UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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 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 : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.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/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2008 N° 108

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Caroline ZABEL

le 15 octobre 2008

ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES EN MEDECINE DE VILLE

Enquête de pratiques professionnelles auprès des praticiens généralistes et des pharmaciens du secteur sanitaire de Saint-Nicolas-de-Port (Meurthe-et-Moselle).

Examinateurs de la thèse :

Président :
M. le Professeur Henri LAMBERT
Juges :
M. le Professeur Jean-Pierre KAHN
M. le Professeur Raymund SCHWAN
M. le Docteur Paolo DI PATRIZIO

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2008 N°

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Caroline ZABEL

le 15 octobre 2008

ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES EN MEDECINE DE VILLE

Enquête de pratiques professionnelles auprès des praticiens généralistes et des pharmaciens du secteur sanitaire de Saint-Nicolas-de-Port (Meurthe-et-Moselle).

Examinateurs de la thèse :

Président :
M. le Professeur Henri LAMBERT
Juges :
M. le Professeur Jean-Pierre KAHN
M. le Professeur Raymund SCHWAN
M. le Docteur Paolo DI PATRIZIO

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :	
du 1er Cycle :	**M. le Professeur François ALLA**
du 2ème Cycle :	**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
Filières professionnalisées :	**M. le Professeur Christophe CHOSEROT**
Prospective :	**M. le Professeur Laurent BRESLER**
FMC/EPP :	**M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER – Paul SADOUL
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX
Michel MANCIAUX – Pierre PAYSANT- Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX
Jean DUHEILLE - Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH
Michel PIERSON - Jacques ROBERT - Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET - Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE
Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT
Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER - Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER
Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-Pierre NICOLAS
Francis PENIN – Michel STRICKER - Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE
Jean-Pierre MALLIÉ - Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire (type mixte : biologique)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET – Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Docteur François SCHOONEMAN

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***

Docteur Lina BEZDETNAYA épouse BOLOTINE

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT
Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET
Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET
Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre Président du Jury

Monsieur le Professeur H. LAMBERT,

Professeur de Réanimation Médicale,

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Vous nous avez accueillis avec gentillesse et simplicité.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Juge

Monsieur le Professeur J.P. KAHN,

Professeur de Psychiatrie d'Adultes.

Vous avez accepté avec simplicité, spontanéité et grande bienveillance de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'assurance de nos sincères remerciements ainsi que de notre profonde gratitude.

A notre Juge

Monsieur le Professeur R. SCHWAN,

Professeur de Psychiatrie d'Adultes.

Vous avez accepté avec simplicité, spontanéité et grande bienveillance de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'assurance de nos sincères remerciements ainsi que de notre profonde gratitude.

A notre directeur de thèse

Monsieur le Docteur P. DI PATRIZIO,

Docteur en Médecine Générale.

Vous nous avez fait l'honneur de nous guider tout au long de ce travail avec beaucoup de gentillesse et de disponibilité. Nous avons été sensibles à votre enthousiasme, votre soutien, votre confiance et surtout votre grande patience.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Aux médecins généralistes et pharmaciens du secteur sanitaire de Saint-Nicolas-de-Port que je remercie pour le temps que vous avez bien voulu me consacrer. Sans votre participation, ce travail n'aurait pu aboutir.
Soyez assurés de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

A Pascal. Toi qui m'a accueillie dans ton cabinet et dans ta famille avec tellement de gentillesse. J'ai été particulièrement sensible à l'attention que prêtais pour me faire découvrir les attraits de ce métier.
Sois assuré de mon amicale reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Maman, à ton soutien de chaque instant, aux valeurs que tu m'as transmises. Merci de t'être sacrifiée pour moi ; merci d'avoir toujours été présente pour faire mon bonheur, malgré les péripéties de la santé et de la vie. Tu as grandement participé à mon évolution et je te dois un peu d'avoir mené ce travail à bien.
Sois assurée de tout mon amour.

A Mémère et Pépère. Aux doux moments de mon enfance, aux petits-déjeuners au lit, aux câlins parfumés d'odeur de pipe. Vous qui m'avez aider à grandir dans le respect de la vie, entourée de tout votre amour.
Tendre souvenir.

A Christian,
A Dany,
A Jeanine,
A Annie,
A Sara.
Pour votre lecture critique et votre collaboration à la réalisation de ce travail.
Soyez assurés de mon amicale reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A ma famille,
A mes amis.
Vos encouragements ont souvent été la bouffée d'oxygène qui me ressourçait dans les moments pénibles de solitude devant mon ordinateur. Merci pour ces petits mots, ces petits gestes, aussi humbles soient-ils. Merci de m'avoir apporté votre soutien et votre amour.
Soyez assurés de toute mon affection.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 17

PREMIERE PARTIE 20

1. DROGUE ET TOXICOMANIE : DEFINITIONS ET CONCEPTS 21
   1.1. DROGUES - PRODUITS PSYCHOACTIFS 21
   1.2. COMPORTEMENTS D'USAGE 23

2. USAGES ET ABUS : D'HIER A AUJOURD'HUI 26
   2.1. BASES HISTORIQUES D'UN PHENOMENE SOCIAL 26
   2.2. TENDANCES ACTUELLES, DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES 27
      2.2.1. CONSOMMATION DE DROGUES DANS LA POPULATION FRANCAISE 27
      2.2.2. CONSEQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES 29

3. LEGISLATION FRANCAISE SUR LES STUPEFIANTS 30
   3.1. PREMICES 30
   3.2. LA LOI DU 31 DECEMBRE 1970 31
   3.3. QU'EN EST-IL EN 2008 ? 33

4. POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES 35
   4.1. DEFINITION 35
   4.2. OBJECTIFS 36
   4.3. MISE EN ŒUVRE 37
      4.3.1. LE MATERIEL D'INJECTION 37
         4.3.1.1.L'accès aux seringues stériles 37
         4.3.1.2.La désinfection des seringues : les programmes de promotion de l'eau de javel 38
      4.3.2. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION 39
         4.3.2.1.Les traitements par la méthadone 39
         4.3.2.2.La buprénorphine haut dosage (Subutex®) 40
      4.3.3. LES ACTIONS DITES « A BAS SEUIL » 40
      4.3.4. LES GROUPES D'AUTO-SUPPORT 41

5. L'ORGANISATION DES SOINS EN FRANCE 41
   5.1. LES DISPOSITIFS SPECIALISES 41
      5.1.1. LES STRUCTURES DE SOINS SPECIALISEES 41
      5.1.2. LES DISPOSITIFS DE PREVENTION 45
      5.1.3. AIDE TELEPHONIQUE 46
      5.1.4. ORGANISMES NATIONAUX DE COORDINATION 47
   5.2. LES STRUCTURES NON SPECIALISEES 47
      5.2.1. LES MEDECINS GENERALISTES 47
      5.2.2. LES PHARMACIENS 49

DEUXIEME PARTIE 50

1. **OBJECTIFS DE L'ENQUETE** 51

2. **METHODOLOGIE** 52
   2.1. POPULATION CIBLE 52
   2.2. MATERIEL ET METHODE 52

3. **RESULTATS** 54
   3.1. RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES MEDECINS 54
      3.1.1. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS AYANT REFUSE DE REPONDRE A L'ENQUETE 54
      3.1.2. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS AYANT REPONDU A L'ENQUETE 55
      3.1.3. SENSIBILISATION DES MEDECINS AU PROBLEME DE LA TOXICOMANIE 56
      3.1.4. ACTIVITE EN TOXICOMANIE 61
      3.1.5. ATTITUDES DES MEDECINS ENVERS LES PATIENTS TOXICOMANES 63
         3.1.5.1.Pratiques 63
         3.1.5.2.Prescriptions 67
         3.1.5.3.Traitements de substitution 67
      3.1.6. ORIENTATIONS ET PARTENARIATS DEVELOPPES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES 68
      3.1.7. OPINIONS 69
      3.1.8. APPROCHE QUALITATIVE 70
   3.2. RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS 73
      3.2.1. CARACTERISTIQUES DES PHARMACIENS AYANT REPONDU A L'ENQUETE 73
      3.2.2. SENSIBILISATION DES PHARMACIENS AU PROBLEME DE LA TOXICOMANIE 74
      3.2.3. ACTIVITE EN TOXICOMANIE 74
      3.2.4. ATTITUDES DES PHARMACIENS ENVERS LES PATIENTS TOXICOMANES 75
         3.2.4.1.Pratiques 75
         3.2.4.2.Prescriptions 76
         3.2.4.3.Traitements de substitution 76
      3.2.5. ORIENTATIONS ET PARTENARIATS DEVELOPPES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES 78
      3.2.6. OPINIONS 79
      3.2.7. APPROCHE QUALITATIVE 79

TROISIEME PARTIE 82

1. **FORMATION** 83
   1.1. SENSIBILISATION DES MEDECINS AU PROBLEME DE LA TOXICOMANIE 83
   1.2. ACTIVITE EN TOXICOMANIE 85

2. **PARTENARIAT** 89
   2.1. LE PHARMACIEN 89
   2.2. LE CENTRE SPECIALISE DE SOINS POUR TOXICOMANES (CSST) 90
   2.3. LES PSYCHIATRES (libéraux, du centre spécialisé, du secteur) 91
   2.4. LES AUTRES CONFRERES 92
   2.5. L'HOPITAL 92
   2.6. LES PARTENAIRES SOCIAUX ET PSYCHOSOCIAUX 92
   2.7. LES ACTEURS JUDICIAIRES ET POLICIERS 93
   2.8. L'ENTOURAGE 93
   2.9. LES RESEAUX 94

3. **LA PRISE EN CHARGE EN VILLE** 96
   3.1. L'ACCUEIL 96
   3.2. LA CONSULTATION 97
   3.3. LES POSSIBILITES THERAPEUTIQUES 99
      3.3.1. LE SEVRAGE-LA SUBSTITUTION 99
      3.3.2. L'ACCOMPAGNEMENT 100

CONCLUSION 103

BIBLIOGRAPHIE 106

ANNEXES 112

ANNEXE N°1 : QUESTIONNAIRE D' ENQUETE MEDECINS 113
ANNEXE N°2 : QUESTIONNAIRE D' ENQUETE PHARMACIENS 119
ANNEXE N°3 : COURRIERS ADRESSES 125

INTRODUCTION

Si l'usage de drogues est un phénomène social répandu et représente aujourd'hui un problème de santé publique majeur, il a toujours été, dans l'histoire de l'humanité, une préoccupation permanente. La prise en charge des toxicomanes est restée pendant longtemps l'affaire de quelques uns. Cette confidentialité dans la prise en charge était concevable tant que la toxicomanie était un phénomène marginal limité à quelques franges de la population. A partir des années 1960, la popularisation et l'extension du phénomène n'a fait que progresser jusqu'à nos jours. Mais ce qui a cependant réellement bouleversé les modalités de prise en charge des toxicomanes fut l'émergence du SIDA dans les années 1980-1990. Pour répondre à la propagation de l'épidémie chez les usagers de drogues intraveineuses, et d'une façon générale, à l'importance des risques sanitaires et sociaux liés à cet usage, les autorités sanitaires françaises ont adopté une « politique de réduction des risques », plaçant la médecine de ville au cœur du dispositif de soins des sujets dépendants des opiacés.

Auparavant cette prise en charge était l'apanage d'un système de soins spécialisés. La politique publique en matière de lutte contre la toxicomanie ne reposait jusque là que sur le cadre réglementaire répressif de la loi de 1970, et proposait aux toxicomanes un accompagnement psychothérapeutique avec comme unique objectif l'abstinence. La mise en place d'une politique de réduction des risques, le développement des traitements de substitution, une conception des addictions qui évolue, des réponses thérapeutiques nouvelles ont propulsé la médecine ambulatoire sur le devant de la scène dans la prise en charge des usagers de drogues de façon assez brutale. La grande majorité des médecins généralistes et des pharmaciens n'avait aucune expérience de soins auprès de cette population, ni de formation particulière.

Pourtant plus de dix ans après, la prise en charge en ville des usagers de drogues est disparate. Certains de nos confrères refusent d'accueillir ces patients, en les stigmatisant et en prétextant une carence de formation. D'autres se surinvestissent dans ce type de prise en charge. Mais beaucoup encore, d'une manière générale, se sentent désemparés face à ce travail. Nous-mêmes à l'issue de notre cursus universitaire où nos contacts avec des patients dépendants de substances psychoactives se sont souvent limités à un abord fruste dans une structure d'urgence face à une situation de manque, un problème infectieux ou simplement d'ordre judiciaire, nous avons pu ressentir une certaine appréhension, voire un sentiment déconcerté face à un patient, une pathologie et une prise en charge différente de ce qu'on conçoit pendant notre résidanat de médecine générale. Puis au cours de notre stage chez le praticien et de nos premiers remplacements, une vision moins hospitalière avec une approche plus centrée sur le patient dans sa globalité va rendre compte d'une prise en charge pouvant s'avérer enrichissante malgré les difficultés supposées.

Ces constatations ont été à l'origine de notre travail de thèse. Pour étudier la prise en charge des toxicomanes en médecine de ville, nous avons réalisé une enquête de terrain auprès des médecins et pharmaciens du secteur sanitaire de Saint-Nicolas-de-Port.

Avant de présenter l'enquête elle-même, il nous a semblé intéressant de rappeler quelques concepts en matière de toxicomanie, de retracer l'évolution des drogues, de présenter les bases de la législation française et la politique de réduction des risques, et de détailler l'organisation actuelle des soins en France.

Dans une seconde partie, nous exposerons la méthodologie et les résultats de cette enquête, dressant ainsi un état des lieux des pratiques des professionnels de santé en ville en matière de toxicomanie.

Enfin, nous nous attacherons à repérer les difficultés et proposer des solutions qui peuvent permettre de mieux prendre en charge les patients usagers de drogues et d'améliorer la communication entre les différents acteurs de la prise en charge de ces patients.

PREMIERE

PARTIE

1. DROGUE ET TOXICOMANIE : DEFINITIONS ET CONCEPTS

1.1. DROGUES - PRODUITS PSYCHOACTIFS :

En fonction du point de vue selon lequel on l'envisage (approche juridique, clinique, toxicologique), le sens du terme « drogues » diffère. Son acception commune est plutôt orientée vers le champ des produits illicites. Il offre l'avantage de pouvoir prendre en compte l'intentionnalité du sujet dans la recherche de l'effet psychoactif du produit. La notion de produits psychoactifs donne l'apparence d'une plus grande précision, mais en réalité elle englobe des produits dont l'usage problématique est exceptionnel (café, chocolat...), donc un champ beaucoup plus large que le champ d'observation déterminé précédemment. L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) propose la définition suivante pour le terme « drogues » : « *produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non* » (1).

Les drogues sont donc des substances d'origine naturelle ou synthétique qui, lorsqu'elles sont absorbées, modifient une ou plusieurs fonctions de l'organisme humain, particulièrement l'activité mentale, les perceptions et le comportement ; ce sont des « produits psychoactifs ». Elles provoquent des troubles physiques et psychiques. Les drogues modifient la perception de la réalité et la façon de réagir face à cette réalité. Leur usage présente des dangers pour la santé et le comportement social. Il peut entraîner des accidents de toute nature. Il peut également conduire à la dépendance. Leur usage peut être légal ou non. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'alcool et le tabac sont des drogues, ils répondent en effet à la définition précédente.

Utilisés plus particulièrement par le milieu médical, plusieurs classements des drogues, plus ou moins compliqués, ont été élaborés au fil des décennies en prenant en compte leurs effets sur le cerveau. La classification de Thuillier et Pelicier élaborée en 1991, classe les produits en trois grandes catégories selon leurs effets sur le cerveau (2) :

- les **stimulants** (psychoanaleptiques) qui stimulent le fonctionnement du système nerveux : tabac, cocaïne, crack, médicaments stimulants (amphétamines et autres dopants), ecstasy, GHB. Ces produits favorisent temporairement un état d'éveil et d'excitation et réduisent la fatigue. Ils induisent un sentiment fallacieux d'assurance et de contrôle de soi. L'effet

est généralement suivi d'un état d'épuisement et de dépression. Ils conduisent fréquemment à la dépendance psychique et peuvent induire, à forte dose, des conséquences graves : paranoïa, dépression sévère, fatigue généralisée. Ils sont aussi la cause d'accidents par surestimation de ses capacités.

- les **hallucinogènes** (psychodysleptiques) ou perturbateurs qui perturbent le fonctionnement du système nerveux : cannabis et produits dérivés, produits volatils (colles et solvants, anesthésiques volatils), kétamine, LSD, champignons hallucinogènes etc. Ces produits provoquent une perturbation de la perception de l'environnement et de la réalité : modification de la perception du temps et de l'espace, sensibilité exacerbée aux couleurs et aux sons. A long terme, ils peuvent modifier durablement la personnalité du consommateur qui ne peut plus composer avec les éléments de la réalité.

- les **dépresseurs** (psycholeptiques) qui ralentissent le fonctionnement du système nerveux : alcool, médicaments tranquillisants et somnifères (barbituriques, benzodiazépines...), opiacés (héroïne, méthadone, codéine, morphine...). Ces produits entraînent une sensation de détente et de rêve ainsi qu'une perte d'inhibition. Ils conduisent fréquemment à la dépendance physique et peuvent induire, à forte dose, des conséquences graves (arrêt cardiaque ou respiratoire). Ils sont également la cause de multiples accidents par perte de vigilance et de contrôle de soi.

Le cadre juridique, selon l'article L.5132-1 du Code de la Santé Publique, classe les "substances vénéneuses", en 4 catégories en fonction de leur toxicité et de leur dangerosité :

- les **substances stupéfiantes** (morphine, cocaïne, héroïne, cannabis, etc.)
  Les stupéfiants sont les produits les plus toxiques. La production, la distribution et l'usage de ces stupéfiants sont sévèrement réglementés et, pour certains d'entre eux, notamment l'héroïne, totalement interdits. Il y a sur la liste des stupéfiants plus de 170 plantes et substances dont : les stupéfiants de la convention de 1961 : coca, opium, cannabis et leurs dérivés (morphine, héroïne, méthadone, cocaïne, résine de cannabis, ...) ; certains psychotropes de la convention de 1971 : hallucinogènes, amphétamines, la MDMA (ecstasy) ; les champignons hallucinogènes, le khat, deux précurseurs chimiques : la phénylacétone et l'acide lysergique (précurseur du LSD) ; les nouvelles drogues de synthèse : MBDB, 4MTA, kétamine, etc.

- les **substances psychotropes** (médicaments, antidépresseurs, tranquillisants, hypnotiques, etc.)
  Les psychotropes correspondent aux substances de la convention de 1971 non classées stupéfiants : benzodiazépine, barbituriques, zalepone, zopiclone, etc.

- les **médicaments "inscrits sur les listes I et II"**
  Les médicaments "inscrits sur les listes I et II" sont définis par l'article L.5132-6 du Code de la santé publique. Ce sont des médicaments délivrables seulement sur ordonnance et dont l'ordonnance est "non renouvelable" (liste I) ou "renouvelable" (liste II).

- les **substances dangereuses** (éther, acides, etc.)
  Les substances dangereuses sont des substances, destinées au commerce, à l'industrie ou à l'agriculture, et classées par les ministères concernés en huit sous-catégories : très toxiques, toxiques, nocives, corrosives, irritantes, cancérogènes, tératogènes ou mutagènes.

Ce classement reprend, pour une large part, les règles du classement international fixées par les trois conventions internationales de 1961, 1971 et 1988 sur le contrôle des drogues, règles qui définissent quatre listes de I (les plus dangereuses) à IV (les moins dangereuses).

La répartition des substances au sein de ces quatre catégories n'obéit à aucun critère générique, elle est effectuée par arrêté du ministre de la santé. Il n'existe ainsi pas une définition générale du "stupéfiant", cette qualification se fait produit par produit, en fonction du potentiel d'abus de la substance, de son danger pour la santé et du niveau de contrôle que l'on souhaite lui appliquer.

Les produits dopants relèvent d'une liste spécifique, fixée par l'arrêté du 2 février 2000 des ministres des Sports et de la Santé, à partir notamment de la liste officielle du Comité International Olympique (CIO).

1.2. COMPORTEMENTS D'USAGE

En France sous le terme de toxicomanie, on a longtemps amalgamé des pratiques consommatoires hétérogènes englobant la nature des produits, les modes de consommations, les personnes qui consomment et la sévérité des problèmes.

Louise Nadeau, professeur de psychologie à l'université de Montréal, propose de distinguer quatre modèles de compréhension au cours de l'histoire (3) (4) :

- Le **modèle moral ou religieux**. Avant l'époque moderne, la façon naturelle d'aborder l'intempérance, les abus et les excès de toute sorte a sans doute été un regard religieux ; les prêtres puis les médecins qui exerçaient un « art sacré », avaient pour tâche de prescrire ou de proscrire, de façon rituelle l'usage de drogues. Dans ce cadre, l' intempérance est un vice ou un crime et relève de la justice…

- Le **modèle « monovarié »** de maladie de type « intoxication ». A l'opprobre peut succéder la compassion ; à la punition, le traitement ou la réadaptation ; que le toxique soit la cause du mal entraîne logiquement l'idée de son éradication…

- Le **modèle « bivarié »** de la théorie de générale de la dégénérescence proposée par Benedict Augustin Morel en 1857. Dans cette conception, certains individus sont considérés comme plus faibles que d'autres, à la fois sur le plan intellectuel, physique et moral. Cette faiblesse constitutionnelle est transmise par l'hérédité et aggravée par des causes extérieures…

- Le **modèle « trivarié »** où Claude Olivenstein dit que le phénomène de dépendance est le « fruit de la rencontre d'une personnalité, d'un produit, et d'un moment socioculturel ».

Les tendances actuelles de la compréhension du phénomène s'orientent vers une approche globale des comportements de consommation ou pratiques addictives. Cette approche permet de se dégager de toute référence idéologique et évite de se centrer exclusivement sur les produits, bien qu'ils aient un potentiel addictif qui leur est propre.

Ainsi la communauté scientifique internationale, suivant en cela l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la CIM 10 et l'Association Américaine de Psychiatrie dans le DSM IV, s'accorde aujourd'hui pour reconnaître trois comportements distincts de consommation de substances psychoactives : l'usage, l'usage nocif et la dépendance (1).

L'**usage** est entendu comme une consommation qui n'entraîne pas de dommages. Cette consommation peut varier dans son intensité et peut être qualifiée d'expérimentale, d'occasionnelle ou de régulière.

L'**usage nocif** (ou abus) est entendu comme une consommation qui implique, ou peut impliquer, des dommages de nature sanitaire (somatique ou psychique), sociale (incapacité de remplir des obligations : au travail, à l'école, en famille, etc.) ou judiciaire. Ils peuvent dépendre de contextes particuliers d'utilisation (conduite automobile, grossesse) et, enfin, être causés par l'usager à lui-même ou à un tiers. Au regard de leur définition, les concepts d'usage nocif et d'abus impliquent une répétition ou une pérennité du comportement.

La **dépendance** est entendue comme un comportement psychopathologique présentant des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif du produit, la difficulté à contrôler sa consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.

La nouvelle approche consistant à regrouper les comportements de consommation de toutes les substances psychoactives en un seul ensemble se fonde sur deux arguments :

- Toutes les substances psychoactives sont des substances psychotropes agissant sur un ou plusieurs neuromédiateurs modifiant le comportement du consommateur. Les données scientifiques actuelles tendent à montrer que toutes substances psychoactives seraient susceptibles d'induire des désordres psychocomportementaux et une dépendance psychologique et physique à plus ou moins long terme.
- Le comportement de dépendance présente les mêmes caractéristiques cliniques et utilise les mêmes mécanismes neurobiologiques quel que soit le produit qui l'a induit. Ce dernier argument a ouvert le champ à la notion de **conduite addictive** (5).

Goodman, psychiatre anglais, a formulé en 1990 une définition de l'addiction en la décrivant comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (6).

L'addiction inclut les comportements pathologiques de consommation de substances psychoactives que sont l'usage nocif ou abus et la dépendance.

Cette approche unifiée des comportements de consommation contribue à moins tenir compte de la substance utilisée par le consommateur, et à développer ainsi une conception plus large de prise en charge. Un tel projet thérapeutique s'avère, en pratique, être un travail relationnel de longue durée, se déroulant par étapes, sur plusieurs années en général.

2. USAGES ET ABUS : D'HIER A AUJOURD'HUI

2.1. BASES HISTORIQUES D'UN PHENOMENE SOCIAL (7) (8)

La notion de drogue, entendue ici dans son acceptation la plus large, c'est-à-dire comme « substance pouvant altérer les états de conscience de l'homme », semble remonter aux premières civilisations humaines (9). C'est ce dont témoignent les premières références à l'utilisation d'opiacés qui remontent aux époques sumérienne et babylonienne (3000 avant J.C). Toutefois, ce n'est qu'au cours du 19ème siècle, consacré comme « le siècle des stupéfiants » (10), qu'est apparu un usage hédonique de la drogue. Les conduites toxicomaniaques renvoient dès lors à une recherche de plaisir personnel et à un démarquage social (11).

C'est en effet au 19ème siècle qu'il est possible aux chimistes d'extraire les principes actifs des drogues végétales pour fabriquer des médicaments antalgiques. Ainsi les alcaloïdes de l'opium sont découverts dès 1803 pour la narcotine, puis la morphine en 1804 et la codéine en 1833. Les progrès technologiques en chimie conduisent à la découverte en 1958 de l'héroïne par diacétylation de la morphine : utilisée comme antitussif et antalgique, elle est le traitement « héroïque » de la tuberculose. La cocaïne est isolée du coca en 1859 par Nieman : reconnue initialement pour ses propriétés psychostimulantes, elle est très utilisée en ophtalmologie comme anesthésique local, puis en ORL (12).

Ainsi tout au long du 19ème siècle, des médicaments sont inventés ; mais en même temps que l'on découvre une certaine iatrogénie de ces produits, ceux-ci font l'objet de détournements non médicamenteux. En 1876, on parle de « morphinisme ». Cependant le suffixe « isme » connotant l'intoxication passive, comme pour le saturnisme autre fléau du siècle, apparaît vite inadéquat. On parle alors de « morphiné » pour celui qui « court après la morphine ». Puis on redécouvre le terme « morphiumsucht », apparu précédemment en 1875 sous la plume d'un grand spécialiste allemand Levinstein, que l'on traduit par morphiomanie, puis morphinomanie, terme définitivement adopté par Ball en 1884. Ainsi éthérisme devient éthéromanie, cocaïnisme cocaïnomanie. En 1899, la Société de Médecine et de Clinique Pratique emploie pour la première fois le mot « toxicomane ». Ce terme passe à la postérité en 1909 par La Presse Médicale qui publie un article de Viel : « La toxicomanie » (13).

A partir de là, ce fléau social progresse rapidement jusqu'à nos jours. Mais qui dit phénomène social, dit également phénomène évolutif. Et contrairement à ce que l'on pourrait penser, les différences ne se situent pas tant

du côté des produits, que plutôt du côté des usagers. Ainsi ces trente dernières années voient une évolution en trois grandes vagues successives :

- Les années 60-70 : le LSD domine le marché, accompagné d'un mouvement psychédélique, chez des usagers jeunes, peu nombreux et plutôt bien insérés.
- Les années 70-80 : la drogue dominante devient alors l'héroïne et l'idéologie est tout autre avec une vision du monde beaucoup plus sombre.
- Depuis les années 80, de profondes modifications apparaissent avec une explosion du phénomène essentiellement marqué par la polytoxicomanie.

2.2. TENDANCES ACTUELLES, DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Les analyses épidémiologiques disponibles sur la pharmacodépendance ne permettent qu'un éclairage partiel et imprécis sur ce phénomène complexe et polymorphe tant la réalité est largement dépendante des sources d'information. Le manque de données dans certains domaines est sans doute, dans l'étude de ce phénomène, encore plus vrai que pour d'autres, mais la mobilisation des sources d'information disponibles offre une photographie du phénomène des drogues et des dépendances.

Le rapport annuel de l'ONU sur les drogues au niveau mondial, publié le 29 juin 2005, fait état de 200 millions de consommateurs de stupéfiants dans le monde et d'un chiffre d'affaires de 320 milliards de dollars. L'ONU affirme que 5 % de la population mondiale a consommé des drogues illégales.

2.2.1. CONSOMMATION DE DROGUES DANS LA POPULATION FRANCAISE

En population générale adulte, les drogues licites ont été expérimentées par une grande majorité de Français. Consommées de façon répétée ou régulière par de larges fractions de la population, elles représentent une part importante des consommations problématiques de drogues.

L'expérimentation, et plus encore la consommation actuelle, de drogues illicites est plus marginale. En dehors du cannabis, déjà expérimenté par un Français sur cinq, les autres produits ne concernent qu'une faible part de la population. Les consommations de drogues touchent plutôt les hommes et les jeunes adultes.

Une estimation du nombre de « consommateurs de drogues illicites à problèmes » susceptibles de subir des dommages importants sur le plan sanitaire, social ou pénal, peut être approchée par celles, plus restreintes, portant sur le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes. L'association fréquente des consommations d'opiacés et de cocaïne par ceux-ci ne permet pas d'établir des estimations pour chacun de ces produits. Pour l'héroïne et la cocaïne, substances beaucoup plus rarement consommées, mais susceptibles néanmoins d'entraîner des dommages importants pour un nombre non négligeable d'usagers, l'OFDT s'attache depuis quelques années à améliorer l'estimation de leur nombre. Les méthodes de calcul utilisent des indicateurs indirects (demandes de traitement, interpellations, cas de Sida, etc.) et s'appuient sur les standards européens définis en la matière. L'application à la France du protocole européen donne, pour l'année 1999, une fourchette d'estimations de 150 000 à 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes (1) (14).

Les premiers résultats de l'enquête « Baromètre santé 2005 » réalisée par l'INPES rendent compte des tendances actuelles. En 2005, un tiers (32,4 %) des 15-64 ans déclarent avoir déjà consommé au moins une drogue illicite au cours de leur vie. Trois individus sur dix (30,6 %) signalent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie et un peu plus de quatre sur dix (43,1 %) déclarent s'en être déjà vu proposer. Ces résultats confirment la place spécifique du cannabis parmi les drogues illicites observées en France depuis le début des années quatre-vingt-dix : c'est la drogue illicite la plus disponible et la plus expérimentée. Pour les autres drogues illicites, l'expérimentation reste plus rare : elle concerne moins de 4 % des 15-64 ans pour le poppers, qui est le produit le plus expérimenté après le cannabis. La consommation dans l'année ne dépasse pas 1 % pour chacune d'entre elles. D'une manière générale, la prévalence de la consommation de produits illicites est plus importante chez les hommes que chez les femmes et chez les moins de 30 ans. En termes d'évolution entre 2000 et 2005, l'expérimentation et l'usage occasionnel de l'ecstasy et de la cocaïne ont enregistré des hausses significatives, bien que restant à des niveaux très bas : de l'ordre de 0,5 % d'usagers au moins occasionnels. L'expérimentation du cannabis a connu une hausse assez nette, passant de 24,9 % à 30,6 % entre 2000 et 2005, mais les jeunes ne s'avèrent pas concernés par cette hausse. L'usage occasionnel et l'usage récent de cannabis se maintiennent dans l'ensemble de la population ; ils baissent chez les plus jeunes. La consommation régulière augmente de manière significative chez les hommes comme chez les femmes (15).

