou l'anesthésie**

Pour ce qui concerne le **traitement de la douleur chez un patient substitué**, divers protocoles existent selon l'efficacité des **antalgiques de paliers I**. En effet, si les antalgiques tels que l'aspirine, le paracétamol ou l'ibuprofène ne sont pas efficaces, il ne servira à rien d'utiliser les paliers II car une compétition s'installera entre ceux-ci et la substitution. C'est alors qu'une **augmentation de posologie de la buprénorphine** sera à envisager. Cette augmentation se fera par paliers en phase aiguë. A ce niveau, si aucune amélioration n'est ressentie, une cause infectieuse ou neurogène sera envisagée et le traitement sera alors soit par **antibiothérapie**, soit grâce à des **antidépresseurs tricycliques, anti-épileptiques** (carbamazépine, clonazépam)

En dernier recours, la **morphine par voie centrale** sera utilisée. Pour l'**anesthésie**, des morphiniques à haute affinité seront employés et à des **doses augmentées de 1/3** par rapport aux doses fréquemment utilisées (alfentanil *Rapifen*®, sufentanil *Sufenta*®). Le

réveil doit aussi être bien surveillé : l'utilisation de la morphine en intraveineux après l'opération devra être suivie d'un relais par la buprénorphine. Si une anesthésie régionale a été suffisante, alors le relais par buprénorphine se fera en post-opératoire assez rapidement. Sinon, lorsqu'une faible antalgie est suffisante par du paracétamol, la réintroduction de la buprénorphine sera effective rapidement en post-opératoire. Tout le long de ses relais, une surveillance respiratoire et digestive sera indispensable.

4. Le travail en réseau

Les réseaux existent grâce à la volonté et le travail de chacun, un petit groupe au départ puis d'autres les ont rejoint. Toute une organisation s'est développée face aux désirs de quelques uns concernant le **partenariat de différents acteurs de santé et de soins**. Le réseau est un « rassemblement articulé de forces, de compétences »[18], il « constitue à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse d'un groupe de professionnels à un ou à des problèmes de santé précis prenant en compte d'une part les besoins des individus et d'autre part les possibilités de la communauté. Aussi, il sera envisagé une évaluation permanente des changements sur le terrain : le réseau est un réel observatoire des besoins en constante évolution. »[25]

Une charte [Annexe] régit les réseaux, plus par souci de commodité que d'obligation mais aucun cadre légal strict ne dicte leur organisation. Chaque réseau est à part, s'est fabriqué sur le terrain grâce à la volonté de professionnels et de bénévoles. Dès lors, aucune structure n'est rigide afin de ne pas gêner les pratiques acquises de longue date par l'expérience. « Ne pas modéliser l'organisation des réseaux pour favoriser la souplesse sur le terrain » B.Kouchner[25]

Chacun des réseaux est doté d'une enveloppe venant du ministère de l'emploi et de la solidarité et le ministère de la santé.[74]

Déjà une grande collaboration est retrouvée au sein du réseau par le biais de différents intervenants. Toutefois, N.Maestracci mentionnait la nécessaire collaboration de la CPAM en plus de tous les intervenants. (nous reviendrons sur le rôle de la CPAM plus loin)

4.1 L'espace juridique et fonctionnel des réseaux

Quelques conditions sont nécessaires toutefois au bon fonctionnement d'un réseau. Les voici, citées par D.Ménard, Réseau VIH 93 :

« respect des pratiques sanitaires et sociales, coopératives, non hiérarchiques ; organisation de coordination médico-sociale, coordination des soins ; formation pluri-professionnelle ; action propre du réseau : prévention, éducation sanitaire ; évaluation du travail en réseau ; participation des citoyens au travail du réseau ». Chaque **réseau est défini en association** et non en institution pour éviter les niveaux hiérarchiques que celle-ci suppose ! Donc, la loi de 1901 régit les réseaux. Toutefois, des élections permettent de **nommer un président** et son bureau qui seront dotés de **responsabilités pour le réseau**.

Afin de bénéficier de subvention, un **cahier des charges** concernant les moyens minimums d'un réseau a été établi et publié dans la circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DRIMI n°99-648 du 25 novembre 1999 et présente aussi la rémunération des acteurs du réseau de santé.

Les **moyens minimums d'un réseau** sont : un local, une infrastructure logistique de secrétariat, du personnel : un coordinateur social et un coordinateur médical, une secrétaire. Ces postes sont occupés par des emplois à plein temps. Les moyens financiers comprennent : un budget d'investissement à hauteur de 15 245 euros et d'un budget annuel de fonctionnement à hauteur de 152 450 euros. Un réseau inscrit son action dans un bassin de population maximum de cinquante mille personnes.

La rémunération des acteurs du réseau de santé est aussi prévue par cette circulaire. Les professions libérales, intervenants dans le cadre d'un travail de coordination auront une rémunération forfaitaire. Le forfait est géré par le réseau. Pour les salariés, leur travail au niveau du réseau sera rémunéré par leur employeur qui comptera ces actes dans leur temps de travail.[25]

Il existe même un **diplôme** pour aider les fondateurs des réseaux : **DESS(diplôme d'études supérieures universitaires) « coordonnateur de réseaux »** à l'université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille III, mission de formation continue.

4.2. Un travail d'équipe

Cette modalité de fonctionnement apporte aussi bien aux uns qu'aux autres par les formations qu'ont les différents membres. Il permet la formation de médecins et pharmaciens en contact avec des spécialistes (dans le cas d'un réseau ville-hôpital). La **concertation pluridisciplinaire** se fera dans un but stratégique de soins. Les CSST(Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes) peuvent être sollicités pour donner des conseils aux professionnels de la santé. La formation est un des piliers du travail en réseau d'après D. Ménard, président du CNR (Conseil National des Réseaux).

