

Ils font œuvre de prévention dans la mesure où leurs permanents sont aptes à remplir des fonctions d'alerte et d'accompagnement qui s'appuient essentiellement sur l'analyse initiale des raisons qui ont pu amener un jeune à une consommation abusive. Nés à l'initiative de promoteurs très diversifiés, ils étendent leurs missions de l'échange convivial à l'entretien à visée thérapeutique. Ils sont souvent créés à l'intérieur même de structures spécialisées et mis en place par la direction de l'Action sociale dans le cadre du plan gouvernemental du 14 septembre 1995.

Des évaluations ont été confiées à des équipes de chercheurs. Il s'agit, en effet, non seulement de mieux connaître leurs fonctions et leur fréquentation, mais aussi d'évaluer la pertinence pour les jeunes de ce temps particulier entre accueil et prise en charge thérapeutique de type psychologique.

L'émergence d'une nouvelle forme de consommation liée en particulier à la musique techno a suscité des interventions ponctuelles de prévention et de réduction des risques. Le consensus interministériel (essentiellement Intérieur et Culture) favorisera le développement de telles interventions. Dans la même optique, les modes d'information destinés aux jeunes consommateurs seront précisés afin que les jeunes aient accès à des données scientifiques sur les effets sanitaires des substances psychoactives (tous produits confondus, y compris les produits de substitution). Ces documents pourront être établis après le rapport confié au Pr Rocques, et en lien avec la campagne de communication prévue par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

Enfin, les modalités de la prise en compte des nouvelles formes de consommation ainsi que l'accompagnement socio-sanitaire proposé aux consommateurs de produits stupéfiants dans le cadre des mesures prononcées par la Justice sont à l'étude. D'ores et déjà, des mesures expérimentales ont été prises par certains parquets.

Ces dernières tendances sont significatives. Elles n'invalident en rien le travail préliminaire indispensable de « protection » des jeunes mineurs, mais à l'instar de ce qui s'est mis en place pour les toxicomanes dépendant à l'héroïne, elles traduisent l'urgence de trouver une réponse plus adaptée aux jeunes, qui pour des raisons multiples ont franchi le pas vers la consommation et courent d'autant plus de risques d'aller vers un usage nocif et jusqu'à la dépendance.

Depuis quelques années, les numéros de téléphone ont été mis à la disposition des jeunes et des adultes à l'initiative d'associations (Fil santé jeunes, SOS-amitiés, « La Croix Rouge écoute »...) ou des pouvoirs publics (Sida-info-service), ces équipes observent les évolutions et remplissent tout à la fois des fonctions d'information, d'écoute et d'accompagnement. Le plus spécialisé d'entre eux, dans le domaine de la toxicomanie, est bien entendu Drogues info service.

Françoise Moyen

Le système de soins : une prise en charge diversifiée

La politique de lutte contre la toxicomanie se conçoit dans le cadre d'une prise en charge globale d'un problème de santé publique associant prévention, soins, accès aux soins et réinsertion. L'évolution des pratiques et des politiques corrélée avec la diversification des prises en charge a permis un certain rapprochement et la coopération entre le système sanitaire et social général et le dispositif spécialisé mis en place en application de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970.

La loi de 1970, texte princeps de la politique de lutte contre la toxicomanie repose en ce qui concerne le soin sur l'anonymat et la gratuité, réponses du législateur à l'existence d'une pénalisation de l'usage.

Le dispositif spécialisé

Dès 1972, un dispositif de soins a été créé par l'État pour partie à partir d'un milieu psychiatrique et surtout par des associations qui ont œuvré dans ce domaine. Il s'agit d'un dispositif d'exception financé par l'État avec parfois un cofinancement pour les activités de prévention. Le décret du 29 juin 1992 précise ses missions ainsi que, par les textes d'application, le fonctionnement des différents centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Le dispositif spécialisé de lutte contre la

toxicomanie comporte des structures en ambulatoire et avec hébergement. L'ensemble du dispositif propose une stratégie globale et individuelle d'accompagnement des personnes toxicomanes : la prévention de la consommation de produits psychoactifs, la limitation des complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie veineuse et à l'injection dans de mauvaises conditions d'hygiène, la prise en compte des problèmes sociaux liés à l'isolement, à l'errance et aux ruptures diverses et la prise en charge de la dépendance au moyens d'outils diversifiés que sont le sevrage, les traitements de substitution et le suivi psycho-social.