2.2.2. CONSEQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES

Les conséquences problématiques des usages de drogues illicites restent largement dominées par la consommation d'héroïne, qui demeure le principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites, notamment depuis la mise sur le marché des traitements de substitution. Parmi cette population, l'injection intraveineuse était fréquemment pratiquée au cours des années 1990. Cette pratique est actuellement en régression.

Les prises en charge liées au cannabis sont de plus en plus nombreuses depuis l'avènement des consultations spécialisées ces dernières années (15 % en 1999).

Le nombre de décès consécutifs à l'usage de drogues illicites continue à diminuer (tendance amorcée en 1994). Les données les plus rapidement disponibles proviennent de l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS) et correspondent aux surdoses portées à la connaissance des services de police, car faisant l'objet d'une enquête de police. Cette tendance corrobore les données recueillies par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) qui rassemble les informations en provenance des certificats de décès, sans qu'il soit possible de vérifier s'il s'agit ou non des mêmes décès. Le nombre de décès par surdose enregistrés par les services de police a été divisé par près de cinq entre le maximum enregistré en 1994 (564 décès) et le niveau le plus bas atteint en 2000 (120 décès). La tendance s'explique en majeure partie par la baisse des cas de surdoses liées à l'héroïne qui, bien que correspondant encore à près de 6 décès sur 10, diminuent en valeurs absolues et relatives depuis 1995. Le développement des traitements de substitution et la baisse de la consommation d'héroïne sont des facteurs explicatifs. Par ailleurs, il est possible de penser que le nombre de ces décès a atteint un seuil incompressible. La baisse s'est toutefois réduite depuis 1999, coïncidant peut-être avec le nouvel engouement pour l'héroïne rapporté par les observations de terrain. Parallèlement à la baisse des décès par surdose liés à l'héroïne, ceux liés à la cocaïne, bien que limités à une dizaine, ont de plus en plus de poids dans l'ensemble des surdoses et, surtout, ceux attribuables aux médicaments correspondent actuellement à près d'un décès sur trois (il s'agit le plus souvent des médicaments habituellement consommés par les héroïnomanes, en substitution ou non : Subutex®, Méthadone®, Skenan®, Tranxène®...).

La prévalence du VIH poursuit la baisse entamée au début des années 1990. Elle est de 16 % pour les usagers injecteurs en 1999. La prévalence du VHC augmente et atteint un niveau très élevé : 63 % pour les usagers injecteurs en 1999 (1) (14).

3. LEGISLATION FRANCAISE SUR LES STUPEFIANTS

3.1. PREMICES

Les politiques françaises face aux drogues sont demeurées pendant très longtemps uniquement fondées sur le principe du prohibitionnisme. La répression de l'usage et du trafic a été un objectif jugé beaucoup plus important que la prise en charge des usagers de drogues.

Le premier texte législatif est une ordonnance royale du 19 juillet 1845. Il réglemente la vente, l'achat et l'utilisation des substances vénéneuses, parmi lesquelles l'opium, la morphine et la cocaïne. Il a pour objectif d'interdire le détournement de l'usage pharmaceutique de ces produits à des fins criminelles (16).

Le premier texte de loi répressif date du 12 juillet 1916 (J.O. du 14/07/1916) (17). Il crée le délit d'usage en société et sanctionne la production d'ordonnances fictives. Le cannabis est ajouté à la liste des substances vénéneuses. Ce texte invente la notion de « stupéfiant » en classant les substances vénéneuses en trois tableaux : A : toxiques ; B : stupéfiants ; C : dangereux. Ce terme juridique de stupéfiant avait déjà provoqué un débat à l'Assemblée nationale du fait de son absence de fondement scientifique (18). Le vote de cette loi s'inscrit dans un courant international de prohibition avec la réunion en 1909 de la commission de Shangaï qui limite le commerce de l'opium, et le vote en 1911 de la première convention internationale de La Haye qui renforce la restriction de production, d'importation et d'usage des opiacés (19).

Une Commission interministérielle des stupéfiants, qui deviendra la Commission des stupéfiants et des psychotropes, est instituée en 1930 en application de la Convention de Genève de 1925. Son rôle est alors de réglementer les conditions dans lesquelles doivent être stockés et utilisés les stupéfiants par les industries pharmaceutiques. La période 1916-1939 est marquée par la diffusion de nouveaux usages et pratiques illégales dans la distribution d'opiacés, et par un rajeunissement des consommateurs. La loi offre alors toujours aussi peu de réponses à la situation médicale d'individus qui échappent au système de soins. Le glissement vers la figure d'un « toxicomane-délinquant » s'opère dès lors, entre les deux Guerres mondiales, et consacre la double prise en charge de l'usager par les institutions pénales et médicales (20).

La première loi globale en matière de stupéfiants est la loi 53-1270 du 24 décembre 1953, adoptée sous les pressions de l'ordre médical et des instances internationales. Pour la première fois, la loi comprend un volet sanitaire puisqu'elle introduit la notion d' « usager-malade » et énonce l'idée d'une prise en charge spécifique des toxicomanes. Elle permet au juge d'astreindre le toxicomane à une cure de désintoxication. Cette mesure ne sera toutefois jamais mise en vigueur, le règlement d'administration publique prévu pour son application n'ayant jamais été publié.

La collaboration internationale se précise avec l'adoption de deux conventions dans le cadre des Nations Unies, la première en 1961 sur les stupéfiants, et la deuxième en 1971 sur les psychotropes. Elles ont pour objet l'interdiction des drogues sans réelle valeur thérapeutique et limitent à des fins exclusivement médicales et scientifiques la production, la fabrication, le commerce et la délivrance aux particuliers des drogues utilisées en médecine (21). C'est dans ce contexte de mise en place d'un arsenal répressif international qu'est votée la loi de 1970 qui marque une étape décisive dans l'élaboration du système français en matière de stupéfiants et de toxicomanies. Elle constitue l'aboutissement d'une logique répressive initiée au début du siècle.

3.2. LA LOI DU 31 DECEMBRE 1970

La loi du 31 décembre 1970 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses » est le texte de référence actuel malgré les quelques modifications qui y ont été apportées depuis.

Celle-ci s'articule autour de trois axes :

- la répression du trafic ;
- l'interdiction de l'usage et la proposition d'une alternative thérapeutique ;
- la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers (22) (23).

Le texte comporte, en premier lieu, un volet répressif qui sanctionne le trafic sous toutes ses formes. Le législateur prévoit des mesures et des peines exceptionnellement sévères au regard du droit commun. Ainsi, concernant les procédures, la loi prévoit un délai de garde à vue au maximum de 48 heures pouvant être doublé pour tout individu soupçonné de trafic (art. L. 627 du Code de procédure pénale). Les visites, perquisitions, saisies peuvent être effectuées de jour et de nuit dans tous les locaux qui sont susceptibles d'être transformés en entrepôts de produits stupéfiants (art. L.628.8 du Code de procédure pénale). Les peines prévues dépassent dans leur ensemble le maximum légal habituellement prévu (5 ans) pour la répression des délits (1). Les modifications

législatives ultérieures complétant la loi de 1970 vont toutes aller dans le sens d'une aggravation de la répression, soit en facilitant les poursuites de certaines infractions, soit en élargissant les incriminations, soit en renforçant les incriminations applicables.

La particularité de la loi de 1970 est d'instituer la pénalisation de l'usage. Elle considère l'usager de stupéfiants comme un sujet de droit pénal. Ainsi ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants sont passibles d'un an d'emprisonnement et/ou d'une amende de 50 à 250 000 francs. Elle a pour caractéristique de ne plus faire de distinction entre drogues dures ou douces, usage en société ou privé, ou encore usage régulier ou occasionnel, et de considérer tout usage comme un délit. Cette loi s'inspire directement d'une conception prohibitionniste et répressive des drogues.

Pourtant, par l'article 355 qui mentionne que « toute personne usant de produits classés comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire », le législateur ouvre un volet sanitaire en considérant aussi « l'usager-délinquant » comme un malade pouvant bénéficier de soins qui peuvent être proposés par le juge à la place d'une sanction pénale : c'est **l'injonction thérapeutique**, nommée ainsi à partir de 1984. Mesure contraignante et non préventive, il s'agit bien d'une alternative sanitaire aux poursuites pénales sous les formes d'une procédure mixte judiciaire et sanitaire.

Par ailleurs la loi prévoit la gratuité et l'anonymat des soins dans le cadre d'une prise en charge sanitaire et sociale conventionnée par l'Etat.

La loi de 1970 constitue un exemple du modèle des politiques publiques qui tentent de concilier la criminalisation et le soin des toxicomanes. Elle est avant tout le résultat d'un compromis entre des aspirations antagonistes : « la loi du 31 décembre 1970 cherche à établir, en ce qui concerne l'usage de stupéfiants, un compromis entre pénalisation et traitement, en associant l'injonction thérapeutique et une sanction pénale » (23). L'un des points faibles de la loi de 1970 est toutefois son manque de cohérence et de clarté. Elle ne définit pas par exemple le terme de toxicomane auquel elle se réfère pourtant dans le titre de la loi. Ces ambiguïtés se sont traduites par un nombre excessif de circulaires émises par les Ministères de la Justice, de la Santé et de l'Intérieur : en 30 ans d'application, près de 500 circulaires ont été recensées. Elles illustrent les difficultés d'application qu'a rencontrées la loi (24).

D'autres lois font suite à celle de 1970 et accentuent la lutte contre le trafic et contre la consommation. La loi du 17 janvier 1987 crée la catégorie de l' « usager revendeur » qui ne sera pris en compte dans les statistiques

criminelles de l'OCRTIS qu'à partir de 1996. La loi de décembre 1987 renforce la lutte contre le grand trafic, et la procédure est alignée en 1994 sur celle qui est appliquée contre le terrorisme. La loi de 1996 fait de l'incitation des mineurs à la consommation un délit et permet aux associations de se constituer partie civile. Enfin, la législation des stupéfiants est rattachée en 1994 au nouveau Code pénal, à l'exception des délits d'usage qui relèvent du Code de la santé publique.

La politique française en matière de toxicomanie se caractérise en définitive par une forte continuité. La logique sociale répressive qui vise à protéger le corps social des toxicomanes, perçus comme des délinquants, reste prédominante sur la logique médicale. Mieux encore, c'est cette même logique sociale qui est à l'origine de la prise en charge sanitaire des toxicomanes, conçue comme un endiguement.

3.3. QU'EN EST-IL EN 2008 ?

Fruit du travail gouvernemental mené depuis le début de l'année avec l'ensemble des ministères membres du Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances, **le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011** vise à fixer les priorités du gouvernement d'ici 2011. Nourri de l'évaluation du plan 2004-2008 et de la consultation des principaux acteurs associatifs, il comprend 193 mesures dont 38 dans le domaine de la prévention et de la communication, 41 dans le domaine de l'application de la loi, 69 dans le domaine des soins et de la réduction des risques associés aux usages, 30 dans le domaine de la formation et de la recherche et 15 mesures au plan international.

Dans les quinze dernières années, la prise en charge des usagers de drogues, d'alcool et de tabac et la lutte contre les dommages sanitaires et sociaux associés à ces usages se sont fortement améliorées. Mais l'usage des drogues et les abus d'alcool se sont maintenus à un niveau élevé ou ont même augmenté. Seuls ont diminué l'usage de l'héroïne grâce aux traitements de substitution, et celui du tabac, notamment en raison de la hausse des taxes et de l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Face à cette situation, le gouvernement a pour objectif prioritaire de faire reculer les premières consommations. Jusqu'à maintenant, la prévention des drogues illicites s'est concentrée sur les usages dits « problématiques », ce qui a pu laisser penser que l'usage sans complication apparente de santé pouvait être toléré. Il apparaît que cette politique, si elle a permis de mieux prendre en charge les usagers dépendants au plan sanitaire et de réduire les infections et autres dommages graves liés à certains usages, n'a en rien dissuadé les expérimentations du plus grand nombre et le rajeunissement des entrées en consommation.

L'augmentation des usages de la plupart des drogues s'explique notamment par une carence des politiques de prévention à laquelle le présent plan souhaite répondre. Par ailleurs il est nécessaire de faire face à l'arrivée de nouvelles substances comme la cocaïne ou les drogues de synthèse ou de nouveaux modes de consommation comme le « binge drinking » (alcoolisation massive express).

Ce plan de lutte contre les drogues et les toxicomanie est fondé sur trois orientations essentielles :

1. Prévenir les premières consommations et les usages des produits illicites ainsi que les abus d'alcool, en ciblant les jeunes, mais aussi en mobilisant leurs parents et les adultes qui les entourent.

2. Conduire une action résolue pour que l'offre des produits diminue de manière significative, notamment par la mutualisation et le partage des moyens de lutte entre tous les services en charge de l'application de la loi et les justices des Etats concernés.

3. Diversifier davantage la prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues et d'alcool, notamment :

- en formant l'ensemble des professionnels de santé au repérage précoce des addictions afin que ce repérage devienne un réflexe naturel ;
- en ciblant les populations les plus exposées et les plus vulnérables :

- renforcement des capacités d'hébergement par un partenariat entre structures de soins et d'hébergement social et par le développement de nouvelles communautés thérapeutiques,
- augmentation du nombre de jeunes accueillis dans les consultations jeunes consommateurs par une meilleure couverture géographique et une polyvalence des consultations (alcool et cocaïne notamment),
- meilleure prévention et prise en charge de l'usage de drogues et d'alcool chez les femmes enceintes ;

- en poursuivant la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues illicites, avec un renforcement des actions de lutte contre l'hépatite C ;
- en mettant l'accent sur la recherche, afin d'apporter des réponses thérapeutiques aux addictions qui se développent et pour lesquelles on ne dispose pas vraiment de traitements (cocaïne, crack…) ;
- en développant des études nouvelles :

- sur les questions liées à la prévention et au repérage précoce des usages à risques des drogues (par exemple sur les liens entre consommation de drogues et parcours scolaires ou sur les liens entre violences, délinquance et usages de drogues),
- sur des phénomènes naissants ou déjà installés mais sous estimés (addictions sans produit, surconsommation de médicaments psychotropes).

4. POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES

4.1. DEFINITION

Le terme « réduction des risques » fait son apparition en France dans le champ des toxicomanies au début des années 1990. c'est une traduction de l'expression anglaise « harm reduction », dont le sens littéral est plutôt « réduction des effets nuisibles sur la santé », ou encore « réduction des dommages » (sous-entendu « causés par l'usage des drogues ») (25).

A l'origine, l'objectif de la réduction des risques en France, est de limiter la contamination par des virus (VIH, hépatites B et C) chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse. Très vite, il apparaît que cet objectif doit s'insérer dans un dispositif plus large touchant à la santé des toxicomanes. La réduction des risques part du constat qu'un monde sans drogue n'existe pas. Dès lors, l'action de réduction des risques se doit de prendre en compte les différences de dommages liés aux drogues, selon les produits, les personnes et leur environnement.

La définition de la réduction des risques donné par Buning et Van Brussel fait consensus : « si un usager de drogues (homme ou femme) ne peut ou ne veut pas renoncer à l'usage de drogue, on doit l'aider à réduire les risques qu'il cause à lui-même et aux autres » (26). Annie Mino y ajoute la notion de contexte juridique et culturel : « les stratégies de réduction des risques peuvent être définies comme toutes les actions individuelles et collectives, médicales, sociales, visant à minimiser les effets négatifs liés à la consommation des drogues dans les conditions juridiques et culturelles actuelles » (27).

Réduire les risques, consiste à limiter les risques infectieux et sanitaires ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à l'usage de drogues. D'ailleurs dans un rapport sur les toxicomanies (28), le Comité consultatif national d'éthique propose de distinguer les risques de la consommation de drogues qui concernent directement la santé des utilisateurs, des risques sociaux.

4.2. OBJECTIFS

La réduction des risques s'articule donc autour de plusieurs grands axes :

- **Limiter les risques sanitaires :**
  - Décès par surdose
  - Contaminations par le VIH ou les virus des hépatites, éventuellement facilitées par des contextes de désinhibition sexuelle, plus ou moins catalysés par des substances "empathogènes" ou "confusionnelles" ;
  - Complications psychiatriques (bouffées délirantes, troubles graves du comportement, dépressions, états d'anxiété aiguë, "bad trips", désinsertion socio-affective...) ;
  - Risques physiologiques (déshydratation aiguë, hyperthermie, crises convulsives, crises d'asthme, accidents cardio-vasculaires, ...) ;
  - Risques liés à la conduite automobile.

- **Limiter les risques sociaux :**
  - Absence d'activité professionnelle menant à l'absence de logement fixe ;
  - Vie familiale chaotique (placement des enfants, parent en prison, ...).

Ces éléments peuvent préexister à l'usage des drogues mais dans leur ensemble, ils participent étroitement au phénomène toxicomaniaque.

- **Aider à gérer et/ou limiter la consommation** excessive, nocive et provoquant la dépendance de substances psychoactives, licites ou illicites (ce qui constitue une condition aggravante) ainsi que les pratiques à risques.

- **Informer** sur les gestes qui permettent de limiter les risques de transmission des infections sexuellement transmissibles (VIH, hépatites, ...)
  - ne pas partager ses seringues ni ses pailles...

- **Connaître les comportements à risques des toxicomanes :**
  - Liés à l'usage des produits (seringues, consommations, précautions, ...)
  - Les pratiques sexuelles (nombre de partenaires, fréquence, utilisation des préservatifs, prostitution, ...).

- **Connaître les facteurs de risque**

La politique de réduction des risques constitue donc bien une nouvelle approche, une démarche de prévention, de soins et également de restauration de dialogue auprès des plus marginalisés. Il ne s'agit plus de réprimer les usagers de drogues mais d'en faire des partenaires de prévention.

4.3. MISE EN ŒUVRE :

L'histoire de la réduction des risques, c'est d'une part l'accès aux seringues à travers la mise en place des Programmes d'échanges de seringues (PES) et, d'autre part, l'histoire de la substitution.

4.3.1. LE MATERIEL D'INJECTION

4.3.1.1. L'accès aux seringues stériles

Les premiers cas de Sida chez des toxicomanes sont diagnostiqués en France en juin 1984, et répertoriés dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire début 1985. La première campagne de prévention concernant les seringues est organisée par l'association AIDES en décembre 1985 et janvier 1986 (« une seringue, ça ne se partage pas »). Il faudra attendre mai 1987 pour qu'un décret, pris à titre provisoire pour un an, et suspendant celui de 1972 qui rendait obligatoire la présentation d'une pièce d'identité lors de l'achat de seringues, permette leur accès libre dans les officines pharmaceutiques, mesure qui sera reconduite en 1988 et pérennisée en 1989. Aucune mesure de sensibilisation des pharmaciens n'accompagne ces décrets. En 1990, les premiers programmes pilotes d'échange de seringues sont mis en place, et font l'objet d'une évaluation favorable en 1992 (29). Ils continuent à se développer, hors cadre réglementaire, puisque la vente des seringues demeure strictement réservée aux officines, jusqu'à la parution en 1995 d'un décret permettant aux associations à but non lucratif, ainsi qu'à toute personne physique menant une action de prévention du Sida ou de réduction des risques de délivrer gratuitement des seringues stériles, dans des conditions définies par un arrêté ministériel.

Parallèlement aux programmes d'échange de seringues développés par certaines associations (Médecins du Monde, AIDES), un travail de sensibilisation auprès des pharmaciens se met en place. C'est ainsi que l'association Apothicom crée une trousse de prévention, baptisée « Stéribox », vendue à prix réduit en pharmacie, et qui contient un préservatif, deux seringues, des tampons d'alcool, un étui pour les seringues usagées, de l'eau pour les

préparations injectables, et un message de prévention. Les évaluations de cette action, menée en 1992, sont concluantes tant en ce qui concerne les pharmaciens que les toxicomanes eux-mêmes, et la Direction Générale de la Santé conduit et finance, depuis septembre 1994, un programme de prévention fondé sur la mise en vente du Stéribox dans les pharmacies d'officine.

Outre les programmes d'échange de seringues et l'action en direction des pharmacies, divers distributeurs ou échangeurs de seringues sont installés par certaines municipalités dans les quartiers fréquentés par les toxicomanes. Si plus de 90 % des seringues sont encore aujourd'hui vendues en pharmacie, le développement d'autres moyens d'accès aux seringues stériles permet que les usagers de drogues les plus marginalisés puissent en bénéficier eux aussi.

La politique de réduction des risques en matière de seringues comprend donc, début 1996 :

- un ensemble de textes législatifs et réglementaires incitatifs : vente libre en pharmacie, autorisation faite aux associations de distribuer les seringues ;
- des programmes de distribution et d'échange de seringues, financés par les pouvoirs publics, menés également par des associations au contact des toxicomanes les plus marginalisés ;
- un programme « Stéribox », subventionné par les pouvoirs publics, et qui favorise la vente en pharmacie d'une trousse de prévention.

4.3.1.2. La désinfection des seringues : les programmes de promotion de l'eau de javel

A défaut d'une seringue neuve, il est apparu intéressant de promouvoir des pratiques d'hygiène simples à mettre en oeuvre, et relativement efficaces. Divers chercheurs américains ont mis en évidence l'intérêt de l'emploi de l'eau de javel pour prévenir la contamination du Sida chez les toxicomanes (30) (31). Dans la lignée de ces travaux, l'équipe de l'IREP a mené en France une recherche-action, en 1992, qui consistait à remettre aux usagers une fiole d'eau de javel, de l'eau et du coton, à l'occasion de contacts directs avec les usagers de drogues intraveineuses, et à évaluer l'impact de cette action (32). Si ce type de pratique ne saurait remplacer, au plan de la fiabilité, l'usage d'une seringue neuve, il permet de gérer à moindre risque les situations les plus dangereuses. L'étude de l'IREP montre la bonne compréhension de ce type de message par les toxicomanes, ainsi que leur capacité à modifier rapidement leurs comportements à risques.

4.3.2. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

L'idée de la substitution, définie comme le remplacement d'une drogue par un médicament, est vieille comme la toxicomanie elle-même (12). L'idée de réduction des risques, pour peu qu'on ne la limite pas au seul VIH, est comprise dans la notion même de substitution : remplacer une drogue par une autre, qui permet une meilleure maîtrise sanitaire ou sociale, revient bien à *réduire les risques* encourus du fait de l'usage des drogues.

4.3.2.1. Les traitements par la méthadone

Les objectifs de ces traitements sont rappelés entre autres dans le dossier méthadone édité par Toxibase (33) : « Les principaux bénéfices attendus des programmes méthadone, outre la diminution, puis l'arrêt total de la consommation, consistent en une réduction des risques à plusieurs niveaux :

- diminution de la criminalité/délinquance
- diminution du trafic
- réinsertion socio-professionnelle plus rapide
- diminution du risque de contamination par le VIH. »

La simple distribution de méthadone, sans contrôle ni assistance médico-psychosociale ne saurait suffire, les résultats catastrophiques observés à la fin des années soixante aux Etats-Unis l'ont amplement prouvé. Aujourd'hui, plus personne ne conteste que les traitements par la méthadone n'ont quelque chance d'être efficaces que s'ils sont menés par des équipes entraînées, disposant de moyens suffisants pour assurer une prise en charge globale et de longue durée du sujet toxicomane.

Si l'on traite de la réduction des risques dans son acception la plus large, l'efficacité des traitements par la méthadone est largement démontrée, quoiqu'avec des variantes selon les études, les cohortes et les protocoles : la santé des sujets traités s'améliore, leur niveau d'insertion et leur vie sociale sont plus satisfaisants, pourvu que le traitement ait une durée suffisante (qui s'évalue en années, et pour certains auteurs doit être envisagée à vie). Au plan de la prévention de la contamination par le VIH, il est établi que les programmes de traitement par la méthadone diminuent considérablement les risques de transmission du VIH liés au comportement toxicomaniaque (partage de seringues ou réutilisation de matériel usagé, pratiques sexuelles à risque), dans des proportions qui, là encore, varient en fonction des études, des cohortes et des moyens mis en œuvre (34) (35) (36) (37).

En France, les traitements de substitution, et en particulier la méthadone, sont restés expérimentaux et relativement confidentiels jusqu'en 1990. C'est la prise de conscience de la gravité de l'épidémie de Sida chez les toxicomanes qui a amené les pouvoirs publics et les professionnels à ouvrir le débat sur la place

de la méthadone dans les traitements des toxicomanes, et à développer ceux-ci à partir de 1993, où le plan gouvernemental du 23 septembre annonce la création de « places Méthadone » (52 patients traités en 1991, plus de 3000 fin 1995).

Le 7 mars 1994 reste une date importante, avec la publication d'une circulaire qui autorise les centres de soins spécialisés à prescrire de la méthadone, dans un cadre théoriquement strict : délivrance sur place, contrôles urinaires. Les médecins de ville n'interviennent qu'après une phase de stabilisation d'une durée indéterminée, et ce relais peine actuellement à se mettre en place.

4.3.2.2. La buprénorphine haut dosage (Subutex®)

Le 31 juillet 1995, un opiacé de synthèse, la buprénorphine haut dosage obtient son autorisation de mise sur le marché dans l'indication des « pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique ». Disponible dans les pharmacies de ville dès février 1996, et initié par tout médecin sur carnet à souches puis sur ordonnances sécurisées en 1999, le Subutex® est devenu en quelques semaines le premier médicament de substitution prescrit en France (environ 20 000 patients traités au 1er octobre 1996).

4.3.3. LES ACTIONS DITES « A BAS SEUIL »

Devant l'extrême dégradation de la situation sanitaire et sociale de certains toxicomanes, qui pour autant ne souhaitent pas renoncer à l'usage de drogues, on a vu se développer, en France comme à l'étranger, des lieux d'accueil et/ou d'hébergement, où diverses prestations sont assurées, sans aucune exigence d'engagement dans un processus continu de traitement. Il s'agit bien là de réduction des risques au sens strict : réduction des risques sanitaires, mais aussi des risques sociaux. « Boutiques », « sleep-in » se sont ainsi créés en France, dans les quartiers les plus fréquentés par les toxicomanes. Ces lieux d'accueil offrent divers types de services : hébergement, nourriture, douches, machines à laver, soins infirmiers, consultations sociales, médicales ou psychologiques, distribution et échange de seringues. Tout comme dans les programmes méthadone à « bas seuil » qui existent dans d'autres pays, deux logiques coexistent : pour certains, le « bas seuil » n'a pour objectif que d'accueillir dignement et d'aider les plus démunis des toxicomanes, pour d'autres, il doit constituer un marchepied pour l'entrée dans le système de soins général. Quoi qu'il en soit, ces lieux participent à une politique d'ensemble et visent à élargir l'offre aux plus marginaux (25) (26).

4.3.4. LES GROUPES D'AUTO-SUPPORT

La première association internationale d'usagers de drogues à vu le jour à Berlin en 1991.

En France, l'association ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues) s'est créée en 1991, avec le soutien des autorités sanitaires. L'intérêt de la participation des toxicomanes aux actions de réduction des risques se fonde, selon Anne Coppel sur l'hypothèse suivante : « Pour que l'information soit entendue, comprise, et surtout produise un changement de comportement, elle doit pouvoir s'intégrer aux comportements habituels d'un groupe social donné. Autrement dit, un groupe social ne peut s'approprier un nouveau comportement si un changement n'apparaît pas justifié par les normes et valeurs du groupe. Ces normes et valeurs sont difficilement maîtrisables de l'extérieur. » (38).

Si plus de vingt groupes d'auto-support, principalement autour de l'association ASUD, sont actuellement répertoriés en France, ils n'ont pu naître et se revendiquer comme tels que parce que les pouvoirs publics les considèrent comme les partenaires obligés d'une politique conséquente de réduction des risques.

5. L'ORGANISATION DES SOINS EN FRANCE

5.1. LES DISPOSITIFS SPECIALISES

5.1.1. LES STRUCTURES DE SOINS SPECIALISEES

Le modèle français de soins se caractérise donc par une approche et une prise en charge pluridisciplinaires de la toxicomanie pour répondre à la diversité des besoins des personnes concernées. Il garantit une prise en charge gratuite et confidentielle. Il faut noter que cette prise en charge peut être anonyme sur demande expresse de l'intéressé mais ce n'est pas la règle générale. L'article R1112-38 du Code de la santé publique garantit cette confidentialité : « Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement. »

Il existe, actuellement, différents types de services :

- **Les Consultations Cannabis :**

Devant l'explosion de la consommation de cannabis chez les jeunes, ont été mises en place en 2005 des « Consultations Cannabis » : un réseau de consultations gratuites garantissant l'anonymat, destinées aux jeunes consommateurs et à leur famille.

Ces consultations, menées par des professionnels formés aux spécificités du cannabis, permettent :

- d'effectuer un bilan des consommations,
- d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille,
- d'aider en quelques consultations à arrêter la consommation,
- de proposer une prise en charge à long terme lorsque la situation le justifie.

Il existe plus de 270 « Consultations Cannabis » réparties sur l'ensemble des départements français (39).

- **Les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) en ambulatoire :** (40)

Les CSST assurent la prévention, l'accueil et la prise en charge des personnes ayant une consommation à risque ou un usage nocif de substances ou plantes classées comme stupéfiants ou présentant des addictions associées.

L'organisation et les modalités de fonctionnement des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) sont définies par les articles D3411-1 à D3411-10 du Code de la santé publique.

Ces centres fournissent :

- l'accueil, l'information et l'orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage ;
- l'aide au repérage des usages nocifs et à la réduction des risques associés à la consommation ;
- le diagnostic et des prestations de soins, dans le cadre d'une prise en charge médicale et psychologique ; le centre assure le sevrage ainsi que son accompagnement lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier ;
- la prescription et le suivi de traitements de substitution ;
- la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Les équipes de CSST sont toutes multidisciplinaires et comprennent des éducateurs spécialisés, des assistantes sociales, des travailleurs sociaux, des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues et des infirmiers.

Ce sont donc des centres médico-sociaux ; ils peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la

loi du 1er Juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la santé.

Il existe plus de 260 CSST, dont les deux tiers sont gérés par le secteur associatif. Ils sont implantés dans tous les départements français (1).