Bien qu'ayant certains inconvénients matériels, le travail en réseau reste performant sur de nombreux points : il permet l' « élaboration d'un langage commun, partage des savoirs et des savoir-faire par rapport aux soins, la prise en charge et la prévention » Il donne une meilleure image du professionnel « moins dealer en blouse blanche » mais plutôt **un travail d'équipe avec un maximum de coordination et de soutien entre les professionnels.**

« ce travail en équipe apparaît également nécessaire tant pour assumer une continuité de soins que pour éviter le cloisonnement des interventions, la peur ou le sentiment d'impuissance que chacun peut ressentir » [21]

Bien sûr, la compétence de chacun est à connaître ainsi que les limites, mais cette complémentarité des interventions permet d'éviter l'appropriation du sujet. [16]

Le réseau ville hôpital de Melun est un parfait exemple de complémentarité d'action et de connaissances : à la sortie du *Subutex*® en ville, l'équipe de réduction des risques de contamination auprès des usagers de drogue a rejoint les MG (médecins généralistes) car ces professionnels n'avaient que « des connaissances rudimentaires sur les modes de vie des usagers de drogues ainsi que sur les dispositifs sociaux sur lesquels s'appuyer » P. Chaboredon, Réseau ville-hôpital 77 sud, centre hospitalier Marc Jacquet, Melun[25]

Des contraintes sont à prévoir vu le travail important que cela demande. Comme par exemple, le besoin **d'échange d'informations** sur le patient **régulièrement** pour un meilleur suivi qui prend énormément de temps. Les partenaires sont appelés à **coopérer et être en contact constamment** entre eux afin de suivre correctement les patients. « La communication est simple comme un coup de fil » Généraliste CIDAG (Consultation Information Dépistage Acte Gratuit) [25]

Chacun des patients va choisir un **réfèrent** qui aura le rôle de coordonner toutes les actions.[6]

Chaque intervenant doit avoir ses responsabilités face à son patient et ne pas se décharger sur les collègues. Les contacts réguliers entre les intervenants est nécessaire, voire obligatoire.

« tout cela prend du temps, exige de la disponibilité, implique une myriade de rencontres et de communications téléphoniques, mais s'avère payant en terme de prévention comme de soins. C'est à ce prix qu'un réseau peut être opérant »[16]

Il existe encore de nombreuses réticences à entrer dans un réseau : trop peu de connaissances sur les causes de l'entrée dans la toxicomanie (enfance difficile, pression du groupe, personnalité fragile, autorité paternelle défaillante, mère trop laxiste...). Et beaucoup connaissent les qualificatifs donnés aux toxicomanes : menteurs, manipulateurs, voleurs, font du scandale, malins pour se procurer de la came où qu'ils se trouvent.

Toutefois, **le travail en réseau permet d'être entouré par une équipe**, ce qui est aussi important pour les patients que pour les soignants. A. Boyé, médecin généraliste dans un réseau centre méthadone® à Clermont-ferrand : « supporter la durée de soin est une chose importante. Je parlerai aussi des difficultés des intervenants, parce que je suis également témoin de leur désenchantement. Les thérapeutes doivent aussi tenir la distance »[25]

Le réseau a aussi un fonctionnement qui se base sur le travail de tous y compris les patients. « il nous faut aujourd'hui convaincre les personnes malades, leurs entourages, les habitants de nos quartiers, de nos campagnes , que la société ne peut pas progresser s'ils délèguent en permanence leurs souhaits à des professionnels fussent-ils compétents, honnêtes, et sincères »[74]

La nouvelle loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé va dans ce sens. La participation des malades dans le réseau de soins implique leur information sur toutes les nouveautés : en matière de traitement, de soins, les aspects sociaux...

Il faut faire intervenir plus l'individu dans son programme de santé « donner du sens à la santé communautaire » D. Ménard [25]

Des **rencontres** sont organisées **entre professionnels et usagers**, et permettent une **meilleure observance**, **un soutien entre eux** ou par leurs proches, une **diminution de la prise de risques**.

Un des objectifs du réseau est **l'éducation thérapeutique des patients** afin qu'ils prennent en charge leur santé dans un système de soins global, « chacun doit prendre sa santé en main » B.Kouchner [25]

Il faudrait que le patient s'y retrouve mieux : une meilleure « lisibilité extérieure du réseau » est nécessaire. N.Maestracci[25]

Aussi, la place des citoyens est indispensable. Les professionnels de santé se sont liés à des associations de quartier, avec des institutions afin d'élaborer un travail commun.

Les réseaux permettent une négociation avec la Police ou les élus locaux, donnent plus la **parole aux patients** et ont une **approche comportementale face à leur tendance**.

A.Fhima et P.Chossegros de Généralistes et Toxicomanie 69 (GT 69) parlent d'un **partenariat indispensable** :

« aucun projet ne peut se faire sans l'intervention du pouvoir public ou des élus locaux ; l'association entre les habitants et les professionnels de santé est indispensable pour la bonne relation entre les besoins et les solutions possibles ; chaque action entreprise pourra être poursuivie et aboutir par un contrat élaboré en accord avec chacun des intervenants : professionnels et bénévoles »

N.Maestracci met sur le tapis une **réforme des types de paiement** : « le **paiement au forfait** valoriserait mieux le travail d'équipe et améliorerait la prise en charge globale du patient que s'il s'agit d'un paiement à l'acte !»[25]

Par la coopération ville hôpital que permet le réseau, aucun cloisonnement n'est alors ressenti entre ces deux pôles et le même soin est apporté à l'hôpital qu'à la ville. « le savoir n'est pas qu'à l'hôpital » B. Kouchner [25]

Une très grande importance est donnée à **l'égalité de l'accès aux soins**. Cette coopération indispensable peut être vue comme « l'hôpital sans les murs » ou, l'hôpital s'ouvre sur la ville et tout le travail tourne autour du patient. M. Revel [25]

4.3.L'accompagnement remplacerait il le sevrage ?