Les centres spécialisés de soins en ambulatoire, au nombre de 227, assurent une prise en charge globale associant un suivi médical, psychologique, social et éducatif des toxicomanes et le soutien de leurs familles. Ils préparent et assurent le sevrage en ambulatoire, l'accompagnement en cas d'hospitalisation et le suivi postérieur s'il s'est avéré nécessaire. Pour les toxicomanes dépendants majeurs et avérés aux opiacés, ils assurent la primo-prescription de méthadone et prescrivent du Subutex®.

En collaboration avec d'autres partenaires publics et privés, ils peuvent développer sur le terrain des actions d'insertion professionnelle et de prévention.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement totalisant 1 395 places, se sont développés et diversifiés pour offrir des structures plus adaptées aux besoins et à l'urgence de la situation des patients toxicomanes. À côté des structures collectives (664 places) : centres thérapeutiques résidentiels, antérieurement dénommés « post-cures », et communautés thérapeutiques, ont été créés des appartements thérapeutiques relais et des hébergements de transition et d'urgence, des nuitées d'hôtels qui offrent un toit pour une nuit au moins.

Ils accueillent les toxicomanes après leur sevrage ou sous traitement de substitution, pour une durée de trois mois à deux ans (communautés thérapeutiques), en leur proposant un objectif de « consolidation psychologique » et à terme de réinsertion sociale et professionnelle. Cette modalité de prise en charge répond à la nécessité pour certaines personnes de prendre un temps assez long de repos physique, pour une restructuration ou une consolidation psychologique en milieu protégé ou géographiquement éloigné du milieu naturel.

Modes de prescription et modes de contrôle des produits de substitution

La prescription de produits de substitution (Subutex® ou méthadone) doit se faire dans un cadre précis et avec un accompagnement adapté.

La prescription des produits de substitution est une alternative réservée aux patients dépendant des opiacés ; mais les polytoxicomanies étant la règle, toujours prendre en compte les associations (autres drogues stimulantes, benzodiazépines ou alcool) est primordial.

Les préalables

Prescrire un produit de substitution n'est que l'aboutissement d'une démarche clinique préalable ; la demande évaluée, la substitution expliquée fondent la relation médecin-patient inscrite dans le moyen ou long terme ; il n'y a pas de substitution à court terme :

- la substitution n'est pas un sevrage et l'échéance n'est pas fixée.
- les produits de substitution aux opiacés sont aussi des morphinomimétiques induisant dépendance, et syndrome de sevrage. Il faut le dire.
- le produit de substitution devient un médicament, dont les règles (posologie, horaires et modes de prise, durée) sont expliquées et négociées avec le patient.
- faire connaissance avec le patient en reconstituant son histoire individuelle, familiale, sociale et culturelle en la resituant dans son parcours permet d'évaluer la situation sociale, condition d'accès aux soins (aide médicale, affection de longue durée) et l'adhésion du toxicomane.
- un examen physique complet est un gage de crédibilité et de réassurance pour le toxicomane.

La démarche de substitution sera

donc facilitée par un fonctionnement en réseau, mobilisant les compétences et venant étayer chacun des thérapeutes, dans son rôle de soin et de prévention.

La prescription de la substitution et ses principes généraux

Elle s'adresse à un toxicomane dépendant des opiacés et voulant rompre avec les conduites de prise de toxiques illicites, parfois pour faciliter d'autres traitements. La qualité de l'accompagnement médicopsychosocial fait du produit, peu à peu, de plus en plus un médicament et de moins en moins une drogue. Pas de terme ni d'échéance prédéterminés : on laisse du temps pour s'installer dans la durée et tenter de faire naître une parole, mettre en capacité le toxicomane de symboliser. La période transitoire de gestion du produit repousse la notion d'échec : prescrire court, voire souvent, ne pas modéliser sa pratique, éviter la systématisation permettront les adaptations nécessaires. Un lien avec le monde sanitaire sera ainsi préservé et un projet psychosocial et individuel pourra s'élaborer.

Deux produits de substitution dominent en France : la Buprénorphine Haute Dose ou Subutex® et la méthadone ; les sulfates de morphine ne doivent plus être utilisés. Il faut souligner les dangers des associations à effet dépresseur respiratoire, benzodiazépines en particulier. En principe, Subutex® et méthadone devraient être utilisés en monothérapie. La pratique en réseau et la limitation raisonnée du nombre de patients toxicomanes pris en charge éviteraient les débordements.