- **Les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes avec Hébergement collectif (CSSTH) :** (41)

Autrefois appelés « postcures », ce sont aujourd'hui des centres résidentiels qui accueillent des personnes sevrées ou sous traitement de substitution pour une période de trois mois à un an.

Le séjour doit permettre la consolidation du sevrage, la restauration de l'équilibre personnel et l'insertion professionnelle. Ils assurent un travail psycho-éducatif important autour de la vie de groupe.

L'admission se fait sur la base du volontariat, après une évaluation éffectuée par la structure.

- **Les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes en milieu pénitentiaire et Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) :** (23)

Mis en place dans les maisons d'arrêts, ces centres coordonnent les actions de prévention et de soins, notamment les traitements de substitution, en faveur des détenus usagers de drogues. Ils assurent le suivi sanitaire et le soutien psychologique et préparent leur sortie en liaison avec des institutions extérieures susceptibles de les prendre alors en charge.

- **Les hébergements d'urgence ou de transition :** (2)

Ces structures accueillent des consommateurs dépendants, non encore sevrés, dans des cas très particuliers : attente de place en sevrage, sortie de période de post-cure, etc.

- **Les appartements thérapeutiques :** (2)

Ils permettent aux personnes sevrées ou sous traitement de substitution d'acquérir une plus grande autonomie sur le plan sanitaire et social. Les toxicomanes y sont suivis par du personnel spécialisé.

Les durées de séjour sont généralement de moins d'un an. Les admissions dans ces appartements sont effectuées à partir des centres d'accueil qui évaluent les demandes et fixent avec les patients le cadre du séjour et des soins.

- **Les réseaux de familles d'accueil :** (39)

Ils s'adressent à des anciens consommateurs dépendants qui, à la suite d'un sevrage physique, ont besoin d'une séparation avec leur environnement habituel. Ces toxicomanes sont hébergés par une famille qui apporte la rupture nécessaire

et aide à restaurer un lien social. Ces familles sont bien sûr en liaison avec une équipe thérapeutique spécialisée.

- **L'hôpital et les unités d'hospitalisation spécifiques pour toxicomanes :**

Jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, le sevrage, est en France un temps quasi obligatoire dans la prise en charge des patients toxicomanes. Préalable indispensable à tout traitement pour les uns, fin ultime pour les autres, le sevrage est réalisé le plus souvent dans un service hospitalier (42). Les hôpitaux généraux interviennent donc principalement pour les cures de sevrage et ont des lits prévus à cet effet.

Il existe des unités de soins spécialisées d'hospitalisation qui reçoivent uniquement des patients toxicomanes, pour des sevrages ou d'autres soins médicaux. Elles sont situées à l'intérieur d'un hôpital, elles assurent une prise en charge globale des usagers et coordonnent l'action des différents services (43).

Avec la politique de réduction des risques, les priorités s'inversent. L'accent est mis sur toutes les modalités thérapeutiques qui peuvent permettre à un sujet de se maintenir toxicomane aussi longtemps qu'il le souhaite, sans pour autant encourir de risque majeur pour sa santé.

Depuis 1994, des hôpitaux ont créé en leur sein des **équipes de liaison** et de soins aux patients toxicomanes. Ces équipes participent également au dispositif spécialisé en assurant une coordination interne et avec les partenaires extérieurs (44). Ces équipes sont chargées d'améliorer la qualité des soins et l'accès des patients toxicomanes aux différents services hospitaliers, où ils sont reçus pour des problèmes médicaux liés à la toxicomanie ou indépendants de celle-ci. Elles accueillent, orientent et soignent les patients toxicomanes hospitalisés ou consultants à l'hôpital. L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris leur a donné la dénomination d' « Equipes de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagés de Drogues » (ECIMUD) (45). Les ECIMUD sont coordonnées par un médecin ; elles comprennent des infirmiers, des travailleurs sociaux et des psychologues. Ces équipes ont pour fonction d'animer des collaborations avec les structures extérieures et de participer à la sensibilisation et à la formation du personnel hospitalier (46).

- **Les dispensaires de vie ou « boutiques » :** (39) (44)

Ces structures, lieux d'accueil ouverts, sont destinées à accueillir des toxicomanes très marginalisés et souvent sans domicile fixe. Ce sont des lieux de soins, d'information et de contact où peut s'établir un premier dialogue, créés pour rétablir le lien avec eux et les inciter à amorcer une démarche de sevrage. Ce sont des structures qui fournissent des services de proximité tels que soins infirmiers, petite restauration, douches et laverie.

- **Les « sleep- in » :** (39)

Ce sont des lieux d'hébergement d'urgence de nuit, destinés aux patients toxicomanes en situation de grande précarité ou d'exclusion, assurant une consultation sanitaire orientée sur l'accès aux soins et aux droits.

- **Les réseaux « Ville-Hôpital-Toxicomanie » :**

La création des réseaux a été proposée dès 1993 (circulaire n° 72 du 9 novembre 1993) comme un des axes du plan triennal de lutte contre la toxicomanie. L'objectif premier est une meilleure articulation entre les différents acteurs de soins, tout en reconnaissant les spécificités propres de chacun, dans l'optique d'une complémentarité dans la prise en charge des usagers de drogues. Les réseaux font appel à des compétences variées, et visent à répondre à la diversité des problèmes posés par les personnes et à assurer la cohérence et la continuité de leur prise en charge (47).

Fin 1994, douze réseaux répartis sur le territoire français sont créés (48). Une étude financée par la DSG confirme l'engagement des médecins dans la prise en charge de patients toxicomanes et l'intérêt pour eux d'utiliser les différentes composantes du réseau (médicale, hospitalière, spécialisée et sociale). Cette étude met en évidence la fidélisation ou encore la création d'un contact avec les patients, souvent décrits comme des personnes instables ou nomades.

On compte cinquante réseaux « Ville-Hôpital » fin 1997, et environ une centaine en 1999 (49).

5.1.2. LES DISPOSITIFS DE PREVENTION (50)

En complément de la prévention exercée par les parents et la famille, des organismes exercent une prévention sur le terrain (11).

- **Les associations de lutte contre la toxicomanie :**

Ces associations interviennent auprès des jeunes en milieu scolaire et semi-professionnel et auprès des parents et des adultes encadrant ces jeunes. Elles jouent un rôle important car elles sont souvent les premiers interlocuteurs des toxicomanes.

Les toxicomanes y trouvent un lieu d'accueil et d'écoute où ils rencontrent des personnes spécialisées qui peuvent faire un premier diagnostic et les orienter si nécessaire vers les structures appropriées.

- **Les Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) :**

Ils sont tournés vers la prévention des conduites à risques et des pratiques addictives. Ce sont des lieux d'accueil, d'écoute et de parole qui s'adressent aux

jeunes en difficulté mais aussi à leurs parents. Les PAEJ abordent tous les problèmes liés à l'adolescence.

- **L'action de la police et de la gendarmerie :**

L'une des missions prioritaires de la police nationale et de la gendarmerie en matière de lutte contre la toxicomanie demeure la répression du trafic et de l'usage des stupéfiants. Mais ces deux institutions apportent également leur contribution dans le domaine de la prévention grâce au réseau de policiers formateurs anti-drogue (PFAD) et de gendarmes formateurs-relais anti-drogue (FRAD).

La police nationale participe également à la prévention en milieu scolaire en siégeant dans les comités d'environnement social (CES). Les fonctionnaires de police y apportent leur expérience professionnelle et participent à des actions préventives avec les responsables des établissements scolaires.

5.1.3. AIDE TELEPHONIQUE (50)

En dehors des dispositifs de prise en charge et de soins destinés aux personnes dépendantes, il existe des services téléphoniques joignables à tout moment qui dispensent information, conseils et orientation. Ce sont :

- **Drogues Alcool Tabac Info Service (DATIS)**

Un service national d'accueil téléphonique le 0.800.23.13.13, créé en 1990, sous la forme d'un groupement d'intérêt public, assure 24h sur 24h, le traitement des demandes qui émanent de personnes concernées par les problèmes liés à la toxicomanie : toxicomanes, parents, entourage, professionnels.

DATIS propose :

- une aide et un soutien adaptés aux besoins de chacun,
- des informations précises sur les effets, les risques, la loi, les lieux d'accueil,
- des conseils de prévention,
- une orientation vers des professionnels compétents.

- **Fil Santé Jeunes au 0 800 235 236 :**

Tous les jours de 8 h à minuit, anonyme et gratuit, ce service offre aux jeunes une écoute individualisée en matière de santé physique, psychique et sociale par des psychologues et des médecins.

5.1.4. ORGANISMES NATIONAUX DE COORDINATION :

Des organismes assurent, au niveau national, la coordination des acteurs de la lutte contre la toxicomanie :

- **La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT) :**

La MILDT met en oeuvre les décisions du comité interministériel de lutte contre la drogue et les dépendances. De plus, elle anime et coordonne les actions des autres partenaires publics et privés. Son action est relayée par les Chefs de Projet désignés par les Préfets et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

- **L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) :**

C'est un groupement d'intérêt public, créé en 1995 par le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui est chargé d'observer le phénomène "drogue et toxicomanie". Il donne ainsi un état annuel de ce phénomène, il s'intègre au plan européen dans un vaste réseau d'informations.

- **L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) :**

Il a pour mission l'expertise et le conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, le développement de l'éducation pour la santé et la mise en oeuvre de programmes de prévention.

5.2. LES STRUCTURES NON SPECIALISEES

5.2.1. LES MEDECINS GENERALISTES

Les cabinets de médecine générale représentent la structure sanitaire la plus dense et la mieux répartie sur le territoire français. Le cabinet médical est une structure plus souple et parfois plus accessible que les centres spécialisés pour le patient toxicomane (51). Les médecins généralistes n'exerçant pas en centre spécialisé se caractérisent comme des acteurs de proximité, ayant une bonne connaissance de la réalité et de la population locale (52). Ils participent donc au lien que le toxicomane a avec son entourage : intégration dans une vie de quartier, relations familiales. Ils lui permettent également d'être pris en charge dans une structure non spécialisée et donc non stigmatisante : le toxicomane consulte son médecin traitant comme les autres patients (53). Les médecins généralistes ont également une fonction de prévention dans leur rôle

de médecin de famille : prévention primaire auprès des adolescents, prévention secondaire en expliquant les risques liés aux produits et à leurs conditions d'utilisation pour les usagers de drogues actifs, prise en charge de leurs parents en consultation ou dans le cadre d'associations ou de réunions de prévention organisées au niveau local (54). D'autre part, les médecins généralistes peuvent permettre aux patients soit de parler de leur toxicomanie à partir d'une consultation portant sur un problème physique, notamment une complication, soit d'aborder le problème de la dépendance et de ses aspects psychiques (53). Cette liberté dans le choix de l'approche de la toxicomanie favorise l'établissement d'un lien entre usager et médecin (55).

Le médecin généraliste est donc l'un des premiers professionnels de santé auquel un usager de drogues s'adresse quand il veut s'en sortir. Seulement, il faut souligner que les médecins se sont longtemps trouvés exclus de la politique de lutte pour la réduction des risques et de soins aux toxicomanes. Par exemple, la prescription de produits de substitution leur a été quasiment imposée lors de la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage en février 1996 : en effet, à partir de cette date, la prescription de cette molécule pouvait être délivrée directement par la médecine de ville, mais cette possibilité est intervenue auprès des médecins généralistes sans leur donner une formation adéquate (23).

En matière de prise en charge des usagers de drogues, les connaissances scientifiques et les progrès thérapeutiques se sont faits de façon exponentielle. Si le médecin généraliste n'a pas fait l'effort de suivre des formations sur le sujet, il n'a ni plus ni moins que l'opinion de l'homme de la rue. Si bien qu'actuellement en France, il existe en fonction du degré de formation, trois types de médecins généralistes face aux problèmes de la toxicomanie (56) :

- Les généralistes qui n'ont jamais eu d'intérêt particulier pour les usagers de drogues, simplement sensibilisés par leurs propres expériences des toxicomanes rencontrés dans le cours de leur carrière, et par l'information glanée au cours d'une ou deux soirées de formation médicale continue ou de lectures rapides de la presse médicale surabondante mais souvent trop spécialisée. Ceux-ci vont chercher à orienter le patient vers un collègue plus spécialisé.
- Les généralistes qui pour des raisons personnelles se sont intéressés à l'évolution des consommations et des thérapeutiques et qui ont acquis une formation plus poussée : séminaires de formation à la prise en charge des toxicomanes, diplôme de toxicologie et d'alcoologie.
- Enfin les généralistes, que l'on pourrait qualifier de militants, s'impliquant dans des réseaux de prise en charge des toxicomanes (expérience de terrain, acquisition d'un savoir-faire et d'un savoir-être).

5.2.2. LES PHARMACIENS

Le pharmacien est confronté chaque jour à des clients qu'il sait toxicomanes : demande de produits codéinés, de produits de substitution, d'antiviraux et de seringues (57).

Pharmaciens et usagers de drogues ont une longue histoire commune, longtemps quasi clandestine, où le pharmacien n'avait pas d'autre choix que l'indifférence, le rejet ou la mauvaise conscience. Il aura fallu l'épidémie de Sida et la politique de réduction des risques pour que le pharmacien soit légitimé dans son rôle d'acteur de santé publique. II est devenu "acteur de première ligne", c'est à dire professionnel de santé en relation avec des usagers de drogues "actifs", qui consomment des drogues. Un rôle-clé à plus d'un titre:

- Le pharmacien est le premier, et peut-être le seul, des professionnels de santé avec lequel tous les usagers de drogues entrent en contact. L'accessibilité du matériel d'injection repose en grande part sur lui mais son rôle n'est pas uniquement technique (58). Le pharmacien est aussi le messager de la politique de réduction des risques qui donne sa cohérence à deux impératifs apparemment contradictoires : respect du choix de l'usager de drogues et protection de sa santé.
- Le pharmacien est la tête de pont d'un réseau de soins (59). Il assume les fonctions de contrôle et de médiation entre l'usager et le médecin et, plus largement, les services sanitaires.
- Le pharmacien a une fonction d'alerte, il est le premier à connaître les évolutions des consommations de médicaments psychotropes et leur détournement ; il est par exemple le seul aujourd'hui à savoir s'il existe de jeunes injecteurs.

Le pharmacien fait donc partie intégrante du réseau de soins.

DEUXIEME

PARTIE

1. OBJECTIFS DE L'ENQUETE

La présente enquête vise à mieux connaître l'état des lieux de la prise en charge en ville des patients consommateurs de substances psychotropes, dans un secteur sanitaire donné. En plus d'estimer l'activité des professionnels de santé en matière de toxicomanie, les principaux objectifs de l'enquête étaient de décrire l'attitude et la pratique de ces professionnels en fonction de leur degré d'investissement, et de recueillir leur sentiment sur la situation actuelle de la prise en charge en médecine de ville des patients toxicomanes.

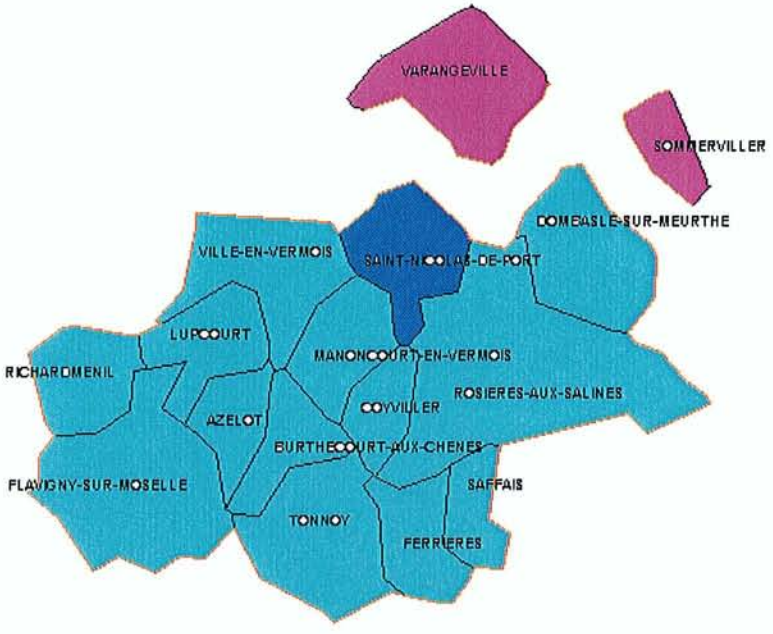
L'enquête devait aussi permettre d'évaluer la connaissance de structures de soins spécialisées, de l'existence de réseaux, et d'apprécier la place du travail pluridisciplinaire.

En outre, on recherchait à identifier les besoins de formation ou d'information sur la prise en charge, afin de pouvoir fournir aux principaux intervenants des projets de formation répondant à leurs besoins sur le terrain.

2. METHODOLOGIE

2.1. POPULATION CIBLE

Nous avons choisi de réaliser l'enquête auprès de tous les médecins généralistes et pharmaciens d'officine du secteur sanitaire de Saint-Nicolas-de-Port, comprenant le canton administratif de Saint-Nicolas-de-Port lui-même, auquel ont été rattachées les communes de Varangéville et Sommerviller du fait de leur intégration au système de gardes du secteur. Ce choix axé délibérément sur un échantillon donné, donc non représentatif de la population française, permet d'établir un état des lieux exhaustif quant à la prise en charge des patients toxicomanes par les professionnels de santé concernés.



Nous avons recensé 40 médecins généralistes installés et 12 pharmaciens sur ce secteur pour une population totale de 31 707 habitants (recensement de 1999).

2.2. MATERIEL ET METHODE

Les deux questionnaires destinés aux médecins et pharmaciens (cf annexes 1 et 2) ont été élaborés selon les mêmes items que ceux utilisés dans d'autres enquêtes similaires, notamment celle de l'OFDT réalisée en 2001 (60). Quelques modifications y ont été apportées afin de les adapter à notre travail.

Ce projet ayant reçu l'aval du Département Universitaire de la Faculté de Médecine de Nancy, les questionnaires ont été adressés à Madame la Présidente du Conseil Régional des Pharmaciens et Monsieur le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins afin d'obtenir leur approbation pour la réalisation de cette enquête.

Dans un premier temps, une lettre informative a été envoyée à tous les médecins et pharmaciens. Ces derniers ont ensuite été appelés par téléphone, et un rendez-vous a été fixé pour ceux qui ont accepté de nous recevoir. Une information *a minima* a été si possible recueillie en cas de refus de participation. Le questionnaire leur a été soumis sous forme d'un entretien particulier d'une durée variant entre 10 et 45 minutes, sur une période comprise entre le 15 septembre 2005 et le 15 mars 2006.

Il a été précisé que pour le questionnaire nous nous limitions aux toxicomanes dépendants aux opiacés. Nous avons donc inclus toute personne consommant de l'héroïne ou en cours de traitement de substitution, et exclu les personnes sevrées ou consommant d'autres produits non associés à l'héroïne.

Le questionnaire d'enquête, anonyme, comprend une fiche descriptive du médecin ou du pharmacien, un état de leur formation, suivis de questions concernant leur activité en toxicomanie, leurs pratiques et leurs opinions. Les deux approches quantitatives et qualitatives sont utilisées en combinaison, et certaines questions ouvertes invitent à formuler des réponses plus détaillées, et exprimer des opinions, des ressentiments et des expériences personnelles. Enfin, au terme de chaque entretien une estimation personnelle vise à déterminer la conviction de la personne interrogée à pouvoir prendre en charge des toxicomanes en médecine de ville.

Les données recueillies ont ensuite été saisies et analysées grâce au logiciel EPI DATA avec l'aide d'un médecin épidémiologiste du C.E.C. de Nancy.

3. RESULTATS

3.1. RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES MEDECINS

3.1.1. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS AYANT REFUSE DE REPONDRE A L'ENQUETE

Parmi les 40 médecins généralistes contactés, 5 ont refusé de participer à l'enquête, soit 12,5 %. Ce taux de refus est très faible par rapport à ce qui est habituellement observé dans ce type d'enquête. Les médecins contactés par téléphone ont en effet accepté d'autant plus favorablement de répondre au questionnaire qu'il était réalisé sous forme d'un entretien individuel, et motivé par un sujet de thèse.

Le tableau suivant présente une comparaison des principales caractéristiques des médecins ayant refusé ou accepté de participer à l'enquête.

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques des médecins selon leur attitude face à la demande d'entretien

	REFUS	*ACCEPTATION*
SEXE		
Femmes	2	10
Hommes	3	25
AGE		
<46 ans	2	14
≥46 ans	3	21
COMMUNE D'EXERCICE		
<1000 habitants	0	4
1000 à 5000 habitants	2	16
>5000 habitants	3	15
MODE D'EXERCICE		
Seul	2	16
En cabinet associatif	3	19

Pour ceux ayant refusé de répondre à l'enquête, nous avons tenté de savoir s'ils recevaient des toxicomanes à leur consultation et quelles étaient les raisons invoquées pour refuser l'entretien.

Tableau 2 : Comparaison de l'activité en toxicomanie des médecins selon leur attitude face à la demande d'entretien

	REFUS	*ACCEPTATION*
RECOIVENT DES TOXICOMANES	1	29
NE RECOIVENT PAS DE TOXICOMANES	2	6
PAS DE REPONSE	2	0

Un des médecins ne recevant pas de toxicomanes signale qu'il travaille en cabinet associatif et que c'est son confrère qui les prend en charge.

Les raisons principales mises en avant pour refuser l'entretien sont :

- l'absence d'intérêt pour le sujet (3/5)
- le manque de temps (1/5)
- l'arrêt prolongé d'activité pour raison personnelle (1/5).

3.1.2. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS AYANT REPONDU A L'ENQUETE

35 médecins généralistes exerçant en secteur libéral ont répondu à l'enquête. L'entretien s'est déroulé au cabinet de chaque médecin, et il est à noter que l'accueil réservé a toujours été chaleureux et courtois.

L'échantillon de médecins est constitué en majorité d'hommes : 71,4 % contre 26,6 % de femmes. Ils sont en moyenne âgés de 46,7 ans, avec un minimum de 34 ans et un maximum de 60 ans, et installés en moyenne depuis 16,6 ans, avec un minimum de 3 ans et un maximum de 32 ans. Ils exercent pour 11,4 % d'entre eux dans une commune de moins de 1000 habitants, 45,7 % dans une commune de 1000 à 5000 habitants et 42,9 % dans une commune de plus de 5000 habitants. Un peu plus de la moitié sont en cabinet associatif, 4 d'entre eux ont une activité hospitalière, et seulement 1 médecin interrogé assure une activité liée à la toxicomanie dans un établissement hospitalier, un centre spécialisé ou une association.

Le tableau 3 résume les principales caractéristiques des médecins de l'échantillon.

Tableau 3 : Caractéristiques de l'ensemble des médecins de l'échantillon

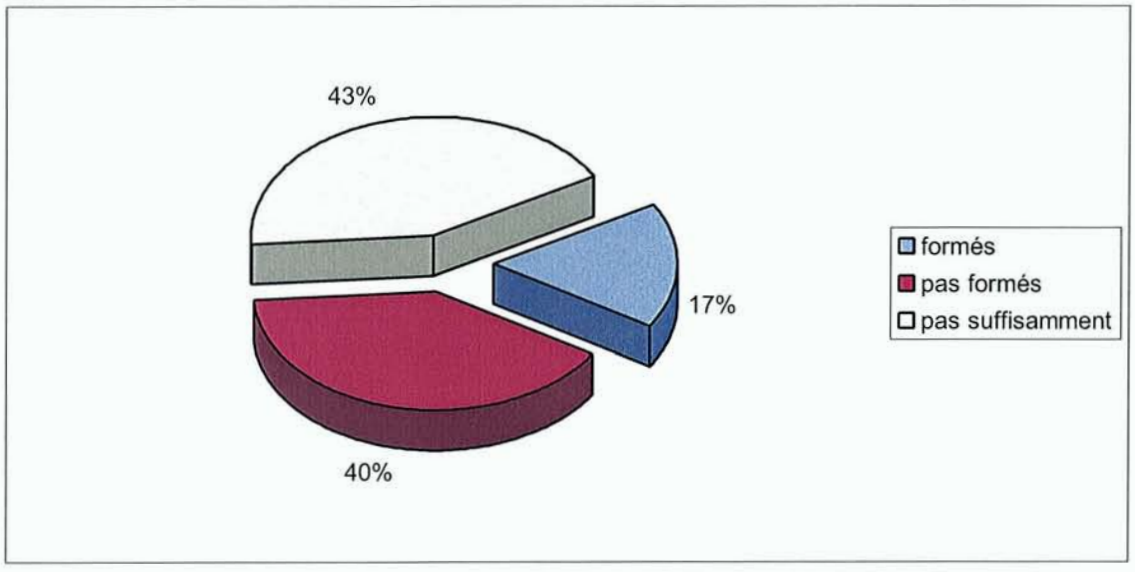
	N (35)	%
SEXE		
Femmes	10	26,6
Hommes	25	71,4
AGE		
<46 ans	14	40
≥46 ans	21	60
ANCIENNETE D'INSTALLATION		
≤16 ans	16	45,7
>16 ans	19	54,3
COMMUNE D'EXERCICE		
<1000 habitants	4	11,4
1000 à 5000 habitants	16	45,7
>5000 habitants	15	42,9
MODE D'EXERCICE		
Seul	16	45,7
En cabinet associatif	19	54,3
ACTIVITE HOSPITALIERE		
Oui	4	11,4
Non	31	88,6
ACTIVITE EN TOXICOMANIE		
Oui	1	2,9
Non	34	97,1

3.1.3. SENSIBILISATION DES MEDECINS AU PROBLEME DE LA TOXICOMANIE

Le seul médecin ayant une activité en toxicomanie en dehors de son cabinet est un homme de 44 ans installé depuis 12 ans, exerçant seul, dans une commune de plus de 5000 habitants. Il pense avoir une formation initiale suffisante, notamment par l'acquisition de la capacité d'alcoologie et de toxicologie. Il a par ailleurs suivi, depuis qu'il est installé, une ou plusieurs formation sur la prise en charge des toxicomanes, et se considère globalement formé à la prise en charge de ces patients, sans souhait d'autre formation spécifique. Il est le seul médecin à appartenir à un réseau spécialisé dans la prise en charge de toxicomanes.

Parmi l'ensemble des médecins, seuls 3 considèrent avoir bénéficié d'une formation initiale suffisante ; la moitié ont entrepris une formation spécifique depuis qu'ils sont installés, mais 14 soit 40 % ne se considèrent pas formés à la prise en charge de toxicomanes, et 15 soit 42,9 % pas suffisamment. Au total, plus de 8 médecins sur 10 ont le sentiment d'être insuffisamment formés. 34,3 % des médecins interrogés souhaiteraient avoir une formation spécifique sous forme de soirée d'EPU (Enseignement Post-Universitaire) ou de séminaires.

Figure 1 : Répartition des médecins selon leur sentiment sur leur formation



Le pourcentage de médecins ayant bénéficié d'une formation à la toxicomanie n'apparaît pas lié au sexe, ni à la classe d'âge ou à l'ancienneté d'installation.

Figure 2 : Répartition des médecins ayant suivi ou non une formation selon le sexe

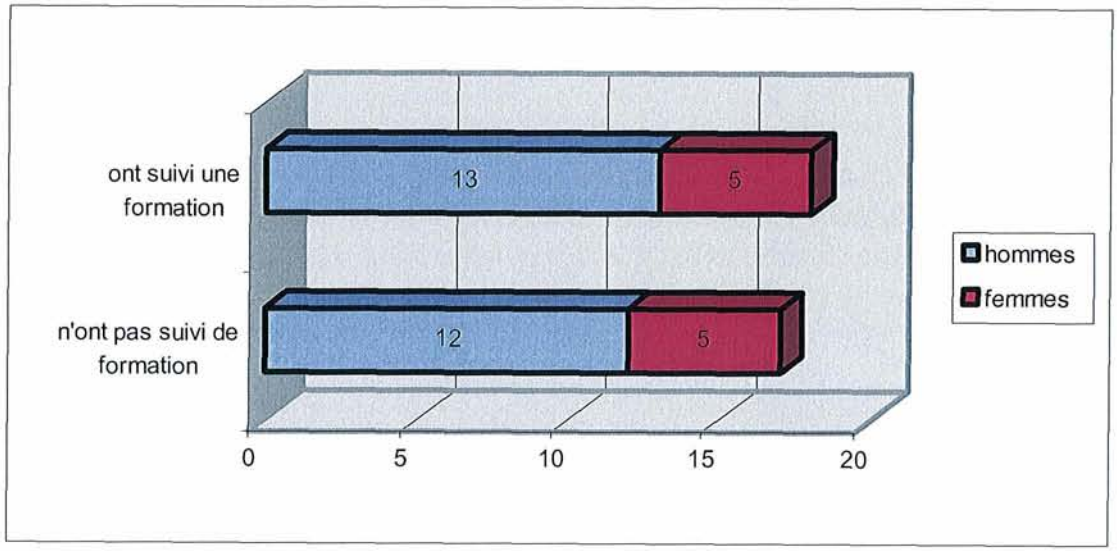


Figure 3 : Répartition des médecins ayant suivi ou non une formation selon l'âge

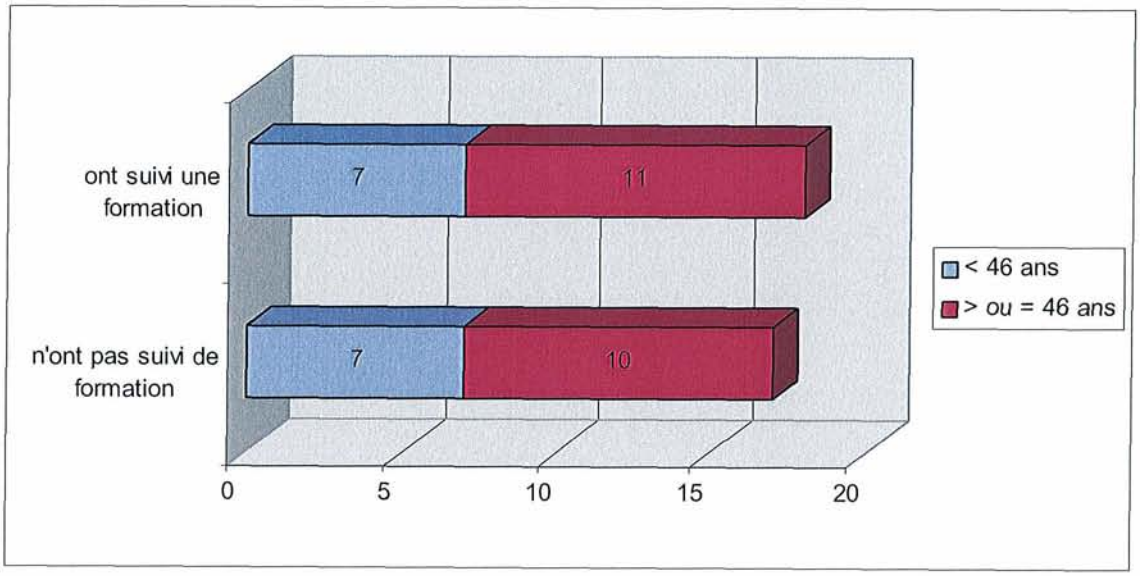
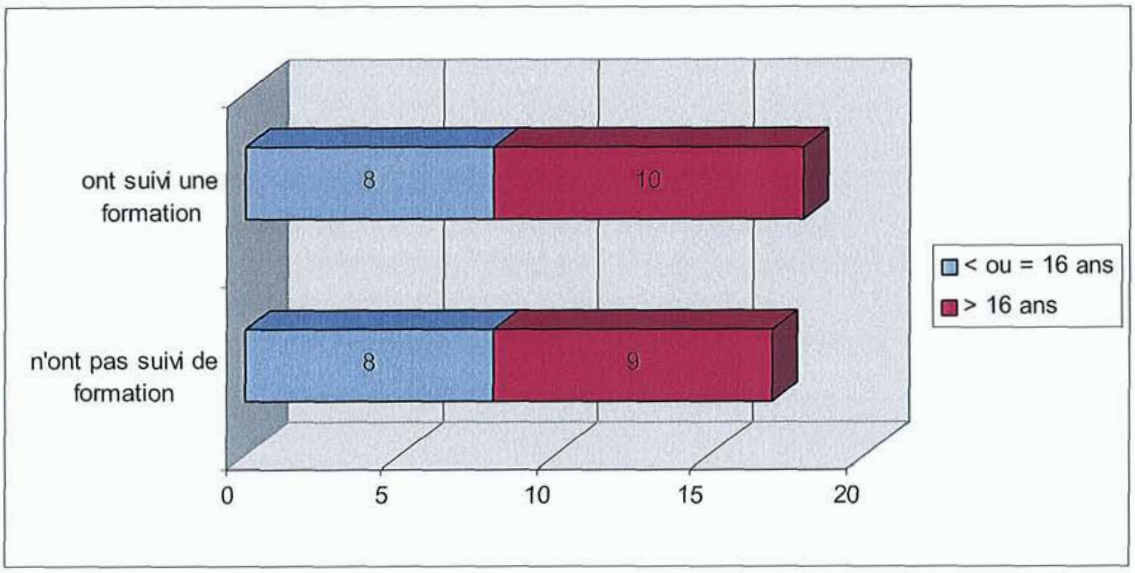


Figure 4 : Répartition des médecins ayant suivi ou non une formation selon l'ancienneté d'installation



Par contre, alors que parmi les médecins intéressés par une formation on retrouve autant de femmes que d'hommes, parmi ceux qui ne souhaitent pas de formation les hommes apparaissent majoritaires à plus de 80 % ; et alors que parmi les médecins intéressés par une formation on ne retrouve pas de différence en fonction des classes d'âge, parmi ceux qui ne souhaitent pas de formation les médecins de 46 ans ou plus représentent 65,22 %.