D'autres estiment que **la guérison n'est pas une finalité** à attendre auprès d'un toxicomane car il y a trop de déception : il faut s'attarder sur le soin apporté au patient, sur sa réintégration dans la vie en société. Le terme sevrage est alors écarté des objectifs ; « on a utilisé le terme d'accompagnement. Il est peut-être un peu frustrant pour le médecin mais c'est tout de même de cela qu'il s'agit : il faut **accompagner les moments du parcours du toxicomane**, en réduire les risques , rendre possible un suivi au delà du sevrage. Dans la substitution, c'est un peu pareil : on a affaire à des toxicomanes substitués mais non guéris en terme d'interruption du produit »

Comme le concluait la Conférence Inter universitaire de Chatenay : « la substitution soigne le toxicomane mais ne guérit pas la toxicomanie »

Le dialogue est primordial dans le premier entretien : il faut absolument ne pas hésiter à **discuter avec le patient de tout le rituel du shoot**.

« le dialogue fait non seulement partie du traitement mais il en constitue l'essentiel. Il n'est certes pas facile à obtenir, il est souvent vain, mais lorsqu'il est noué, il débouche sur le chemin des soins »[30]

Parler de ses risques permet d'éviter une séroconversion VHC ou VIH et d'établir une ouverture entre le médecin et le patient.

« Dans la toxicomanie, il y a dimension traumatique, peut-être la dimension du déracinement qui fait que l'on pourrait accommoder notre écoute et notre attention aux toxicomanes de ce côté comme on écoute les gens traumatisés ou les migrants »

Pour les échanges de seringues usagées, l'utilisation de distributeurs automatiques court-circuite cette approche du problème : l'écoute et la discussion sont très importantes !

Le réseau va aussi aider à **supporter l'inertie de la substitution** : « tout vise à pallier le manque, on sort le toxicomane de sa vie chaotique...mais il faut aussi l'aider à faire le deuil du produit »

Une **approche psychiatrique** serait à envisager dès lors que l'injecteur ne peut se passer de ce rituel. **L'entrée dans le soin ne doit pas forcément impliquer l'arrêt obligatoire de l'injection**. Il convient à tous les professionnels de santé de comprendre le chemin à faire par le toxicomane pour arriver à se passer du produit et du « mode de vie impliquée par sa recherche, mais aussi de l'injection en tant que telle »

Toutefois, la persistance de cette pratique doit faire envisager au praticien une **réévaluation du dosage du traitement, une meilleure prise en charge** du patient.[59]

Soit, la **posologie sera augmentée**, avec si possible une prise quotidienne chez le pharmacien après son accord. Une prise en charge psychologique sera indispensable voire psychiatrique. Des examens somatiques plus rapprochés par le généraliste sera à envisager. Si le problème persiste, le passage à la *méthadone*® sera la meilleure solution !

4.4. Les familles d'accueil

Les familles d'accueil apportent aussi **un soutien non négligeable** dans le parcours du toxicomane. Ces derniers ne seront acceptés qu'en phase de stabilisation et pourront alors envisager une diminution des posologies. C'est la famille d'accueil qui gère le traitement de substitution comme tout autre traitement psychotrope : « l'équipe éducative accompagne les patients chez le médecin et le pharmacien pour tout traitement de substitution » G. Ressayre, chef de service, réseau de familles d'accueil pour toxicomanes.

La complémentarité qu'offre le réseau permet de soigner le toxicomane de différentes façons : supporter l'attente a parfois sa clef dans le soin du corps : « prescrire de la kinésithérapie, balnéothérapie, massages pour enfin s'occuper un peu de ce corps souffrant et parfois tétanisé dans l'attente d'une activité nouvelle »

4.5. L'aspect social de la prise en charge

Le travail en réseau permet la diversité des intervenants. Cette complémentarité permettra aux patients d'être **pris en charge tant sur le plan juridique, social que médical**.

Il y aura différents partenaires sociaux vers lesquels le patient sera envoyés par son médecin ou pharmacien : assistantes sociales, centre communal d'action social, mission locale, ANPE, travailleurs sociaux, services de PMI. Des complémentarités seront peut-être nécessaire auprès de partenaires psycho-éducatifs : clubs de prévention, comités de probation, juge d'application des peines, équipes de prévention spécialisées, centres d'accueil spécialisés pour toxicomanes (antenne délocalisée), centres de soins aux toxicomanes avec hébergement collectif, conseils communs de prévention de la délinquance.

Pour chaque situation, le patient devra savoir où se trouve sa place dans la société et devra aussi gérer les problèmes qu'il rencontrera. Il faudra à tout prix leur **expliquer que le droit social commun a des avantages mais aussi des règles à suivre comme toutes les tâches de la vie quotidienne.**

Une aide pourra être envisagée selon les différentes possibilités assurées par la sécurité sociale :allocation adulte handicapés, allocation d'insertion à la sortie de prison, allocation parent isolé, arrêt de longue durée, ASSEDIC si chômage, contrat emploi solidarité, pension d'invalidité, prise en charge à 100% si pathologie grave, RMI, stage rémunéré...

Devant chaque situation, il faudra suivre une **stratégie de prise en charge sociale** :

Tout d'abord, entreprendre toutes les démarches afin de **connaître la situation sociale** de chaque patient, **d'accélérer les procédures** pour qu'ils aient accès aux soins avec la couverture sociale.

D'ailleurs, Stéphane Robinet, pharmacien titulaire de Strasbourg a collaboré dans l'élaboration d'un guide mentionnant le cas d'un patient se présentant à l'officine avec une ordonnance de *Subutex*® mais dont les droits à l'assurance maladie ne sont pas ouverts. Il propose donc une bonne coopération entre le pharmacien et les caisses maladie afin de permettre dans un cas semblable d'avancer les produits au patient sans risquer de perdre le remboursement et surtout, évitant au patient d'attendre plus longtemps pour se soigner ! Bien sûr, le choix de l'avance des produits reste à l'entière décision du titulaire.[10]

Puis, **connaître aussi son milieu familial**, son **niveau scolaire** ou **professionnel** afin d'évaluer au mieux le niveau relationnel et professionnel de chacun, **faire son curriculum vitae** , préparer avec lui les entretiens d'embauche, **soutenir ses projets et ses espoirs**, ou faire les démarches de remises à niveau.