Jacques Afchain

Le Subutex®

Tout médecin peut initier le traitement ; c'est un médicament de la liste 1 à prescription particulière sur carnet à souches pour une durée maximale de 28 jours avec les règles habituelles ; pour le pharmacien, une autre ordonnance sera faite reprenant la prescription, habituelle pour le cas général ou l'aide médicale gratuite, ordonnance bizone de 100 % en affection de longue durée. Le temps mis à rédiger et la forme observée confèrent une certaine solennité à l'ordonnance :

- posologie en doses (comprimés solubles à 0,4 mg, 2 mg, ou 8 mg) et en nombres de comprimés à prendre en une fois sous la langue le matin (ce qui fait préciser les dangers de la voie intraveineuse outre les risques d'abcès). Toutes indications en lettres. Pas d'opiacés dans les 24 heures avant.
- au mieux, nom du pharmacien concerné noté en accord avec le patient ; il sera contacté devant le toxicomane ; la dispensation spécifiée sur l'ordonnance, au besoin au jour le jour, au début au plus pour sept jours. Avec le temps, la prescription pourra se faire sur des temps plus longs, jusqu'à vingt-huit jours en dispensant par séquences de sept jours. L'espace occupé limite les falsifications.
- la dose à prescrire est affaire d'expérience ; il paraît souhaitable de prescrire des doses plutôt vers « le haut ». L'adaptation négociée avec le patient et réévaluée est toujours nécessaire.
- mieux vaut ne pas tenter des diminutions trop précoces, parfois réclamées par certains. Cette diminution au-delà de plusieurs mois se fera en concertation et toujours très progressivement. Les étayages psychosociaux ou professionnels y contribueront.

La méthadone

Le traitement par la méthadone ne peut être initié que par un centre spécialisé ; mais les médecins généralistes organisés peuvent proposer des patients. La phase de stabilisation acquise, le médecin généraliste peut d'autant plus rapidement prendre le relais qu'il connaît bien son patient, ce qui est parfois souhaitable pour des raisons de réinsertion professionnelle. La méthadone a un statut de médicament et le pharmacien désigné par le toxicomane sera prévenu de la dose prescrite ; un double de l'ordonnance de la prescription initiale au centre spécialisé sera confié au patient :

- le médecin prescrira sur ordonnance de carnet à souches ce stupéfiant selon la règle des sept jours avec posologie, durée de sept jours en toutes lettres, en spécifiant pour le pharmacien le mode de dispensation. Une autre ordonnance habituelle ou d'affection de longue durée, selon le cas, sera rédigée avec les mêmes précautions précisant que toute association avec d'autres médicaments ou l'alcool, ou autre drogue est déconseillée, voire dangereuse ;
- les doses optimales sont déterminées au centre spécialisé ; les premiers prescripteurs doivent toujours pouvoir être un recours pour le patient comme pour le médecin, d'autant qu'une proportion importante des patients sous méthadone ont besoin d'un suivi psychiatrique associé. Les contrôles urinaires ont leurs limites et s'ils s'avéraient nécessaires, le patient doit être réadressé au centre spécialisé ;
- l'arrêt de la méthadone ne se discute qu'après concertation et toujours de façon très dégressive et lorsque les étayages sociaux, professionnels ou individuels le permettent.

Les produits de substitution sont des outils qui doivent, autant que possible, optimiser la relation médecin-patient et l'accompagnement psychosocial, sans lequel la substitution se réduirait trop facilement à une maintenance.

Les familles d'accueil reçoivent des toxicomanes qui, à la suite d'une cure de sevrage ou de traitement de substitution, éprouvent le besoin d'une séparation de leur environnement habituel. Ce milieu familial chaleureux facilite l'élaboration de relations singulières et personnalisées. Le centre de soins responsable du réseau assure un suivi thérapeutique régulier de la personne accueillie dans la famille et un soutien de la famille.

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire, au nombre de 16, installés dans les maisons d'arrêt assurent une prise en charge médico-sociale des détenus toxicomanes. Ils sont rattachés aux Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et ont vu leur rôle renforcé depuis la réforme de 1994 qui confie la prise en charge sanitaire des détenus aux services hospitaliers (unités de consultation et de soins ambulatoires), en coordination avec les équipes de secteur de psychiatrie générale.

Dans les autres établissements pénitentiaires, les SMPR et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes garantissent une prise en charge et un accompagnement psycho-social aux détenus toxicomanes pour assurer un relais à la sortie.