Figure 5 : Répartition des médecins souhaitant ou non une formation selon le sexe

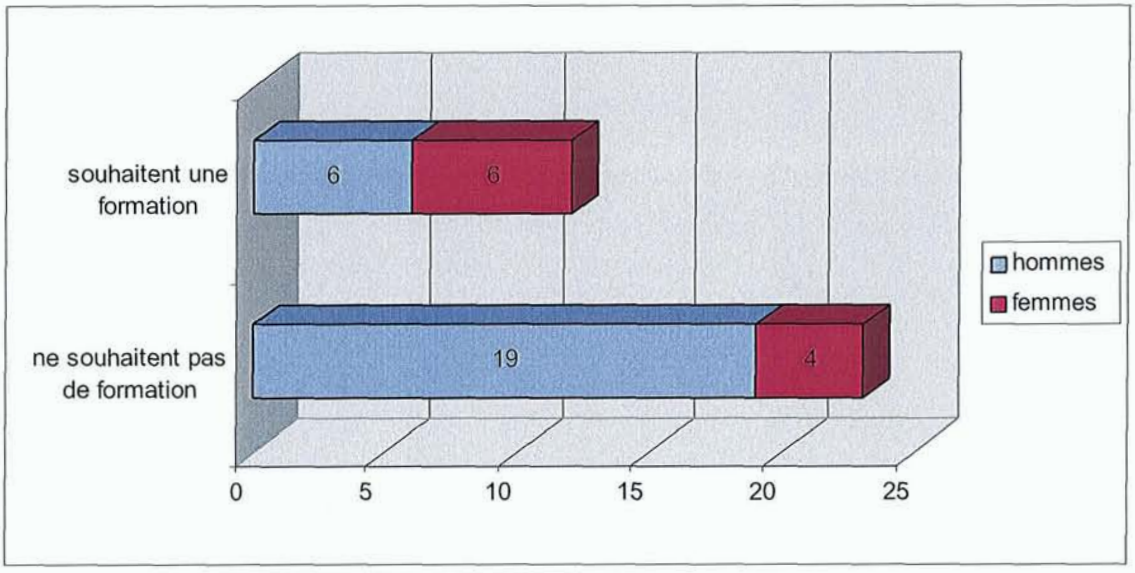
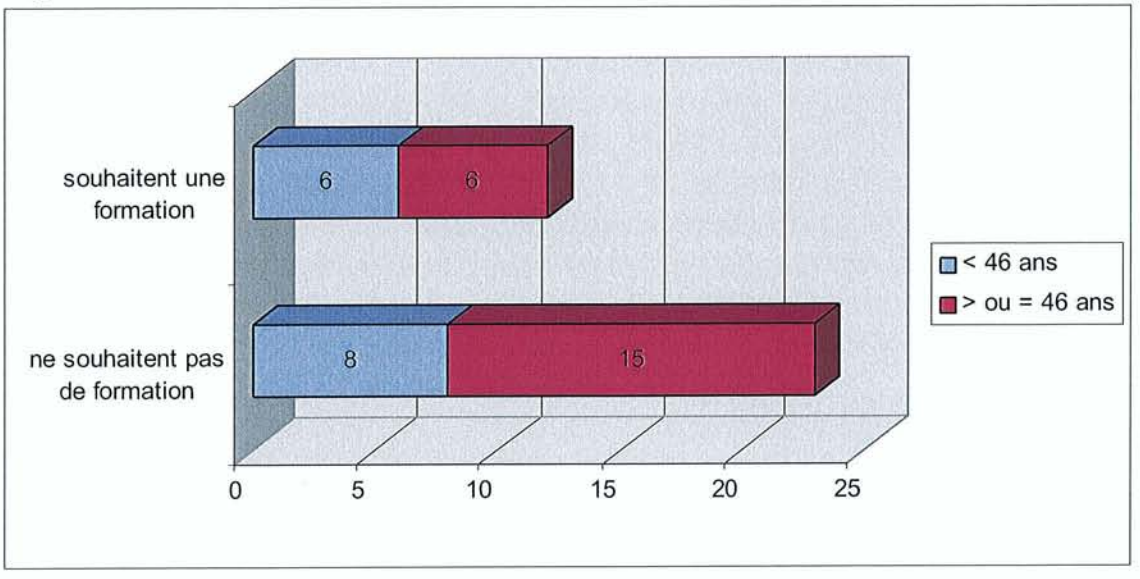
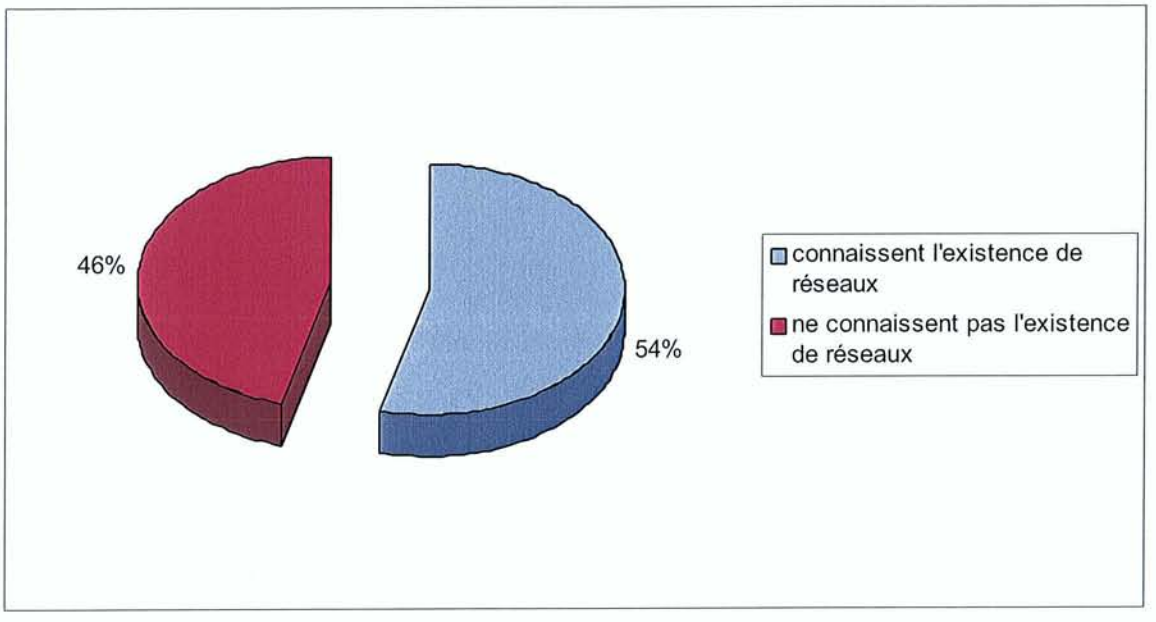


Figure 6 : Répartition des médecins souhaitant ou non une formation selon l'âge



Un peu plus de la moitié des médecins connaissent l'existence de réseaux de soins liés à la toxicomanie.

Figure 7 : Répartition des médecins selon leur connaissance d'existence de réseaux



3.1.4. ACTIVITE EN TOXICOMANIE

Parmi les médecins interrogés, 29 soit près de 83 % reçoivent des toxicomanes en consultation. Le nombre moyen de toxicomanes reçus par médecin est de 6,4 par an, et 5,2 au cours du dernier mois. Ils déclarent à 66,7 % recevoir davantage de patients toxicomanes qu'en 1996, date de mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX®) ; 9,5 % déclarent en voir moins, et 19 % autant (4,8 % ne savent pas ou n'étaient pas installés en 96).

Les médecins prenant en charge des toxicomanes les voient en consultation en moyenne 1,4 fois par mois.

Le tableau 4 présente une description des médecins généralistes selon qu'ils reçoivent ou non des toxicomanes. Si l'on s'intéresse à la population spécifique de chaque sous-catégorie, 80 % des médecins femmes voient des toxicomanes contre 84 % des hommes, 78,6 % des médecins de moins de 46 ans voient des toxicomanes contre 85,7 % de ceux de 46 ans ou plus, 75 % des médecins installés depuis 16 ans ou moins voient des toxicomanes contre 89,5 % de ceux installés depuis plus de 16 ans, et 81,3 % des médecins exerçant seuls voient des toxicomanes contre 84,2 % de ceux en cabinet associatif.

Tableau 4 : descriptif des médecins selon qu'ils reçoivent ou non des toxicomanes

	Ne voient pas de toxicomanes N=6 N-%	***Voient des toxicomanes N=29 N-%***
SEXE		
Femmes	2-33,3	8-27,6
Hommes	4-66,7	21-72,4
AGE		
<46 ans	3-50,0	11-37,9
≥46 ans	3-50,0	18-62,1
ANCIENNETE D'INSTALLATION		
≤16 ans	4-66,7	12-41,4
>16 ans	2-33,3	17-58,6
COMMUNE D'EXERCICE		
<1000 habitants	2-33,3	3-10,3
1000 à 5000 habitants	1-16,7	15-51,7
>5000 habitants	3-50,0	11-37,9
MODE D'EXERCICE		
Seul	3-50,0	13-44,8
En cabinet associatif	3-50,0	16-55,2

Parmi les médecins ayant reçu au moins un toxicomane, on distingue ceux qui en voient moins de 5 par an, ceux qui en voient entre 5 et 10, et ceux qui en voient plus de 10.

Figure 8 : Répartition des médecins selon le nombre de toxicomanes reçus

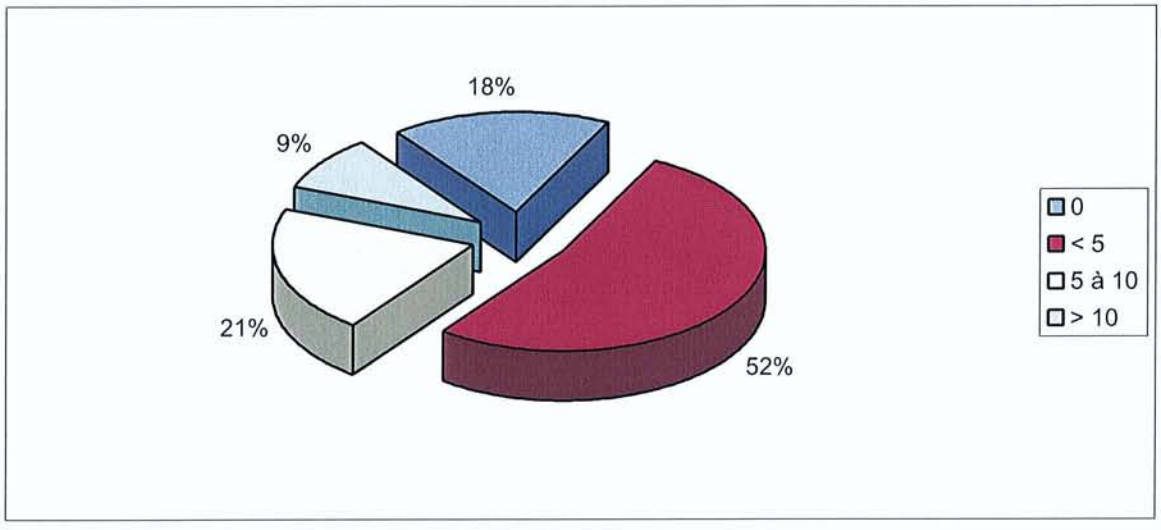


Tableau 5 : Formation des médecins selon le nombre de toxicomanes reçus

	Ne voient pas de toxicomanes N=6	*Voient moins de 5 toxicomanes N=18*	*Voient entre 5 et 10 toxicomanes N=7*	*Voient plus de 10 toxicomanes N=3*
FORMATION				
Se considèrent formés :				
Oui	0	4	0	2
Non	5	6	2	0
Pas suffisamment	1	8	5	1
Ont suivi une formation en toxicomanie	1	11	3	2

Les médecins qui ne reçoivent pas de toxicomanes s'estiment tous « pas » ou « insuffisamment » formés au problème de la toxicomanie. Un seul d'entre eux a suivi une formation depuis qu'il est installé. Pour expliquer l'absence de suivi de patients toxicomanes, ces médecins avancent en premier lieu le manque d'intérêt pour ce problème, supplanté par d'autres priorités telles

que la gériatrie, les soins palliatifs, la PMI, la nutrition, ou la psychiatrie. Puis par ordre décroissant, ils citent l'absence de demande et/ou de clientèle toxicomane, des expériences passées malheureuses, une prise en charge peu gratifiante et inefficace, le peu de fiabilité de ces patients ; le manque de formation n'est cité que par un seul médecin.

Si l'on s'intéresse aux médecins recevant des toxicomanes, 18 soit près des 2/3 n'en voient qu'un petit nombre (moins de 5 par an), et parmi eux 4 n'en voient qu'un seul ; ils s'estiment à 78 % « pas » ou « insuffisamment » formés au problème de la toxicomanie ; 11 ont suivi une formation. Les médecins qui voient entre 5 et 10 toxicomanes déclarent tous être « pas » ou « insuffisamment » formés à ce problème ; 3 ont suivi une formation. Les médecins qui reçoivent plus de 10 toxicomanes sont minoritaires, au nombre de 3 seulement ; le maximum de patients suivis est de 45 pour l'un d'entre eux ; 2 sur les 3 s'estiment formés à cette prise en charge spécifique et 2 ont suivi une formation post-universitaire.

3.1.5. ATTITUDES DES MEDECINS ENVERS LES PATIENTS TOXICOMANES

3.1.5.1. Pratiques

Dès lors que les médecins acceptent de suivre des patients toxicomanes, ils acceptent tous de les prendre en charge aussi bien pour les problèmes somatiques non liés à leur toxicomanie que pour ceux y étant liés. Un seul médecin recevant des toxicomanes ne prend pas en charge le traitement de substitution et le sevrage.

On note que près de 80 % des médecins déclarent que les patients dépendants aux opiacés qu'ils suivent consomment d'autres produits illicites, au premier rang desquels le cannabis, puis les médicaments détournés de leur usage, la cocaïne et l'ecstasy. 72 % estiment que ces patients ont « souvent » ou « parfois » un problème de dépendance à l'alcool.

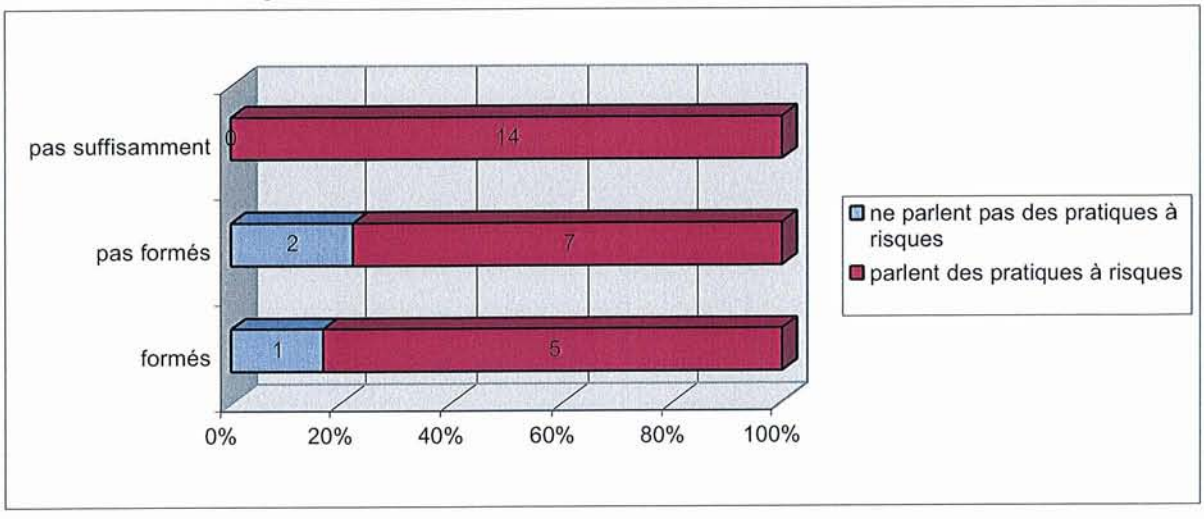
Près de 90 % des médecins déclarent parler aux toxicomanes suivis de leurs pratiques à risques, 80 % prescrire un bilan biologique, 76 % mettre à jour le calendrier vaccinal, 83 % proposer un soutien psychologique ; 1 médecin sur 3 seulement réalise un contrôle dentaire, et à peine la moitié accompagnent le patient dans ses démarches administratives et sociales.

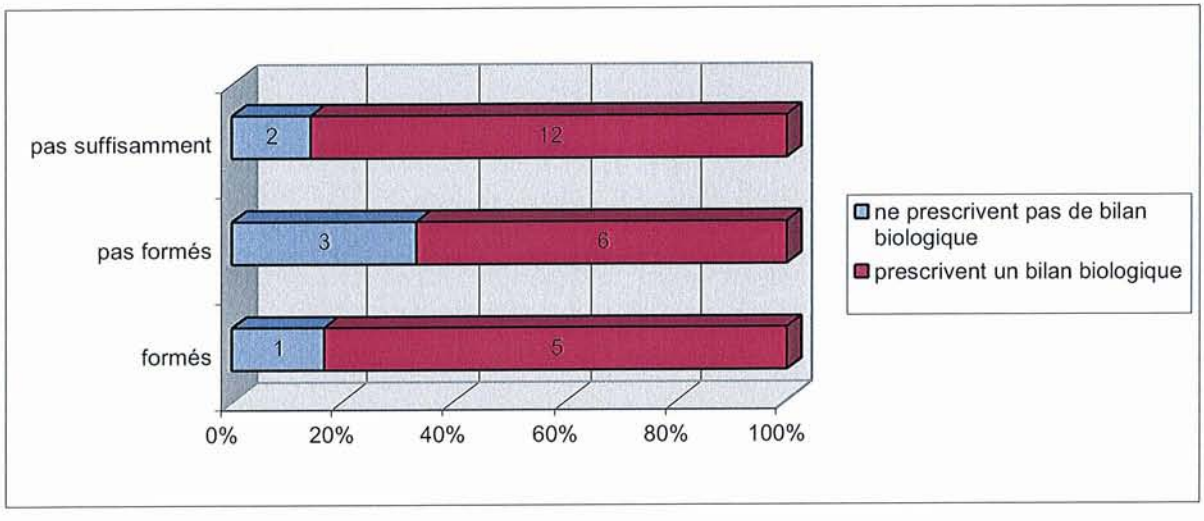
Tableau 6 : Comparaison des attitudes des médecins envers les patients suivis

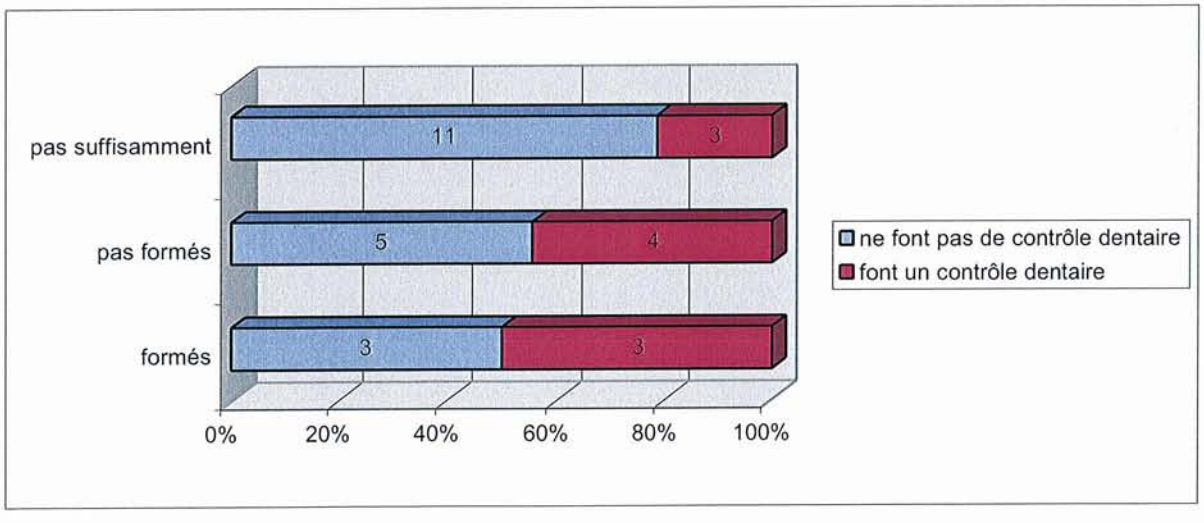
	N	*%*
Parlent des pratiques à risques		
Oui	26	89,7
Non	3	10,3
Prescrivent un bilan biologique		
Oui	23	79,3
Non	6	20,7
Font un contrôle dentaire		
Oui	10	34,5
Non	19	65,5
Mettent à jour le calendrier vaccinal		
Oui	22	75,9
Non	7	24,1
Proposent un soutien psychologique		
Oui	24	82,8
Non	5	17,2
Accompagnent dans les démarches administratives et sociales		
Oui	14	48,3
Non	15	51,7

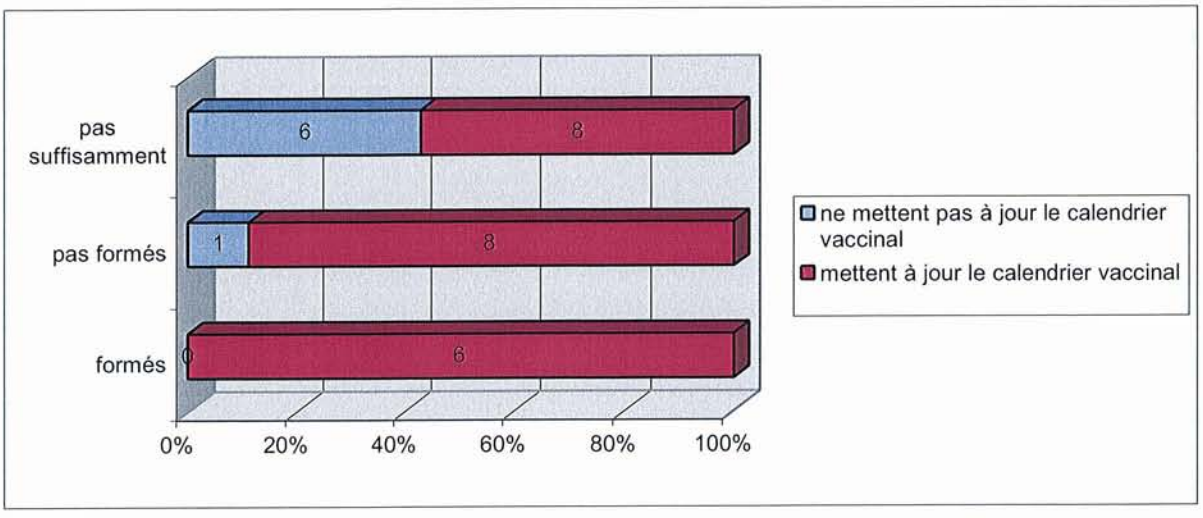
Les graphiques de la figure 9 représentent la proportion de médecins pour chaque pratique, selon leur sentiment d'être plus ou moins formés à la toxicomanie.

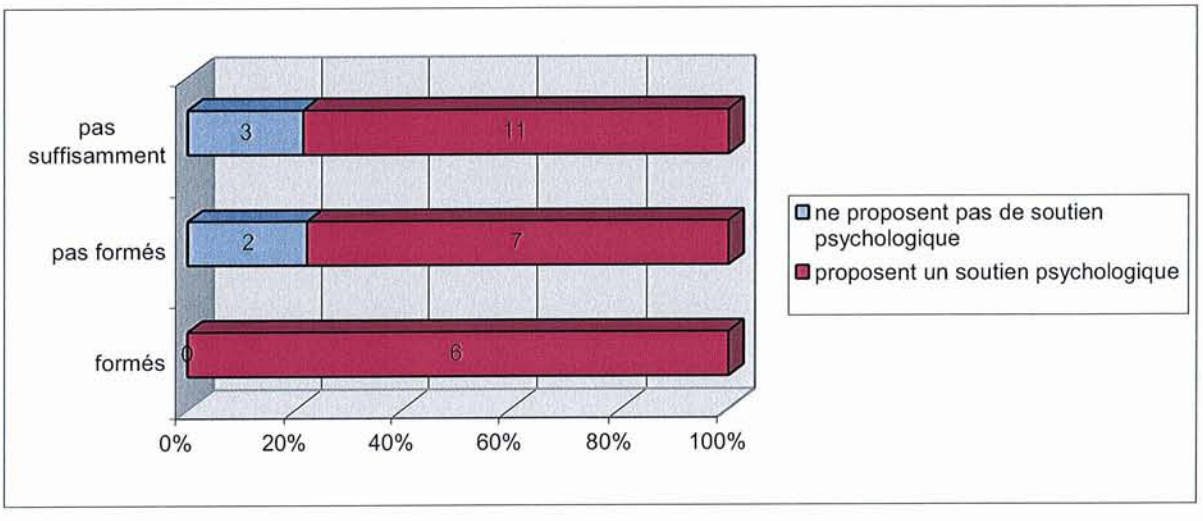
Figure 9 : Répartition des médecins en fonction de leurs attitudes, selon leur sentiment sur leur formation

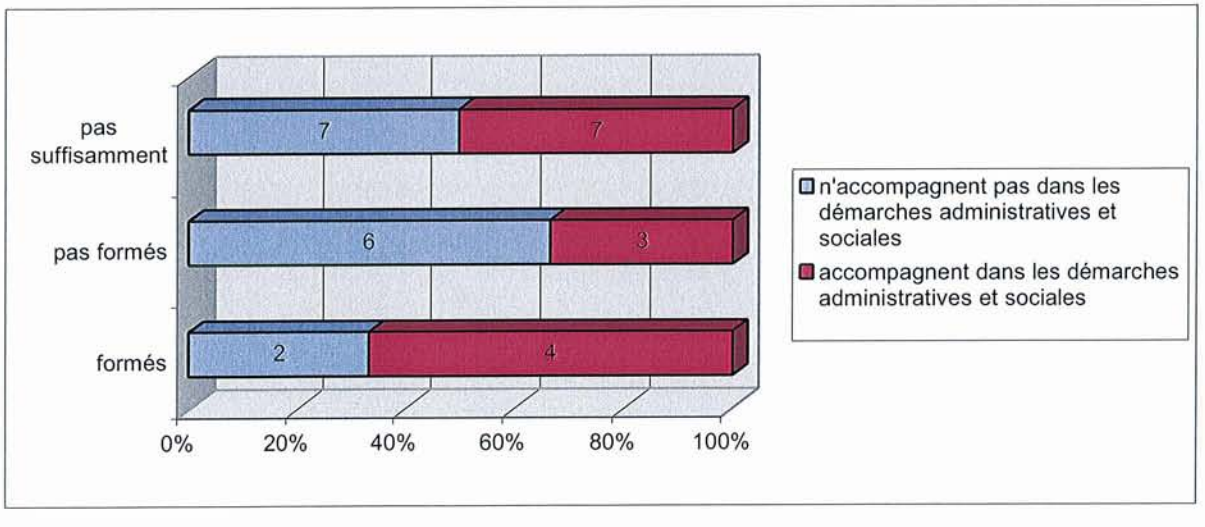







pas suffisamment
pas formés
formés
6
8
1
8
0
6
0%
20%
40%
60%
80%
100%
ne mettent pas à jour le calendrier vaccinal
mettent à jour le calendrier vaccinal


pas suffisamment
pas formés
formés
3
11
2
7
0
6
0%
20%
40%
60%
80%
100%
ne proposent pas de soutien psychologique
proposent un soutien psychologique


pas suffisamment
pas formés
formés
7
7
6
3
2
4
0%
20%
40%
60%
80%
100%
n'accompagnent pas dans les démarches administratives et sociales
accompagnent dans les démarches administratives et sociales

3.1.5.2. Prescriptions

Le SUBUTEX® est largement en tête des prescriptions citées spontanément par les médecins généralistes. Viennent ensuite les antalgiques non morphiniques et antispasmodiques, les anxiolytiques, les sédatifs et hypnotiques, et les antidépresseurs. L'autre médicament de substitution, la METHADONE®, n'est cité que par moins de 2 médecins sur 10. Les antalgiques morphiniques ne sont cités par aucun médecin. 2 médecins prescrivent des traitements d'homéopathie ou de phytothérapie.