Enfin, faire un **bilan de ses dettes** (impôts, loyer, découvert, emprunt) et **faire un calendrier** avec le patient afin que les **remboursements** se fassent par étapes. Le travailleur social sera un **médiateur** dans toutes ces démarches.

Au niveau judiciaire, faire le point avec le patient est très important car tout conflit s'ensuit automatiquement d'une rupture de la prise en charge médicale et psychologique d'où de rechutes dans l'enfer de la drogue.

4.6. Aspect psychologique des traitements de substitution

La substitution permet au patient de **recouvrer une meilleure estime de soi** et surtout une **reconstruction du soi**. Elle apporte de **nouvelles relations avec les autres**, car le monde de la drogue ne leur a apporté que violence et trahison.

Le toxicomane change de statut grâce à la substitution, il passe du statut criminel et dépendant... à celui de patient qu'on peut aider par des moyens légaux.[58]

Grâce à une aide psychologique, la drogue passe du premier plan au second mais viennent alors les problèmes sous-jacent jusqu'alors niés par le patient : problème de la rue, de police, de famille... L'analyse permet alors de parler, de se repérer, de ré-assumer sa propre vie : c'est une **nouvelle conscience de soi**. [54]

Il ne s'agit pas de comprendre le toxicomane mais de l'accepter « tel qu'il est et de lui permettre de vivre son problème si pour lui c'est un problème ou son plaisir si pour lui c'est un plaisir » J. Mispoulet, psychothérapeute [13]

Ces thérapeutiques s'inscrivent dans un but d'abstinence durable face à la drogue. Seulement, ce n'est pas un signe positif de guérison du patient. En effet, **même si l'ancien toxicomane réussit à se dégager de cette emprise qu'avait la drogue sur lui, il n'en est**

pas moins l'esclave dès qu'apparaît toute situation de stress ou inhabituelle pour lui qu'il a du mal à gérer : elles sont nommées « **situations gâchettes** »[51]

Ainsi, la substitution sera toujours accompagnée **d'aide psychologique** et même parfois **psychiatrique** : on ne sait pas si c'est l'addiction qui engendre des désordres psychiatriques ou si ces désordres poussent le sujet dans l'enfer de la drogue [51]

« La substitution soulage, et en cela elle soigne. Comme tout traitement médicamenteux, elle est ce qu'on en fait : administrée seule, elle colmate le symptôme ; dans un accompagnement psychosocial sérieux, elle permet au sujet de prendre de l'écart par rapport à sa souffrance et favorise l'émergence du discours »[57]

4.7. La coopération de l'assurance maladie avec le réseau de santé

Bien des fois, des études de terrain ont démontré le besoin de prise en charge globale du patient toxicomane, dans le cadre d'un suivi médical, social et psychologique s'il s'avérait nécessaire. C'est dans ce cadre que fut installée **l'étude de suivi** par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon sur quelques **patients « détectés » comme nomades** tant médical que pharmaceutique, relevant un dosage très élevé, de plus de 32 mg par jour de buprénorphine-haut-dosage [33]. Cette initiative fut élaborée grâce à la **coopération de médecins, pharmaciens et instances telles que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon, le Comité Départemental de Suivi des Traitements de Substitution**. Grâce à la permission de la CNIL (commission nationale de l'informatique et des libertés), la CPAM de Lyon a pu lever le secret informatique pour alerter les professionnels de santé du nomadisme des certains de leur patients par le biais de courriers adressés par le Conseil départemental de l'ordre à ces praticiens.

En parallèle, un courrier était envoyé à l'assuré l'invitant à prendre contact avec le médecin conseil de la sécurité sociale et de définir avec lui un couple unique médecin-pharmacien. Un suivi de ces patients fut instauré. Ce partenariat entre différents intervenants a porté ses fruits : dix patients ont réellement modifié leur comportement. Ce résultat est très faible considérant le nombre initial de patients dans l'étude : vingt-sept. Toutefois, seuls ces dix patients avaient répondu au courrier de l'assurance maladie et suivi correctement les recommandations faites lors de l'entretien avec le médecin conseil. Aucune action n'a été menée pour les assurés n'ayant pas répondu au courrier lors de l'étude. Par la suite, un dossier a été élaboré avec GT 69 au sujet du secret médical, demandant à la CNIL la possibilité de travailler avec les professionnels libéraux, le comité de suivi, les instances de l'ordre, la DDASS, la DRASS, tout en conservant le secret professionnel.

En dehors de cette étude, un seul patient fait l'objet de **sanctions** concernant le **mésusage** de son traitement : pendant une durée de 6 mois à 1 an, son comportement et sa consommation n'ont pas été modifiés même après des courriers l'incitant à prendre contact avec le médecin conseil. La CPAM de Lyon a demandé à tous les professionnels de santé **le non remboursement de ses consultations et de ses médicaments concernés par ce mésusage**. Le suivi de ces instructions n'est pas sans limite mais **reste une initiative et une expérimentation de terrain**.

A la suite de cette étude, l'Assurance Maladie de Lyon eut l'autorisation d'établir une **expérimentation concernant les avantages apportés par le paiement au forfait par rapport au paiement à l'acte des professionnels de santé dans le cadre d'une prise en charge globale du patient**. L'arrêté du 2 août 2001 portant agrément d'une action

expérimentale en application de l'article L 162-31-1 du code de la sécurité sociale publié au Journal Officiel du 8 septembre 2001 le résume. En effet, l'association GT 69 (Généralistes et Toxicomanie) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ont été les promoteurs de ce projet. Différents **objectifs** sont à atteindre :

Améliorer la prise en charge des toxicomanes par les professionnels libéraux

Les inciter à s'engager dans une activité de soins et faciliter leur travail

Participer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Evaluer l'efficacité de l'activité de soins exercée en réseau

Deux cohortes de patients sont à l'étude : un groupe traité par des médecins du réseau dont les consultations et suivis pharmaceutiques relèvent du droit commun (paiement à l'acte). L'autre groupe est suivi par des médecins et pharmaciens du réseau rémunérés au forfait (fixé par an et par patient suivi).