Le dispositif d'approche sociale

Pour répondre aux besoins des usagers de drogue les plus marginalisés qui ne peuvent pas encore s'inscrire dans une démarche de soins, des initiatives ont été mises en place pour proposer accueil et prestations plus adaptées à leur situation.

Deux « *sleep-in* » ont été ouverts à Paris et à Marseille pour offrir un hébergement d'une nuit aux toxicomanes actifs avec la possibilité de fréquenter une consultation médicale et sociale le lendemain matin.

Les ateliers d'insertion, au nombre de 25, offrent aux toxicomanes une aide à l'insertion en leur proposant des remises à niveau scolaire ou des activités qui permettent de découvrir des potentialités de création et d'insertion jusque-là occultées par les consommations.

Huit quartiers intermédiaires sortants (QIS) ont été créés pour préparer la sortie et prévenir la rechute des toxicomanes sortant de prison par un travail abondant tous les aspects de la vie

sociale et en s'appuyant sur la dynamique du groupe.

Le dispositif de réduction des risques

La politique de réduction des risques basée au départ sur les risques épidémiques (VIH puis VHB et VHC) s'attache aussi à atténuer la survenue et la gravité des complications sanitaires liée à la voie veineuse et prendre en compte les problèmes sociaux liés à la rupture des liens familiaux, sociaux et professionnels.

Les « boutiques », au nombre de 32, permettent le contact avec les personnes toxicomanes les plus marginalisées ne fréquentant pas le dispositif spécialisé, et qui du fait de leurs conditions sociales précaires ont le plus de difficulté à prendre soin de leur santé.

Elles accueillent les toxicomanes non sevrés pour les écouter, les informer notamment sur les risques infectieux, réaliser quelques soins infirmiers et ouvrir un dialogue qui pourrait être l'amorce d'une démarche de soins. Ce sont des lieux ouverts et chaleureux où une petite restauration, des soins infirmiers, la possibilité de se doucher, de laver son linge sont réalisables.

Les programmes d'échange de seringues, au nombre de 86, et la vente de seringues en pharmacie permettent de fournir des seringues neuves et d'en limiter, à défaut d'en éliminer, la réutilisation pour réduire le risque de transmission virale.

Les équipes de rue constituent un dispositif de première ligne qui va au contact des usagers de drogue les plus marginalisés qui ne sont pas prêts à s'inscrire dans une démarche de soins, pour leur proposer un accueil et des prestations adaptées à leur situation et à leurs besoins.

Les réseaux toxicomanie-ville-hôpital

Au nombre de 50, ils sont destinés à améliorer la prise en charge des personnes toxicomanes. À l'initiative d'un certain nombre de médecins libéraux qui ont fait preuve d'une meilleure connaissance des personnes toxicomanes, de la complexité de leurs comportements, de leur

demandes et de leurs structures psychopathologiques, ces réseaux sont devenus un outil de collaboration entre les différents acteurs de prise en charge des usagers de drogue : centres spécialisés de soins aux toxicomanes, centre (s) hospitalier (s), médecins généralistes, pharmaciens et services sociaux. Ils assurent la liaison et la continuité des soins entre les différents lieux de prise en charge ; en particulier la prise en charge des patients atteints de sida et des hépatites B et C nécessite une collaboration étroite avec l'hôpital. Ces réseaux tiennent une place importante dans la prescription des traitements de substitution.

Le dispositif général

Depuis 1994, d'autres acteurs se sont tournés vers la prise en charge des patients toxicomanes, soutenus par les pouvoirs publics en particulier à partir du plan triennal 1993-1996.

Ainsi les établissements publics de santé et les médecins généralistes par l'intermédiaire des réseaux toxicomanie-ville-hôpital ont apporté à ce dispositif spécialisé une complémentarité ainsi qu'une ouverture intéressante dans l'optique d'une diversification des prises en charge et d'un meilleur accès aux soins.

À l'hôpital général, l'accueil et la prise en charge des usagers de drogues se sont développés en leur offrant les soins médico-psychosociaux qu'ils requièrent. La prise en charge des co-morbidités et/ou de la dépendance est répartie dans les différents services de soins somatiques ou psychiatriques de l'hôpital. Le développement de la prise en charge hospitalière s'articule autour des priorités suivantes :

- la poursuite de la mobilisation des services hospitaliers sur leurs missions de sevrage,
- l'implication plus conséquente des consultations de médecine,
- la mise en place d'équipes de liaison et de soins aux toxicomanes,
- le renforcement de certains services hospitaliers impliqués dans la prise en charge des usagers de drogue et devant faire face à des situations de crise,
- la formation du personnel hospitalier.