Tableau 7 : prescriptions des médecins qui suivent des patients toxicomanes

	NOMBRE DE REPONSES SPONTANEES
SUBUTEX®	28
METHADONE®	5
ANXIOLYTIQUES	12
SEDATIFS/HYPNOTIQUES	9
ANTIDEPRESSEURS	3
ANTALGIQUES NON MORPHINIQUES	16
ANTALGIQUES MORPHINIQUES	0
AUTRES	2

3.1.5.3. Traitements de substitution

Face à un patient toxicomane venant en consultation, 37,9 % des médecins lui proposent un sevrage, et autant l'initiation d'un traitement de substitution. 37,9 % ne proposent jamais de sevrage, et 17,2 % jamais de traitement de substitution. Dans le cadre d'une demande de sevrage par le patient, la modalité de prise en charge ambulatoire est récusée par plus d'1 médecin sur 2 contre 1 sur 3 pour le sevrage hospitalier.

Pour les traitements de substitution, la dose de SUBUTEX® la plus fréquemment prescrite en début de traitement est de 8 mg par jour, la dose moyenne étant 5,5 mg, avec une dose minimale prescrite de 0,4 mg par jour, et maximale de 16 mg. Au cours du suivi, la dose la plus fréquemment prescrite est de 2 mg par jour avec une dose moyenne de 3,6 mg ; les doses minimales et maximales restent à 0,4 mg et à 16 mg par jour.

65 % des médecins déclarent spontanément déterminer la posologie du traitement de substitution en fonction de la dose d'héroïne prise par le toxicomane ou la dose de SUBUTEX® prise de façon illégale ; 17 % font appel à un confrère spécialisé, un centre spécialisé de soins aux toxicomanes, ou font référence aux données du VIDAL et à la conférence de consensus de l'ANAES (61) ; viennent ensuite l'ancienneté de la toxicomanie et l'état clinique du patient.

Les médecins jugent de l'efficacité d'un traitement de substitution autant par l'amélioration de l'état physique du patient et des relations sociales que par l'arrêt des injections et de la consommation d'héroïne (96,6 %). Ils sont quasiment autant (93,1 %) à considérer la baisse de la consommation d'héroïne comme insuffisante en tant que critère d'efficacité. Ont également été cités un suivi régulier rigoureux et l'absence d'autres médicaments anxiolytiques ou hypnotiques.

On note enfin que lors de la prescription de substitution, 3 médecins établissent toujours un contrat écrit avec le patient toxicomane et un médecin le fait de façon non systématique.

Par ailleurs près d'1 médecin sur 2 (48,3 %) déclare orienter « parfois » ou « toujours » leurs patients vers un pharmacien défini en indiquant son nom sur l'ordonnance, et 1 sur 3 (34,5 %) lui téléphoner.

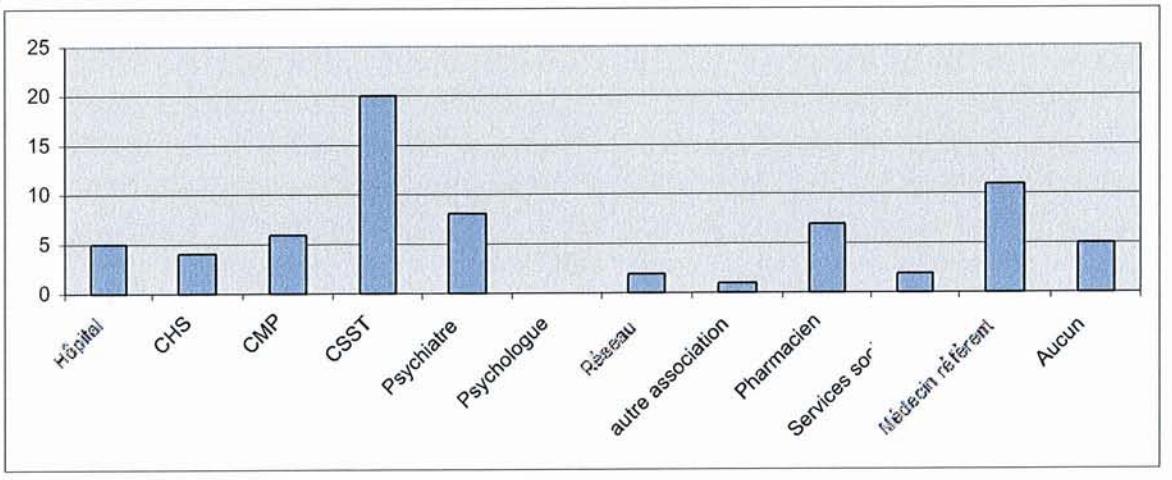
3.1.6. ORIENTATIONS ET PARTENARIATS DEVELOPPES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES

Le centre spécialisé de soins aux toxicomanes est le premier partenaire cité par les médecins généralistes (69 %). Viennent ensuite le médecin généraliste référent en matière de toxicomanie (31,4 %), le psychiatre (27,6 %), le pharmacien (24,1 %), le centre médico-psychologique (20,7 %), puis l'hôpital (17,2 %) et le centre hospitalier spécialisé (13,8 %).

Le partenariat avec un réseau de soins ville-hôpital n'est cité que par 2 médecins. A peine plus d'1 médecin sur 2 connaît l'existence d'un tel réseau. Seul un médecin en fait partie. Près d'un tiers ont été contactés pour en faire partie, et seulement 11, 4 % déclarent y avoir déjà eu recours.

On note enfin que 17,2 % des médecins déclarent travailler seuls.

Figure 10 : partenaires avec lesquels les médecins travaillent pour suivre leurs patients toxicomanes



3.1.7. OPINIONS

Afin d'apprécier la place des médecins dans le dispositif de prise en charge des toxicomanes, il leur était demandé de déterminer si cette prise en charge en médecine de ville était possible, et de préciser les conditions qui, selon eux, facilitent cette prise en charge ou au contraire la rendent difficile. Parallèlement à cette question, nous estimions au terme de l'entretien si le médecin interrogé semblait plutôt convaincu ou pas de la capacité de cette prise en charge en ville.

80 % des médecins interrogés pensent que cette prise en charge des toxicomanes en médecine de ville est possible ; moins de la moitié (42,9 %) nous ont semblé convaincus, et 28,6 % avoir un avis partagé sur la question. Les médecins ne recevant pas de toxicomanes à leur consultation sont tous persuadés que c'est possible, mais un seul d'entre eux nous a réellement convaincus à l'issue de l'entretien. Le pourcentage de médecins semblant convaincus de la possibilité d'une prise en charge en ville des toxicomanes n'apparaît pas lié à leur sentiment de formation : 5 d'entre eux se considèrent globalement formés, 5 pas du tout et 3 insuffisamment.

Le facteur de réussite de prise en charge le plus souvent cité est le travail pluridisciplinaire, suivi de près par l'implication du médecin, la bonne connaissance du patient et de son environnement. Viennent ensuite seulement la formation, l'existence de structures de soins où adresser le patient et la mise à disposition de moyens, un contrat liant le patient, la motivation du patient et enfin l'appartenance à un réseau.

A l'opposé les principaux obstacles à la prise en charge des toxicomanes sont la personnalité de ces patients et leur manque de motivation, la crainte de

devenir un médecin dealer avec la peur d'un effet boule de neige dans la clientèle, le manque de formation, le manque de temps, la crainte de la violence (40 % des médecins déclarent avoir déjà été confrontés à des problèmes d'insécurité avec un patient toxicomane ; le plus souvent il s'agit de menaces verbales, de vols d'ordonnances et 2 cas de violences physiques). Les autres difficultés mises en avant sont le manque d'intérêt pour ce domaine, l'isolement du médecin, la difficulté d'accès aux structures de soins spécialisés (lits de sevrage...), la nécessité d'une approche multidisciplinaire, la prise en charge peu gratifiante et inefficace, le problème de rémunération, et l'image du cabinet.

3.1.8. APPROCHE QUALITATIVE

Pour comprendre les différentes facettes de la relation médecins généralistes-toxicomanes et le rôle que le médecin généraliste peut jouer dans la prise en charge des toxicomanes, il nous a semblé intéressant de réaliser une analyse qualitative succincte sur les commentaires recueillis à la fin des entretiens.

Les apriorismes que peut avoir le médecin, les expériences vécues dans ses rencontres avec les toxicomanes, les difficultés et les limites de cette prise en charge vont conditionner son attitude vis-à-vis des toxicomanes. Nous avons pu dégager ces obstacles soulevés par les médecins interrogés :

- **Le temps et la disponibilité :**

« Le toxicomane a une demande ponctuelle à laquelle il faudrait répondre de suite ; c'est difficile en cabinet de ville. »
« C'est toujours urgent, ils veulent arrêter immédiatement ; il faut les recevoir tout de suite et tout régler comme ça ; d'ailleurs, ils savent ce qu'il leur faut... »
« Pour un sevrage par exemple, la gestion du manque nécessiterait une disponibilité que nous n'avons pas. »
« La prise en charge de toxicomanes nécessite d'intervenir au niveau médical, que ce soit pour la substitution, des problèmes somatiques, ou psychiques, mais également au niveau social, et cela nous prend du temps, trop de temps ! »

- **Le lieu :**

« Je me refuse à en recevoir un seul, car si j'en accepte un aujourd'hui, j'en aurai dix demain dans la salle d'attente ; ce n'est pas imaginable pour les autres patients. »

- **Le manque d'intérêt :**

« Je me rends compte au cours de cet entretien que je m'investis moins pour ces patients que pour mes autres patients. »

« Je n'ai pas réellement d'intérêt pour ce domaine et ne me sens pas suffisamment formé ; je ne désire pas trop me former car je ne souhaite pas plus que ça m'impliquer dans ce domaine, j'ai d'autres centres d'intérêt : soins palliatifs, cancérologie… »

- **L'isolement :**

« On se sent un peu démuni le soir ou le samedi car on ne peut joindre le centre spécialisé. »
« On est toujours confronté à la difficulté d'accès aux structures par le manque de lits de sevrage, ou la liste d'attente au centre méthadone. »

- **La personnalité du toxicomane :**

« Ce sont des patients peu fiables, souvent menteurs, qui cherchent à vous manipuler. »
« On est mal à l'aise face à ces patients que l'on connaît peu, et dont on a peine à en savoir davantage sur eux réellement. »

- **Le nomadisme :**

« Ce sont pour certains des toxicomanes de passage qui viennent chercher leur dose ; ça nous donne le sentiment d'être leur dealer. »

- **Le manque de formation à cette approche :**

« Ce sont nos patients qui nous instruisent. »
« On ne nous apprend pas les techniques relationnelles à adopter avec ce type de patient. »

- **Les résultats tardifs d'une telle prise en charge :**

« C'est comme la drogue, on ne peut pas s'en passer et on a du mal à sevrer nos patients de leur traitement de substitution. »
« Les rechutes font partie de la trajectoire de ces patients, et il est difficile de s'impliquer pleinement du fait des échecs fréquents. »

Si ces difficultés peuvent rendre complexe la prise en charge des toxicomanes, il n'en reste pas moins que le médecin en tant que généraliste, médecin traitant et médecin de famille dispose d'atouts certains :

- **Généraliste = omnipraticien**

« Ce sont des patients comme les autres ; ils viennent nous voir avec un problème que l'on va essayer de résoudre, du moins de soulager, comme pour toute pathologie. »
« Je crois que les patients toxicomanes sont plus sincères que les patients ayant une dépendance à l'alcool. »

- **Médecin traitant, médecin de famille :**

« Je ne suis pas de toxicomanes, mais s'il s'agissait d'un patient de la clientèle je serais OK. »
« Cette prise en charge est possible en ville, mais uniquement pour *ses* patients du fait de l'importance d'une relation de confiance, une relation solide et ancienne comme on peut l'avoir en étant le médecin de famille, et de la connaissance du patient et de son milieu ; je ne souhaite pas de toxicomanes de passage car là je pense que la prise en charge est impossible du fait du problème de nomadisme. »
« Je ne prends en charge que des patients connus. C'est plus facile depuis l'instauration du contrat de médecin traitant, ça évite le nomadisme. »

- **Au centre du système de soins :**

« Nous sommes pour ces patients le point d'entrée dans le parcours de soins : nous allons traiter ensemble ses maux, mais aussi l'orienter. Nous allons également nous aider de partenaires pour élaborer le suivi nécessaire. »

Comme pour les obstacles, certaines expériences positives vont influencer les attitudes futures :
« Au début de mon installation, je me refusais à prendre en charge des toxicomanes, par manque d'investissement d'abord, par manque de formation ensuite ; puis je me suis rendu compte que certains de mes patients que je connaissais depuis l'enfance pour être le médecin de famille étaient allés consulter des confrères pour leur substitution. Un d'eux m'a avoué avoir été rejeté plusieurs fois ; c'est alors que j'ai pris conscience de la nécessité de s'impliquer en tant que médecin généraliste dans ce domaine pour ces patients. Je trouvais dommage que cette prise en charge se fasse « cachée », sans l'aide de l'entourage. »
« J'ai réellement cru en la possibilité de la prise en charge des toxicomanes quand un jeune couple, tous deux anciens usagers de drogues, que j'avais suivi quelques mois auparavant est venu m'amener en consultation leur petite fille en m'annonçant leur mariage prochain et la concrétisation de leurs projets professionnels. Alors même si on assiste plus souvent à des rechutes, qui d'ailleurs font partie de la trajectoire du toxicomane, pour ceux là ça vaut la peine d'essayer de se battre car on ne peut connaître le résultat d'avance ! »

Un médecin interrogé conclura :
« Pour cette prise en charge il est important :
1 : d'avoir une connaissance du patient, de son milieu familial, du milieu de vie ;
2 : d'avoir des connaissances, une formation à la toxicomanie ;
3 : d'être disponible ;
4 : de faire partie d'un réseau, de ne pas être isolé. »

3.2. RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS

Le secteur sanitaire étudié compte 12 pharmaciens. Tous ont accepté de participer à l'enquête. Compte tenu de la taille de l'échantillon, nous nous limiterons à une étude descriptive.

3.2.1. CARACTERISTIQUES DES PHARMACIENS AYANT REPONDU A L'ENQUETE

Comme pour les médecins, l'entretien s'est déroulé à l'officine de chaque pharmacien.

L'échantillon de pharmaciens est constitué de 7 femmes et 2 hommes. Ils sont en moyenne âgés de 50,2 ans, avec un minimum de 35 ans et un maximum de 60 ans, et installés en moyenne depuis 15,7 ans, avec un minimum de 2 ans et un maximum de 34 ans. Chaque pharmacie compte en moyenne 4,4 personnes délivrant des médicaments, ce nombre de personnes allant de 2 à 7. Ils exercent pour 41,7 % d'entre eux dans une commune de 1000 à 5000 habitants et 58,3 % dans une commune de plus de 5000 habitants.

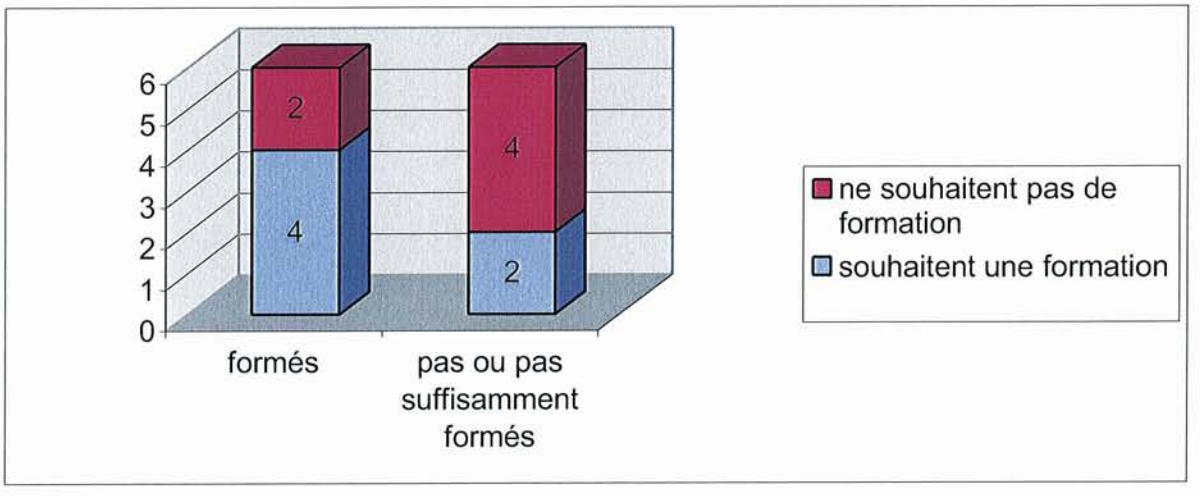
Tableau 8 : Caractéristiques de l'ensemble des pharmaciens de l'échantillon

	N (35)	*%*
SEXE		
Femmes	7	58,3
Hommes	5	41,7
AGE		
<46 ans	4	33,3
≥46 ans	8	66,6
ANCIENNETE D'INSTALLATION		
≤16 ans	7	58,3
>16 ans	5	41,7
COMMUNE D'EXERCICE		
<1000 habitants	0	0
1000 à 5000 habitants	5	41,7
>5000 habitants	7	58,3
PERSONNES DELIVRANT DES MEDICAMENTS		
<5	5	41,7
≥5	7	58,3

3.2.2. SENSIBILISATION DES PHARMACIENS AU PROBLEME DE LA TOXICOMANIE

Parmi l'ensemble des pharmaciens, 3 soit ¼ considèrent avoir bénéficié d'une formation initiale suffisante ; 1/3 ont entrepris une formation spécifique depuis qu'ils sont installés ; la moitié se considèrent néanmoins formés à la prise en charge des toxicomanes, 5 pas suffisamment et seul 1 pharmacien ne se considère pas formé à cette prise en charge. La moitié des pharmaciens souhaiteraient avoir une formation spécifique sous forme de réunions interactives avec les autres professionnels intervenant dans cette prise en charge.

Figure 11 : Répartition des pharmaciens se considérant formés ou pas suffisamment selon leur souhait de formation ou non



3.2.3. ACTIVITE EN TOXICOMANIE

Tous les pharmaciens interrogés déclarent recevoir des toxicomanes dans leur officine.

Le nombre moyen de toxicomanes reçus par pharmacien est de 16,9 par an et 12,6 au cours du dernier mois. Mais ce résultat doit être apprécié avec réserve, un pharmacien n'ayant pas souhaité s'exprimer sur le nombre de toxicomanes reçus. Pour les pharmaciens ayant répondu, le nombre de toxicomanes reçus s'étend de 5 à 40 par an et de 2 à 30 au cours du dernier mois.

5 déclarent recevoir davantage de patients toxicomanes qu'en 1996, date de mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX®) ; 2 déclarent en voir autant et 1 seul moins.

3.2.4. ATTITUDES DES PHARMACIENS ENVERS LES PATIENTS TOXICOMANES

3.2.4.1. Pratiques

Les pharmaciens interrogés sont 5 sur les 12 à tenter de donner une information sur les pratiques à risques aux toxicomanes se présentant à leur officine, en particulier sur le mésusage des médicaments, les associations de produits, le risque des drogues en elles-mêmes et les maladies transmissibles.

Les raisons invoquées par les pharmaciens ne donnant pas cette information sont en premier lieu l'absence de demande de ces patients connaissant eux-mêmes très bien les risques, puis un espace non adapté avec un manque de confidentialité ; ont également été cités le manque de formation, la méconnaissance des patients de passage et l'absence d'évocation de cette tâche.

A noter qu'à cette question, aussi bien les pharmaciens qui ont répondu négativement, que ceux qui ont répondu positivement ont évoqué le refus fréquent des patients toxicomanes à partager cette information.

10 pharmaciens sont favorables à la délivrance de STERIBOX® en officine. Seul 1 d'entre eux n'en délivre pas ; les autres en délivrent de 3 à 40 par mois avec une moyenne de 13,2.

Les motifs invoqués en faveur de la mise à disposition en pharmacie des STERIBOX® sont dominés par la politique de réduction des risques citée 8 fois, puis un bon maillage du territoire et l'appartenance au rôle du pharmacien cités chacun 3 fois, et une porte d'entrée dans le système de soins.

Les pharmaciens n'y étant pas favorables mettent en avant la peur de la violence, l'image de l'officine, la non rentabilité et le sentiment de complicité dans l'acte de se droguer.

Pour ce qui est du DISTRIBOX®, aucun n'est situé à proximité d'une pharmacie dans ce secteur. 2 pharmaciens seulement y seraient favorables. La crainte du développement d'un sentiment d'insécurité à proximité, l'absence d'intermédiaire et de contact humain avec un risque de banalisation sont mis en balance avec une disponibilité 24h/24 par ce dispositif.

Aucun ne déclare délivrer d'autres seringues que les STERIBOX® aux toxicomanes.

3.2.4.2. Prescriptions

Le SUBUTEX® est également en tête des prescriptions citées spontanément par les pharmaciens ; viennent juste derrière les sédatifs et hypnotiques, les anxiolytiques puis les antidépresseurs et les antalgiques non morphiniques et enfin la METHADONE® citée par seulement 2 pharmaciens.

Les pharmaciens affirment en effet, pour 75 % d'entre eux, avoir été confrontés à des prescriptions de médicaments psychotropes associés à un traitement substitutif, et autant à des prescriptions de ces médicaments destinés à des patients toxicomanes non associés à un traitement de substitution.

Tableau 9 : Médicaments les plus souvent délivrés par les pharmaciens aux toxicomanes

	NOMBRE DE REPONSES SPONTANEES
SUBUTEX®	11
METHADONE®	2
ANXIOLYTIQUES	5
SEDATIFS/HYPNOTIQUES	10
ANTIDEPRESSEURS	3
ANTALGIQUES NON MORPHINIQUES	3
ANTALGIQUES MORPHINIQUES	0
AUTRES	0

1/3 des pharmaciens interrogés attestent avoir déjà été confrontés à des patients toxicomanes ayant plusieurs médecins prescripteurs. Face à cette situation aucun ne délivre les médicaments, seulement 1 sur 4 contacte le médecin ou pharmacien conseil, mais tous sauf 1 téléphonent aux médecins prescripteurs.

3.2.4.3. Traitements de substitution

Alors que tous délivrent du SUBUTEX®, ¼ des pharmaciens interrogés déclarent ne pas être favorables à cette dispensation en officine, eu égard au risque de nomadisme ; le sentiment d'être leur dealer et le manque d'efficacité du traitement ont également été évoqués.

A l'opposé les pharmaciens favorables considèrent que cela permet un service de proximité à côté de centres surchargés, que cela relève du rôle du pharmacien, et qu'il s'agit d'une action de santé publique.

Pour la METHADONE® 5 pharmaciens, soit plus de 41 %, sont favorables à sa dispensation en officine ; la moitié en délivrent. En plus des raisons invoquées précédemment pour le SUBUTEX®, les pharmaciens évoquent une lourdeur administrative plus importante avec la METHADONE®, le manque de formation, la nécessité d'un meilleur encadrement en centre spécialisé et le problème de la sécurité.

2/3 des pharmaciens interrogés sont opposés à la prise du médicament à l'officine, avec deux notions qui reviennent systématiquement : l'absence de lieu adapté et l'instauration d'un manque de confiance.

Ceux y étant favorables soulignent néanmoins les difficultés pratiques de réalisation.

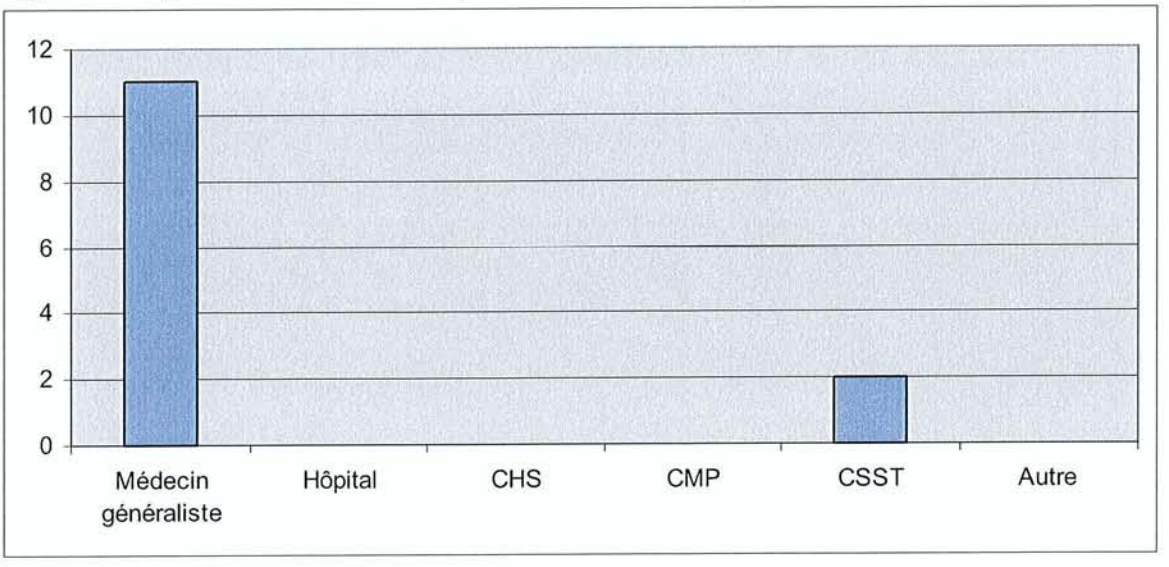
Quelques situations rencontrées fréquemment en officine ont été soumises aux pharmaciens pour connaître leur réaction :

- 10 pharmaciens sur les 12 déclarent avoir été confrontés à des patients toxicomanes leur demandant de leur délivrer à la fois leur traitement de substitution et des seringues ou des STERIBOX®. Si les ¾ tentent d'avoir une explication, les informent des risques ou les encouragent à consulter leur médecin, 10 accèdent à leur demande et seulement 1/3 d'entre eux contactent le médecin prescripteur.
- Face à un chevauchement d'ordonnances, aucun pharmacien ne délivre le jour même, sauf si mention est faite sur l'ordonnance pour 10 d'entre eux ; tous demandent au patient de revenir à l'échéance de la première ordonnance ; 7 téléphonent au médecin.
- Face à une demande d'avance de produit de substitution, tous sauf 1 refusent et demandent de revenir à l'échéance de l' ordonnance ; la moitié téléphonent au médecin.
- Face à la présentation d'une ordonnance datant de plusieurs jours, tous sauf 1 ne délivrent que pour le nombre de jours restants, et dans ce cas 1 seul téléphone au médecin.

3.2.5. ORIENTATIONS ET PARTENARIATS DEVELOPPES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES

Le médecin généraliste est le contact quasi exclusif des pharmaciens puisque 11 sur les 12 interrogés l'ont cité, et parmi les autres partenaires seul le CSST a été évoqué par 2 pharmaciens.

Figure 12 : partenaires avec lesquels travaillent les pharmaciens



Face à un patient toxicomane en demande de soins, les pharmaciens l'orientent majoritairement vers un médecin généraliste (58,3 %), soit leur médecin traitant, soit un médecin référent en matière de toxicomanie, ou vers un CSST (50 %).

Les 2/3 des pharmaciens connaissent l'existence de réseaux spécialisés dans la prise en charge de toxicomanes ; 1 seul d'entre eux en fait partie, alors que 7 ont déjà été contactés pour en faire partie. Seulement ¼ soit 3 pharmaciens ont déjà eu recours à un réseau.

Interrogés sur l'attitude des médecins généralistes, les pharmaciens répondent que la moitié indiquent toujours le nom de la pharmacie sur l'ordonnance et l'autre moitié parfois seulement, et qu' 1/3 des médecins téléphonent parfois.

3.2.6. OPINIONS

Tout comme pour les médecins, il était demandé aux pharmaciens à l'issue de l'entretien de déterminer si la prise en charge de patients toxicomanes était possible en officine, et de préciser les conditions qui, selon eux, facilitent cette prise en charge ou au contraire la rendent difficile. Parallèlement à cette question, nous estimions de la même façon si le pharmacien semblait plutôt convaincu ou non de la capacité de cette prise en charge en ville.

3/4 des pharmaciens interrogés estiment que cette prise en charge est possible à l'officine ; 2/3 nous ont semblé convaincus, seul 1 nous a laissé un avis partagé.

Tous ceux ne pensant pas cette prise en charge possible nous semblaient bien convaincus de cette difficulté.

Le facteur de réussite de prise en charge le plus souvent cité est la bonne connaissance du patient et de son environnement, puis viennent la disponibilité, la motivation et l'implication du pharmacien, la formation et une réglementation rigoureuse.

A l'opposé les principaux obstacles cités sont dominés par la peur de la violence (1/3 des pharmaciens déclarent avoir déjà été confrontés à des problèmes d'insécurité avec un patient toxicomane ; le plus souvent il s'agit de menaces verbales mais on relève un cas de dégradation de matériel et de vol, et un cas d'agression physique avec une aiguille). Les autres difficultés mises en avant sont le manque de formation, l'absence de locaux adaptés, la personnalité de ces patients, le manque de temps, le manque d'intérêt, le laxisme de certains médecins, le sentiment de devenir un pharmacien dealer, le manque de relations avec les autres partenaires et les caisses, et une prise en charge peu gratifiante et inefficace.

3.2.7. APPROCHE QUALITATIVE

De la même façon que pour les médecins, malgré le petit nombre de pharmaciens interrogés, l'approche qualitative permise par l'entretien individuel est également riche d'informations.