Des conditions sont nécessaires au bon fonctionnement de cette expérience : une **adhésion** des médecins généralistes et des pharmaciens à l'association **GT 69**, le **suivi de patients** toxicomanes dépendants à l'héroïne et **débutant un traitement de substitution**, l'**accord** des patients de **révéler leur situation sociale, économique et professionnelle** pour l'enquête, **une prise en charge globale du patient** par les professionnels de santé et son orientation vers des **spécialistes** si nécessaire, **un soutien du patient** dans sa démarche de soins...

Chaque année un rapport d'activité doit être fait par les promoteurs.

Cette expérimentation a réellement débuté en août 2002, les résultats ne sont donc pas encore accessibles.

4.8. Les comités départementaux de suivi des traitements de substitution

Ces comités ont pour but la réunion des professionnels et **l'exposition des problèmes** concernant la toxicomanie et **l'échanges entre praticiens**. Ils ont été mis en place conformément aux dispositions de la circulaire du 31 mars 1995. Ces comités présidés par **le médecin inspecteur de santé publique** ont trois missions :

- Contribuer à l'organisation de la prescription et de la délivrance des médicaments de substitution, en particulier par la **mise en place de réseaux**.
- **Conseiller** les professionnels de santé. Le comité peut soit être sollicité à la demande de professionnels, soit auditionner des professionnels en cas de difficultés.
- Veiller à la **bonne utilisation des traitements et éclairer les autorités sanitaires**. Les comités de suivi peuvent en particulier adresser des questions à la Commission Consultative Nationale des Traitements de Substitution.

Certains départements connaissent un essoufflement de ces comités. Des réunions sont prévues pour discuter des problèmes rencontrés par les professionnels et les relater dans des enquêtes de terrain. Chaque année un bilan est proposé au Ministère de la Santé à la **Direction Générale de la Santé**, avec des **propositions de changement**.

Conclusion

Thèse soutenue par : **Caroline Guéripel**

La prise en charge des toxicomanes en ambulatoire

Conclusion :

Différentes structures existent pour la prise en charge des usagers de drogues. Les traitements de substitution ont amené de nombreux espoirs car ils permettent aux patients d'accéder aux soins somatiques en parallèle de leur traitement. Bien que certains dérapages persistent autour des médicaments, la substitution a fait la preuve de son efficacité : permettre aux patients de retrouver une vie familiale, un emploi stable... une « resocialisation ». Beaucoup de problèmes entourent encore le *Subutex*®. Des solutions sont envisageables individuellement pour ce qui concerne le patient ou collectivement pour les acteurs de santé. Par exemple, **le paiement au forfait** des professionnels de santé sera appliqué dès lors qu'il aura démontré ses avantages dans l'étude initiée récemment sur la circonscription de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon.

L'accès au soin est un droit pour tous dans notre pays. Il ne faut pas oublier tout de même que **ce droit s'accompagne de devoirs** tel que le **respect du code de la santé publique et celui de la sécurité sociale**. Les quelques abus autour du *Subutex*® ne doivent pas occulter les effets bénéfiques que ce produit apporte pour les patients. La **législation** doit être **renforcée** et les **recommandations de bonnes pratiques devenir des obligations**. Le soutien des autorités de tutelles comme la **Direction Générale de la Santé** ou l'**Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé** ; ainsi que celui des instances professionnelles comme **l'Ordre et les Syndicats** est indispensable.

Vu et permis d'imprimer
Grenoble, le



LE PRESIDENT DE THESE
JL BENOIT-GUYOD

Annexes

SUBUTEX

que devient le " contrat thérapeutique " ?

3 constats :

1°) Le Subutex est un bon médicament de substitution de l'héroïne et a contribué efficacement au contrôle des risques viraux liés à l'injection intra-veineuse.

2°) Les règles de prescription de ce médicament sont simples mais obéissent à des directives facilement contournables, tant au niveau du cabinet médical que de la pharmacie.

Les statistiques de l'Assurance-Maladie révèlent très clairement que des personnes consultent la même journée plusieurs médecins pour obtenir des ordonnances qui sont ensuite présentées à un nombre également important de pharmaciens différents.

3°) Nous observons une augmentation importante de la consommation de Subutex (+ 18,4% pour le Calvados, et + 26,4% pour la France). Ceci explique qu'aujourd'hui, le Subutex représente le 8^{ème} médicament français (Données financières CNAMTS - année 2000).

3 risques :

1°) Une dérive dans l'utilisation de ce médicament selon un mode toxicomane. En effet, on a - par une utilisation insuffisamment cadrée - généré une population de personnes devenues dépendantes au Subutex sans avoir jamais été héroïnomanes. Cette dérive n'est d'ailleurs pas spécifique au Subutex, mais à l'ensemble des psychotropes, en France.

2°) Certaines personnes se font prescrire le Subutex pour le revendre secondairement, entretenant un trafic.

3°) Le Subutex devient parfois un produit injecté par voie intraveineuse alors qu'il s'agit d'un médicament à prendre par voie orale, faisant réapparaître le risque possible de la transmission de maladies infectieuses; ce risque était une des justifications de sa mise sur le marché.

Nous voyons, dans ces 3 cas, un détournement de la prescription de ce médicament et une disparition du contrat thérapeutique qui doit être normalement établi entre un patient héroïnomanes désireux de contrôler sa consommation et son médecin.

Nous proposons 3 mesures:

1°) que soit réintroduit clairement le **contrat thérapeutique** entre les 3 partenaires que sont le patient, le médecin et le pharmacien - sous une forme écrite à définir - précisant les posologies, le nom du médecin prescripteur principal et celui du pharmacien dispensateur principal permettant à la fois une prévention des dérives observées, et la réintroduction du patient, du médecin et du pharmacien dans la plénitude de leurs responsabilités et de leurs devoirs.

