

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