Ainsi, des équipes de liaison et de soins aux toxicomanes ont été créées avec pour mission l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues au cours d'un sevrage ou d'une hospitalisation pour des raisons somatiques, la ré-

Échange de seringues

L'accès aux seringues est désormais prévu dans diverses structures :

- les unités mobiles, par exemple les bus de Médecins du monde qui interviennent dans les quartiers
- des locaux fixes (boutiques...) ou encore dans les pharmacies de ville où les seringues sont disponibles à l'unité ou dans des kits type Stéribox®

ponse aux demandes, aux interrogations, et aux difficultés des services hospitaliers et la participation à la formation du personnel hospitalier.

Le secteur psychiatrique a une place légitime dans la prise en charge des personnes toxicomanes non seulement au regard de l'addiction mais aussi vis-à-vis des troubles psychopathologiques induits ou révélés lors de prise de produits. L'investissement de ces établissements publics s'est surtout concrétisé dans le cadre de sevrages et plus récemment dans la prise en charge des affections psychiatriques démasquées chez certains patients lors de traitements de substitution.

Les services sociaux

Malgré l'importance des problèmes sociaux liés à la marginalisation et à l'errance et de leur imbrication avec les problèmes sanitaires, moins de 50 % des toxicomanes accèdent au dispositif existant. Aussi, en sus des services sociaux spécialisés ou non, sollicités par les différents acteurs de soins pour apporter leur savoir-faire à ce public, des mesures de reconnaissance de la citoyenneté de la personne ont été proposées pour mettre en place des actions de traitement social de la toxicomanie. Dans ce cas, l'accueil n'est pas ciblé sur la demande de soins, ce sont les *sleep-in* (accueil d'urgence de nuit) et le kaléidoscope (centre de jour d'insertion sociale).

En conclusion

Au-delà de l'évolution des structures, devant la complexité des situations des personnes toxicomanes et des besoins des usagers de drogue, les réponses offertes ne pouvaient se limiter à la simple poursuite des prises en charge jusqu'alors effectuées. Aux côtés de l'aide psychothérapeutique et du sevrage, en complément de la politique de réduction des risques et des traitements de substitution, ont été mis en place des cadres de prise en charge diversifiés : en centre ambulatoire, auprès des médecins généralistes et dans les structures d'hébergement ou d'hospitalisation.

Parallèlement, les acteurs de soins se sont faits plus variés et nombreux au sein de travail en réseau associant l'ensemble du dispositif de

soins. En effet, le parcours de chacun est unique et différent et la trajectoire du patient se construit sur les liens tissés entre les axes de sa personnalité. C'est ainsi que, prenant en compte la diversité des besoins du toxicomane, le dispositif spécialisé et général offre un panel de prise en charge qui s'inscrit dans les structures qui doivent poursuivre l'évolution entamée et dans de nouvelles pratiques.

Dr Dominique de Galard

Coût social et choix de politique

La consommation de drogues est considérée comme un des grands problèmes sociaux de notre époque. La toxicomanie est majoritairement associée à des représentations négatives, images de mort (overdose), images de déchéances individuelles et sociales, images de désordres sociaux (crimes et délinquance). La perception du problème par nos sociétés constitue une forme d'appréhension du phénomène qui a sans doute un impact décisif sur les politiques

La dépense publique et le coût social de la drogue

Dépense privée	+ Dépense publique	+ Coût externe	= Coût social
Dépenses des consommateurs de drogues destinées à acheter des stupéfiants et dépenses ne faisant pas l'objet d'un remboursement (frais d'avocat, certains frais médicaux, etc.)	Ensemble des dépenses engagées par l'État et les collectivités locales afin de lutter contre la consommation et le trafic de drogue. Ces dépenses sont regroupées dans trois chapitres principaux : la répression, les soins et la prévention.	Ensemble des dépenses infligées indirectement à la collectivité par le trafic et la consommation de drogue (pertes de productivité, absentéisme, décès prématurés, remboursement des frais de soins, prise en charge de maladies parfois liées à la toxicomanie comme le sida et certaines hépatites, destructions engendrées par la délinquance, etc.)	Coût total infligé à la collectivité