2°) que soit vraiment effectifs **les trois volets de la prescription** du Subutex (cf. VIDAL), associant un traitement médicamenteux aux soutiens psychologique et social. Ces 2 derniers aspects manquent cruellement de moyens, ce qui laisse le patient trop souvent seul avec son produit.

3°) que soient revues **les durées de prescription** actuelles, dans la mesure où elles autorisent la délivrance de quantités importantes de produit (pour 28 jours).

Frank LEPARGNEUR, pharmacien à Caen

Jean-Jacques SIBIREFF, médecin à Caen

Xavier LE COUTOUR, professeur de Santé Publique à l'UFR de Médecine

Charte des réseaux de santé

La santé est un état de bien-être et d'équilibre physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmités (définition inspirée de la définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé).

BUTS D'UN RESEAU

Le travail d'un réseau de santé a pour but un accompagnement global et cohérent des personnes, en vue de l'amélioration de leur santé, réalisé par les différents intervenants médico-psycho-sociaux et les bénévoles. Cette dynamique coopérative doit s'effectuer quel que soit l'acteur initial, sanitaire ou social choisi par la personne et ne vise pas à créer une nouvelle structure.

Les acteurs du réseau construisent des pratiques coordonnées qui assurent la continuité et la cohérence de l'accompagnement sanitaire et sociale et favorisent la participation des personnes à cette démarche.

Le travail en réseau réunit des acteurs des institutions sanitaires et sociales, des associations intervenant dans les champs médicaux et sociaux ainsi que les bénévoles intervenant dans le même domaine.

Le réseau est ouvert aux acteurs des institutions et des associations relevant d'autres champs (éducatif, judiciaire, culturel...) qui œuvrent pour la santé des populations et qui peuvent y participer pour des actions spécifiques qui les concernent.

Professionnels, bénévoles et usagers participent ensemble à la définition des priorités pour développer une démarche de promotion de la santé qui réponde aux besoins de la population et des individus.

VALEURS ET ENGAGEMENTS

La personne est au cœur des préoccupations des acteurs de réseaux

Toute personne a droit à des soins de qualité sans discrimination aucune.

Toute personne dispose d'un droit inaliénable à la confidentialité des éléments qui concernent sa situation sanitaire, psychologique et sociale et sa vie privée.

Toute personne qui s'adresse à un membre du réseau est informé que celui-ci ne travaille pas seul, et qu'il pourra, dans le traitement de sa situation, éventuellement l'orienter vers d'autres acteurs. La collaboration des professionnels et des bénévoles est soumise à l'accord de la personne concernée.

Les acteurs du réseau doivent permettre le libre choix de la personne, par une information complète et loyale.

L'entourage de la personne est partie prenante du travail en réseau.

Pour les acteurs des réseaux, le travail en réseau est une démarche volontaire et implique l'adhésion aux principes fondateurs suivants :

- le respect de la dignité de la personne
- une attention pour faciliter son accès aux soins
- une vigilance accrue sur la circulation des informations relatives aux personnes et sur les modalités précises qui garantissent la confidentialité
- le respect mutuel entre professionnels et bénévoles sans hiérarchie de statut
- l'acceptation d'une coordination des soins
- le partage d'expériences et la confrontation des pratiques
- l'engagement à faire évoluer sa propre pratique et à œuvrer pour la modification des pratiques en général, y compris pour les actions de santé publique et de prévention,
- le décloisonnement institutionnel par des pratiques pluridisciplinaires et inter institutionnelles
- la capacité à repérer les dysfonctionnements et à les faire évoluer

Les intervenants du réseau s'engagent à respecter ces principes.

Ils s'engagent à ne pas utiliser le réseau à des fins commerciales.

Les institutions, les associations et les établissements s'engagent à donner les moyens à leurs professionnels de respecter ces engagements.

LES MOYENS

Différents moyens sont mis en œuvre afin d'assurer cette démarche :

- la coordination des différents intervenants auprès de la personne et auprès des différents acteurs pour les aider dans leur travail quotidien
- la formation pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle : formations thématiques, formations aux pratiques nouvelles
- les groupes ressources internes au réseau, groupes de travail et groupes de parole
- la communication interne et externe, par un bulletin régulier et des rencontres permettant une réflexion globale
- la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé avec les professionnels, les bénévoles et les personnes intéressées
- la mise en place d'outils d'information et de centres de ressources permettant, à travers des supports documentaires et des échanges d'expériences, la capitalisation des savoir-faire ainsi que la mutualisation des moyens

L'ensemble des acteurs du réseau adhèrent à cette charte.

Références bibliographiques

1. **AFCHAIN J.** Toxicomanes et réseau ville-hôpital-toxicomanies. *Perspectives psy*, 1997, **36**, p102-107

2. **AFCHAIN J.** Le médecin généraliste et le toxicomane : une alliance naturelle. *Perspectives psy*, 1998, **37**, p256-261

3. **Anonyme n°1.** Subutex® : attention aux patients nomades et aux coprescriptions de benzodiazépines ! *La revue du praticien, médecine générale*, 2000, **14**, p2133-2137

4. **Anonyme n°2.** Subutex® : attention aux patients nomades et aux coprescriptions de benzodiazépines ! *La revue du praticien, médecine générale*, 2001, **14**, p764-768

5. **Anonyme n°3.** Besoins psychosociaux des patients sous traitement de substitution. L'expérience du réseau ville-hôpital pour la toxicomanie de Gironde. *La revue du praticien, médecine générale*, 2000, **14**, p501-510

6. **Anonyme n°4.** Substitution des opiacées : place et rôle des réseaux. Analyse d'une enquête auprès des médecins généralistes. *La revue du praticien, médecine générale*, 2000, **14**, p1627-1635

7. **Anonyme n°5.** Buprénorphine : mode de dispensation. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 1996, **106**, p6-7

8. **Anonyme n°6.** Subutex® sur le marché. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 1996, **105**, p16

9. **Anonyme n°7.** Enquête auprès de pharmaciens d'officines 98/99 CFES et CNAMTS. Les pharmaciens acteurs de la prévention. *Actualités santé*, 2000, **16**, p4

10. Anonyme n°8. Pharmacodépendance majeure aux opiacées, implication du pharmacien et de son équipe. Plaquette Schering-Plough, 2000.