Parmi les difficultés rencontrées, les commentaires recueillis mettent en avant :

- **Le lieu :**

« Nous ne disposons pas de locaux adaptés pour une réelle confidentialité ou discrétion. »
« La prise du médicament à l'officine, c'est impossible pour le patient vis-à-vis des autres clients sans une pièce conçue pour. »

- **Le pharmacien souvent considéré comme un commerçant exécutant la prescription du médecin :**

« Les toxicomanes ne sont pas des patients demandeurs de conseils vis-à-vis du pharmacien ; ils viennent chercher leur produit c'est tout ; j'ai parfois le sentiment d'être leur dealer. »
« On est parfois impuissant face à un certain laxisme de quelques médecins. »

- **Le nomadisme :**

« On est souvent confronté à des gens de passage avec lesquels il nous est difficile d'établir une relation. »
« Le nomadisme est le fait de quelques uns ; on ne le décèle pas forcément à notre niveau, et il serait souhaitable d'avoir un réel retour de la part des caisses concernant le nomadisme. »

- **Le comportement :**

« Les patients toxicomanes sont parfois pressés ; ils ont du mal à respecter une file d'attente, ce qui occasionne une gêne pour les autres clients. »
« C'est exceptionnel, mais j'ai été moi même menacé par un de ces patients au moyen d'une aiguille ! »

- **L'intendance :**

« C'est une gestion complexe pour les employés du fait du déconditionnement nécessaire avec la buprénorphine. »
« Et pour la méthadone, cela occasionne beaucoup de formalités administratives. »

En revanche, les pharmaciens disposent d'arguments qui leur sont propres, et qui les positionnent favorablement dans la prise en charge de cette pathologie :

- **Acteurs de première ligne :**

« Nous avons un rôle essentiel de prévention chez les jeunes qui viendraient chez nous pour un Steribox® la première fois, mais également à chaque fois dans la répétition de notre discours. »

- **Un cadre informel :**

« Il arrive que ces patients nous confient certaines choses qu'ils n'ont pas osé dire au médecin dans le cadre de la consultation. »

- **La fréquence des rencontres :**

« Au fur et à mesure des délivrances hebdomadaires, on finit par bien les connaître ; c'est nous qu'ils côtoient le plus souvent. »

TROISIEME

PARTIE

Notre étude sur la prise en charge des toxicomanes en médecine de ville se porte sur le choix d'une zone géographique d'enquête limitée, visant ainsi à rendre compte d'un état des lieux exhaustif des pratiques et des ressentis des principaux intervenants en matière de toxicomanie. Le but est aussi d'identifier les difficultés rencontrées dans leur activité quotidienne, et de dégager par là-même des outils indispensables à la prise en charge des toxicomanes en ville.

La taille de l'échantillon est insuffisante pour être représentatif de la population française, ne permettant pas l'établissement de relations statistiques, mais nous avons indiqué les fortes tendances qui en ressortent.

Le taux de réponse est pour notre enquête de 87,5 % pour les médecins et de 100 % pour les pharmaciens, ce qui est bien supérieur aux enquêtes effectuées sur ce sujet à une plus grande échelle. En effet, dans l'enquête menée par EVAL pour l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) le taux de refus était de 37,5 % en 2001 (60), c'est à dire plus élevé que ceux observés lors des enquêtes de 1995 et 1998 qui étaient respectivement de 29 % et 25 % (62) (63). Alors que ces enquêtes étaient le plus souvent réalisées sous forme d'entretiens téléphoniques ou de questionnaires envoyés par courrier, nous avons choisi de rencontrer individuellement les acteurs de cette prise en charge pour bien cerner les réalités du terrain, et ce d'autant plus que notre questionnaire associe aux questions fermées des questions ouvertes permettant aux médecins et pharmaciens interrogés de faire partager leurs expériences, leurs ressentis et parfois de formuler des hypothèses ou des suggestions pour améliorer les conditions sanitaires et sociales.

Au total, il ne s'agit pas d'établir des vérités définitives mais de proposer des pistes de réflexions susceptibles d'éveiller la curiosité de chacun afin qu'il aille de lui-même un peu plus loin dans sa réflexion sur le sujet.

1. FORMATION

1.1. SENSIBILISATION DES MEDECINS AU PROBLEME DE LA TOXICOMANIE

L'activité en toxicomanie des médecins du secteur en dehors du cabinet (établissement hospitalier, association, centre spécialisé...) est insignifiante (1seul médecin sur 35) eu égard les 83 % de médecins qui déclarent recevoir des toxicomanes en consultation. L'enquête EVAL recense en 2001 9 % de médecins ayant une activité en toxicomanie en dehors du cabinet, sans progression par rapport à 1998, et 59 % de médecins ayant reçu au moins un toxicomane en consultation au cours des 12 derniers mois (60).

Si seulement 3 médecins considèrent avoir bénéficié d'une formation initiale suffisante, l'intérêt porté à la formation à la toxicomanie est notable puisque la moitié des médecins interrogés ont déjà participé à une formation spécifique et 34,3 % souhaitent entreprendre une telle formation. Alors que le pourcentage de médecins ayant bénéficié d'une formation à la toxicomanie ne semble pas lié au sexe, à la classe d'âge, ou à l'ancienneté d'installation, il apparaît que le souhait de formation des hommes et des médecins de 46 ans et plus est moindre. L'assurance masculine et l'expérience interviennent certainement dans la facilité à prendre en charge ce type de patients.

Le nombre de médecins ayant entrepris une formation spécifique (50 %) dans notre secteur géographique est conforme à l'évolution constatée au cours de la période de suivi de l'enquête EVAL avec 22 % en 1995, 35 % en 1998, et 45 % en 2001 (60).

Si au plan national, le sentiment de ne pas être formé à la toxicomanie a nettement reculé entre 1995 et 2001 pour passer de plus de 2 médecins sur 3 à un peu plus d'un tiers (60), il reste un peu supérieur sur le secteur avec 40 %. Par ailleurs 43 % ne se considèrent pas suffisamment formés.

Parmi les médecins ayant bénéficié d'une formation spécifique, 14,3 % seulement se considèrent formés et 31,4 % pas suffisamment. Mais chez les médecins qui se considèrent formés, 83 % ont entrepris une telle formation et chez les médecins qui ne se considèrent pas formés, seulement 14 % en ont fait une.

Il apparaît donc qu'une formation post-universitaire permet d'acquérir les outils nécessaires à la prise en charge des toxicomanes, ce d'autant plus que la formation initiale est jugée insuffisante (64).

Si nous faisons référence à l'enseignement en la matière qu'a pu recevoir un étudiant en médecine au cours de son cursus universitaire si celui-ci a débuté en 1996, date de mise sur le marché du SUBUTEX®, nous retrouvons un cours généraliste sur les toxicomanies dès la première année d'étude, une approche sur la prescription des stupéfiants au sein d'un cours de pharmacologie en DCEM1, un cours sur les drogues et toxicomanies dans le module de psychiatrie de DCEM2, différents cours au sein du module de santé publique sur l'histoire des toxicomanies, la substitution et la prise en charge des dépendances en cabinet de médecine générale, un chapitre consacré aux modalités de prescription du SUBUTEX® et de la METHADONE® dans un cours du CSCT, et enfin un cours qui se veut pratique en troisième année de résidanat sur la prise en charge des toxicomanes en médecine générale, soit finalement un large éventail de données dans les différents aspects de la question. Certes les médecins avec plus d'ancienneté n'ont pas reçu de formation aussi développée sur cette pathologie, et aucun programme n'était comme on l'a vu en première partie prévu pour les intégrer à cette politique de réduction des risques. Or aujourd'hui, alors que la formation s'est développée, les jeunes médecins sont toujours confrontés au

même sentiment à la fin de leur cursus, celui d'être désarmés face à de tels patients.

Aussi la formation est un préalable important pour apprendre à connaître les produits, les comportements, les troubles psychiatriques... Au-delà de la formation initiale, des formations sont organisées par différentes associations dans le cadre de la formation médicale continue où un travail sur des cas cliniques permet d'évaluer et de comparer les pratiques professionnelles dans des groupes de paires ; cette formation permettra de s'informer sur les consensus et les bonnes pratiques. Mais, comme l'explique Pascal Courty, si la formation est essentielle, trois qualités sont requises pour « prendre en compte et prendre en charge un usager de drogues » : « avoir d'abord soi-même réfléchi au problème de sa propre consommation ; avoir envie de faire ce que l'on fait et être empathique » (23). Ainsi s'engager dans l'intervention auprès des toxicomanes nécessite au-delà des réponses toutes faites de proscrire tout jugement moral, d'agir en professionnel et non en simple citoyen dont les représentations stigmatisent l'usager de drogues, de respecter un principe de la médecine à savoir aider ses patients.

1.2. ACTIVITE EN TOXICOMANIE

Parmi l'ensemble des médecins interrogés, près de 83 % reçoivent des toxicomanes en consultation, ce qui est nettement supérieur à ce qu'on observe à l'échelle du territoire, puisque l'enquête EVAL de 2001 n'en compte que 59 %. Par contre les médecins interrogés ici en voient moitié moins : 6,4 par an contre 15 dans cette même enquête nationale (60).

Les deux tiers en voient moins de 5 par an avec presque 1 médecin sur 4 qui n'en voit qu'un seul. Ces médecins s'estiment à 78 % « pas » ou « insuffisamment » formés au problème de la toxicomanie ; ils sont tout de même 61 % à avoir suivi une formation spécifique. Les médecins déclarant suivre plus de 10 toxicomanes restent largement minoritaires : 3 sur 29 dont un déclare en suivre 45 ; 2 des 3 s'estiment formés ; 2 ont suivi une formation post universitaire ; 1 a une activité lié à la toxicomanie en dehors de son cabinet.

Nous constatons donc que si un nombre important de médecins prennent en charge les patients toxicomanes dans le secteur, les médecins qui en suivent un nombre important restent exceptionnels. Les médecins de l'enquête EVAL ne voyant pas de toxicomanes n'ont généralement pas d'activité liée à la toxicomanie en dehors de leur cabinet et s'estiment à 90 % « pas » ou « insuffisamment » formés au problème de la toxicomanie ; ceux qui voient moins de 10 toxicomanes par an sont toujours aussi peu nombreux à avoir une activité liée à la toxicomanie en dehors de leur cabinet et se déclarent un peu mieux formés à ce problème (19 % contre 10 précédemment) ; enfin ceux qui voient plus de 10 toxicomanes par an ne sont plus que 10 % à ne pas s'estimer

formés à la toxicomanie et plus d'un quart d'entre eux déclarent avoir une activité liée à la toxicomanie en dehors de leur cabinet (60).

Bien que les démarches de formation semblent comparables, le sentiment de savoir-faire apparaît meilleur chez les médecins recevant un grand nombre de toxicomanes. Si la formation est un préalable indispensable, le médecin enrichit son expérience et son savoir sur l'usager de drogues dans sa confrontation avec le patient.

Pour autant, les attitudes des médecins envers leurs patients toxicomanes sont sensiblement identiques : les médecins ayant le sentiment de n'être pas ou pas suffisamment formés sont 91,3 % à parler des pratiques à risques contre 89,7 % pour l'ensemble des médecins, 78,3 % à prescrire un bilan biologique contre 79,3 %, 30,4 % à faire un contrôle dentaire contre 34,5 %, 69,5 % à mettre à jour le calendrier vaccinal contre 75,9 %, 78,2 % à proposer un soutien psychologique contre 82,8 %, et 43,4 % à accompagner les patients dans les démarches administratives et sociales contre 48,3 %.

Par contre, les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) disponibles, méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD), sont inégalement utilisés par les prescripteurs : le SUBUTEX® domine les prescriptions en étant cité par presque six fois plus de médecins que la METHADONE®. Dans l'étude EVAL, le sentiment des médecins d'être plus ou moins formés à la toxicomanie semble jouer sur la prescription de certaines classes de médicaments : ceux qui se considèrent formés sont nettement plus nombreux à prescrire des traitements de substitution (91 % contre 60 % pour ceux qui ne se considèrent pas formés), ainsi que des traitements antidépresseurs ou neuroleptiques (33 % contre 11 %) (60). Ici le sentiment des médecins d'être plus ou moins formés à la toxicomanie semble même jouer sur la prescription des deux MSO disponibles. En effet s'il n'y a pas de différence, selon leur impression de formation, sur la prescription du SUBUTEX®, molécule citée par presque tous les médecins recevant des toxicomanes (28 sur 29), ceux qui se considèrent formés sont nettement plus nombreux à prescrire de la METHADONE® : 1 sur 3 contre moins de 9 % pour ceux qui se considèrent pas ou insuffisamment formés. Bien que la majorité des médecins interrogés soulignent soit leur manque de formation et d'expérience concernant la METHADONE® , soit leur appréhension du produit, il s'agit également d'une inégalité d'accès aux deux médicaments. Le choix thérapeutique qui devrait se baser sur certaines caractéristiques des patients (ancienneté et sévérité de la dépendance, injection IV, pathologie psychiatrique associée, polyconsommation...) est restreint par un cadre réglementaire différent pour les deux molécules.

Tableau 10 : Résumé du cadre réglementaire

	Méthadone	*Buprénorphine*
Prescripteur initial	CSST, établissements de santé (relais en ville possible)	Tout médecin
Liste	Stupéfiant	Liste I (mais règles de prescription et délivrance des stupéfiants)
Durée de prescription	14 jours	28 jours
Ordonnance	Sécurisée	Sécurisée
Délivrance	1 à 7 jours (14 jours à titre dérogatoire)	7 jours (28 jours à titre dérogatoire)
Fractionnement	oui	oui
Renouvellement	interdit	interdit
Chevauchement	Si mention expresse	Si mention expresse

Il existe donc actuellement un large accès à la BHD et un accès plus limité à la méthadone. Ce constat a conduit lors de la conférence de consensus de juin 2004 à faire les propositions suivantes (61) :

- Modalités de prescription et délivrance :

Déclaration de prescription auprès des autorités sanitaires décentralisées par un médecin pour un patient donné ; ces données seront centralisées au niveau national après codage pour garantir l'anonymat. Le relais de soins devra être assuré lors des déplacements du patient, congés du médecin, etc.

Obligation pour le médecin de contacter le pharmacien avant prescription et régulièrement par la suite. Mentionner obligatoirement le nom du pharmacien sur l'ordonnance. Privilégier le travail en réseau.

Les médecins et les pharmaciens doivent être incités et aidés à participer à des formations.

- Offre de soins :

Possibilité de primo-prescription de méthadone en ville. Aucun argument ne s'oppose à cette mesure dès lors que l'on en assure la sécurité.

La prescription des deux molécules devrait se faire dans un cadre réglementaire aussi proche que possible : durée de prescription maximale identique pour les deux médicaments de substitution aux opiacés (28 jours), modalités de prescription et de délivrance identiques, et contrôles urinaires préconisés dans les mêmes termes.

Pendant la période d'initialisation du traitement et les périodes de difficultés, il est indispensable de privilégier les contacts fréquents et réguliers avec le médecin et le pharmacien, jusqu'à obtention de la posologie d'entretien.

Pour la méthadone, favoriser la mise à disposition de dosages permettant une adaptation optimale pour les traitements à faibles et fortes posologies ; mettre à disposition des conditionnements adaptés afin de faciliter le stockage dans les pharmacies.

- Améliorations galéniques :

Il est indispensable d'éviter l'injection IV de tout comprimé ou gélule, compte tenu des risques majeurs de l'administration IV d'un médicament qui n'est pas destiné à cette voie d'administration (embols, infections, complications locales, etc.). Tout médicament de substitution aux opiacés présenté sous forme solide (comprimés, gélules) devrait faire l'objet d'améliorations galéniques évitant la possibilité d'injection (association à un antagoniste, gélifiants, etc.).

La mise à disposition de formes injectables, réservées aux seuls sujets ne pouvant être équilibrés par voie orale ou sublinguale, dans un cadre de dispensation strict (prise sur place pendant toute la durée du traitement) pourrait éviter les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés disponibles.

- Renforcer le dispositif de réduction des risques :

Pérenniser et développer les structures « bas seuil » afin d'amplifier une politique de réduction des risques auprès des sujets les plus en difficulté, dans un cadre conçu pour éviter tout dérapage. Ces structures devraient pouvoir distribuer méthadone et BHD, afin de permettre aux sujets dépendants d'accéder au système de soins.

Le même constat peut être fait concernant le choix entre sevrage et traitement de substitution puisque si autant de médecins proposent l'une ou l'autre stratégie thérapeutique, le sevrage ambulatoire est récusé par plus d'un médecin sur deux et le sevrage hospitalier par un médecin sur trois. Dans ce cadre, différents paramètres influencent le choix thérapeutique : demande de sevrage dans l'urgence à distinguer d'un sevrage librement consenti, préparé et programmable ; nécessité d'un suivi rapproché lors d'un sevrage ambulatoire avec implication de l'entourage ; manque de lits d'hospitalisation avec délais d'entrée en post-cure.

Pour l'initialisation du traitement, les médecins interrogés déclarent déterminer la posologie du traitement de substitution en premier lieu en fonction de la dose d'héroïne prise par le toxicomane ou la dose de SUBUTEX® pris de façon illégale ; en seconde intention ils font référence à un avis spécialisé : confrère, CSST, VIDAL, conférence de consensus de l'ANAES. Il existe pourtant dans les posologies prescrites en début de traitement une grande disparité pouvant être rapprochée des écarts relevés entre les différentes sources auxquelles ils font référence. En effet la conférence de consensus de l'ANAES (61) préconise d'établir la dose de méthadone en fonction de l'évaluation quantitative de consommation d'opiacés, de la fréquence et du mode

d'administration de l'héroïne, de la prescription concomitante éventuelle de psychotropes et du bilan des fonctions hépatorénales ; la dose initiale, dont la prescription inaugurale reste réservée aux centres de soins, les médecins généralistes n'intervenant qu'en relais, varie de 1 à 40 mg/j avec la nécessité de respecter un délai d'environ 24 heures après la dernière prise d'opiacés, alors que d'après l'AMM et par conséquent les données du VIDAL la première dose quotidienne se situe entre 20 et 30 mg avec une administration d'au moins 10 heures seulement après la dernière prise d'opiacés. Les mêmes disparités sont observées pour les doses initiales de SUBUTEX® recommandées par la conférence de consensus entre 4 et 8 mg/j, doses supérieures à celles de l'AMM, celles-ci se situant entre 0,8 et 4 mg/j. Cette grande diversité dans les pratiques professionnelles justifie la nécessité d'études cliniques spécifiques afin d'apporter aux professionnels de santé des données valides.

2. PARTENARIAT

Malgré les 17,2 % de médecins déclarant travailler seuls, la plupart des médecins interrogés s'entourent d'interlocuteurs privilégiés. Les différents partenariats évoqués par les médecins pour la prise en charge des toxicomanes sont par ordre de fréquence les CSST (69 %), un médecin référent (31,4 %), le psychiatre (27,6 %), le pharmacien (24,1 %), le centre médico-psychologique (20,7 %), l'hôpital (17,2 %), le centre hospitalier spécialisé (13,8 %), un réseau de soins ville-hôpital (6,9 %), les services sociaux (6,9 %), une association (3,4 %).

2.1. LE PHARMACIEN

C'est un acteur incontournable de la toxicomanie. Il est en première ligne pour la réduction des dommages avec l'accès aux seringues, aux STERIBOX®, aux préservatifs et la délivrance de messages de prévention. Il est également le premier partenaire du médecin pour la substitution prescrite (65). A ce titre le contact préalable nous paraît donc essentiel. Si pour la méthadone le nom du pharmacien doit obligatoirement être mentionné sur l'ordonnance, aucune obligation n'était faite pour la buprénorphine au moment de notre enquête. Près d'un médecin sur deux déclare dans notre enquête indiquer « parfois » ou « toujours » le nom d'un pharmacien sur l'ordonnance, et seulement un sur trois lui téléphoner, ceci étant corroboré par les réponses des pharmaciens du secteur, mais un peu en deçà des données nationales où les 2/3 des médecins déclarent orienter leurs patients vers un pharmacien défini. Désormais, suite à l'arrêté ministériel du 1er avril 2008 paru au JO le 8 avril 2008 (66), la prise en charge de

la buprénorphine haut dosage est subordonnée à l'obligation faite au médecin de mentionner sur chaque prescription le nom du pharmacien chargé de la délivrance que lui aura indiqué le patient.

Il est regrettable que les médecins ne citent le pharmacien comme partenaire de soins qu'en 4èmè place. Pour les pharmaciens, le médecin généraliste est pourtant le principal intervenant avec lequel ils déclarent avoir des échanges, et c'est en premier lieu vers le médecin généraliste qu'ils adressent un patient toxicomane en demande de soins, avant le CSST.

Ces contacts avec les médecins restent aléatoires selon les situations rencontrées. Ainsi, face à un patient toxicomane demandant de lui délivrer à la fois son traitement de substitution et des seringues ou STERIBOX®, les ¾ tentent d'avoir des explications et de leur donner des conseils, mais seulement 1/3 contactent le médecin prescripteur. Face à un patient toxicomane ayant plusieurs médecins prescripteurs, tous dans ce cas, sauf un, leur téléphonent. Face à un chevauchement d'ordonnances ou une demande d'avance ils sont la moitié à contacter le médecin, alors que face à une prescription datant de plusieurs jours, un seul lui téléphone.

Si plus de la moitié des pharmaciens (7 sur 12) déclarent ne pas parler de leurs pratiques à risques c'est soit parce qu'ils ont le sentiment que les patients ne sont pas demandeurs, voire ont essuyé un refus, soit parce qu'il n'y a pas à l'officine d'espace de confidentialité adapté. Ils restent néanmoins favorables (10 sur 12) à la délivrance par leurs soins de STERIBOX® et s'opposent dans les mêmes proportions à l'installation de DISTRIBOX® à proximité de leurs officines afin de conserver ce lien avec le patient. Ils ont à ce niveau un rôle important de santé publique à jouer, mais également de « counseling » (terme définissant des « conseils » sur les consommations, l'injectable, les interactions de substances psychoactives).

Il nous semble que le temps des dispensations, qu'il s'agisse des traitements de substitution, de STERIBOX® ou de préservatifs, quand il peut se faire dans de bonnes conditions, permet une discussion d'aspect informel, mais pendant laquelle le patient livre des plaintes et des besoins que le pharmacien est capable de transposer en terme d'orientation, en sachant aussi utiliser la patience et l'appropriation. En effet, grâce à la délivrance fractionnée, le pharmacien sera celui qui verra le plus le patient, et pourra se décentrer de la toxicomanie pour donner des conseils diversifiés. Ainsi il peut être un excellent accompagnateur de soins (67).

2.2. LE CENTRE SPECIALISE DE SOINS POUR TOXICOMANES (CSST)

Ils ont pour mission d'assurer des actions de prévention secondaire et de soins aux toxicomanes. Ils effectuent l'accueil, l'orientation et l'information des

toxicomanes et de leur famille. Ils assurent la prise en charge médicopsychologique du toxicomane, sa prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Ils participent au sevrage, à la dispensation de METHADONE® et de SUBUTEX® . Mais le développement de la politique de substitution en médecine de ville les a positionnés dans un nouvel axe de complémentarité avec les autres partenaires. Ils sont souvent le lieu qui reprend la main quand tous les autres partenaires se sont épuisés sur des prises en charges décevantes. Par ailleurs, l'anonymat des patients et la gratuité des soins permettent d'intégrer dans le système de soins de nombreux patients. Ces notions ont cependant évolué car si les gens peuvent revendiquer la gratuité, l'anonymat est souvent rapidement levé à leur demande pour optimiser la prise en charge notamment dans les démarches sociales.

Les CSST sont aussi le lieu où la complexité de l'approche peut être résolue par les regards croisés des intervenants. Ce sont à eux seuls des centres pluridisciplinaires (éducateurs spécialisés, assistantes sociales, infirmiers et infirmiers de secteur psychiatrique, psychologues, médecins, psychiatres) qui fonctionnent souvent avec la notion de référent (éducateurs spécialisés et infirmiers de secteur psychiatrique) sur lequel se greffe le travail des autres professionnels ainsi que la pratique de réseau.

Cependant, quelle que soit l'équipe, celle-ci propose un accompagnement. C'est là la spécificité qui fait toute la force de ces centres. Le travail en réseau y trouve sa justification. Il est souhaitable que cet accompagnement aille au-delà de la prise en charge au sein du centre et se fasse avec le médecin généraliste pendant et après lors du suivi.

2.3. LES PSYCHIATRES (libéraux, du centre spécialisé, du secteur)

Les psychiatres ont été les premiers à s'intéresser aux toxicomanes (23). En effet, les perturbations induites par les substances psychoactives ressemblent souvent à ce que la population s'imagine de la folie. Mais si on a longtemps pensé que les troubles mentaux des toxicomanes étaient la conséquence directe de leur consommation, les études sur l'association d'usage de drogues et de troubles mentaux ont permis de faire émerger un concept innovant dans le domaine de la psychiatrie, celui de la comorbidité. Il se forme ainsi un cycle interactif, drogue et psychopathologie influençant réciproquement leurs manifestations et leurs évolutions en se succédant, s'intriquant et parfois se confondant. Les psychiatres, outre leur rôle d'écoutant, vont à partir de là replacer la symptomatologie dans un autre contexte. C'est pourquoi ils doivent intervenir à la demande du patient et/ou sur proposition du médecin généraliste, en cas de doute diagnostique, de besoin spécifique ou d'appui thérapeutique. Un soignant ne doit pas diriger un usager de drogues vers un psychiatre quand il a

atteint ses propres limites, mais doit agir dans un contexte de partenariat négocié. Or le psychiatre n'est sollicité que par un petit nombre de médecins : moins d'un sur trois dans notre étude, moins d'un sur cinq dans l'enquête de l'OFDT en 2001 (60). La prise en charge et donc le pronostic pourraient être améliorés si l'on associait aux thérapeutiques symptomatiques de la toxicomanie des traitements plus spécifiques, adaptés aux troubles psychiques des sujets.

2.4. LES AUTRES CONFRERES

Médecins du réseau, du centre spécialisé, mais aussi les collègues de l'Ordre, de la CPAM, les médecins du travail pouvant permettre la réflexion autour de cas difficiles.

2.5. L'HOPITAL

Du fait de leur nombreuses pathologies, les toxicomanes peuvent être hospitalisés dans divers services. Il est important pour faciliter le séjour, limiter les sorties contre avis médical, gérer les problèmes spécifiques du manque ou de la poursuite de la substitution que l'équipe hospitalière prenne contact avec les personnes s'occupant habituellement de ces patients (médecin, CSST). C'est souvent l'Equipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues (ECIMUD) ou équipe de liaison qui intervient, à la demande des équipes, pour les aider à réfléchir sur les soins proposés, sur la relation avec ces patients, sur leurs comorbidités, sur leurs idées de la toxicomanie et de la prise en charge des toxicomanes. Composées d'un médecin, d'un infirmier, quelquefois d'une assistante sociale, elle peut être un élément incontournable du partenariat pour les médecins en recherche d'un lit, ainsi que pour la préparation à la sortie. Elle participe activement au réseau ville-hôpital-toxicomanie lorsqu'il existe.

Malheureusement, on regrette le manque de lits de répit, de sevrage, ou de lits pour l'induction de substitution par Méthadone®.

2.6. LES PARTENAIRES SOCIAUX ET PSYCHOSOCIAUX

Les problèmes socioéducatifs et leur prise en charge sont extrêmement méconnus des médecins qui les réduisent souvent à la couverture sociale et à l'insertion professionnelle. Ce travail socioéducatif nécessite une technicité et une qualité relationnelle spécifiques, auxquelles s'ajoute un facteur temps.

Comme l'écrit Annie Rosset : « La consultation sociale n'est pas celle d'un bureau d'aide sociale qui résoudrait techniquement tous les problèmes de cet ordre, mais doit soutenir la personne à retrouver sa propre emprise sur son environnement pour retrouver son autonomie. » (13).

L'assistante sociale, le CCAS, la PMI, les missions locales, l'ANPE, les psychologues libéraux, les spécialistes d'entretiens familiaux et de couple, les clubs de prévention, sont des acteurs incontournables dans la prise en charge du patient toxicomane. En effet, il est nécessaire de planifier le court terme (l'urgence d'un toit, la couverture sociale), le moyen terme (proposition d'activité, demande pour un RMI), le long terme (formation professionnelle, accession à un logement autonome).

A-t-il un toit ? est-il en squat ou à la rue ? a-t-il un chien ? accepte-t-il un foyer, une chambre d'hôtel ? quelle est sa capacité à être autonome ? a-t-il une couverture sociale ? de quelles ressources légales dispose-t-il, permettant ou non des droits sociaux ? (travail, ASSEDIC, arrêt maladie, invalidité, AAH, API...), jouit-il de ressources illégales ? (travail au noir, deal, prostitution...), qu'en est-il de l'endettement ? (impôts, logement, électricité, amendes...), est-il en capacité de reprendre un emploi, une formation, un stage ? est-il capable d'assurer des horaires ? d'assurer un savoir-faire relationnel ? quelle relation entretient-il avec d'éventuels enfants ? peut-il avoir un droit de visite ou de garde ?

Ce sont autant de questions auxquelles les partenaires psychosociaux devront tenter de répondre, et de travailler avec le patient toxicomane dans une prise en charge globale de l'individu.

2.7. LES ACTEURS JUDICIAIRES ET POLICIERS

Les services de la maison d'arrêt (UCSA), les comités de probation et d'aide aux libérés, les équipes d'injonction thérapeutique interviennent fréquemment auprès des toxicomanes. Ils assurent un accès aux soins en prison, une aide et une orientation à la sortie d'incarcération, un suivi et un contrôle judiciaire à la demande des autorités, mais aussi un soutien et un accompagnement dans leurs efforts vers la réinsertion.

2.8. L'ENTOURAGE

Il est très important dans le domaine de la toxicomanie de pouvoir travailler avec et/ou compter sur des alternatives thérapeutiques proches du patient, qu'il s'agisse des amis ou de la famille. L'entourage a aussi un rôle à jouer ; il participe à la stratégie des soins.

Les parents sont certainement les premiers interlocuteurs. Le rôle des parents est loin d'être négligeable, et ne doit surtout pas être négligé. Mais l'implication des parents n'est pas simple. Pendant longtemps, les parents des usagers de drogues ont été présentés dans de nombreux écrits comme responsables de la toxicomanie de leurs enfants et ces parents avaient tendance eux à rejeter la responsabilité sur la société. De son côté, le toxicomane cherchait le plus souvent à écarter ses parents de sa toxicomanie comme de sa prise en charge. Le travail avec les parents est relativement récent, les professionnels s'étant accordés à penser qu'il était extrêmement difficile pour un usager de drogues de se sortir seul des problèmes de toxicomanie, même avec le meilleur réseau de prise en charge médico-psychosocial. La restructuration des liens entre les uns et les autres est un gage de la réussite des soins. Ceci suppose l'accord de l'usager, ainsi que celui de ses parents d'être associés au traitement. C'est au praticien d'expliquer le suivi, le traitement, les partenaires, les modalités de leur implication avec le rôle du respect du secret professionnel dans la confiance du patient. C'est à lui également de reconnaître les souffrances de chacun, de souligner l'importance de leurs efforts.

Dans certain cas, le praticien sera amené à travailler avec la fratrie, le compagnon usager de drogues ou non, les amis. Ainsi plus que l'accompagnement d'un individu isolé, la prise en charge s'oriente vers l'intégration de la globalité de l'entourage du sujet.