11. Anonyme n°9. La prise en charge des patients toxicomanes. La lettre de Bien-Etre et santé. Schering-Plough.

12. AUDHOU J L., CALOP J, DUPEYRON JP, et al. Traitement de substitution de l'héroïnomanie. *Le moniteur des pharmacies, cahier de formation continue*, 2000, 2358.

13. BEN HAMIDA P., BOISSONNAS A., BOYE A., OLIVET F., association Graphiti Les traitements de substitution. In ACTES, forum du 24 janvier 1997 Cahors LOT

14. BERTHELIER R. Travail en réseau dans la communauté à partir d'une unité fonctionnelle intersectorielle « toxicomanie ». *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 1999, **28**, p59-62

15. BERTHELIER R., PANIGADA F. Histoire de Nadine. Toxicomanie, la voie de la substitution. *Santé mentale*, 1998, **25**

16. BERTHELIER R., PANIGADA F. Quand le réseau existe... *L'information psychiatrique*, 1999, 1, p52-55

17. BERTHELIER R., PANIGADA F. Toxicomanie et secteur, naissance d'un réseau. *L'information psychiatrique*, 1997, 2, p141 à 150

18. BEZ G. Les réseaux ville-hôpital dans la lutte contre le sida et la toxicomanie. *Gestions hospitalières*, 1995, p751-756

19. BLOCH-LAINE J.F. Toxicomanie : la nouvelle donne. *L'information psychiatrique*, 1999, 1

20 BONNET N. et al. Evolution de l'implication du pharmacien d'officine dans la prévention des dommages liés à l'usage de drogues et la dispensation des traitements de substitution. *Bulletin de l'ordre*, 2001, **370**, p131-139

21. BONNIN B., MAGNIN C., BOITEUX J. et al. Traitement substitutif par buprénorphine et travail en réseau. *Annales de psychiatrie*, 1999, **14**, p121-126

22. BOYER P., PRAT P. Activité de réseau en toxicomanie. *La revue française de psychiatrie et de psychologie*, 1996, **1**, p60-63

23. 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, **12**, p39-42

24. CHARPAK Y. Médecins généralistes et usagers de drogues : déjà une vieille histoire. *THS la revue*, 1998, p34-36

25. CNR (coordination nationale des réseaux). Projet des réseaux CNR 2001. Troisième congrès national des réseaux de santé, Paris, Juin 2001

26. COPPEL A. Le grand tournant . Toxicomanie, la voie de la substitution *Santé mentale*, 1998, **25**

27. COUNTRY P. Mise en place d'un réseau de soins aux toxicomanes. *Annales de psychiatrie*, 1999, **14**

28. DARCOURT G., AFCHAIN J., BOUGET J. et al . In conférence de consensus. Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacées. *L'information psychiatrique*, 1999, **1**, p66-72

- 29.DAULOUEDE JP, et al. (groupe de travail Information Action Substitution).** Bonnes pratiques de prise en charge des pharmacodépendances majeures aux opiacées. Pratiques en évolution. Schering-Plough.
- 30.DEMARTI C..** Toxicomanes ; pour ou contre une prise en charge à l'officine ? *L'officinal*, 2000, **67**, p12-13
- 31.DOUKHAN D.** Dérives du Subutex® :la révolte des Caennas. *Le quotidien du pharmacien*, 2002, 2048, p4.
- 32.DUBURCQ A.** et collaborateurs. Suivi à deux ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultats de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex® en médecine de ville). *Revue épidémiologique et Santé publique*, 2000, **48**, p363-373
- 33.ECXLER-CAVAILHER G, LIABEUF G, NOIRY V, FASQUEL D.** Traitement de substitution par buprénorphine-haut-dosage : une expérience de suivi. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 2001, **32**, p305-310.
- 34.F S.** Poussée de fièvre sur le Subutex®. *Le moniteur des pharmacies*, 2002, cahier 1, 2441.
- 35.GIBIER L..** Questions aux correspondants. *FMC HEBDO*, 2000, **79**, p22
- 36.LRP.** Buprénorphine en traitement de substitution. *La revue Prescrire*, 1996, **16**, p11-17
- 37.LRP.** Buprénorphine et substitution, un intérêt confirmé. *La revue Prescrire*, 1999, **19**, p102-106
- 38.LRP.** Buprénorphine : dispensation fractionnée pour les dosages forts. *La revue Prescrire*, 1999, **19**, p753-754

39.LRP. Carnets à souches : utilisables jusqu'au 30 septembre 1999. *La revue Prescrire*, 2001, **21**, p12-13

40.LRP. Toxicomanie, buprénorphine et Méthadone en France. *La revue Prescrire*, 2001, **21**, p223

41.LAGARDE B. Un nouvel instrument de soins . Toxicomanie, la voie de la substitution *Santé mentale*, 1998, **25**, p25-27

42.LAQUEILLE X, LAUNAY C, PETIT JEAN F, OLIE JP. Prise en charge de la toxicomanie à travers la loi du 31/12/1970. *EMC Psychiatrie*, 1999, **37**, p901.