2.9. LES RESEAUX

« En cabinet isolé, on n'a pas les moyens nécessaires à cette prise en charge. »

En réalité cette inquiétude concernant la solitude du médecin est légitime. La complexité du problème des conduites addictives nécessite une intervention pluridisciplinaire. Toutes les difficultés évoquées font de l'existence du « réseau » une évidence (68). Nés d'une volonté militante de la part de médecins traitants et de pharmaciens de terrain qui ne se satisfaisaient pas de réponses stéréotypées d'un système éclaté, et qui en avaient assez de se sentir impuissants face à des demandes légitimes des patients, ces réseaux ont été créés afin de coordonner les actions des différentes structures sanitaires et sociales pour améliorer la prévention de la toxicomanie, le traitement et le suivi des malades.

En effet, le réseau ne s'occupe pas d'une maladie, mais d'une problématique complexe nécessitant l'intervention coordonnée de professionnels issus de différents secteurs : sociaux, éducatifs, médicaux. Leur fonctionnement permet à ces acteurs socio-sanitaires, qui jusque là intervenaient de façon parallèle et souvent isolée, de devenir partenaires et d'agir de façon concertée pour la prise en charge globale des usagers de drogues (69). Le réseau répond

aux souhaits de certains toxicomanes de continuer à être pris en charge en ambulatoire par leur médecin de ville, tout en bénéficiant du plateau technique et de l'infrastructure hospitalière. Il permet également de favoriser la circulation de l'information des connaissances relatives à la toxicomanie et des différents troubles liés à la consommation de drogues. Il permet de surcroît la réalisation d'études épidémiologiques.

Le fonctionnement des réseaux ville-hôpital-toxicomanie repose sur trois pôles complémentaires (23) :

- le pôle ville constitué par les médecins généralistes prescripteurs de substitution, les pharmaciens également en première ligne par la dispensation des produits prescrits et la vente de seringues, les spécialistes libéraux (notamment les psychiatres), et les travailleurs sociaux ;
- le pôle de référence, le plus souvent un centre spécialisé de soins pour toxicomanes ;
- le pôle hospitalier qui assure la prise en charge des complications infectieuses et somatiques des patients toxicomanes, mais aussi les troubles psychiatriques, les sevrages.

Les réseaux ont plusieurs objectifs :

- un accompagnement global de la personne réalisé par les différents intervenants ;
- une coordination des actions ;
- une formation pluridisciplinaire et interdisciplinaire des intervenants ;
- la mise en place de groupes ressources internes au réseau de travail ou de parole. Les différents acteurs ont appris à échanger et à se connaître par des réunions communes autour des patients, visant à améliorer la prise en charge ;
- une communication interne ou externe (bulletins, réunions, ...) ;
- la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé.

Les réseaux semblent donc être la réponse moderne à un problème complexe. Toutefois, force est de constater que les membres des réseaux s'épuisent, ou que ceux qui désireraient y adhérer y trouvent un discours hyperspécialisé et réservé à des initiés (70). Il est donc essentiel de maintenir des réseaux centrés autour de problématiques de base commune avec éventuellement un deuxième niveau pour les experts.

3. LA PRISE EN CHARGE EN VILLE (71)

Au-delà des chiffres, des tableaux et des graphiques qui ressortent de cette étude, la réalisation même de cette enquête sur le terrain a permis de recueillir des sentiments, des expériences, à la fois riches en informations informelles et sources de réflexions pour ceux qui sont ou seront confrontés à la prise en charge de patients usagers de drogues.

3.1. L'ACCUEIL

« Au début de mon installation, je me refusais à prendre en charge des toxicomanes, par manque d'investissement d'abord, par manque de formation ensuite ; puis je me suis rendu compte que certains de mes patients que je connaissais depuis l'enfance pour être le médecin de famille étaient allés consulter des confrères pour leur substitution. Un d'eux m'a avoué avoir été rejeté plusieurs fois ; c'est alors que j'ai pris conscience de la nécessité de s'impliquer en tant que médecin généraliste dans ce domaine pour ces patients. »

Suivre un toxicomane n'est pas une obligation. Si un des principes fondamentaux de la médecine est le libre choix de son médecin par le malade, le médecin « hors le cas d'urgence, ..., a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles » (article 47 du Code de déontologie) (72). Il n'est pas obligé d'indiquer ses raisons, mais il doit s'assurer que ce patient sera pris en charge, et pour cela l'orienter. Donner à ce patient les renseignements utiles pour être suivi, c'est déjà l'accueillir. Il faut éviter de fermer des portes. L'orientation vers d'autres confrères ou institutions plus adaptés à répondre à sa demande, c'est prendre en considération ce sujet en souffrance, et ne pas lui faire vivre une exclusion blessante et humiliante.

Mais d'autres professionnels rétorquent :

« Ce sont des patients comme les autres ; on ne devrait pas avoir le choix de refuser de les prendre en charge. »

Ceci ne fait que reprendre une règle morale énoncée à l'article 5 du Code de déontologie : « le médecin doit ... soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. » (72).

Une des bases de la relation serait de réagir en soignant et non en citoyen. Même si le médecin a ses propres convictions, et ses propres peurs face à la drogue, il importe de retrouver une certaine neutralité, et soigner le toxicomane sans juger le drogué. A partir du moment ou un médecin a accepté de donner ses

soins, ceux-ci devront être aussi consciencieux et attentifs que pour les autres patients. Et pourtant un confrère nous a avoué : « au cours de cet entretien, vous me faites prendre conscience que je m'investis moins pour ces patients que pour les autres ! Il est vrai que je prête moins attention à la mise à jour du calendrier vaccinal, et pourtant... » Un des points positifs aura été d'entendre ensuite : « j'y attacherai désormais plus d'importance ».

Aussi la crainte exprimée parfois « je me refuse à en recevoir un seul, car si j'en accepte un aujourd'hui, j'en aurai dix demain dans la salle d'attente », n'est pas justifiée et pas spécifique de cette pathologie. Dans tous les domaines, la pratique du médecin sélectionnera sa file active. Et certes dans cette population le bouche à oreille fonctionnant peut-être davantage, des ordonnances faciles sélectionneront des patients demandant des ordonnances faciles, mais une prise en charge ferme, avec des limites posées d'emblée, sélectionnera des patients responsables, prêts à cette pratique professionnelle.

Tout accueil à visée de soins est le point de départ d'une relation entre un sujet souffrant et un professionnel de santé dont la fonction consiste à proposer un certain nombre de moyens. Accueillir, c'est avant tout créer les conditions d'une atmosphère conviviale pour favoriser cette rencontre humaine. Or le patient toxicomane qui pousse pour la première fois la porte du cabinet montre souvent une sensibilité aiguë. Certains l'ont exprimé : « c'est toujours urgent, ils veulent arrêter immédiatement ; il faut les recevoir tout de suite et tout régler comme ça ; d'ailleurs, ils savent ce qu'il leur faut... » En pratique, l'accueil doit faire la part entre les urgences objectives, qu'elles soient médicales, psychiatriques ou sociales, nécessitant des réponses appropriées, et les urgences subjectives qui ne méritent ni dramatisation excessive, ni banalisation méprisante.

Dans la plupart des cas, on peut désamorcer cette situation d'urgence ressentie par le patient en donnant selon le cas une réponse à cette souffrance exprimée ainsi : on peut proposer un rendez-vous dans de meilleures conditions, indiquer une adresse (CSST ou autre), voire dans certains cas délivrer une ordonnance la plus courte possible pour l'inviter à reconsulter rapidement, ceci permettant de voir la motivation du patient, l'acceptation de rentrer dans un cadre défini, et d'entamer une relation et un véritable travail ensemble.

3.2. LA CONSULTATION

Une fois le problème de la toxicomanie posé, on entre dans une phase qui consiste à transformer la rencontre en relation. L'objectif est de garder le lien avec ce patient, en écoutant sa demande, dans un premier temps, et l'amener progressivement au soin. La première étape est de se connaître et de fixer le

cadre dans lequel va se situer le suivi. La première consultation servira de référence pour la suite. Elle doit commencer, comme pour tout patient, par l'établissement d'un dossier. En effet l'usager de drogues est une personne qui est à prendre en charge à l'égal des autres, constituant ainsi un premier signe d'inclusion sociale. Nom, prénom, adresse, profession, statut familial, histoire de sa toxicomanie... il faut prendre le temps de ces interrogations et faire ainsi entendre que tout cela ne va pas se résoudre par un coup de baguette magique, et qu'il va falloir travailler pour construire autre chose et tout simplement se reconstruire.

Concernant l'histoire de la toxicomanie, les médecins interrogés étaient nombreux à nous répondre : « ce sont nos patients qui nous instruisent ! » En effet le toxicomane peut tenter de mettre le praticien à l'épreuve, pour chercher à le manipuler parfois, mais aussi pour voir s'il peut lui faire confiance. Il est alors préférable de dire ne pas savoir plutôt que de faire semblant et de jouer du pouvoir médical. A ce moment là, il est important de créer un échange fondé sur la parole afin de pouvoir tisser les règles directrices de l'accompagnement qui débute ; implicite ou explicite il s'agit d'élaborer un contrat.

Au cours des consultations les points à aborder sont nombreux. Il n'est pas possible d'aborder chaque point à chaque consultation, mais il faut en faire la revue régulièrement :

- consommations actuelles : héroïne, cocaïne..., injecté, sniffé, fréquence... associé à un plaisir, à un événement particulier ?
- médicaments détournés : benzodiazépines, sulfates de morphine, buprénorphine ;
- tabac, cannabis, alcool : quantification, effets recherchés, circonstances ;
- traitement de substitution : SUBUTEX®/METHADONE®, ancienneté du traitement, mode et heure de prise, dernière modification de dose, objectifs fixés pour ce traitement ;
- médicaments prescrits : psychotropes, autres ;
- pathologies infectieuses : sérologies VIH, VHC, VHB ;
- pathologies diverses : dents, asthme, comitialité ;
- neuropsychiatrie : trouble du sommeil, anxiété, dépression ;
- gynécologie : sexualité, prévention, contraception, DDR ; dépistage systématique (FCV) ;
- comportements à risques : partenaires multiples, préservatifs systématiques ou non, injections IV, matériel à usage unique ;
- examen clinique : l'évolution du poids est une bonne indication de l'état général, TA, examen général.

Cette liste peut permettre de définir avec le patient les objectifs du suivi. Le plus souvent les praticiens interrogés évoquaient la notion de contrat moral ;

très peu élaborent un contrat écrit type protocole de soins (PIRES). Les premiers insistent sur la notion de confiance indispensable à la suite de la relation, les seconds invoquent la nécessaire fermeté à adopter dans ce domaine. Dans un cas comme dans l'autre il est important que les choses soient formulées à l'avance dans un style direct avec clarté et simplicité, visant surtout à aider le patient à plus de lucidité. Le contrat, « convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose » (73), implique une parité entre les parties ; il ne doit pas servir, par une rigidité excessive, de mode de sélection des patients les plus dociles. Dans ces conditions, le contrat va permettre de bâtir une stratégie de soins avec des objectifs et projets à court, moyen et long terme.

3.3. LES POSSIBILITES THERAPEUTIQUES

3.3.1. LE SEVRAGE-LA SUBSTITUTION

Les médecins et pharmaciens sceptiques quant à l'intérêt des traitements de substitution ont pour arguments :

« Les médicaments de substitution, SUBUTEX® ou METHADONE®, ce sont, comme leur nom l'indique, des médicaments de "substitution" ; on ne fait que remplacer la drogue illicite par une drogue autorisée. »

« C'est comme la drogue, on ne peut pas s'en passer et on a du mal à sevrer nos patients de leur traitement de substitution. »

et même : « en prescrivant (pour les médecins), en délivrant (pour les pharmaciens), j'ai le sentiment d'être leur dealer. »

Même si le sentiment d'échec, eu égard le nombre de rechutes fréquentes, peut décourager certains professionnels de santé, il faut se débarrasser de ces préjugés. Il appartient aux professionnels par leur comportement de faire comprendre que la relation n'obéit pas aux mêmes règles que le "deal" de la rue. Les objectifs du traitement de substitution pour les professionnels sont (61) :

- répondre à court terme à la souffrance physique et morale ;
- aboutir à une abstinence complète d'opiacés illicites dans une perspective de réduction des risques, et *in fine* aboutir à l'abstinence complète de toute substance psychoactive illicite et de tout médicament de substitution aux opiacés ;
- prendre en charge les dommages induits et pathologies associées infectieuses, psychiatriques et addictives ;
- gérer les situations particulières (grossesse, détention, précarité, situations irrégulières, centres de rétention) ;
- maintenir l'insertion ou favoriser la réinsertion.

Ces objectifs sont à discuter avec le patient en vue de l'élaboration du projet de soins individualisé, et de la construction d'une alliance thérapeutique. Ces médicaments de substitution aux opiacés ne constituent pas strictement une équivalence ou substitution vraie ; ils n'apportent aucun moment de plaisir. La finalité principale est de permettre aux personnes dépendantes d'abandonner leurs comportements addictifs pour recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. Pour l'illustrer il suffit d'entendre une consoeur conclure l'entretien par : « J'ai réellement cru en la possibilité de la prise en charge des toxicomanes quand un jeune couple, tous deux anciens usagers de drogues, que j'avais suivi quelques mois auparavant est venu m'amener en consultation leur petite fille en m'annonçant leur mariage prochain et la concrétisation de leurs projets professionnels. Alors même si on assiste plus souvent à des rechutes, qui d'ailleurs font partie de la trajectoire du toxicomane, pour ceux là ça vaut la peine d'essayer de se battre car on ne peut connaître le résultat d'avance ! ».

Bien sûr, l'accompagnement est primordial. Et sans accompagnement, il est incontestable que la substitution reviendrait à remplacer une drogue par une autre. Ceci nécessite une formation technique, mais plus encore des qualités relationnelles adaptées permettant d'établir une alliance indispensable au traitement de la toxicomanie elle-même. L'apport des entretiens motivationnels sera tout particulièrement approprié à cette prise en charge.

3.3.2. L'ACCOMPAGNEMENT

Si beaucoup de médecins se sentent mal à l'aise dans le domaine de la toxicomanie, évoquant un manque de formation sur la question, il n'y a pourtant aucune raison de faire un quelconque reproche à la formation universitaire : il y a vingt ans, le problème ne se posait pas encore avec cette ampleur, et le programme dispensé aujourd'hui aborde, on l'a vu, les différents aspects de la pathologie. Plus qu'un manque de formation théorique sur la substitution, le sevrage, la prise en charge sociale et pluridisciplinaire, les médecins interrogés invoquent un manque de formation relationnelle :

« Gérer les traitements, le suivi, on sait faire et on peut s'y former en FMC, mais où on a des difficultés, c'est dans la communication ; on ne nous apprend pas les techniques relationnelles à adopter avec ce type de patient. »

- **La simple écoute :**

L'usage de drogues a souvent éloigné le toxicomane de son entourage. Pour certains de ces patients se retrouvant seuls avec leurs propres pensées, le besoin premier dans leur demande de soins, est plus une demande d'attention et d'écoute, que le médecin ou le pharmacien à qui ils se confient devra respecter avant d'entamer une réelle thérapeutique.

- **Les psychothérapies :**

Les psychothérapies de soutien sont des psychothérapies non codifiées, sans technique spécifique. Elles ont pour but de renforcer les capacités adaptatives du patient en assouplissant ses mécanismes de défense. La réalisation de ces objectifs nécessite l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le thérapeute qui encourage la verbalisation, rassure et donne des conseils.

Le suivi régulier est indispensable. Les progrès du patient permettent parfois la mise en place d'une psychothérapie plus stricte : psychothérapie d'inspiration analytique (74). Une prise en charge familiale, de type systémique, est parfois proposée, en particulier aux adolescents.

- **L'entretien motivationnel** (75) **:**

C'est William Miller qui a développé en 1983 un style qu'il a nommé « entretien motivationnel » et qu'il définit comme une méthode de communication semi-directive, centrée sur la personne, visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de leur ambivalence.

L'entretien motivationnel a été initié dans le cadre de l'accompagnement des personnes rencontrant un problème d'excès ou de dépendance avec l'alcool. Mais l'entretien motivationnel est maintenant largement appliqué à bien d'autres situations que ce soit dans le domaine des troubles comportementaux, des pathologies chroniques, mais aussi de l'accompagnement social, de l'éducation, de la justice, de l'insertion professionnelle, du travail, en fait dans toute relation de guidance. Et c'est tout naturellement que les entretiens motivationnels se trouvent parfaitement adaptés à la prise en charge des patients toxicomanes en ville.

En pratique, l'entretien motivationnel repose sur des techniques simples, accessibles à tous :

- laisser la parole au patient et l'inviter à s'exprimer par des questions ouvertes ;
- développer une écoute réflective permet au patient de s'exprimer librement sans jugement et de se sentir compris et considéré ;
- faire preuve d'empathie, affirmer le patient, souligner les aspects positifs et mettre en valeur les qualités du patient contribuent à consolider l'alliance tout en améliorant la confiance du patient en lui-même ;
- résumer permet de regrouper et de clarifier les éléments recueillis pour faire le point ou effectuer une transition vers des prises de décisions.

L'entretien motivationnel est encore peut connu en France, et seuls quelques centres utilisent cette approche de façon systématique. Pourtant les études montrent que les entretiens motivationnels sont aussi efficaces, et parfois plus, que des thérapies plus lourdes (project MATCH, 1997). Les entretiens

motivationnels sont validés, peu coûteux et peuvent préparer le patient à une meilleure adhésion à d'autres traitements.

CONCLUSION

Les médecins généralistes interviennent au quotidien dans de multiples domaines de santé publique : la prévention, la surveillance ou le recueil épidémiologique, les problèmes liés à l'alcool, à la fin de vie, à l'éducation à la santé, à la toxicomanie...

Le cabinet de médecine générale et l'officine pharmaceutique sont des structures de proximité, faciles d'accès, représentant pour les patients usagers de drogues une alternative possible aux structures centralisées comme les CSST ou les hôpitaux. Mais la prise en charge des patients toxicomanes en pratique de ville reste un problème complexe. Le statut de libéral et son exercice isolé ne favorisent pas de tels investissements ; seul un petit nombre s'y engage pleinement.

Notre enquête auprès des médecins généralistes et des pharmaciens du secteur sanitaire de Saint-Nicolas-de-Port s'intéressait à leur degré de formation au problème de la toxicomanie, à leurs pratiques, à leurs rapports avec les autres professionnels de santé et leur connaissance de réseaux, à leurs opinions sur les problèmes spécifiques de ces patients.

Ce travail constitué de nombreuses rencontres fut très enrichissant. Il a permis d'établir un état des lieux sur la prise en charge de patients usagers de drogues en ville, de soulever les atouts et les difficultés rencontrées, et de dégager des pistes de réflexion pour une amélioration des interventions auprès de ces patients en ville.

83 % des médecins interrogés reçoivent des toxicomanes en consultation, ce qui est supérieur à la moyenne nationale qui est de 59 %, mais le nombre de patients par médecin est moindre : 6,4 par an contre 15 à l'échelon national.

Si la formation initiale reste jugée insuffisante constituant une des raisons invoquée au manque d'investissement dans ce domaine, l'intérêt porté à une formation spécifique est notable puisque la moitié des médecins interrogés ont déjà participé à une telle formation, et plus d'un tiers souhaitent en entreprendre une.

Dans le domaine des addictions, les praticiens en ville ont des atouts et des moyens à leur disposition : contacts fréquents, connaissance du milieu, outils de dépistage simples, outils médicamenteux avec notamment les traitements de substitution. Cependant des freins puissants limitent leur implication. Les plus importants sont l'investissement relationnel ou temporel et une formation jugée inadaptée mais surtout une pathologie complexe relevant du médical, du social, du judiciaire et de l'éducatif.

Compte tenu de la complexité des situations sociales dans lesquelles sont enfermés la plupart de ces patients, la prise en charge isolée en médecine de ville est extrêmement difficile, et il apparaît nécessaire de développer des

relations avec un ensemble de partenaires satellites. C'est ainsi que l'approche multidisciplinaire et le développement de réseaux permettent une prise en charge globale du patient usager de drogues.

Ainsi de nouvelles voies de savoir-faire sont à explorer et à développer. Les médecins les plus engagés pourraient développer les réseaux et concevoir des outils et des formations, entretenir des liens dans le temps avec les différents partenaires au sein de groupes d'intervision ; il faut poursuivre les propositions de formations ponctuelles classiques auprès des médecins intéressés en les incitant à rejoindre occasionnellement ces groupes d'intervision et tenter de sensibiliser les plus résistants par des informations sous forme de documents papiers sur ce que font les autres confrères.

Comme le fait remarquer Binder : « Il ne s'agit pas de gémir sur la timidité des généralistes à s'engager dans la santé publique mais de s'adapter à eux pour leur faire aimer ces nouvelles possibilités valorisant particulièrement l'exercice de la médecine générale. »

BIBLIOGRAPHIE

1. OFDT, Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002.Paris : OFDT, 2002, 368 p.

2. RICHARD D., SENON J.L., VALLEUR M., Dictionnaire des Drogues et des Dépendances. Paris : Larousse, 2004. 626 p. (Coll. In extenso)

3. ANGEL P., RICHARD D., VALLEUR M., Toxicomanies. Paris : Masson, 2000. 336 p.

4. NADEAU L., La crise paradigmatique dans le champ de l'alcoolisme. In : BRISSON P. (Dir.), L'usage des drogues et la toxicomanie. Montréal : Gaëtan Morin Editeur, 1988. 185-205.

5. PARQUET P.J., Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives, usage, usage nocif, dépendance. Paris : CFES, 1998, 46 p.

6. GOODMAN A., Addiction : définition and implication. British Journal of Addiction, 1990, 85, 1403-1408.

7. ESCOHOTADO A., Histoire élémentaire des drogues, des origines à nos jours. Paris : Editons du Lézard, 1995, 230p.

8. DUGARIN J., NOMINE P., Toxicomanies : Histoire et classifications. Confrontations Psychiatriques. 1987, 28, 9-61.

9. BACHMANN C., COPPEL A., La drogue dans le monde, hier et aujourd'hui. Paris : Albin Michel, 666 p. (Coll. « Points actuels »)

10. BISIOU Y., L'évolution du contrôle de l'usage de stupéfiants. In : CESONI M.L. (Dir.), Usage de stupéfiants. Politiques européennes. Genève : Georg éditeur, 1996, 19-36.

11. MOREL A., Prévenir les toxicomanies. Paris : Dunod, 2000, 319 p.

12. YVOREL J.J., Les poisons de l'esprit. Drogues et drogués au 19ème siècle. Paris : Quai Voltaire, 1992, 320 p.

13.GIBIER L., Prises en charge des usagers de drogues. Paris : Doin, 1999, 341p. (Coll.Conduites)

14. OFDT, Drogues et dépendances, données essentielles. Paris : La Découverte, 2005, 6 p.

15. GUILBERT P. , GAUTIER A. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint Denis : INPES, 2006, 176 p.

16. COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, Rapport sur les toxicomanies, Éthique et recherche biomédicale, rapport 1993-1994, Paris : La documentation française, 1996, 83-160.

17. SIMMAT-DURAND L., ROUAULT T., Injonction thérapeutique et autres obligations de soins. Revue documentaire Toxibase, 1997 ; troisième trimestre, 1-28.

18. CASSINA P., L'adieu au réel. Pour une approche constructiviste radicale de l'usager de psychotropes. Intervention, 1997 ; 59, 9-20.

19. MOREL A., HERVÉ F., FONTAINE B., Soigner les toxicomanes. Paris : Dunod, 1997, 364 p.

20. FARGES E., Les Etats face aux drogues. Analyse de la transition des politiques publiques en matière de toxicomanie au modèle de la réduction des risques. Étude comparative entre la France et l'Italie. 396 p. Mém. IEP : Grenoble 2, IEP : 2002, dir. : C. Bouillaud.

21. KAVCYAN A., Drogues et législations, deuxième partie. Cités, 1997 ; 11, 8-12.

22. BISIOU Y., Le cadre légal français. In : Drogue et toxicomanies : la demande sociale de drogues, sous la direction de A. Ogien et P. Mignon, Délégation générale à la lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT), Paris : La documentation Française, 1994, 177-191.

23. COURTY P., Intervenir en toxicomanie, Paris : La Découverte, 2005, 181 p.

24. DUSSAUSAYE E., Politiques publiques de soins en matière de toxicomanie. Une spécificité française. 177 p. Mém. IEP : Grenoble 2, IEP : 2001, dir. : M. Kaluszynski, J.C. Froment.

25. WIEVIORKA S., La réduction des risques. Revue documentaire Toxibase, 1996, 3, 1-21.

26. BUNING E., VAN BRUSSEL G., The effects of harm reduction in Amsterdam. European Addiction Research, 1995, 1, 92-98.

27. MINO A., Les nouvelles politiques de la drogue : exemple genevois. Psychiatrie de l'Enfant, 1994, 37, 2, 577-600.

28. COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE - FAGOT-LARGEAULT A., SEYLAZ J., Rapport du 23 novembre 1994, 64 p. + ann.

29. FACY F., LE HUEDE E., Programmes de prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogue avec échange de seringues : Evaluation de trois expériences pilotes. Bull. Epidémiol. Hebd., 1992, 41, 195-196

30. NEWMEYER J.A., Why bleach ? Development of a strategy to combat HIV contagion among San Francisco intravenous drug users. NIDA Res. Monogr., 1988, 80, 151-159.

31.WIEBEL W., SENAY E., Changer les comportements à haut risque chez les usagers de drogues par voie intraveineuse dans les rues de Chicago. Rétrovirus, 1991, 4, 9, 35-37.

32. INGOLD F.R., A la recherche d'une stratégie de communication avec les consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Paris : IREP, Rapport à l'AFLS, 1993, 69 p.

33. TOXIBASE. Dossier méthadone. Revue Documentaire, 1992, 1, 1-8.

34. BALL J.C., LANGE W. and coll., Reducing the risk of aids through methadone maintenance treatment. J. Health Soc. Behav., 1988, 29, 3, 214-226.

35. LONGSHORE D., HSIEH S. and coll., Methadone maintenance and needle/syringe sharing. Int. J. Addict., 1993, 28, 10, 983-996.

36. KANG S.Y., DE LEON G., Correlates of drug injection behaviours among methadone outpatients. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 1993, 19, 1, 107-118.

37. GRELLA C., ANNON J. and coll., Ethnic differences in HIV risk behaviours, self-perceptions, and treatment outcomes among women in methadone maintenance treatment. J. Psychoact. Drugs, 1995, 27, 4, 421-433.

38. COPPEL A., Stratégies collectives et prévention de l'infection par le VIH chez les toxicomanes. In : Sida, toxicomanie : une lecture documentaire, Paris : CRIPS, Lyon : TOXIBASE, 1993, 95-105.

39. OBRADOVIC I., Premier bilan des « consultations cannabis ». Tendances, OFDT, 2006, 50, 6 p.

40. ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie), Les centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes. In : Dispositifs de prise en charge des usagers de drogues. 1998, 4-5.

41. MOREL A., Le dispositif de soins aux toxicomanes en France. In : La prise en charge en médecine de ville des patients malades de VIH, toxicomanes, alcool, hépatite C. Enseignement à distance 1998-2000, Epid 92, ARES, Ressources.

42. WIEVIORKA S., La place du sevrage dans la prise en charge thérapeutique. Les drogues : usages, abus, dépendances. La Santé de l'Homme. Edition CFES, 1998, 334, 46-48.

43. FOMBONNE E., LERT F., Systèmes spécialisés, institutions et traitements. In : La toxicomanie vers une évaluation de ses traitements, Paris : Edition de la documentation française, 1989, 144 p.

44. HENRION R., Le rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. Paris : Edition de la documentation française, 1995, 24-64.

45. GUILLET H., Toxicomanies. La Revue du Praticien, Médecine Générale. 1999, 13, 476, 1755-1756.

46. BOURDILLON F., TORTAY I., Evaluation de la prise en charge des personnes toxicomanes à l'hôpital. Actes de la rencontre nationale sur la prise en charge des personnes toxicomanes. Ministère de l'emploi et de la solidarité, juin 1998.

47. GAGNON A., ROBINET S., BRONNER C., Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux. La Revue du Praticien, Médecine Générale, 2000, 14, 504, 1627-1635.

48. MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, Etude des réseaux « Toxicomanie-Ville-Hôpital ». 1995, 8-9.

49. DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, Rapport annuel sur l'état de la drogue et de la toxicomanie dans les Hauts de Seine, 1997. Direction départementale et préfecture des Hauts de Seine, 1997, 3-4.

50. OFDT, Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 1999.Paris : OFDT, 1999, 271 p.

51. MUCCHIELLI A., Le médecin généraliste, premier partenaire du système de soins. In : TOUZEAU D., JACQUOT C., Les traitements de substitution pour les usagers de drogues, Paris : édition Arnette, 1997, 181-185.

52. LYS M., La toxicomanie, nouveau terrain « humanitaire » ?. Interdépendances, 1997, 26, 28-29.

53. AFCHAIN J., Objectifs de formation souhaités par l'association « G & T ». Pratiques, 1993, 33, 42-43.

54. VELLAY A., « Interview », SWAPS, 1997, 1, p. 5.

55. SALINGUE-RZEWUSKI C., Médecin généraliste et toxicomane, les effets de leurs représentations réciproques, étude réalisé à partir de 10 cas. 224 p. Th. : Méd. : Université de Reims : 1991.

56. CLAUZET P.C., COQUS J.C., BINDER P. - Médecins généralistes et toxicomanies, qu'en attendre ?. Revue documentaire Toxibase, 3, 1994, 3ème trimestre, 1-15.

57. GELBHART P., Place des professionnels de la pharmacie dans les réseaux de prise en charge des toxicomanes. Leur suivi : réseaux buprénorphine, méthadone, médecins praticiens. Annales de Médecine interne, 1994 ; 145, 3, 67-68.

58. CRIPS., LE ROY C., LERT F., SWAENEPOEL R., IMBERT E., RUIZ GALVANO J., Le rôle du pharmacien dans la prévention du VIH. Lettre d'information du CRIPS, 1994, 30, 2-7.

59. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. Le rôle du pharmacien dans les réseaux, Pharmaciens et toxicomanes, Prévention des risques infectieux. Traitement de substitution. Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie, 1996: 19-20.

60. COULOMB S., DUBURCQ A., MARCHAND C., PECHEVIS M., Evolution de la prise en charge des toxicomanes - Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001, EVAL, Paris : OFDT, 2002, 86 p.

61. FEDERATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE (FFA) et AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES), Conférence de consensus : stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution - 23 et 24 juin 2004, Lyon, Texte des recommandations (version longue), Saint-Denis, FFA, 2004, 40 p.

62. BLOCH J., NORY-GUILLOU F., MONAQUE C., CHARPAK Y., Place des généralistes dans la prise en charge des toxicomanes, EVAL, Paris, OFDT, 1995, 39 p.