43.LASCAR P., EDEL Y. Toxicomanies : les traitements de substitution. *Perspectives psy*, 1997, **36**, p87-101

44.M de DUCLA. Comparaison entre 4 réseaux de soins du suivi de patients pharmacodépendants aux opiacées traités par buprénorphine haut dosage *Annales de médecine interne*, 2000, **151**, Ed. MASSON

45.MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) ; CFES (Comité Français d'Education pour la Santé). Drogue, savoir plus, risquer moins. Drogues et dépendances, le livret d'information, ce qu'il faut savoir. Ed 2000

46.Ministère de l'emploi et de la solidarité ; Direction générale de la santé
Bilan des comités de suivi départementaux des traitements de substitution exercice 1998

47.Ministère du travail et des affaires sociales ; Direction générale de la santé
Etude des réseaux toxicomanie-ville-hôpital 1995

- 48.M T.** Méthadone, ce que change la nouvelle AMM. *Le moniteur des pharmaciens*, 2002, 2499, p10-11.
- 49.N B.**, Toxicomanie, les nouvelles addictions. *Décision santé, le pharmacien hôpital*. 2000, 166, p9-11.
- 50.NOËL P.** Résultats de l'enquête-questionnaire de l'Information psychiatrique
La place du secteur dans la prise en charge des patients toxicomanes en ambulatoire
L'information psychiatrique, 1999, 1, p25-29
- 51.NORTIER E.** Les nouvelles thérapeutiques. Modalités de prescription et de suivi.
L'information psychiatrique, 1999, 1, p47-51
- 52.OFDT** (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies). Drogues et
Toxicomanies. *Indicateurs et tendances*, Ed 1999.
- 53.PAUMONT C.** Nouveaux comportements : Subutex® et pratiques de substitution
Le pharmacien hôpital, 1997, 106 supplément n°8, p28-29
- 54.ROLANDO J.** Marques et remarques . Toxicomanie, la voie de la substitution
Santé mentale, 1998, 25, p28-29
- 55.ROSZAK M.** Les obligations de soins pour les usagers de produits psychotropes
Synapse, 1999, 161, p19-30
- 56.STAMBUL B.** La prescription de Subutex® : nouvelles opportunités, nouveaux risques
L'information psychiatrique, 1999, 1, p63-65
- 57.STAMBUL B., SIRIGNANO F., ANDRIEU E., et al.** Le secteur en première ligne.
Toxicomanie, la voie de la substitution. *Santé mentale*, 1998, 25, p30-33

58.TOUZEAU D. Soigner les usagers de drogues ? Toxicomanie, la voie de la substitution
Santé mentale, 1998, **25**, p19-24

59.TOUZEAU D. L'injection est-elle une addiction ? *Le courrier des addictions*, 2000,
supplément du n°1.

60.TOUZEAU D. Toxicomanies et institutions. *Mémoires de psychiatrie*, 1983.

61.VIGNAU J. Réseaux, filières. *L'information psychiatrique*, 1999, 1, p41-43

62.VIGNAU JP, NUSS P, IMBERT E et al. Le praticien, l'injection, le toxicomane. *Le
courrier des addictions*, 2000, 2, p2-12.

63.VILLEGER P., LOMBERTIE E.R., LEGER J.M. Intérêts et limites des traitements de
substitution. *Annales de psychiatrie*, 1998, **13**, p262-266

64.YAHI M., SABATIE J. (association Graphiti Toulouse). Enquête auprès de
pharmaciens d'officine en Haute-Garonne, 1997.

Sites internet consultés en Février 2001

65. www.cnid.org

66. www.ofdt.fr

www.drogues.gouv.fr

• 67. Le plan triennal.

68. www.didro.net

69. www.legifrance.gouv.fr

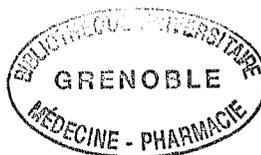
www.CAAT.org (centre d'aide et d'accueil en toxicomanie).

• 70. La drogue et la toxicomanie, un phénomène mondial.

- 71.Prise en charge des toxicomanes.
- 72.Les circuits juridiques et sanitaires : la loi de 1970 et ses effets.
- 73.Distinguer les différents usages.

Site internet consulté en Juillet 2002 :

74.www.cnr.asso.fr





Serment des Apothicaire

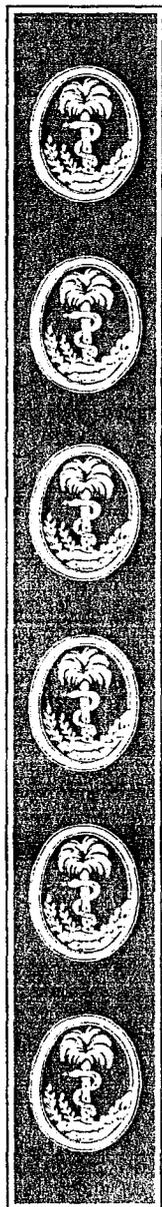
Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



La prise en charge des toxicomanes en ambulatoire

Résumé :

Différentes drogues illicites sont sur le marché. La législation concernant les toxicomanes a été modifiée et préfère les considérer comme patients plutôt que délinquants. La loi de 1970 concernant l'injonction thérapeutique fut reprise de nombreuses fois, surtout en ce qui concerne les trafics de drogues. Les soins sont obligatoires ou non, selon les circonstances d'entrée du patient dans le système de santé. Plusieurs structures d'accueil existent, notamment avec des cellules médicales, sociales et psychologiques qui permettent une prise en charge globale du patient. En 1995, les traitements de substitution ont fait leur apparition. Le traitement par la Méthadone® avait beaucoup de contraintes pour le patient et la délivrance ne s'effectuait que dans des centres spécifiques appelés CSST (centre spécialisé de soins en toxicomanie). Le Subutex® fut beaucoup plus facile d'accès. Il est prescrit par les généralistes et délivré en ambulatoire. Désormais, la Méthadone® bénéficie d'une extension d'AMM avec l'autorisation pour des praticiens hospitaliers d'établir une primo prescription. Différents problèmes ont été rencontrés avec ces traitements de substitution : la revente au marché noir, l'injection de ces produits ou la multiplication des drogues à côté de ces médicaments. De nombreux professionnels attendent des modifications de la législation autour des produits de substitution. Diverses études pilotes sur les modalités de prise en charge du patient ou du suivi sont en cours, mais il est encore trop tôt pour connaître le réel bénéfice qu'elles pourraient apporter.

Mots clés : Toxicomanes – Substitution - Subutex – Méthadone – Réseau ville-hôpital