63. BLOCH J.,CURT F., MONAQUE C., PIRAULT S., Evolution de la prise en charge des toxicomanes - Enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98, EVAL, Paris, OFDT, 1998, 57 p.

64. REYNAUD M., PARQUET P.J., LAGRUE G., Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris : Odile Jacob, 2000, 273 p. (Coll. Rapport)

65. PERDRIAU J.F., BACLE F., LALANDE M., FONTAINE A., Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale. Etude prospective de suivi de 95 patients. ARES 92, Paris : OFDT, 2001, 100 p.

66. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Arrêté du 1er avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale. JO du 8 avril 2008.

67. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES) et AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS), Recommandations pour la pratique clinique : réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés, Saint-Denis : ANAES/AFSSAPS, 2004, 18 p.

68. CARPENTIER J., La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale. Paris : Ellipses, 1994. 112 p.

69. GAGNON A. ROBINET S., BRONNER C., Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux. La Revue du Praticien, Médecine générale, 2000, 504, 14, 1627-1635.

70. POLOMENI P., Les réseaux addictions. Revue Toxibase : Les dossiers Thema N° 8, 2002, 17 p.

71. BINDER P., Le médecin généraliste peut-il prendre en charge des toxicomanes en ambulatoire ?. In : Les réseaux : pluriels et singuliers, Actes du 6ème colloque national, Collectif National Généralistes et Toxicomanies, Paris, 1993, 72-85, Lussant, Assoc. G et T, 1994.

72. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Code de Déontologie Médicale. In : Code de la Santé Publique. Paris : Dalloz, 2008, R 4127-1 à R 4127-112.

73. WIEDERKEHR G., TISSERAND-MARTIN A., VENANDET G., et Collectif, Code Civil, Paris : Dalloz, 2008, art.1101.

74. THOMAS O., D'ANTUONO M., VEDIE C., HOUILLON P., VEYRAT-AU J.G., Prise en charge psychothérapique et traitement de substitution. Annales médico-psychologiques. Paris : Elsevier, 2006, 164, 3, 215-219.

75. PACHABEZIAN V., AZOULAI G., La consultation du patient toxicomane en ville. Le Quotidien du Médecin, 2005, n° 7764-pages spéciales-FMC, n° 246A, 7p.

ANNEXES

ANNEXE N°1

QUESTIONNAIRE D' ENQUETE MEDECINS

I. IDENTIFICATION, FORMATION ET ACTIVITE EN TOXICOMANIE

IDENTIFICATION

1. Sexe :
❑ Homme ❑ Femme

2. Age : ....ans

3. Ancienneté d'installation : ....ans

4. Taille de la commune :
❑ Moins de 1000 habitants
❑ 1000 à 5000 habitants
❑ Plus de 5000 habitants

5. Mode d'exercice :
❑ Seul ❑ En cabinet associatif

6. Activité hospitalière :
❑ Oui ❑ Non

7. Assurez-vous une activité liée à la toxicomanie dans un établissement hospitalier, un centre spécialisé ou une association ?
❑ Oui ❑ Non

FORMATION

8. En matière de toxicomanie, pensez-vous avoir une formation initiale suffisante ?
❑ Oui ❑ Non

9. Depuis que vous êtes installé, avez-vous suivi une ou plusieurs formations sur la prise en charge des toxicomanes ?
❑ Oui ❑ Non

10. Globalement, vous considérez-vous formé à la prise en charge des toxicomanes ?
❑ Oui ❑ Non
❑ Pas suffisamment

11. Souhaiteriez-vous avoir une formation sur la toxicomanie ?
❑ Oui ❑ Non
Si oui, sous quelle forme ? : .....

ACTIVITE EN TOXICOMANIE

12. Recevez-vous des toxicomanes à votre consultation ?
❑ Oui
❑ Non, jamais. *Passez directement à la question 16.*

13. Si oui, combien de patients toxicomanes voyez-vous
➢ par an ? : .... (au cours des 12 derniers mois)
➢ par mois ? : .... (au cours du mois dernier)
ou ➢ par semaine ? : ....

14. Avec quelle fréquence les voyez-vous habituellement en consultation ?
➢ .... fois par mois
ou ➢ .... fois par trimestre
ou ➢ .... fois par an.

15. Voyez-vous autant, plus, ou moins de toxicomanes qu'en 1996, date de mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX®) ?
❑ Moins ❑ Autant
❑ Plus ❑ NSP

16. *Si vous ne recevez pas de toxicomanes*, quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'en suivez pas ou plus ? *(Puis répondre uniquement aux questions 36, 38, 39, 42, 43, 44, 45)*
.....
.....
.....
.....

II. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS TOXICOMANES PRIS EN CHARGE

Pour les patients toxicomanes qui vous consultent,

17. vous acceptez de les prendre en charge uniquement pour des problèmes somatiques non liés à leur toxicomanie
❑ Oui ❑ Non

18. vous acceptez de prendre en charge aussi les problèmes somatiques liés à leur toxicomanie
❑ Oui ❑ Non

19. vous acceptez de les prendre en charge pour un traitement de substitution ou un sevrage
❑ Oui ❑ Non

III. PRISE EN CHARGE DU PATIENT TOXICOMANE : VOS PRATIQUES

Pour les toxicomanes que vous suivez:

20. leur parlez-vous de leurs pratiques à risques ?
❑ Oui, ❑ Non
Lesquelles ? ..... Pour quelles raisons ?.....
....
....

21. prescrivez-vous un bilan biologique ?
❑ Oui, lequel ? ..... ❑ Non
.....
.....

22. faites-vous un contrôle dentaire ?
❑ Oui ❑ Non

23. mettez-vous à jour le calendrier vaccinal ?
❑ Oui ❑ Non

24. faites-vous un soutien psychologique ?
❑ Oui ❑ Non

25. orientez-vous le patient dans les démarches administratives et sociales ?
❑ Oui ❑ Non

IV. SEVRAGE ET TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

26. Citez les 3 médicaments, psychotropes, antalgiques ou médicaments de substitution morphiniques, que vous prescrivez le plus souvent ?

- ❑ Alprazolam (XANAX®)
- ❑ Amitriptyline (LAROXYL®)
- ❑ Bromazépam (LEXOMIL®)
- ❑ Buprénorphine (TEMGESIC®)
- ❑ Buprénorphine haut dosage (SUBUTEX®)
- ❑ Camylofine, métamizole sodique (AVAFORTAN®)
- ❑ Clomipramine (ANAFRANIL®)
- ❑ Clonidine (CATAPRESSAN®)
- ❑ Clorazépate dipotassique (TRANXENE®)
- ❑ Clorazépate dipotassique, acépromazine, acéprométazine (NOCTRAN®)
- ❑ Cyamémazine (TERCIAN®)
- ❑ Flunitrazépam (ROHYPNOL®)
- ❑ Fluoxétine (PROZAC®)
- ❑ Guanfacine (ESTULIC®)
- ❑ Ibuprofène (ADVIL®...)
- ❑ Lorazépam (TEMESTA®)
- ❑ Lévomépromazine ....(NOZINAN®)
- ❑ Méthadone (METHADONE®)
- ❑ Miansérine (ATHYMIL®)
- ❑ Morphine (MOSCONTIN®, SKENAN®)
- ❑ Naltrexone (NALOREX®)
- ❑ Oxazépam (SERESTA®)
- ❑ Paracétamol (DOLIPRANE®...)
- ❑ Paracétamol, dextropropoxyphène (DI-ANTALVIC®)
- ❑ Phloroglucinol (SPASFON®)
- ❑ Prazépam (LYSANXIA®)
- ❑ Tiémonium ....(VISCERALGINE®)
- ❑ Zolpidem (STILNOX®)
- ❑ Zoplicone (IMOVANE®)
- ❑ autres, préciser :

27. Face à un patient toxicomane vous consultant, lui proposez-vous un sevrage ?

- ❑ Oui, toujours
- ❑ Oui, parfois
- ❑ Non

28. Face à une demande de sevrage, proposez-vous :

Un sevrage ambulatoire ?

- ❑ Jamais
- ❑ Parfois } quel traitement proposez-vous ?.....
- ❑ Toujours} .....

Un sevrage hospitalier ?

- ❑ Jamais
- ❑ Parfois
- ❑ Toujours

29. Face à un patient toxicomane vous consultant, lui proposez-vous un traitement de substitution ?

- ❑ Oui, toujours
- ❑ Oui, parfois
- ❑ Non

30. Quels sont les principaux critères que vous utilisez pour déterminer la posologie des médicaments de substitution ?

.....
.....
.....

31. Quels sont les critères qui vous permettent d'apprécier l'efficacité d'un traitement de substitution ?

31.1 Amélioration de l'état physique du patient

❑ Oui ❑ Non

31.2 Arrêt des injections

❑ Oui ❑ Non

31.3 Baisse de la consommation d'héroïne

❑ Oui ❑ Non

31.4 Arrêt de la consommation d'héroïne

❑ Oui ❑ Non

31.5 Amélioration des relations sociales, réinsertion

❑ Oui ❑ Non

31.6 Autres critères : .....

32. Pour les traitements de substitution que vous prescrivez, établissez-vous avec le patient toxicomane un contrat écrit ?

❑ Oui, toujours

❑ Parfois

❑ Non

33. Lors de la prescription de substitution :

Indiquez-vous le nom de la pharmacie sur l'ordonnance ?

❑ Oui, toujours

❑ Parfois

❑ Non

Téléphonez-vous à la pharmacie ?

❑ Oui, toujours

❑ Parfois

❑ Non

34. Pour vos prescriptions de Subutex® :

Au démarrage du traitement :

-quelle posologie prescrivez-vous le plus fréquemment ? .... mg/j

-quelles posologies minimale et maximale prescrivez-vous ?

min = ... mg/j

max = ... mg/j

Pour le suivi :

-quelle posologie prescrivez-vous le plus fréquemment ? .... mg/j

-quelles posologies minimale et maximale prescrivez-vous ?

min = ... mg/j

max = ... mg/j

V. PARTENAIRES

35. Quels sont les partenaires, les institutions avec lesquels vous travaillez pour suivre conjointement ou orienter vos patients toxicomanes ?

- ❑ Hôpital
- ❑ Centre hospitalier spécialisé (CHS)
- ❑ Centre médico-psychologique (CMP)
- ❑ Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST)
- ❑ Psychiatre
- ❑ Psychologue
- ❑ Réseau ville-hôpital
- ❑ Autre association
- ❑ Pharmacien
- ❑ Services sociaux
- ❑ Médecin généraliste référent en matière de toxicomanie
- ❑ Aucun, travaille seul

36. Connaissez-vous l'existence de réseaux de médecins généralistes, spécialisés dans la prise en charge de toxicomanes ?

- ❑Oui, préciser le ou lesquels : .....
- ❑Non

37. Faites-vous partie d'un réseau ?

- ❑ Oui ❑ Non

38. Avez-vous été contacté pour en faire partie ?

- ❑ Oui ❑ Non

39. Avez-vous déjà eu recours à un réseau ?

- ❑ Oui ❑ Non

VI. LES AUTRES PRODUITS : NOTION DE POLYTOXICOMANIE

40. Les patients dépendants aux opiacés que vous suivez consomment-ils d'autres produits illicites ?

- ❑ Oui, souvent } si oui, lesquels ? : .....
- ❑ Parfois } .....
- ❑ Non, jamais

41. Les patients consommateurs de drogues illicites ou de produits détournés de leur usage que vous suivez, vous semblent-ils avoir également un problème avec l'alcool ?

- ❑ Oui, souvent
- ❑ Parfois
- ❑ Non, jamais

VII. LA PLACE DE LA MEDECINE GENERALE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES

42. Pensez-vous que la prise en charge de patients toxicomanes est possible par un médecin généraliste en cabinet ?

❑ Oui ❑ Non

43. Quelles sont, à votre avis, les conditions qui facilitent la prise en charge, par le médecin généraliste, de patients toxicomanes ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

44. À l'inverse, quels sont les freins, les obstacles qui rendent difficile pour le médecin généraliste, la prise en charge de patients toxicomanes ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

45. Avez-vous déjà été confronté à des problèmes d'insécurité avec un patient toxicomane ?

❑ Oui, sous quelle forme : .....
❑ Non

VIII. QUESTIONS DESTINEES A L' ENQUETEUR

46. Au terme de l'entretien, notez si vous estimez que ce médecin, en ce qui concerne la prise en charge par le médecin généraliste des patients toxicomanes, est :

❑ Plutôt convaincu que c'est possible
❑ Plutôt convaincu que ce n'est pas possible
❑ Avis très partagé, indéterminé
❑ Sans opinion

47. Remarques particulières :

.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE N°2

QUESTIONNAIRE D' ENQUETE PHARMACIENS

I. IDENTIFICATION, FORMATION ET ACTIVITE EN TOXICOMANIE

IDENTIFICATION (pharmacien responsable)

1. Sexe :
   ❑ Homme ❑ Femme

2. Age : ....ans

3. Ancienneté d'installation : ....ans

4. Taille de la commune :
   ❑ moins de 1000 habitants
   ❑ 1000 à 5000 habitants
   ❑ Plus de 5000 habitants

5. Nombre de personnes délivrant des médicaments dans la pharmacie : ....

FORMATION

6. En matière de toxicomanie, pensez-vous avoir une formation initiale suffisante ?
   ❑ Oui ❑ Non

7. Depuis que vous êtes installé, avez-vous suivi une ou plusieurs formations sur la prise en charge des toxicomanes ?
   ❑ Oui ❑ Non

8. Globalement, vous considérez-vous formé à la prise en charge des toxicomanes ?
   ❑ Oui ❑ Non
   ❑ Pas suffisamment

9. Souhaiteriez-vous avoir une formation sur la toxicomanie ?
   ❑ Oui ❑ Non
   Si oui, sous quelle forme ? : .....

ACTIVITE EN TOXICOMANIE

10. Recevez-vous des toxicomanes dans votre officine
   ❑ Oui
   ❑ Non, jamais. *Passez directement à la question 13.*

11. Si oui, combien de patients toxicomanes recevez-vous
   ➢ par an ? : ....
   ➢ par mois ? : ....
ou ➢ par semaine ? : ....

12. Voyez-vous autant, plus, ou moins de toxicomanes qu'en 1996, date de mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX®) ?
   ❑ Moins ❑ Autant
   ❑ Plus ❑ NSP

13. *Si vous ne recevez pas de toxicomanes*, quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'en voyez pas ou plus ? *(Puis répondre uniquement aux questions 15, 17, 20, 21, 31, 33, 34, 38, 39, 40, 41)*
.....
.....
.....
.....

II. PRISE EN CHARGE DU PATIENT TOXICOMANE : VOS PRATIQUES

14. Pour les patients toxicomanes que vous recevez, leur parlez-vous de leurs pratiques à risques ?

❑ Oui, Lesquelles ? .....
.....
.....

❑ Non Pour quelles raisons ?.....
.....
.....

15. Etes-vous pour la délivrance en pharmacie de Stéribox® ?

❑ Oui ❑ Non
Pour quelles raisons ?.....
.....
.....

16. Délivrez-vous des Stéribox® dans votre officine ?

❑ Oui ❑ Non
Si oui, combien par mois ? ....

17. Etes-vous pour l'installation d'un Distribox® à proximité d'une pharmacie?

❑ Oui ❑ Non
Pour quelles raisons ?.....
.....
.....

18. Avez-vous un Distribox® à proximité de votre officine?

❑ Oui ❑ Non

19. Délivrez-vous d'autres seringues aux toxicomanes?

❑ Oui ❑ Non
Si oui, combien par mois ? ....

III. SEVRAGE ET TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

20. Etes-vous pour la dispensation de Subutex®, en officine ?

❑ Oui ❑ Non
Pour quelles raisons ?.....
.....
.....

21. Etes-vous pour la dispensation de Méthadone®, en officine ?

❑ Oui ❑ Non
Pour quelles raisons ?.....
.....
.....

22. Dispensez-vous du Subutex® ?

❑ Oui ❑ Non

Si oui, à combien de patients en moyenne par mois ? ....

23. Dispensez-vous de la Méthadone® ?

❑ Oui ❑ Non

Si oui, à combien de patients en moyenne par mois ? ....

24. Etes-vous pour la prise du médicament (Subutex®, Méthadone®) à l'officine ?

❑ Oui ❑ Non

Pour quelles raisons ?.....

.....

.....

25. Avez-vous été confrontés à des patients toxicomanes vous demandant de leur délivrer à la fois leur traitement de substitution et des seringues ou Stéribox® ?

❑ Oui ❑ Non

26. Face à cette situation :

26.1. vous accéder à leur demande

❑ Oui ❑ Non

26.2. vous contactez le médecin prescripteur

❑ Oui ❑ Non

26.3. vous tentez d'avoir des explications (sous-dosage du traitement de substitution, utilisation détournée...), et vous informez le patient sur les risques, ou l'encouragez à consulter son médecin ?

❑ Oui ❑ Non

27. Avez-vous été confrontés à des patients toxicomanes ayant plusieurs médecins prescripteurs (de traitements de substitution ou de psychotropes) ?

❑ Oui, souvent ❑ Parfois ❑ Non, jamais

28. Face à cette situation :

28.1. vous délivrez les médicaments prescrits

❑ Oui ❑ Non

28.2. vous téléphonez aux médecins prescripteurs

❑ Oui ❑ Non

28.3. vous contactez le médecin ou le pharmacien conseil

❑ Oui ❑ Non

29. Avez-vous été confrontés à des prescriptions de médicaments psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques) à des patients toxicomanes

29.1. associés à un traitement substitutif ?

❑ Souvent ❑ Parfois ❑ Jamais

29.2. non associés à un traitement substitutif ?

❑ Souvent ❑ Parfois ❑ Jamais

30. Citez les 3 médicaments, psychotropes, antalgiques ou médicaments de substitution morphiniques, le plus souvent délivrés aux patients toxicomanes ?

- ❑ Alprazolam (XANAX®)
- ❑ Amitriptyline (LAROXYL®)
- ❑ Bromazépam (LEXOMIL®)
- ❑ Buprénorphine (TEMGESIC®)
- ❑ Buprénorphine haut dosage (SUBUTEX®)
- ❑ Camylofine, métamizole sodique (AVAFORTAN®)
- ❑ Clomipramine (ANAFRANIL®)
- ❑ Clonidine (CATAPRESSAN®)
- ❑ Clorazépate dipotassique (TRANXENE®)
- ❑ Clorazépate dipotassique, acépromazine, acéprométazine (NOCTRAN®)
- ❑ Cyamémazine (TERCIAN®)
- ❑ Flunitrazépam (ROHYPNOL®)
- ❑ Fluoxétine (PROZAC®)
- ❑ Guanfacine (ESTULIC®)
- ❑ Ibuprofène (ADVIL®...)
- ❑ Lorazépam (TEMESTA®)
- ❑ Lévomépromazine ....(NOZINAN®)
- ❑ Méthadone (METHADONE®)
- ❑ Miansérine (ATHYMIL®)
- ❑ Morphine (MOSCONTIN®, SKENAN®)
- ❑ Naltrexone (NALOREX®)
- ❑ Oxazépam (SERESTA®)
- ❑ Paracétamol (DOLIPRANE®...)
- ❑ Paracétamol, dextropropoxyphène (DI-ANTALVIC®)
- ❑ Phloroglucinol (SPASFON®)
- ❑ Prazépam (LYSANXIA®)
- ❑ Tiémonium ....(VISCERALGINE®)
- ❑ Zolpidem (STILNOX®)
- ❑ Zoplicone (IMOVANE®)
- ❑ autres, préciser : .....

31. quelle est votre attitude :

31.1. face à un chevauchement d'ordonnances ?

vous délivrez le jour même :

❑ Oui ❑ Non ❑ Seulement si mention sur l'ordonnance (précisé spontanément par le pharmacien)

vous demandez au patient de revenir à l'échéance de la première ordonnance :

❑ Oui ❑ Non

vous téléphonez au médecin :

❑ Oui ❑ Non

31.2 face à une demande d'avance de produit de substitution ?

vous acceptez :

❑ Oui ❑ Non

vous demandez au patient de revenir à l'échéance de son ordonnance :

❑ Oui ❑ Non

vous téléphonez au médecin :

❑ Oui ❑ Non

31.3 face à la présentation d'une ordonnance datant de plusieurs jours ?

vous délivrez les produits pour la durée prescrite :

❑ Oui ❑ Non

vous ne délivrez que pour le nombre de jours restants :

❑ Oui ❑ Non

vous téléphonez au médecin :

❑ Oui ❑ Non

IV. PARTENAIRES

32. Connaissez-vous l'existence de réseaux, spécialisés dans la prise en charge de toxicomanes ?

❑Oui, préciser le ou lesquels : .....
❑Non

33. Faites-vous partie d'un réseau ?

❑ Oui ❑ Non

34. Avez-vous été contacté pour en faire partie ?

❑ Oui ❑ Non

35. Avez-vous déjà eu recours à un réseau ?

❑ Oui ❑ Non

36. Pour les patients toxicomanes qui fréquentent votre officine, avez-vous des contacts ou des échanges avec :

❑ le médecin généraliste
❑ l'hôpital
❑ le centre hospitalier spécialisé (CHS)
❑ le centre médico-psychologique (CMP)
❑ le centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST)
❑ autre : .....

37. Lors de la première prescription de substitution :

les médecins indiquent-ils le nom de la pharmacie sur l'ordonnance ?

❑ Oui, toujours
❑ Parfois
❑ Non

téléphonent-ils à la pharmacie ?

❑ Oui, toujours
❑ Parfois
❑ Non

38. Face à un patient toxicomane en demande de soins, vous l'adressez :

❑ à un médecin généraliste
❑ à un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST)
❑ à l'hôpital
❑ au centre médico-psychologique (CMP)
❑ autre : .....

V. LA PLACE DES PHARMACIENS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES

39. Pensez-vous que l'accueil et la prise en charge de patients toxicomanes (dispensation de traitements de substitution, vente de Stéribox®...) est possible par un pharmacien en officine ?

❑ Oui ❑ Non

40. Quelles sont, à votre avis, les conditions qui facilitent la prise en charge, par le pharmacien, de patients toxicomanes ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

41. À l'inverse, quels sont les freins, les obstacles qui rendent difficile pour le pharmacien, la prise en charge de patients toxicomanes ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

42. Avez-vous déjà été confronté à des problèmes d'insécurité avec un patient toxicomane ?

❑ Oui, sous quelle forme : .....
❑ Non

VI. QUESTIONS DESTINEES A L' ENQUETEUR

43. Au terme de l'entretien, notez si vous estimez que ce pharmacien, en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge des patients toxicomanes en officine, est :

❑ Plutôt convaincu que c'est possible
❑ Plutôt convaincu que ce n'est pas possible
❑ Avis très partagé, indéterminé
❑ Sans opinion

44. Remarques particulières :

.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE N°3

COURRIERS ADRESSES

- **A MADAME LA PRESIDENTE DU CONSEIL REGIONAL DES PHARMACIENS,**

- **A MONSIEUR LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS,**

- **AUX MEDECINS ET PHARMACIENS**

Mlle ZABEL Caroline
14 Rue Marcel Cerdan
54 110 DOMBASLE-SUR-MEURTHE

Résidente en 3ème Cycle de Médecine Générale

Dombasle, le 1er septembre 2005

Madame la Présidente,

Actuellement résidente en 3ème Cycle de Médecine Générale, je réalise une thèse dirigée par le Dr Di Patrizio sur le thème de la prise en charge des toxicomanes en médecine de ville. Ce projet a reçu l'aval du Département Universitaire de la Faculté de Médecine de Nancy.

Dans le cadre de ce travail, je souhaiterais rencontrer, au cours d'un entretien individuel, les différents acteurs de cette prise en charge (médecins généralistes, psychiatres, pharmaciens) pour leur soumettre un questionnaire. Celui-ci n'a aucunement pour but de porter un quelconque jugement sur les pratiques professionnelles de chacun. Le traitement des données en sera strictement anonyme. L'objectif est de décrire l'état de cette prise en charge dans le canton de Saint-Nicolas-de-Port, de dégager les facteurs favorisants et les obstacles, d'identifier les difficultés, les besoins de formations, de recueillir les sentiments des professionnels de santé sur la situation actuelle, de colliger des expériences personnelles...

Comme convenu avec le Dr FENOT, je sollicite votre soutien dans la réalisation de ce travail.

Vous remerciant par avance, je vous prie de croire, Madame la Présidente, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Caroline ZABEL

Mlle ZABEL Caroline
14 Rue Marcel Cerdan
54 110 DOMBASLE-SUR-MEURTHE

Résidente en 3ème Cycle de Médecine Générale

Dombasle, le 1er septembre 2005

Monsieur le Président,

Actuellement résidente en 3ème Cycle de Médecine Générale, je réalise une thèse dirigée par le Dr Di Patrizio sur le thème de la prise en charge des toxicomanes en médecine de ville. Ce projet a reçu l'aval du Département Universitaire de la Faculté de Médecine de Nancy.

Dans le cadre de ce travail, je souhaiterais rencontrer, au cours d'un entretien individuel, les différents acteurs de cette prise en charge (médecins généralistes, psychiatres, pharmaciens) pour leur soumettre un questionnaire. Celui-ci n'a aucunement pour but de porter un quelconque jugement sur les pratiques professionnelles de chacun. Le traitement des données en sera strictement anonyme. L'objectif est de décrire l'état de cette prise en charge dans le canton de Saint-Nicolas-de-Port, de dégager les facteurs favorisants et les obstacles, d'identifier les difficultés, les besoins de formations, de recueillir les sentiments des professionnels de santé sur la situation actuelle, de colliger des expériences personnelles…

Comme convenu avec le Dr FENOT, je sollicite votre soutien dans la réalisation de ce travail.

Vous remerciant par avance, je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Caroline ZABEL

Mlle ZABEL Caroline
14 Rue Marcel Cerdan
54 110 DOMBASLE-SUR-MEURTHE

Résidente en 3ème Cycle de Médecine Générale

Dombasle, le 1er septembre 2005

Madame, Monsieur, Cher Confrère,

Actuellement résidente en 3ème Cycle de Médecine Générale, je réalise une thèse dirigée par le Dr Di Patrizio sur le thème de la prise en charge des toxicomanes en médecine de ville. Ce projet a reçu l'aval du Département Universitaire de la Faculté de Médecine de Nancy.

Dans le cadre de ce travail, je souhaiterais rencontrer, au cours d'un entretien individuel, les différents acteurs de cette prise en charge (médecins généralistes, psychiatres, pharmaciens) pour leur soumettre un questionnaire. Celui-ci n'a aucunement pour but de porter un quelconque jugement sur vos pratiques professionnelles. Le traitement des données en sera strictement anonyme. L'objectif est de décrire l'état de cette prise en charge dans le canton de Saint-Nicolas-de-Port, de dégager les facteurs favorisants et les obstacles, d'identifier vos difficultés, vos besoins de formations, de recueillir vos sentiments sur la situation actuelle, de colliger vos propres expériences…

Ayant conscience de vos impératifs professionnels et personnels, je vous contacterai prochainement par téléphone afin, je l'espère, de convenir d'un rendez-vous au jour et heure qui vous conviendront.

Nous comptons sur votre aide pour mener à bien ce travail, qui ne pourra être significatif que dans la mesure où les réponses seront nombreuses.

Comptant sur votre collaboration, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, Cher Confrère, en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Dr Alain AUBREGE Médecin Généraliste Président du Département Universitaire de Médecine Générale	Dr Paolo DI-PATRZIO Médecin Généraliste Directeur de thèse	Caroline ZABEL Résidente

VU

NANCY, le **09 septembre 2008**
Le Président de Thèse

Professeur H. LAMBERT

NANCY, le **16 septembre 2008**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **18 septembre 2008**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME :

La prise en charge des patients toxicomanes a connu une évolution permanente, suivant le développement du phénomène et les progrès scientifiques. Mais celle-ci s'est imposée à la médecine de ville dans les années 1980-1990 avec la politique de réduction des risques imaginée pour répondre à l'épidémie de SIDA chez les héroïnomanes. Les médecins généralistes et les pharmaciens avaient peu d'expérience des drogues et de la prise en charge des usagers dépendants.

Nous avons réalisé une enquête d'opinion et de pratiques auprès des médecins généralistes et des pharmaciens installés dans le secteur sanitaire de Saint-Nicolas-de-Port afin d'établir un état des lieux de la prise en charge de ces patients, d'identifier les atouts et les difficultés rencontrées ainsi que les besoins de formation des professionnels de santé.

Il apparaît que les praticiens en ville ont des atouts et des moyens à leur disposition : contacts fréquents, connaissance du patient et du milieu, traitements de substitution. Cependant des freins puissants que sont l'investissement temporel, une formation jugée inadaptée, et surtout une pathologie complexe multifactorielle, limitent leur implication, rendant la prise en charge en ville des usagers de drogues très disparate : certains refusent d'accueillir ces patients quand d'autres se surinvestissent dans ce type de prise en charge.

Il semble évident que pour se faire dans de bonnes conditions, cette prise en charge nécessite le développement de relations avec un ensemble de partenaires. Elle repose sur une approche multidisciplinaire que l'on retrouve au sein de réseaux permettant une prise en charge globale du patient usager de drogues.

ABSTRACT :

The care of drug addict patients has known a continuous evolution due to the development of the drug addiction phenomenon and scientific progress. The urban general practice was affected by this in the 1980's with the policy of risk reduction just after the beginning of the AIDS epidemic. At that time, general medical practitioners and chemists had very little experience of drugs and looking after drug addicts.

We have carried out a survey of the opinion and practice of general practitioners and chemists working in the *Saint-Nicolas-de-Port* area. This survey was aimed at assessing how drug addicts are looked after and supported, identifying assets and difficulties as well as training needs of health professionals.

It appears that urban general practitioners have various assets and means at their disposal : frequent contacts, knowledge of patients and their social environment, substitute treatment. However, time investment, inappropriate training and above all the complexity of drug addiction, a multifactorial pathology, are strong curbs which limit practitioners involvement and make the care of drug addict patients in towns very uncertain : some of the general practitioners refuse to treat such patients, while others overinvest in this activity.

It seems obvious that, to be done in good conditions, the care of drug addict patients requires the development of relations with several partners. It must be based on a multidisciplinary approach, that exists only within local networks. Such networks allow the care of drug addict patients to be complete.

STUDY OF THE CARE OF DRUG ADDICT PATIENTS BY THE URBAN GENERAL PRACTICE

Survey of professional practice of general practitioners and chemists in the *Saint-Nicolas-de-Port* health area (Meurthe-et-Moselle, France).

THESE : MEDECINE GENERALE-ANNEE 2008

MOTS-CLEFS:

TOXICOMANIE, MEDECINS GENERALISTES, PHARMACIENS, RESEAUX, FORMATION

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex